

Ekkehard Felder, Britt-Marie Schuster, Thomas Spranz-Fogasy

Diagnosen (h)erstellen – Sprachwissenschaftliche Zugänge

Abstract: Im Beitrag werden drei sprachwissenschaftliche Zugänge zu Diagnosen vorgestellt: In der Gesprächsanalyse wird die Diagnoseherstellung in der mündlichen Arzt-Patienten-Interaktion beleuchtet. Diagnosen entstehen kollaborativ, indem Gesprächsphasen durchlaufen und charakteristische Handlungen in bestimmten Äußerungsformaten vollzogen werden. Im Blickpunkt der Text- und Kommunikationsgeschichte steht hingegen das schriftsprachliche Handeln. Das Herstellen einer Diagnose erfordert hier die nachträgliche Bearbeitung vorgängiger mündlicher Interaktionen gemäß einer etablierten Textsorte: dem Erhebungsbogen. Von diesen Formen der Diagnoseherstellung unterscheidet sich, wie ein diskurslinguistischer Zugriff zeigt, die massenmediale Faktizitätsherstellung in Diskursen wie dem Impfdiskurs, die auch für ein medizinisches Laienpublikum relevant sind. Mit dem Beitrag soll nicht nur deutlich gemacht werden, in welchem engem Zusammenhang mündliche Interaktion und schriftliche Fixierung stehen, sondern auch betont werden, dass das massenmedial vermittelte medizinische Lai*innen in relative Expert*innen verwandeln kann

Keywords: Diagnose (h)erstellen, (prä)diagnostische Mitteilung, Erhebungsbogen, Faktizitätsherstellung, agonale Zentren

Einleitung

Das Erstellen von Diagnosen ist ein zentraler Bestandteil medizinischen Handelns und medizinischer Kommunikation. Unter einer Diagnose versteht man laut *Psych-rembel – Klinisches Wörterbuch* (2011) eine „Schlussfolgerung aus der Symptomkonstellation des Pat. i. S. einer Zuordnung zu bekannten Krankheitsbildern“. Diagnosen fußen auf Informationen, die zumeist aus einer vorgängigen Arzt-Patienten-Kommunikation resultieren, und haben einen erheblichen Einfluss auf das

Ekkehard Felder, Universität Heidelberg, Germanistisches Seminar, ekkehard.felder@gs.uni-heidelberg.de

Britt-Marie Schuster, Universität Paderborn, Institut für Germanistik und Vergleichende Literaturwissenschaft, brittms@mail.upb.de

Thomas Spranz-Fogasy, Leibniz-Institut für Deutsche Sprache Mannheim, Abteilung Pragmatik, spranz@ids-mannheim.de

nachfolgende ärztliche Handeln; sie basieren zudem auf der im jeweiligen Fachgebiet etablierten Diagnostik.

Der sprachliche Anteil bei der Er- und Herstellung einer Diagnose im Gespräch, bei der Identifikation, Mitteilung und Bezeichnung von Diagnosen, bei der Niederlegung in Patientenakten und Dateien oder in der medizinwissenschaftlichen und allgemeingesellschaftlichen Auseinandersetzung ist damit riesig. Entsprechend breit sind die linguistischen Fragestellungen, Paradigmen und Methoden, mit denen diagnostisches Geschehen untersucht werden kann. Angefangen bei der lexikografischen und lexikologischen Rekonstruktion der Fachterminologie über die sprach- und kommunikationsgeschichtliche Untersuchung diagnostischen Handelns in schriftlichen Texten und die gesprächslinguistische Analyse des interaktionalen Zustandekommens von Diagnosen bis hin zur diskursanalytischen Auseinandersetzung mit massenmedialer Faktizitätsherstellung von gesamtgesellschaftlich relevanten Diagnosen medizinischen Inhalts (z. B. Herdenimmunität bei Schutzimpfungen, Infektionsgefahren bei Epidemien oder Pandemien) spannt sich ein breiter Rahmen linguistischer Forschung, der linguistische Paradigmen-, Methoden- oder Erkenntnisentwicklung vorangetrieben, aber auch Einfluss auf die medizinisch-innerfachliche Auseinandersetzung zu sprachlichen und kommunikativen Phänomenen genommen hat.

In folgendem Beitrag wollen wir exemplarisch drei linguistische Untersuchungsfelder mit Bezug zur medizinischen Diagnose vorstellen, um eben diese Breite zu dokumentieren, aber auch die Faszination des Gegenstands zu vermitteln. Thomas Spranz-Fogasy wählt einen gesprächsanalytischen Blick auf das (H)Erstellen von Diagnosen im ärztlichen Gespräch. Britt-Marie Schuster beleuchtet das schriftsprachliche Handeln in der klinischen Psychiatrie des 19. und frühen 20. Jahrhunderts am Beispiel von Erhebungsbögen aus einer text- und kommunikationsgeschichtlichen Perspektive. Es wird insbesondere gezeigt werden, dass schriftlich fixierte Diagnosen vorgängige mündliche Kommunikationen nach institutionell eingespielten Relevanz-, Kohärenzgesichtspunkten und Versprachlichungstraditionen reorganisieren. Das Diagnostizieren ist hier zudem eng mit den Aufgaben verbunden, die sich aus der Textsorte ergeben. Die Aufgaben können unterschiedlich ausgeführt werden und zeigen ein über den jeweiligen Verschriftlichungsakt hinausweisendes soziales und fachliches Kontextualisierungspotential. Ekkehard Felder erweitert das gängige Diagnoseverständnis um die Entscheidung des Individuums für oder gegen bestimmte Impfungen, die auch von Massenmedien beeinflusst ist. Es geht dabei um die öffentliche Faktizitätsherstellung als Form des massenmedialen Diagnostizierens am Beispiel des (mehrsprachigen) Impfdiskurses. Im Fokus steht also die Frage, wie in Medien diverse Symptome medizinisch kategorisiert und Ursachen hinsichtlich ihrer Konsequenzen diskutiert werden, auf deren Grundlage medizinische Lai*innen ihre Impfentscheidung treffen.

Der Beitrag möchte auch dazu anregen, das (H)Erstellen von Diagnosen in Gespräch, Text und massenmedialem Diskurs in ihren Wechselwirkungen und Rückkoppelungen zu betrachten: Das gemeinsam im Gespräch Erarbeitete geht durch seine schriftliche Fixierung in institutionell-administrative, fachliche Zusammenhänge ein, die wiederum auf mündliche Interaktionen zurückwirken. So ließe sich etwa auch fragen, welchen Stellenwert schriftliche Notizen besitzen, inwieweit sie die medizinische Kommunikation leiten und den gemeinsamen Bezugspunkt für nachfolgende medizinische Gespräche bilden. Diagnosen eröffnen zudem für Lai*innen die Möglichkeit, Selbstkategorisierungen zu übernehmen oder sich von ihnen zu distanzieren und sich mit korrigierender Absicht im öffentlichen Diskurs eine Stimme zu verleihen, indem etwa von Behandlungen schriftlich berichtet wird. Die massenmedial geführten Diskussionen über Krankheiten, ihre Ursachen und Folgen und die möglichen Strategien, sich vor Erkrankung zu schützen, konstituieren ihrerseits (laien)medizinisches Wissen, das in der mündlichen Interaktion kontextualisiert werden kann.

1 Diagnosen (h)erstellen im Gespräch

In diesem Teil soll vorgestellt werden, wie die linguistische Gesprächsanalyse sich dem Prozess der Diagnose(h)erstellung im ärztlichen Gespräch mit Patient*innen nähert, welche interaktiven Praktiken dabei identifiziert werden und wie die Patient*innen an diesem Geschehen beteiligt sind.

Gesprächsanalyse ist eine vergleichsweise junge Disziplin in der Linguistik. Sie geht davon aus, dass Gesprächsteilnehmer*innen ihre Gespräche zweckgerichtet im und mit dem Prozess der Interaktion selbst mit multimodalen Mitteln und auf methodische Weise herstellen bzw. konstituieren. Die damit identifizierten Grundeigenschaften von Gesprächen: Pragmatizität, Prozessualität, Interaktivität, Multimodalität, Methodizität und Konstitutivität lassen sich für die empirische Analyse auch methodisch wenden: Die Herstellungsleistungen von Gesprächsteilnehmer*innen i. S. sprachlich-interaktionaler Äußerungen erlauben es, Gespräche aus deren Perspektive selbst heraus zu rekonstruieren.

Die Herstellungs- bzw. Konstitutionsleistungen lassen sich nun auf verschiedenen Ebenen der Interaktionskonstitution untersuchen:

- Auf der Ebene der Gesprächsorganisation muss der Gesprächsablauf geregelt werden
- Sachverhalte wie z. B. Beschwerden, Diagnosen oder Therapievorschlüsse müssen gemäß bestimmter Darstellungsmuster kommuniziert werden

- Handlungsaufgaben müssen etabliert und rollenspezifisch bearbeitet werden, und der Handlungsablauf eines Gesprächs muss hergestellt werden
- Identität und Beziehungen der Beteiligten müssen ausgehandelt und aktualisiert werden
- die Modalität des Gesprächs, der Realitätsbezug, die emotionale oder kommunikationsstilistische Beteiligung der Gesprächsteilnehmer muss verdeutlicht werden
- und ebenso muss stets die wechselseitige Verständigung gesichert werden (Reziprozitätskonstitution)

Das ärztliche Erstgespräch ist in diesen Hinsichten in den letzten Jahrzehnten vielfach untersucht worden.¹ Es ist, wie Epstein (2017) feststellt, das Herz der Medizin. Mehr als 75% aller Diagnosen werden immer noch qua Gespräch und einer kurzen körperlichen Untersuchung erstellt (Hampton et al. 1975; Washer 2009). Auch wenn historisch ausführliche methodische und praktisch orientierte Lehrbücher zur Diagnostik vorhanden sind (vgl. Schuster 2010 sowie Kap. 2 dieses Beitrags), so ist auffallend, dass keine medizintheoretische Auseinandersetzung mit dem Diagnosebegriff und -konzept gefunden werden konnte. Im *Psyhyrembel* heißt es z. B. schlicht: Diagnose ist die „Schlussfolgerung aus der Symptomkonstellation des Pat. im Sinne einer Zuordnung zu bekannten Krankheitsbildern“ (Psyhyrembel 2011); im *Roche Lexikon Medizin* (2006) wird ausgeführt, sie sei eine „nosologisch systematische Benennung eines Krankheitsbildes, in der Praxis die Summe der Erkenntnisse, auf denen das ärztliche Handeln beruht“.

Die Diagnose ist handlungslogisch ein Angelpunkt im ärztlichen Gespräch, dem der Input diagnostischer Information und Informationserhebung vorausgeht und das Outcome therapeutischen Handelns folgt, wie das fünfstufige Handlungsschema ärztlicher Erstgespräche zeigt:²

- Gesprächseröffnung
- Beschwerdenexploration
- *Diagnosestellung*

1 Für einen umfassenden Überblick siehe Koerfer & Albus (2018) und Busch & Spranz-Fogasy (2015); darin auch Verweise auf die reichhaltige angelsächsische Literatur.

2 Ausführlich dazu siehe Spranz-Fogasy (2010). In diesem Beitrag wird nur die Diagnosestellung im Rahmen eines vollständigen Arzt-Patient-Erstgesprächs behandelt. Bei spezifischen Krankheitsbildern wird das Diagnosemitteilungsgespräch auch ausgegliedert und bildet einen eigenen Gesprächstyp; siehe dazu aus medizinischer und psychologischer Perspektive Ditz (2006). Umgekehrt wird in vielen Arzt-Patient-Gesprächen vom* von der Arzt*Ärztin keine Diagnose formuliert, der*die Patient*Patientin muss sie sich, z. B. aus der Therapieverordnung oder später aus dem Beipackzettel eines verschriebenen Medikaments, selbst erschließen, wenn ihm/ihr das denn möglich ist.

- Therapieplanung
- Beendigung

Schon die Gesprächseröffnung ist diagnostisch von Bedeutung, manche Ärzt*innen geben viel auf den ersten Eindruck³ und die nachfolgende Beschwerdenexploration unterscheidet sich sehr danach, welche direktive, weniger oder auch nicht-direktive Eröffnung der*die Arzt*Ärztin wählt (Robinson & Heritage 2006; Spranz-Fogasy 1987).

Während der Beschwerdenschilderung (als Bestandteil der Beschwerdenexploration) nimmt der*die Arzt*Ärztin auf verschiedenen Kanälen diagnostisch relevante Informationen auf und Einordnungen vor. Es folgt eine aktive Beschwerdenexploration mittels ärztlicher Fragen in unterschiedlichen Formaten: W-Fragen, Verberststellungs-Fragen und Deklarativsatzfragen (mit jeweils unterschiedlichen und aufeinander aufbauenden Verstehensimplikationen; vgl. Heritage 2010; Spranz-Fogasy 2010). Wichtiger als diese strukturellen Fragetypen auf syntaktisch-semantischer Ebene ist eine funktionale Unterscheidung in Präzisierungs- und Komplettierungsfragen (Spranz-Fogasy 2005). Arzt- bzw. wissensorientierte Komplettierungsfragen dienen dazu, das Wissen des*der Arztes*Ärztin über den*der Patienten*Patientin und seine*ihre Beschwerden gemäß professionellen Relevanzen zu vervollständigen, die in den bisherigen Äußerungen des*der Patienten*Patientin (noch) nicht erwähnt oder implizit relevant wurden. Für Patient*innen stellen sie oft ein Problem dar, weil nicht erkennbar ist, inwiefern sie an vorhergehende Äußerungen anschließen. Im Unterschied dazu nehmen Präzisierungsfragen direkt Bezug zu (meist unmittelbar) vorangegangenen Äußerungen. Ihre Formulierungsweise spiegelt wider, dass und wie der*die Arzt*Ärztin die Äußerungen des*der Patienten*Patientin verstanden hat und was er*sie demzufolge noch genauer erfahren will; Präzisierungsfragen könnten damit ggf. auch zur Empathie-Einübung genutzt werden.

Neben Fragen finden sich im Vorfeld einer Diagnosestellung ärztlicherseits aber auch noch Äußerungen im Deklarativsatzformat, mit denen Ärzt*innen den Patient*innen, ob intendiert oder nicht, den aktuellen Stand ihrer Diagnostik bekanntgeben: Prädiagnostische Mitteilungen, die eine diagnostische Schlussfolgerung antizipieren bzw. Online-Kommentare, d. h. Kommentare zur laufenden körperlichen Untersuchung ohne diagnostische Antizipation (siehe Stivers 1998; Heritage & Stivers 1999; Spranz-Fogasy 2014). Solche Mitteilungen sind nicht immer an den*die Gesprächspartner*in gerichtet, sondern dienen oft nur der Selbstverständigung des*der Arztes*Ärztin, sie fordern keine Reaktion des*der

³ Ausführlich dazu siehe Ripke (1994:17 ff).

Patienten*Patientin ein, lassen sie aber zu. Mitteilungen dieser Art sind extrem dicht gepackt und aufschlussreich in medizinischer, linguistischer, kognitiver und interaktiver Hinsicht; aus Platzgründen kann dies hier aber nur kurz ausgeführt werden.⁴ In *medizinischer* Hinsicht werden in prädiagnostischen Mitteilungen vier Aussageformen relevant: Befunde, ätiologische, d. h. ursachenbezogene Aussagen, Ausschlussdiagnosen und vorläufige Diagnosen. Solche Aussagen beziehen sich auf medizinische Kategorien wie z. B. die betroffenen Körperteile und Organe, körpereigene Stoffe, Krankheitserreger und Schadstoffe oder physikalisch-mechanische Eigenschaften und Veränderungen am Körper, oder sie verweisen auf medizinsystematische Konzepte wie Symptom, Zeichen, Syndrom usw. Diese Kategorien und Konzepte indizieren, dass der*die Arzt*Ärztin medizinsystematische Zusammenhänge mit Befunden, Ursachen, Ausschlüssen oder vorläufigen Annahmen herstellt.

In *linguistischer* Hinsicht ist zunächst der Äußerungsmodus interessant: Es handelt sich in allen Fällen um ein Deklarativsatzformat, das aber z. B. prosodisch oft auch als Frage formatiert wird und eine Erläuterung einfordert, die mehr ist als eine Ja/Nein-Antwort. Pragmatische Funktionen können Feststellung, Bewertung und Erklärung bzw. Erläuterung sein.

Bei der Formulierung von prädiagnostischen Mitteilungen finden sich viele Formen der Modalisierung des Gewissheitsgrades des*der Arztes*Ärztin, wie z. B.: durch Eindeutigkeit oder Vagheit von Benennungen, Genus verbi (aktiv/passiv), Verbmodi (Indikativ/Konjunktiv), Modalverben, Modal- und Gradpartikel, Indefinitausdrücke, Adjektive, abschwächende Heckenausdrücke (engl. hedges) oder Verzögerungsphänomene.

Auffällig sind viele epistemische Sinnes- und Performativausdrücke, wie z. B. *fühlen, hören, sehen, glauben, vermuten, sagen, fragen, wünschen, hoffen*; Unsicherheitsmarkierungen wie *eigentlich, wahrscheinlich, vielleicht, könnte* oder auch egoreferenzielle Ausdrücke wie „*ich habe den Eindruck*“ oder „*meines Erachtens*“. Mit all diesen Formulierungen zeigt der*die Arzt*Ärztin an, dass er*sie sich im Hinblick auf eine endgültige Diagnose nicht sicher ist. Wahrscheinlichkeitsaussagen werden immer dann getroffen, wenn seitens des Arztes keine absolute Gewissheit bezüglich einer Diagnose besteht. Der*die Arzt*Ärztin nimmt dabei vielfach expliziten Bezug auf sich selbst als wahrnehmendes, erkennendes und kommunizierendes Subjekt, er*sie verweist auf eigene innere, kognitive Arbeit während der

⁴ Ausführlich dazu siehe Spranz-Fogasy (2014). Diese Untersuchung bezieht sich auf die Auswertung von 29 ärztlichen Gesprächen mit Patient*innen, ergänzt durch cursorische Durchsicht von 30 weiteren Gesprächen; im Kernkorpus fanden sich 138 prädiagnostische Mitteilungen (siehe Spranz-Fogasy 2014: Kap. 2.5).

laufenden Interaktion und dokumentiert sie damit zugleich auch für den*die Patienten*Patientin.

Laborbefunde gelten dabei als die „sichersten“ Bezugnahmen, ihnen wird auch so gut wie nie widersprochen (siehe Peräkylä 1998). Der*die Arzt*Ärztin unterscheidet sein/ihr subjektives vom objektiven, professionellen Wissen und nähert sich erst nach und nach, aber immer dezidierter einer schließlichen Diagnose.

In *interaktiver* Hinsicht zeigt sich, dass es keinen festen Platz für solche prädiagnostischen Mitteilungen gibt, sie sind aber meist turninitial und initiativ. Es handelt sich um Resultate bisheriger Abklärungen, die im Verlauf der Beschwerdenexploration auch zunehmen. Die Reaktionen der Patient*innen sind meist nur sehr knappe Bestätigungen, gelegentlich gibt es Rechtfertigungen, vor allem bei negativen Bewertungen, und es finden sich ausführlichere Reaktionen auf unsichere Darstellungen von Ärzt*innen (Peräkylä 1998).

Wozu dienen nun solche prädiagnostischen Mitteilungen? Zum einen stellen solche Äußerungen eine Form der Selbstvergewisserung von Ärzt*innen über den Stand ihrer diagnostischen Anstrengungen dar. Der*die Arzt*Ärztin überführt alltagsweltliche Äußerungen des*der Patienten*Patientin, externe Informationen, eigene Beobachtungen oder Schlussfolgerungen in medizinsystematische Zusammenhänge.⁵ Nebenbei informiert er*sie den*die Patienten*Patientin über den Stand seiner*ihrer diagnostischen Arbeit und schafft damit einen Status von Transparenz und Kompetenz, mit dem er*sie mehr oder weniger Vertrauen und Compliance befördert. Die vielfach beobachtbare Vagheit seiner*ihrer Äußerungen ist dabei funktional für den Zustand von Unsicherheit und erlaubt die Benennung diagnostisch relevanter Sachverhalte, ohne sich dabei zu stark festzulegen. Nebenbei kann der*die Arzt*Ärztin so auch Einfluss auf die Erwartungen von Patient*innen hinsichtlich der Therapiemaßnahmen nehmen, bspw. zur vorsorglichen Abwehr antibiotischer Behandlungen (Stivers 2007).⁶

Der Aufwand, der mit prädiagnostischen Mitteilungen vom*von der Arzt*Ärztin betrieben wird, ist dabei abhängig vom Schweregrad der zu diagnostizierenden Erkrankung. So zeigt der amerikanische Konversationsanalytiker Douglas Maynard, dass *no-problem*-Diagnosen bzw. *good news* interaktiv unkompliziert vorbereitet und mitgeteilt werden, während schwerwiegende Diagnosen, *bad news*, in der Regel vorsichtig, zögerlich und einfühlsam kommuniziert werden (Maynard 2003; Maynard & Frankel 2006).

⁵ Siehe dazu die o. a. Definitionen in Pschyrembel (2011) und Roche Lexikon Medizin (2006).

⁶ Im tiermedizinischen Kontext werden prädiagnostische Mitteilungen genutzt, um die Zustimmung von Tierhaltern*innen zu kostenträchtigen Untersuchungen und Behandlungen anzubahnen (Stivers 1998).

Die Diagnosemitteilung (*news delivery sequence*) erfolgt nach Maynard (2003) in einer Sequenz mit vier Schritten:

- (1) der Ankündigung durch den*die Arzt*Ärztin (*announcement*),
- (2) der Reaktion des*der Patienten*Patientin (*announcement response*),
- (3) der Ausarbeitung der Diagnose durch den*die Arzt*Ärztin (*elaboration*) und
- (4) deren Bewertung durch den*die Patienten*Patientin (*assessment*).

In medizinisch eher unproblematischen Fällen wird die Diagnosemitteilung meist flüssig formuliert, der Wortschatz ist dabei semantisch positiv und teilweise auch plakativ, und Patient*innen nehmen sie mit kurzen Rückmeldesignalen zur Kenntnis wie im folgenden Ausschnitt aus einem hausärztlichen Gespräch (AA_BI_03):⁷

- 01 A: das is ne örtliche sache (0.4)
 02 nich wahr
 03 wobei man das also behandeln muss weil wie gesagt
 04 katzen es gibt ja eine so ge[nann]te
 05 P: [ja]
 06 A: katzenkratzkrankheit [nich wahr]
 07 P: [mhm]
 08 A: die is äh is eine nervenentzündung ganz unangenehmer
 09 art (0.3)

Medizinisch heiklere Diagnosen werden dagegen erkennbar aufwändiger formuliert; sie werden nicht direkt mitgeteilt, sondern sind komplexer und semantisch eher neutral gestaltet. Auffällig sind eine stockende Formulierungsweise mit längeren Pausen, Verzögerungssignalen, Heckenausdrücken oder Äußerungsabbrüchen, die dem*der Patienten*Patientin die Möglichkeit eröffnen (sollen), die Schwere der Erkrankung selbst zu erkennen.⁸ Dazu dient auch eine der eigentlichen Diagnosemitteilung oft vorangestellte *perspective display sequence* (Maynard 2003), in der der*die Arzt*Ärztin zentrale Erkenntnisse der bisherigen Untersuchung zusammenfasst und dem*der Patienten*Patientin damit den Zusammenhang der nachfolgenden Diagnose zu verdeutlichen sucht. Der*die Arzt*Ärztin achtet also darauf, mit den Patient*innen eine gemeinsame Verstehensbasis herzustellen,

⁷ Zum Korpus s. Spranz-Fogasy (2014, Kap. 2.5).

⁸ Aus Platzgründen kann hier kein Fallbeispiel diskutiert werden; ausführliche Fallanalysen finden sich in Maynard (2003, Kap. 5–7).

um darauf aufbauend die Diagnose selbst und die damit verbundenen therapeutischen Maßnahmen besser vermitteln zu können.

Nicht nur sprachlich unterscheiden sich Mitteilungen guter und schlechter Nachrichten, es zeigen sich auch Unterschiede in multimodaler Hinsicht. Die Gesprächspartner*innen zeigen bei unproblematischen Diagnosen proxemisch, gestisch und mimisch Konvergenz, Harmonisierung und andere Merkmale von Übereinstimmung, während sich die interaktive Aushandlung heikler Diagnosen durch Vermeidung von Augenkontakt und Divergenzen durch unkoordinierte(re) Bewegungen auszeichnen (Heath 1986). Dennoch lässt sich in beiden Fällen eine klare Ordnungsstruktur identifizieren, die in der Diagnosemitteilungssequenz zum Ausdruck kommt. Der*die Arzt*Ärztin versucht, seine*ihre Äußerungen für den*die Patienten*Patientin intersubjektiv nachvollziehbar zu machen, und beide Seiten bemühen sich um eine rationale und sachliche Haltung.

Bezüglich der eigentlichen Diagnosemitteilung rekonstruiert Peräkylä (1998; 2002) zwei zentrale Formulierungsmuster: die klare Feststellung (*straight factual assertion* bzw. *plain factual assertion*) und das Beweisformulierungsmodell (*evidence formulating pattern*). *Straight factual assertions* stellen eine direkte Beschreibung der Realität dar und werden dann geäußert, wenn eine Diagnose entweder durch die körperliche Untersuchung oder durch medizinische Dokumente wie Röntgenbilder klar erkennbar und unzweideutig ist. Im Beweisformulierungsmodell des *evidence for mulating pattern* beschreibt der*die Arzt*Ärztin eigene Wahrnehmungen und behandelt diese als Beweisführung, bevor dann eine diagnostische Mitteilung gegeben wird.⁹

Zwischenfazit

Die linguistische Gesprächsanalyse entwickelt ihre Untersuchungsgegenstände aus Teilnehmersicht und aus den Daten selbst heraus. Sie nutzt die Aktivitäten der Teilnehmer*innen als analytische Instrumente und rekonstruiert so das Geschehen.

Diagnosen sind ein zentraler Baustein und die Voraussetzung medizinisch-therapeutischen Handelns. Ihre Er- und Herstellung beginnt mit der Begrüßung, setzt sich mit Zuhören, Explorieren und begleitenden prädiagnostischen Mitteilungen fort und kulminiert in der Mitteilung an den*die Patienten*Patientin, die

⁹ Bei Peräkylä stehen die Analysen der Diagnosemitteilung aber im Kontext seiner Analysen zur Konstitution fachlicher Autorität, indem er aufzeigt, wie Ärzt*innen sich im Gespräch für die sachliche Grundlage ihrer Diagnose verantwortlich zeigen (*accountable for the evidential basis*).

einfach und direkt ist bei unproblematischen Diagnosen und komplex, vage und indirekt bei schwerwiegenden Diagnosen.

Die sprachlich-interaktionale Arbeit im Vollzug der Diagnostik im Arzt-Patient-Gespräch ist enorm komplex, es stehen dafür vielfältige Mittel und sprachliche Praktiken bereit, die die professionell geschulte medizinische Wahrnehmung wie auch den Einsatz handwerklich-diagnostischer und medizintechnischer Verfahren begleiten und unterstützen. Daneben und durchaus mit diagnostischer und therapeutischer Wirksamkeit ist auch die Herstellung und Aufrechterhaltung der spezifischen Arzt-Patient-Beziehung eine wichtige Aufgabe für die Diagnostik, bei der Sprache, Sprechen und Interaktion von zentraler Bedeutung sind.¹⁰

2 Diagnosen (h)erstellen in Texten

In diesem Teil steht die Diagnostik in der schriftsprachlichen medizinischen Kommunikation, die „schriftliche Arbeitssprache der Medizin“ (vgl. Burg 1990) im Vordergrund. Die ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspraxis im klinischen Binnenraum, ihr Verhältnis zu vorausgehenden, zumeist mündlich erfolgten Anamnesen sowie ihr Stellenwert bei der Erzeugung professionellen Wissens, bspw. durch die Aufnahme von Fallberichten in Lehrbüchern, ist diachron und synchron von sprachwissenschaftlicher Seite gerade jenseits gedruckter Quellen kaum beleuchtet worden.¹¹ Als Beispiel soll der handschriftliche, in Krankenakten abgeheftete Erhebungsbogen, wie er in Psychiatrien seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts verwendet worden ist (vgl. ein Muster aus der Gießener Universitätspsychiatrie, Abb. 1), thematisiert werden, weil er sowohl für die Behandlung des*der Patienten*Patientin und deren Dokumentation als auch für die gesamte sich um diesen*diese rankende institutionelle Kommunikation eine zentrale Rolle besitzt. Dabei ist zu betonen, dass die „papiernen Spuren“ ärztlichen Handelns (i. S.v. Gawlich 2015: 90), wie sie sich in (historischen) Krankenakten zeigen, nicht die einzige Quelle wären, anhand derer man das Herstellen von Diagnosen beleuchten könnte. So informieren psychiatrische Lehrbücher und insbesondere Lehrbücher der Diagnostik über Standards und Verfahren der Diagnoseermittlung.

10 Für tiefe und umfassende Einblicke in alle Aspekte medizinischer Kommunikation empfiehlt sich das Lehrbuch von Koerfer & Albus, das 2018 im Verlag für Gesprächsforschung erschienen und frei online zugänglich ist.

11 In der Textsortengeschichte ist die Entwicklung gedruckter medizinischer Texte häufiger Gegenstand der Betrachtung, zuletzt etwa bei Lindner (2018) das medizinische Gutachten im 17. und 18. Jahrhundert.

Psychiatrische Fallschilderungen, wie sie in großer Anzahl schon seit dem ersten Drittel des 19. Jahrhunderts vorliegen (vgl. Schuster 2010) und die insgesamt auf die wesentlich ältere medizinische Kasuistik zurückgehen, geben ferner Auskunft über den z. T. schwierigen Prozess der Diagnoseherstellung. Zudem sind Diagnose für gerichtsmedizinische Gutachten relevant.

Im Folgenden sollen wissens-, textsorten- und kommunikationsgeschichtliche Perspektiven skizziert werden, unter denen historische Krankenakten und insbesondere Erhebungsbögen betrachtet worden sind bzw. analysiert werden könnten. Damit verbinden sich folgende Fragen:

- Was für Arten von Wissen zeigen sich am Ausfüllen von Erhebungsbögen? Welche Wissensvoraussetzungen wiederum schafft der Erhebungsbogen?
- Welche Arten von kommunikativen Handlungen werden allein durch den Aufbau des Erhebungsbogens nahegelegt?
- Auf welche Weise werden die dem Eintrag vorausgehenden mündlichen Interaktionen reformuliert?
- Welche sprachlichen und kommunikativen Muster bilden sich heraus und inwieweit sind sie als Kontextualisierungshinweise (bspw. für soziale Rollen) zu deuten?

Eine Textsorte wie der Erhebungsbogen soll hier nicht als Anschauungsmaterial für die Entwicklung von Fachwortschätzen oder für theoretische Auseinandersetzungen um die Bezeichnung und Ursachen von Krankheiten, sondern als Teil einer ärztlichen Praxis (vgl. auch Gawlich 2015: 91) gesehen werden. Es soll insgesamt erkennbar werden, dass es sich bei den ausgefüllten Exemplaren von Erhebungsbögen um komplexe sprachliche Akte der Wirklichkeitskonstitution bzw. des Diagnoseherstellens handelt. Generell muss berücksichtigt werden, dass die in einer Krankenakte eingetragene Diagnose und die aufgeführten Befunde mehr als flüchtige handschriftliche Vermerke sind, die etwa nur eine Memorierungsfunktion erfüllen. Sie müssen sowohl die administrative als auch die medizinische Anschlusskommunikation gewährleisten. Die zur Diagnose führenden Befunde und die mit ihr verbundenen Hypothesen müssen so präsentiert werden, dass sie für das wechselnde, für die Behandlung und Kuration jeweils zuständige Klinikpersonal, jedoch auch für eine Weiterverwertung, bspw. in Gutachten, verständlich bleiben (vgl. Ledebur 2015: 32). Die Einträge des Erhebungsbogens sind insofern mehrfachadressiert und müssen eine kollaborative Fortschreibung der Krankenakte ermöglichen.

Journal=Nr.: _____

Jahrgang: _____

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten

Name: Geburtstag: Stand: Geburtsort: Wohnort: Eintrittsdatum: Austrittsdatum:		Diagnose
		Entlassen als:
Photographische Sammlung		
Datum		Bemerkungen

Abb. 1: Typisierter Aufbau eines Erhebungsbogens aus der Gießener Universitätsklinik (19./20. Jh.).

Voraussetzungen und Bedingungen schriftlicher Diagnosen

Bisher hat das schriftsprachliche Handeln in der Medizin in der germanistischen Sprachwissenschaft weniger Aufmerksamkeit als in der Geschichtswissenschaft, Wissensgeschichte oder in der Literaturwissenschaft erhalten. In letzterer werden insbesondere die „Wirklichkeitserzählungen“ des ärztlichen Personals (Klein & Martínez 2009; vgl. auch Holz 2014) thematisiert. In der Wissensgeschichte werden das „psychiatrische Aufschreibesystem“ (vgl. Borck & Schäfer 2015) bzw. die „Aufzeichnungsformate“ (Hess 2010: 293) nicht nur als bloße Dokumentation ärztlicher Handlungen betrachtet. Durch das Notieren von Beobachtungen, durch die Einträge in einen Erhebungsbogen und den damit oft verbundenen Rekonstruktionen von Interaktionen mit einem*einer Patienten*Patientin wird Wissen bestätigt. Die Art und Weise, was und wie etwas schriftlich niedergelegt wird, dient der Formation des „ärztlichen Blicks“ (sensu Foucault 1995[1973]) bzw. der institutionellen Ausformung der Arzt-Patienten-Rollen: „Die Erzählung bringt damit sowohl den Irrsinn als auch den Experten hervor, der über Irrsinn spricht“ (Wübben 2012: 153). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die weiteren kontextuellen Gegebenheiten – Universitätsklinik vs. Landespflegeanstalt, Schreibkultur der Klinik und insbesondere des Klinikdirektors, Art der Erkrankung und Zugänglichkeit von Informationen über den*die Patienten*Patientin – und die engeren kontextuellen Gegebenheiten, eben das Vorliegen von Formularen etc., die psychiatrische Aufzeichnung bedingen. Das erzeugte Wissen ist nicht nur der Klinikadministration nützlich, sondern steuert auch den Klinikalltag und letztlich auch

die damit verbundene Fach- und Wissenschaftskommunikation: „[...] Notieren, Beobachten, Ordnen und Sortieren waren der implizite Kern der psychiatrischen Methodenlehre: Sie konstituieren psychiatrische Erkenntnisobjekte und strukturierten nicht zuletzt den Alltag in der Klinik“ (Borck & Schäfer 2015: 18).

Der wissenschaftsgeschichtliche Zugriff, der Praktiken und Organisationsformen der Wissensherstellung und -tradierung thematisiert, kann durch einen sprachwissenschaftlichen Zugriff vielfältig ergänzt und perspektiviert werden. Dies ist nicht nur dann der Fall, wenn man sich fragt, wie sprachliche Einheiten zum enzyklopädischen und insbesondere fachspezifischen Wissen beitragen, was Grundfragen der historischen Semantik tangiert, sondern auch dann, wenn man das prozedurale Wissen, das Wissen um die Erstellung klinikrelevanter Texte und ihre Muster betrachtet. Die Wissensgeschichte flankierend, soll im Folgenden eine textsorten- und kommunikationsgeschichtliche Perspektive auf den Erhebungsbogen als einer repräsentativen Textsorte noch stärker profiliert werden. Dass eine solche Synthetisierung im aktuellen textlinguistischen Diskurs nicht ungewöhnlich ist, zeigen etwa wissenssoziologisch inspirierte Textmodelle (vgl. Habscheid 2010; Schuster 2016).

In textsortengeschichtlicher Hinsicht ist zunächst von Bedeutung, welche Textsorten sich für die psychiatrische Aufzeichnungspraxis herausgebildet haben. Formulare wie der Erhebungsbogen besitzen eine modular aufgebaute Textstruktur, die bestimmte Nutzungsmöglichkeiten vorgibt bzw. Affordanzen besitzt. Die entsprechenden Felder sind mit bestimmten Aufgaben verbunden, denen das medizinische Personal nachzukommen hat. Dabei zeigt die jeweilige Begrenzung des Raums schon den erwarteten Formulierungsaufwand an. In unterschiedlichen textpragmatischen Ansätzen wird die Ausbildung von Textmustern an sich wiederholende kommunikative Aufgaben gebunden (etwa Sandig 2006; Fandrych & Thurmair 2011). Eine solche Aufgabe ist etwa das IDENTIFIZIEREN einer Person durch die Ermittlung zentraler biographischer Daten, die insbesondere, jedoch nicht nur für die Klinikadministration wichtig ist. Durch die vorgegebenen lexikalischen Gliederungssignale, etwa *Diagnose*, wird indiziert, welche typischen Themen behandelt werden sollen. Das frei gehaltene Feld für die Anamnese, für das Notieren von Beschwerden und Befunden, erlaubt prinzipiell eine Vielzahl von Vertextungen, die hinsichtlich ihrer Musterhaftigkeit verfolgt werden können. Der Erhebungsbogen und verwandte Formulare ermöglichen also eine in der heutigen Textlinguistik übliche mehrdimensionale Betrachtung, die typische kommunikative Aufgaben, die mit ihnen verbundenen sprachlichen Handlungen und Themen profiliert und musterhafte sprachliche Gestaltungen erfasst. Eine textpragmatische Annäherung thematisiert zudem, wer mit wem unter welchen institutionellen Bedingungen miteinander kommuniziert.

Der textsortengeschichtliche kann durch einen kommunikationsgeschichtlichen Zugang ergänzt werden (Linke 2014; 2018), der sich als „Dynamisierung der historischen Pragmatik“ (Linke 2018: 352) begreift. Für einen derartigen Zugang ist zum einen zentral, dass Kommunizieren für die Ausbildung von Identität, Selbst- und Fremdverständnis, für den Aufbau von Beziehungen, jedoch auch für die Etablierung bestimmter Deutungen von und Perspektiven auf Welt als grundlegend erachtet wird. Dies gilt ebenso für dialogische wie für monologische Texte. Zum anderen soll Kommunikation immer an einem Gegenüber orientiert sein. Textproduktion wird nicht nur durch Überlegungen zum erwarteten Kreis der Adressat*innen gesteuert, sondern die Analyse von Textprodukten kann die Orientierung an einer spezifischen Rezipientenschaft und an einem vermuteten, der Textproduktion nachgelagerten Handlungsverlauf sichtbar machen. Während die Textsortengeschichte den Kontext zumeist als etwas dem Text Äußerliches konzipiert, geht die Kommunikationsgeschichte davon aus, dass der Kontext auch am Produkt und v. a. an seinen sprachlichen Mustern ersichtlich wird. Dies ist mit der Annahme verbunden, dass Muster indexikalisch wirken bzw. als Kontextualisierungshinweise zu verstehen sind. Selbstdeutungen und Beziehungskonstellationen etwa ergeben sich nicht nur durch ihre explizite und vergleichsweise seltene Thematisierung in Krankenjournalen, sondern auch durch die Art und Weise, wie obligatorische Aufgaben durchgeführt werden. Gerade die Verbalisierungen von Symptomen und generell der Verhaltensweisen von Patient*innen, für die das mittlere Feld der Abb. 1 vorgesehen ist, erlauben wesentliche Rückschlüsse auf institutionelle Rollen. Sie zeigen zudem, wie eine vorgängige Interaktion gemäß institutionellen und fachlichen Routinen reformuliert wird. Insbesondere diese Rekonstruktionen rechtfertigen es, von einer Herstellungsleistung zu sprechen.

Das Diagnostizieren als eine Herstellungsleistung zu begreifen, bedeutet nicht, dass diese ähnlich, wie zuvor an Gesprächen dargestellt, auf Merkmale wie Pragmatizität, Interaktivität oder Prozessualität zu beziehen wäre. Die schriftliche Kommunikation, sei sie auch stark kontextuell eingebunden, ermöglicht eine andere Form der Bearbeitung und der Herstellung von Wirklichkeit, die sowohl durch die Aufzeichnungsformate bedingt ist, als auch von den Erwartungen an den*die zukünftige*n Rezipient*in gesteuert wird, was wiederum mit den Erfordernissen der klinischen Binnenkommunikation korrespondiert. Das Ausfüllen des Erhebungsbogens ist ein der Beschwerdenexploration und Befundermittlung in der face-to-face-Interaktion meist nachgelagerter Akt, bei dem der*die Eintragende vor der Aufgabe steht, sich von der erfahrenen Interaktionsdynamik zu entkoppeln und einen für ein Fachpersonal lesbaren Text zu erzeugen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich für die mündliche Interaktion in diesem Rahmen nur besondere Gesprächssorten (etwa professionelle, prinzipiengelenkte Befragungen) anbieten, die sich durchaus an den Standards der Lehrbuchdiagnostik (s. u.)

orientieren. Das schriftliche Fixieren ist also wesentlich mehr als das Erstellen eines Gesprächstranskripts mit einer genauen Darstellung („Abbildung“) von Gesprächsverläufen: Die zuvor erfahrene Interaktion ist eine Ressource, die der*die Schreibende nutzt. Dabei gilt es sich vor Augen zu führen, „[...] dass der Schriftgebrauch, Verfahren des Schreibens und mit ihnen verbundene verwaltungstechnische Vorgänge einen wesentlichen Anteil bei den Nachweisverfahren und der spezifischen Codierung der psychiatrischen Krankheit bzw. Störung hatten“ (Feer 1987: 183). Dies ist im Übrigen auch dann der Fall, wenn sich die erste Diagnose auf Arztbriefe stützt.

Mit dem schriftlichen Diagnostizieren ist nun anders als bei der Betrachtung der mündlichen Arzt-Patienten-Interaktion Folgendes verbunden:

- Die Überführung ins Schriftmedium steuert die Informationen in Hinsicht auf deren Relevanz für die Diagnose und die Weiterbearbeitung des Textes in der Klinik und ggfs. auch für deren Verwertung in der fachlichen oder wissenschaftlichen Kommunikation. Dies erfordert erhebliche, fachlich-institutionell geleitete Selektionen von Daten, die damit zu institutionell relevanten Fakten (i. S.v. Felder 2013) werden. Primärdiagnosen stehen dabei besonders unter einem Anschlussgebot.
- Ferner ist mit diesen Selektionen und Relevanzsetzungen auch das Erfordernis verknüpft, einen kohärenten Text zu erzeugen: Das, was als Symptom verbalisiert wird, muss zur Diagnose passen bzw. schlüssig auf diese bezogen sein. Bezeichnungen von Symptomen präjudizieren bestimmte Diagnosetermini und stehen mit diesen in einer Wechselwirkung. Insgesamt müssen die u. a. aus der Flüchtigkeit zwischenmenschlicher Interaktionen entnommenen Informationen in eine institutionell schlüssige Form überführt werden. Dabei kann es eine hohe Indexikalität, bspw. für die in einer Klinik üblichen Verbalisierungen, besitzen, wie Äußerungen von Patient*innen sprachlich behandelt werden, ob sie etwa mittels direkter Rede zitiert oder durch indirekte Rede wiedergegeben werden. Zudem ist zu betonen, dass die Art und Weise der schriftsprachlichen Fixierung von Patientenäußerungen und auch graphologische Schreibproben (vgl. Gaderer 2015; Könemann 2015) selbst schon als Symptom einer Erkrankung behandelt werden können. Ferner müssen die Informationen, wie schon betont, auch für das ärztliche oder das Pflegepersonal verständlich sein – der situationsgebundene, empraktische Charakter des Erfahrenen muss zurückgedrängt und die Intersubjektivität der Erfahrungen plausibel gemacht werden.
- Außerdem schafft die nachträgliche Verbalisierung eine spezifische Rhetorik, die mit einer bestimmten psychiatrischen Schule verbunden sein kann. Was für eine Krankheit vorliegt, ergibt sich „in einem Wechselwirkungsprozess zwischen Krankheitsverlauf, psychiatrischer Praxis und Aufschreibesystem“ (Meier 2015: 261).

Durch die Diagnose wird auf Basis des individuell Erfahrenen und des paradigmatisch Gewussten ein bestimmtes Krankheitsbild konstruiert, das auf der Beziehungsdimension die erwartbaren sozialen Rollen bestätigt. Im Unterschied zur mündlichen Arzt-Patienten-Kommunikation werden in Krankenakten noch nicht einmal Spuren prädiagnostischer Mitteilungen sichtbar.

Im Bewusstsein, dass mit dem schriftsprachlichen Diagnostizieren eine nachgelagerte Rekonstruktion verbunden ist, sollen nachfolgend an Beispielen die linguistischen Blickpunkte gezeigt werden, die für die Untersuchung des Diagnoseherstellens zentral sind. Es handelt sich um:

- die Positionierung und materielle Gestaltung von Diagnosen, die textstrukturelle Dimension;
- die Aufgaben, die mit dem Durchführen von Diagnosen verbunden sind und die mit Handlungsmustern wie dem Berichten verknüpft sein können, die textpragmatische Dimension;
- die sprachliche Gestaltung der durch den Erhebungsbogen nahegelegten und mit dem Diagnostizieren verbundenen Handlungsschritte und deren Kontextualisierungspotential in Bezug auf Rollenkonstellationen, in Bezug auf die Erhebung von Daten und auch in Bezug auf wissenschaftliche Paradigmen, die soziofunktionale Dimension.¹²

Analyseperspektiven

Mit dem modularen Aufbau des Erhebungsbogens sind kommunikative Aufgaben verbunden. Diese sind das IDENTIFIZIEREN des*der Patienten* Patientin, das DIAGNOSTIZIEREN und das SAMMELN von Patient*innendaten, um einen spezifischen Befund zu plausibilisieren. Es handelt sich einerseits um biographische Daten, andererseits um Beobachtungen, die zum Status praesens geführt haben. Diese Aufgaben sind allein durch ihr bloßes Vorliegen institutionell ratifiziert, miteinander vernetzt und im Übrigen traditionsgebunden. Während die Schreibaufgabe „Diagnose“ sich zumeist nur auf einen Fachterminus beschränkt und eine unsichere Diagnose am Fragezeichen oder an Überschreibungen durch eine andere behandelnde Person sichtbar wird, zeigt die Bewältigung anderer Schreibaufgaben eine größere Variabilität:

¹² Die mit der Analyse von Krankenakten auch zu verbindende diskursgeschichtliche Dimension, bspw. die Erkennbarkeit psychiatrischer Schulen und deren Meinungswettbewerb, wird hier ausgeblendet.

(1) Angaben der Tochter und des Ehemannes: Seit etwa zwei Jahren ist Pat. verstimmt, immer gedrückt, weint viel. Seit etwa einem Jahr macht sie Schwierigkeiten mit dem Essen, glaubt, sie äße ihren Angehörigen alles weg und meint, die Leute sprächen darüber, daß sie nichts mehr arbeitet. Bleibt dann oft im Bett sitzen, läßt sich nicht ankleiden. [...] Seit Weihnachten ist der Zustand der Pat. noch schlimmer geworden, insofern sie noch mehr weint als früher. [...] Äußerte auch einmal, wenn ihr Leben sich nicht bessere, wolle sie selbst Schluß machen. Hat bis jetzt aber keine Selbstmordversuche unternommen. [...]

Psychischer Befund: Örtlich und zeitlich orientiert. Deprimierter, gespannter Gesichtsausdruck. Die Antworten erfolgen zögernd, mit flüsternder Stimme. Bei der Aufnahme und beim Abschied von den Angehörigen lange anhaltendes, monotones Weinen, bricht auch jetzt gleich wieder in Tränen aus. [...] (KA zu einer depressiven Patientin 1931, Universitätspsychiatrie Gießen)

(2) [Der Patient glaubt vergiftet und dann verschleppt worden zu sein]: Wer gegeben? Immer Ärzte, wer, wisse er nicht. Er sei immer so betäubt gewesen. – Die Ärzte haben gewusst, dass er das Gift vertragen konnte und gesund würde. Manche sind gekommen, die wollten ihn vergiften – und andere, die ihn wieder vergifteten. [...] Warum nach China?] Er sei immer so betäubt gewesen, konnte sich nicht bewegen, es sei dann verschleppt worden, [...] Wo jetzt?] In Böckenburg gewesen, jetzt glaube ich Giessen in Heilanstalt. Jetzt sei er gesund, denn die Giftwirkung sei vorbei. (KA zu Hebephrenie 1930, Universitätspsychiatrie Gießen)

(1) entspricht dem rekonstruktiven Berichten, was einem tradierten fachspezifischen Stil entspricht (vgl. Schuster 2010: 157–274). Reformulierungen und der nachfolgende Befund werden klar voneinander getrennt. Die Verwendung des einschlägigen Fachvokabulars, die listende Aufführung von Symptomen sowie der Eindruck von Unmittelbarkeit, der auf eine Gleichzeitigkeit von Schreiben und Beobachtungen zu verweisen scheint, zeigen den*die Schreibenden*Schreibende als Fachexperten*Fachexpertin. Es entsteht eine für das psychiatrische Schreiben durchaus charakteristische Integration von mehreren ‚Stimmen‘ bzw. eine charakteristische Polyphonie. (2) gleicht mit der Verbalisierung von Frage-Antwort-Sequenzen einem Gesprächstranskript und reflektiert eine neue Orientierung in der Psychiatrie. Die sich über mehrere Seiten erstreckenden Verbalisierungen erscheinen als stenographisches Protokoll einer Befragung. Es werden keine Fachtermini verwendet und die Deutungsleistungen, die zu einer spezifischen Diagnose führen, bleiben entsprechend opak: „Für den Leser bleibt die Bedeutung des medial produzierten Überschusses des Signifikanten gänzlich offen“ (Ledebur 2015: 41).

Ausgehend von (1) – insbesondere in seinem Kontrast zu (2) – lassen sich nun folgende Analyseperspektiven genauer bestimmen:

In Hinsicht auf die textstrukturelle Dimension und ihre Bedeutung für die Genese fachlichen Wissens: Der Erhebungsbogen gibt nicht nur bestimmte

Aufgaben vor. Die durch ihn nahegelegte Koppelung von Diagnose und Anamnese legt ihrerseits auch Bedingungsbeziehungen (Wenn a, dann b) und entsprechende Begründungen nahe, ohne dass diese explizit vertextet werden müssen. Die Notwendigkeit, eine Diagnose stellen zu müssen, um den institutionellen Erfordernissen gerecht zu werden, legt zudem deren Geltung nahe, was wiederum die Abgrenzbarkeit von anderen psychischen Krankheiten einschließt. Bei der engen Beziehung, die in der Psychiatrie zwischen der Notwendigkeit, anschlussfähiges Wissen zu generieren, dem Erfahren der Patient*innen und den Bedingungen des „Aufschreibesystems“ besteht, ist jede Diagnose mit epistemologischen Effekten belegt: Es findet eine pragmatische Regulierung und Bestätigung des Wissens statt. Ohne dass dies im Formular reflektiert würde, wird ständig die Grenze zwischen Krankheiten, aber auch generell zwischen ‚normal‘ und ‚verrückt‘ austariert. Das betrifft einerseits die gefilterten Äußerungen von Patient*innen und ihren Angehörigen, die selbst ein bestimmtes Verhalten als ungewöhnlich einstufen (etwa „gedrückt“, „weint viel“). Andererseits betrifft dies die professionellen Akteur*innen, die sich bei der Verbalisierung ihrer Eindrücke erkennbar an fachlichen Gesichtspunkten orientieren, wofür das Anführen von zeitlicher und räumlicher Orientierung oder des Gesichtsausdrucks steht (vgl. 1). Das Erkennen einer Andersheit vor dem Hintergrund einer impliziten Normalitätserwartung ist zentral und leitet möglicherweise auch die scheinbar protokol-larische Darstellung von (2).

In Hinsicht auf die kommunikativ-pragmatische Dimension und die Kontextualisierung sozialer Rollen: Verschiedentlich ist der diachrone Abbau narrativer Vertextungsmuster, bezogen auf längere Fallschilderungen in Monographien und Lehrbüchern, nachgewiesen worden (vgl. etwa Taavitsainen & Pahta 2000; Pörksen 1986; Schuster 2010). Dieser Abbau lässt sich hinsichtlich aller in der Linguistik des Erzählens und in der Narratologie ermittelten Elemente verfolgen. Der Verlust erzählerischer oder schildernder Elemente zeigt sich auch an den oben angeführten Beispielen. Als eine besonders interessante Analyseperspektive darf die Darstellung des*der Patienten*Patientin, seiner*ihrer Beschwerden und die darauf folgende Vertextung der Befunde betrachtet werden. Der Verlust des Erzählens zugunsten hoch verdichteter sprachlicher Strukturen, wie sie bei der Aufzählung von Symptomen vorliegen, ist nicht nur Hinblick auf eine präferierte Fachsyntax, etwa in Bezug auf das Vorliegen von Nominalsätzen, interessant, sondern auch hinsichtlich einer Konzeptualisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Entfällt das handelnde Subjekt des*der Patienten*Patientin, entfallen ebenfalls sprachliche Mittel zur Markierung von Agentivität. Wird gleichermaßen die narrative Erzählinstanz, der*die handelnde Arzt*Ärztin, eliminiert, so führt das zum Konstatieren von Befunden, deren Genese nicht mehr deutlich wird, was auch zu einer Verobjektivierung des zumindest auch individuell Erfahrenen führt (vgl. Siebenborn

2012). So ist die berichtende Instanz in (1) auf der textlichen Oberfläche nicht mehr präsent, auch wenn die Äußerungen auf eine Ich-Perspektive zurückzuführen sind.

In Hinsicht auf die kommunikativ-pragmatische Dimension und ihr fachliches Kontextualisierungspotential: An (1) und (2) werden anhand der Vertextung auch zwei unterschiedliche wissenschaftliche Paradigmen erkennbar. Zwar etabliert sich die Psychiatrie im letzten Drittel des 19. Jh. als medizinische Disziplin, obwohl nur wenige Krankheiten, so Demenz und Paralyse, eindeutig nachzuweisen sind. Wie die Krankheiten zu bezeichnen sind, ist zu diesem Zeitpunkt oft unklar; eine häufig zu hörende Einordnung war die, dass die unterschiedlichen psychiatrischen Klassifikationen eine „babylonische Sprachverwirrung“ mit sich brächten (Schuster 2010: 129–130). Der Einsatz von Experimentalpsychologie und der extensive Gewinn von Daten (und deren Statistik) sollten eine wichtige Quelle für neue Erkenntnisse sein; man erhoffte sich dadurch eine präzise Beschreibung von Symptomen. Das stenografische Protokollieren galt als epistemologischer Königsweg, der zur Wahrheit und Objektivität führen sollte: „Deren Evidenzanspruch basierte auf einer Schriftform, die nicht in absoluter Differenz zur Rede, sondern vielmehr analog dazu steht und einen Vorgang als solchen beglaubigt“ (Ledebur 2015: 37). In ähnlicher Weise entstehen Atlanten, die die Patient*innen in jeder denkbaren, vermeintlich für die Krankheit charakteristischen Haltung ablichten und einen Abgleich zwischen den Krankheitsbildern ermöglichen sollen.

Zwischenfazit

Auch in der Schriftsprache kann von einem Diagnoseherstellen gesprochen werden. Der Herstellungsprozess wurde an einer Textsorte gezeigt, die für das Funktionieren des klinischen Alltags zentral war. Es wurde dafür plädiert, zwei wesentliche Voraussetzungen der Textproduktion, nämlich die Ordnung der Daten unter Relevanz- und Kohärenzgesichtspunkten, zu betrachten und insbesondere der Tatsache Rechnung zu tragen, dass interaktiv Erfahrenes für die klinische Binnenkommunikation reorganisiert wird. Die Existenz von Formularen, für die der Erhebungsbogen ein gutes Beispiel ist, ist nicht nur mit der Erfüllung kommunikativer Aufgaben verbunden, sondern die Art und Weise der Erfüllung kann sowohl zur sozialen als auch fachlichen Kontextualisierung beitragen. Ferner werden durch den Erhebungsbogen Zusammenhänge vorausgesetzt, die nicht explizit vertextet werden müssen, jedoch den klinischen Erwartungshorizont und mithin auch Normalitätserwartungen bestätigen. Das damit verbundene Wissen verweist auf den jeweiligen Reflexionsstand der Psychiatrie und kann mit wechselnden wissenschaftlichen Paradigmen in einen Zusammenhang gebracht werden.

3 Diagnosen (h)erstellen im öffentlichen Diskurs als massenmediale Faktizitätsherstellung am Beispiel des (mehrsprachigen) Impfdiskurses

Mit den folgenden Ausführungen sollen die bisherigen Darlegungen zum „Diagnose (h)erstellen“ erweitert werden um die Komponente eines neuen Kommunikationsbereichs – nämlich den der Öffentlichkeit: In der im Folgenden skizzierten Diskursanalyse über den Impfstreit als europaweiten Diskursgegenstand (vgl. grundlegend dazu Atayan et al. 2020) soll für das hier fokussierte Erkenntnisinteresse gezeigt werden, wie öffentliche Diagnose-Herstellung als massenmediale Faktizitätsherstellung modelliert werden kann. Damit werden Ausdruck und Begriff der „Diagnose“ im Unterschied zur bisherigen Verwendungsweise etwas anders gebraucht, gleichsam erweitert und damit in einer anderen Spielart verwendet. Ein Ziel des Beitrages besteht darin, die gesellschaftliche Relevanz dieser Erweiterung zu demonstrieren. Die gängige Sichtweise, dass medizinische Fachleute mittels medizinischer Diagnosen eine Erkrankung sachlich und begrifflich zu fixieren versuchen – und zwar auf der Basis konventionalisierter medizinischer Kategorien –, wird im Folgenden geweitet zugunsten „massenmedialer Diagnosen“, die von gesellschaftlichen Diskursakteuren zur Zielerreichung gesundheitlicher Zustände in einer Gesellschaft propagiert werden und die einer diskursiven und damit auch nicht sicher antizipierbaren Aushandlung unterliegen. Diese gesellschaftspolitischen Aspekte medizinischer Provenienz sind im „Corona-Jahr“ 2020 besonders evident geworden– und der Streit über die Rolle der Medien ebenso.

Wir haben es daher mit verschiedenen Diagnose-Begriffen zu tun. Das bedeutet, nicht nur der Prozess des Diagnose-(H)erstellens weist – je nach Kommunikationsbereich – Spezifika und auch Gemeinsamkeiten auf, sondern auch die Diagnose selbst, d. h. das Resultat, ist verschieden. Am Ende einer Laienentscheidung für oder gegen das Impfen steht in der Regel ein „Ja“ oder „Nein“, am Ende einer fachlichen Diagnose steht ein neuer Text. Im Folgenden werden dazu handlungsleitende Konzepte als Resultate einer Diskursanalyse vorgestellt, die massenmedial von Persönlichkeiten als medizinische und gesundheitspolitische Diagnose im Diskurs durchgesetzt werden sollen. Damit erweitern wir unser Verständnis von Diagnose dahingehend, dass auch Laienschaft auf Basis medizinischen Wissens eine Entscheidung für sich oder ihre Angehörigen treffen und damit Gesundheits- und Krankheitsbefunde beurteilen müssen – beispielsweise im Kontext des Impfens.

Dabei ist zu bedenken, dass medizinisch nicht geschulte Menschen in ihrem Alltag häufig Entscheidungen treffen müssen, die an sprachliche Zeichen gebunden sind und einer spezifischen kommunikativen Praxis unterliegen (vgl. grundständig zur Linguistik des Entscheidens Jacob 2017). Um solche Entscheidungen treffen zu

können, müssen sie individuelle und gesellschaftliche (z. B. eine Pandemie betreffende) Gesundheits- und Krankheitszustände einschätzen und beurteilen können, also eine Diagnose erstellen (im Sinne einer Sachverhaltsfeststellung bzw. -festsetzung aktueller und zukünftiger Zustände und deren Beurteilung). Dazu orientieren sie sich an dem verfügbaren Wissen, das unter anderem in Medien vermittelt wird, aber auch in persönlichen Gesprächen mit ausgebildetem Personal oder ungeschulten Menschen entsteht. Wissenserwerb kann man als Faktizitätsherstellung auf der Basis bestimmter Daten (= uninterpretierte anerkannte Wissensbestände) auffassen (siehe grundlegend zur Unterscheidung von Daten und Fakten Felder 2013).

Zur Plausibilität der Daten-Fakten-Unterscheidung im Rahmen einer linguistischen Diskursanalyse über das Impfen sei exemplarisch auf das Datum und Faktum verwiesen, dass die Ausrottung der Pocken erfolgt ist (unstrittiges Datum) und dass dieser Umstand zu begrüßen ist (unstrittiges Faktum). Ein weiteres Beispiel für unstrittige Daten ist darin zu sehen, dass Impfungen vor Krankheiten schützen können. Dem gegenüber steht die – auf diesen Daten basierende – divergierende Faktenherstellung, dass tatsächliche oder vermeintliche Risiken beim und durch das Impfen im Vergleich zum Nutzen bestimmter Impfungen unterschiedlich eingeschätzt werden. Diese Form der Wissensgenerierung basiert auf statischen Pfeilern (= Daten), ist aber auch dynamischen Veränderungen bei der Faktengenesse ausgesetzt. Das macht die Entscheidungsfindung nicht unbedingt leichter.

Das Interesse gilt demnach medizinischem und gesundheitspolitischem Wissen bzw. den Konzeptualisierungen der entsprechenden Sachverhalte. Im Zentrum steht die Frage, welche handlungsleitenden Konzepte als Orientierungskategorien von welchen Personen massemedial stark gemacht werden (verstanden als medizinische und gesundheitspolitische Diagnose gesellschaftlich wünschenswerter Zustände von Individuen und der Gesamtheit). Da diese Konzepte sich widersprechen können, werden die konfligierenden Konzepte in Form *agonaler Zentren* dargestellt (vgl. einführend zu dieser diskursanalytischen Methode Felder 2018); sie stellen diskursanalytische Interpretationskonstrukte dar. Der Wettstreit um die angemessene Konzeptualisierung von lebensweltlichen und fachlichen Sachverhalten ist durch die Gegenüberstellung divergierender Konzepte und konfligierender Geltungsansprüche deutlich zu machen, kurz: durch agonale Zentren. In einem Diskurs versuchen politische Interessierte ihre Perspektiven durchzusetzen, indem sie die zur Hervorrufung von Konzepten jeweiligen erforderlichen Sprachzeichen stark machen. Agonale Zentren (= diskursive Wettkämpfe um Geltungsansprüche und adäquate Konzeptualisierungen) legen Diskursstreitigkeiten induktiv aus dem sprachlichen Material offen. Sie verdichten und synthetisieren im Diskurs Implizites durch Analyse des Explizierten und machen konfligierende Konzeptualisierungen als –zwischen den Zeilen liegende – Orientierungsgrößen transparent.

Das Untersuchungsziel ist also die Analyse handlungsleitender Konzepte und agonaler Zentren als Deutungskategorien. Der Untersuchung im Sinne einer Pilotstudie liegt ein kleines Untersuchungskorpus mit 30 Presstexten in vier Sprachen (De, En, Fr, It) zugrunde. Die Studie wurde in der interdisziplinären Arbeitsgruppe – bestehend aus Mitgliedern der Germanistik, Romanistik und Anglistik – „Europäische Diskursgemeinschaft – Perspektivenfrieden und Perspektivenstreit (EuDG)“ erarbeitet (vgl. zu Aufbau, Zielsetzung, Methode, Annotationspraxis und Textkorpus den grundlegenden Aufsatz Atayan et al. 2020).

Massenmediales und öffentliches Diagnose-Erstellen lässt sich hinsichtlich seiner sozialen und semiotischen Praktiken dann optimalerweise dechiffrieren, wenn man ein *tertium comparationis* der Analyse zugrunde legen kann. Dies geschieht in diesem – Perspektiven offenlegenden – Projekt durch den Sprach- und Kulturvergleich. Europa stellt nicht nur eine politische und ökonomische (Werte-)Gemeinschaft dar, sondern bildet auch einen gemeinsamen diskursiven Raum, die europäische Diskursgemeinschaft. Das Projekt basiert auf der Annahme, dass sich die Zivilgesellschaft Europas im diskursiven Umgang mit Fachinhalten und beim Transfer von Expertenwissen in die Laiensphäre in einer Diskursgemeinschaft befinden – trotz der vordergründig einzelsprachlichen Kulturbindung. Vor diesem Hintergrund fokussieren wir innerhalb des europäischen Diskursraumes *Daten* (als eine uninterpretierte Menge an Unstrittigem wie z. B. der WHO-Feststellung vom 8. Mai 1980, der gemäß die Pocken als ausgerottet gelten) und *Fakten* (als Propositionen, über deren Wahrheitsgehalt gestritten werden kann, wie z. B. der medial diskutierten Frage, durch welche Maßnahmen oder Umstände die Pocken-Ausrottung im Wesentlichen herbeigeführt wurde – durch die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1967 initiierte weltweite Impfpflicht gegen Pocken oder die verbesserten Lebensumstände).¹³

Die Grundidee dieses Kapitels könnte man mit dem reißerischen Titel „Diagnoseherstellung massenmedial“ überschreiben. Eine solche postnominale Attributstellung ist charakteristisch für eine Überschrift einer Boulevardzeitung (im Stil von „Heide-Mörder gefasst“ oder „Wolfsrudel erlegt“). Und darum geht es in der massenmedialen Diskursanalyse auch, um das Offenlegen von Durchsetzungspraktiken oder die Frage, wer mit welchen sprachlichen Mitteln bestimmte Perspektiven im Diskurs dominant setzen wollen. Das Verständnis des Diagnosebegriffs wird hier erweitert: Diagnosen als Aussagen über einen Zustand

¹³ Damit sprechen wir das Desiderat einer sprachvergleichenden Diskurslinguistik an (vgl. dazu auch den Ansatz einer „kontrastiven Diskursanalyse“ bei Czachur (2011), die „transnationale Diskurslinguistik“ bei Gür-Şeker (2012) oder die Ansätze einer sprachübergreifenden Diskurslinguistik in Gredel et al. (2018) in dem Band *Diskurs – kontrastiv* oder Mattfeldt (2018) mit einer deutsch-englischen Diskursanalyse).

und seine Beurteilung sind für die ärztliche Praxis konstitutiv, wie oben gezeigt wurde. Sie sind aber auch für ein medizinisches Laienpublikum von grundlegender Bedeutung, wenn es um medizinische und gesundheitspolitische Entscheidungen – die Zukunft von Individuen in Kollektiven betreffend – geht. In diesem Kontext kann man über die öffentliche gesundheits- und gesellschaftspolitische Impfdebatte sagen, dass ihr ein Perspektivenstreit immanent ist, wobei jede Perspektive spezifische Referenzpunkte als handlungsleitend und maßgeblich konstituiert, um ihre Sichtweise plausibel zu machen. Die herauszuarbeitenden Perspektiven charakterisieren viele Konflikte dieses Diskurses.

Und was muss das Zoon politikon leisten? Es muss sich ein Bild machen und eine Impfscheidung für sich und die Kinder treffen – nämlich eine medizinische Laiendiagnose erstellen. Haben wir in der Einleitung mit Bezug auf das Standardwerk *Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch* unter Diagnose eine „überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff“ verstanden, so wird im Folgenden – etwas erweitert – darunter eine „abgegebene Feststellung, Beurteilung über den Zustand der Beschaffenheit von etwas“ (*Duden – Das große Fremdwörterbuch* 2000) verstanden. Dieses Etwas ist der komplexe fachliche Sachverhalt behaupteter *Korrelationen* (Wechselbeziehung oder Zusammenhang zwischen statistischen Ergebnissen, die durch Wahrscheinlichkeitsrechnung ermittelt werden) oder *Kausalitäten* (der Zusammenhang von Ursache und Wirkung bzw. Form des objektivierten Wirkungszusammenhangs zwischen Dingen, Prozessen, Systemen, bei dem die Ursache unter bestimmten Bedingungen mit Notwendigkeit die Wirkung hervorruft) von zwei Phänomenen – nämlich einer bestimmten Impfung bzw. dem Unterlassen einer Impfung einerseits und den in der Folge auftretenden unerwünschten Beeinträchtigungen körperlicher Art andererseits. Dazu werden in den Printmedien mono- und polykausale Erklärungsversuche von erwünschten oder unerwünschten Körperzuständen von Individuen und Gemeinschaften auf einer bestimmten Datenbasis diskutiert (also eine multifaktorielle Ursachenerörterung durchgeführt).

Zwei Beispiele seien angeführt, um diese abstrahierte Formulierung zu veranschaulichen: In der Pilotstudie finden sich Belege für die Behauptung, eine unerwünschte Beeinträchtigung durch Impfungen könne das Auftreten von Heuschnupfen sein. Gleichermäßen finden sich viele Belege, die sich bei Nicht-Impfung mit der Wahrscheinlichkeit auseinandersetzen, dass – als eine unerwünschte Beeinträchtigung– eine Gehirnentzündung in Folge von Masern-Erkrankungen auftreten kann.

Diese Diagnosen (Zustandsbeurteilungen) beziehen sich also nicht nur auf empirisch nachweisbare oder akute Krankheiten, sondern (zukunftsorientiert und Entscheidungsbedarf implizierend) auch auf zu antizipierende Beeinträchtigungen, mögliche Schädigungen und die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsausbruchs. Und um das Bild fortzusetzen: Die mögliche Medikation (hier der

Impfstoff) muss hinsichtlich erwünschter und unerwünschter potentieller Wirkungen bedacht werden. Eltern müssen also diagnostizieren, abwägen. Diagnostizieren (= also einen Zustand beurteilen) bedeutet hier also etwas erweitert, mögliche Krankheitszustände zu antizipieren und entsprechende Entscheidungen in Bezug auf medizinische Maßnahmen zu treffen. Die Informationsbasis besteht aus Presseberichten, Internetplattformen und Gesprächen mit ~~Ärzt*innen und Freund*innen~~.

Die hier zugrunde gelegte Methode der linguistischen Diskursanalyse folgt dem Ansatz der pragma-semiotischen Textarbeit (Felder 2018), wie er in verschiedenen Publikationen an unterschiedlichen Diskursen wie beispielsweise zur „Palliativmedizin/Sterbehilfe“ (Felder 2015) und dem „rechtlichen und außerrechtlichen Sterbehilfe-Diskurs“ (Felder, Luth & Vogel 2016) dargelegt wurde. Es handelt sich um eine korpusbasierte, kontrastive Methodologie, die qualitative und quantitative Verfahren kombiniert.¹⁴ Dies geschieht, um sprachgebundene Sachverhaltsdarstellungen, Diskursperspektiven, Denkstile und Interpretationsroutinen transparent zu machen. Die Methode und die einzelnen Verfahrensschritte werden mit Verweis auf die Literatur zu den eben erwähnten Diskursanalysen und aufgrund von Umfangsbeschränkungen hier nicht dargelegt, sondern es werden nur ausgewählte Untersuchungsergebnisse der Pilotstudie resümiert.

Im Rahmen der erwähnten Pilotstudie von 30 Presstexten zum Impfen (und zwar in jeder Untersuchungssprache) hat die Projektgruppe „Europäische Diskursgemeinschaft – Perspektivenfrieden und Perspektivenstreit (EuDG)“ 36 agonale Zentren eruiert (vgl. Atayan et al. 2020, dort die Auflistung im Anhang). Im Folgenden werden nur wenige vorgestellt, die dem Zweck dienen, die medial konstituierten Konzeptualisierungen zu explizieren, auf deren Grundlage Leser eine Diagnose im weiteren Begriffsverständnis (= Beurteilung eines Zustandes mit Entscheidungsimplication für oder gegen Impfen) erstellen. Diese Konzepte spielen dann selbstredend ebenfalls in der privaten Kommunikation oder in der Arzt-Patienten-Kommunikation eine tragende Rolle.

Bevor im Folgenden tabellarisch und exemplarisch agonale Zentren aufgelistet werden, seien wenige Gesichtspunkte angerissen. Gesundheits- und gesellschaftspolitisch betrachtet könnte man cum grano salis über die öffentliche Impfdebatte sagen: Neben einer individuellen Perspektive findet sich im Diskurs eine Gemeinwohlperspektive – oder etwas genauer formuliert: Neben der individuellen Perspektive antizipierter Risiken und Wahrscheinlichkeiten, von möglichen Krankheiten und Impfnebenwirkungen betroffen zu sein, ist eine weitere Sichtweise, die

¹⁴ Vgl. zur Methodologie der linguistischen Agonalitätsforschung Mattfeldt (2018) mit ihrer deutsch-englischen Diskursstudie zur sprachvergleichenden Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren, welche sprachliche und visuelle Formen des diskursiven Wettstreits anzeigen.

Gemeinwohlperspektive des Schutzes des Kollektivs, relevant (auch derjenigen, die kurz nach der Geburt noch nicht geimpft werden können).

In der folgenden Abbildung werden exemplarisch agonale Zentren aus der Diskursanalyse über das Impfen als europaweiten Diskursgegenstand in Tabellenform zusammenggeführt. Ein agonales Zentrum besteht aus zwei sich widersprechenden handlungsleitenden Konzepten: Dieses Verhältnis ist durch den Gegensatzpfeil illustriert, das handlungsleitende Konzept links des Pfeiles steht also im konzeptionellen Gegensatz zum rechts des Pfeiles formulierten Konzept.

**Konzepte mittleren Abstraktionsgrades als handlungsleitende Konzepte:
Agonale Zentren (Konzeptualisierungskonkurrenzen) als
Interpretationskonstrukte**

›Kollektivinteresse: Bei der Entscheidung für bzw. gegen eine Impfung wird vor allem das Wohl der Allgemeinheit in den Blick genommen‹	—————	›Individualinteresse: Bei der Entscheidung für bzw. gegen eine Impfung wird vor allem das Wohl des Einzelnen in den Blick genommen‹
›Kollektivverantwortung: Die Gesundheit des Einzelnen liegt auch in der Verantwortung der Gesellschaft insgesamt‹	—————	›Individualverantwortung: Jedes Individuum ist selbst für seine Gesundheit verantwortlich‹
›Staatliche Regulierungsbefugnis: Der Staat sollte eine Impfpflicht einführen‹	—————	›Individuelle Entscheidungsfreiheit: Der Staat sollte sich in die Entscheidung für oder gegen Impfung nicht einmischen‹
›Die Konsequenzen von Nicht-Impfungen sind nachteiliger als die Konsequenzen von Impfungen‹	—————	›Die Konsequenzen von Impfungen sind nachteiliger als die Konsequenzen von Nicht-Impfungen‹
›Die Parteien und ihre Argumente für bzw. gegen Impfung werden ernst genommen‹	—————	›Die Parteien und ihre Argumente für bzw. gegen Impfung werden nicht ernst genommen, sondern vereinfacht bestimmten Kategorien zugeordnet‹
›Recht von Institutionen bzgl. medizinischer Vorgaben: Die Aufnahme-Verweigerung von ungeimpften Kindern in Kitas, Krabbelgruppen usw. wird befürwortet‹	—————	›Pflicht des Individuums zur Einhaltung medizinischer Verhaltenskodizes: Die Aufnahme-Verweigerung von ungeimpften Kindern in Kitas, Krabbelgruppen usw. wird abgelehnt‹

(fortgesetzt)

 ›Die Impfrisiken werden in Frankreich transparent behandelt‹

_____ ›Die Impfrisiken werden in Frankreich intransparent behandelt‹

›Statistiken als Basis für Entscheidungen zum Thema Impfung‹

 _____ ›Gefühle als Basis für Entscheidungen zum Thema Impfung‹

Zwischenfazit

Auch in Massenmedien werden Diagnosen in dem oben erweiterten Sinne erstellt und den Diagnosen der Diskursakteure liegen handlungsleitende Konzepte zugrunde. Die linguistische Diskursanalyse (LDA) im Paradigma der pragma-semiotischen Textarbeit (Felder 2018) setzt sich zum Ziel, diese zwischen den Zeilen wirkenden Konzeptualisierungen im Diskurswettbewerb offenzulegen – und zwar als agonale Zentren in Form von Deutungs- und Interpretationskonstrukten.

Diskursakteure versuchen in der Gesellschaft durch die Dominantsetzung ihrer sprachlichen Mittel die damit verbundene Perspektive durchzusetzen und die Diskurshoheit zu erobern bzw. ihr handlungsleitendes Konzept als plausibel zu etablieren. Es handelt sich dabei um eine Form der Faktizitätsherstellung auf der Basis von Daten, die unstrittig sind oder als unstrittig deklariert werden. Fakten werden auf der Basis solcher Daten generiert, sprich hergestellt. Die Individuen müssen (vor dem Hintergrund wissenschaftlich unstrittiger Befunde) in der Wahrnehmung dieser Fakten ihre medizinischen Entscheidungen treffen.

4 Synopse zu drei Ausprägungen des Diagnosen-(H)erstellens

Diagnosen stellen einen zentralen Bestandteil medizinischen Handelns dar und sind ohne Kommunikation nicht denkbar. Kommunikation basiert auf unterschiedlichen Wissensbeständen der Interaktionsbeteiligten. Wenn es um die Herstellung eines medizinisch relevanten Sachverhalts geht, so spielen die Sachverhaltsdarstellungen der Lai*innen ebenso eine Rolle wie die der Expertenschaft. Die dabei einschlägigen medizinischen Informationen, die z. B. durch vorgängige Arzt-Patienten-Kommunikation gewonnen werden, haben einen erheblichen Einfluss

auf nachfolgende Entscheidungen und Handeln; sie basieren auf Vorerfahrungen des jeweiligen Fachbereichs oder benachbarter Fachgebiete. Es geht um die Erfassung und Verbalisierung von (gegenwärtigen oder prognostizierten) Symptomen und ihre Zuordnung in medizinische Kategorien (entweder als unerwünschte Krankheit oder als gewünschter Gesundheitszustand modelliert). Diagnosen sind demnach eine Zuordnung von Variablen (Symptomen) zu Kategorien (Krankheits- und Gesundheitszuständen).

Der sprachliche Anteil bei der Er- und Herstellung einer Diagnose ist grundlegend und wissenskonstitutiv – und zwar im Gespräch (z. B. Arzt-Patienten-Kommunikation), in schriftlichen Textsorten (z. B. Krankenakten, Dateien) und im öffentlichen Diskurs (z. B. Presstexte). Medizinwissenschaftliche wie allge-meingesellschaftliche Aspekte müssen bei linguistischer Fragestellung und Methodologie, die diagnostisches Geschehen untersuchen, berücksichtigt werden. Die sprachwissenschaftliche und kommunikationsgeschichtliche Untersuchung diagnostischen Handelns (in schriftlichen Texten und mündlicher Interaktion oder bei massenmedialer Faktizitätsherstellung) arbeitete Überschneidungen heraus, aber natürlich vor allem auch Besonderheiten.

Folgende Spezifika des Diagnose-(H)Erstellens sind in den drei Kommunikationsformaten festzuhalten: Im ersten Kapitel (unter Federführung von Thomas Spranz-Fogasy) wurde gezeigt, wie Diagnose kollaborativ hergestellt wird. Dabei ist die verwendete Lexik hinsichtlich ihrer Präzision und Unterbestimmtheit in dem Spannungsverhältnis von Fachlichkeit und Alltäglichkeit angesiedelt. Ihre Rolle beim Sprachhandeln ist interaktiv und gesprächsanalytisch untersucht worden und hinsichtlich der Praktiken analysiert worden, mit welchen Zeichen Unsicherheit bei diagnostischer Wissensherstellung angezeigt wird.

Im zweiten Kapitel (von Britt-Marie Schuster erarbeitet) wurde transparent gemacht, wie Diagnosen auf Vorwissen, Vorerfahrungen, auf Krankheitsverlauf und deren Verbalisierung basieren. Am Beispiel der sich im 19. und 20. Jahrhundert entwickelnden klinischen Psychiatrie wurde dort eine text- und kommunikationsgeschichtliche Sicht auf schriftliche Texte und insbesondere auf den Erhebungsbogen entfaltet. Im Aufmerksamkeitsfokus stand die Reorganisation des Mündlichen im a posteriori schriftlich erstellten Text. Der Erhebungsbogen enthält ausdrucksseitige Muster an der Oberfläche, deren Herausarbeitung zeigt, mit welchen sprachlichen Mitteln durch Sprachhandeln Aufgabenroutinen bewältigt werden. Die an die Textsorte „Erhebungsbogen“ gebundenen Aufgaben und deren Ausführung können indexikalisch unter sozialen und fachlichen Aspekten gedeutet werden. Die Gesichtspunkte des Vorwissens und der Anordnung von Wissensbeständen spielen auch Fachkundigen eine Rolle. Insofern fachliches Wissen in ausdrucksseitigen Mustern an Lai*innen vermittelt wird, wird ihre Repetition im nicht-fachlichen Gemeinsprachengebrauch dann erleichtert und damit die Aufnahme in

den semi-fachlichen Wissensbestand vorbereitet, wenn sie massenmedial breit rezipiert werden und aufgrund der schriftlichen Fixierung leicht in den eigenen Wortschatz und in persönliche Formulierungsformen integriert werden können.

Das dritte Kapitel (von Ekkehard Felder entfaltet) fokussiert den sprachlichen Wettstreit (um die angemessene Konzeptualisierung von lebensweltlichen und fachlichen Sachverhalten) zwischen kontroversen Positionen zum Impfen und will die zwischen den Zeilen liegenden und divergierenden Konzeptualisierungen (agonale Zentren) offenlegen. *Diagnostizieren* wurde begrifflich am Beispiel des Impfdiskurses erweitert. Dazu wurden die Ergebnisse einer mehrsprachigen Diskursanalyse zum Impfen (Atayan et al. 2020) vorgestellt, die exemplarisch zeigt, wie Diskursakteur*innen durch den Einsatz spezifischer sprachlicher Mittel handlungsleitende Konzepte evozieren, um ihre Geltungsansprüche in Diskursen zu umstrittenen Wissensbeständen durchzusetzen (hier über das Impfen). Wissen wird dabei weniger als statisch gegeben verstanden, sondern unter dem Aspekt des sprachlichen Handelns als dynamischer Aushandlungsprozess gefasst. Dabei ist zu beachten, und dieser Umstand verschärft die Problemlage, dass Wissen dynamisch ist, auch wenn es auf bestimmten statisch festen Pfeilern ruht. Dieser – vor allem für medizinische Lai*innen einschlägige – Problemkreis sollte mittels der Daten-Fakten-Unterscheidung operationalisiert werden. Lai*innen müssen im Alltag medizinrelevante Entscheidungen für oder gegen das Impfen treffen. Dazu erstellen sie Diagnosen (Beurteilung eines Zustandes mit Entscheidungsimplication) auf Grundlage der ihnen zugänglichen Datenbasis, indem sie Fakten generieren, auf die sie ihre Entscheidungen gründen. Hier interessiert die Informationsdarbietung in Medien, welche die Grundlage der Entscheidung darstellt (nicht der Prozess des Entscheidens selbst). Lai*innen orientieren sich an diesem verfügbaren Wissen (an handlungsleitenden Konzepten). Deutlich wird dabei, wie Faktizitätsherstellung in Massenmedien als ein Diagnostizieren im öffentlichen Raum aufgefasst werden kann. Handlungsleitende Konzepte verdichten und synthetisieren im Diskurs Impliziertes durch Analyse des Explizierten.

Nach der Synopse der Spezifika sollen abschließend aus sprachwissenschaftlicher Sicht die Überschneidungen des Phänomens *Diagnose (h)erstellen* ins Bewusstsein gerufen werden. In diesem Zusammenhang ist zum einen interaktionale Sachverhaltskonstitution bzw. -ermittlung unter Berücksichtigung von fachlichem und laienhaftem Vorwissen sowie die Sachverhaltsbewertung durch Laien und Experten zu sehen. Zum anderen ist allen drei Zugängen die je kontextuelle und situationsspezifische Gebundenheit des Diagnostizierens gemeinsam. Weisen die Medialitäten des Geschriebenen und Gesprochenen selbstredend Besonderheiten auf, so ist beiden Medialitäten aus semiotischer Sicht gemeinsam, dass die Zeichen eine Sprachgebrauchsvorerfahrung (Prägung) mitbringen, die je einzelkontextuell eingefangen und anschließend kontextabstrahiert fixiert werden

müssen. Das Spannungsverhältnis zwischen einzelkontextgebundener Wissensgenese und kontexttranszendenter Abstraktion ist Segen und Fluch zugleich: Der singuläre Kontext individuiert die Einzelfaktoren – schließlich gehen damit oft Entscheidungen einher – und wird idealiter dem Einzelnen gerecht. Gesamtgesellschaftlich interessant ist der Einzelkontext hingegen jedoch erst, wenn er zu allgemeineren Symptomen-Medizinkategorien-Zuordnungsverhältnissen (= Diagnosen) beiträgt. Damit geht allerdings eine Unsicherheit, eine Unterbestimmtheit – um nicht zu sagen – eine Unzuverlässigkeit einher, welche das Fällen von Entscheidungen erschwert, weil das Herstellen und Erstellen von Diagnosen dynamisch und nicht vollständig antizipierbar ist.

Literatur

- Atayan, Vahram, Ekkehard Felder, Bettina Fetzer, Anna Mattfeldt, Daniele Moretti, Annika Straube & Daniel Wachter (2020): Europäische Diskursgemeinschaft. Projektskizze einer sprachvergleichenden Diskursanalyse. *Linguistik online* 103 (3).
- Borck, Cornelius & Armin Schäfer (Hrsg.) (2015): *Das psychiatrische Aufschreibesystem. Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Burg, Angelina von (1990): *Die schriftliche Arbeitssprache der Medizin. Eine linguistische Untersuchung am Beispiel der Krankenakte*. Bern u.a.: Peter Lang.
- Busch, Albert & Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) (2015). *Handbuch „Sprache in der Medizin“*. Handbücher Sprachwissen hrsg. v. Ekkehard Felder & Andreas Gardt, Bd. 11, Berlin: de Gruyter.
- Czachur, Waldemar (2011): *Diskursive Weltbilder im Kontrast: linguistische Konzeption und Methode der kontrastiven Diskursanalyse deutscher und polnischer Medien*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Deppermann, Arnulf (1999): *Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden* (Qualitative Sozialforschung 3). 2. Aufl. Opladen: Leske und Budrich.
- Deppermann, Arnulf (2015): Pragmatik revisited. In Ludwig M. Eichinger (Hrsg.), *Sprachwissenschaft im Fokus. Positionsbestimmungen und Perspektiven*, 323–352. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Ditz, Susanne (2006): Diagnoseübermittlung, Entscheidungsfindung und präoperatives Aufklärungsgespräch. Diagnose Brustkrebs: „Breaking bad news“. In Susanne Ditz, Christa Diegelmann & Margarete Isermann (Hrsg.), *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs*, 167–174. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Duden – Das große Fremdwörterbuch*. Mannheim 2000.
- Epstein, Ronald (2017): *Attending: medicine, mindfulness, and humanity*. New York: Scribner.
- Fandrych, Christian & Maria Thurmair (2011): *Textsorten im Deutschen: linguistische Analysen aus sprachdidaktischer Sicht* (Stauffenburg Linguistik 57). Tübingen: Stauffenburg.
- Feer, Hans (1987): *Die Sprache der Psychiatrie. Eine linguistische Untersuchung*. Berlin: Springer.

- Felder, Ekkehard (2013): Faktizitätsherstellung mittels handlungsleitender Konzepte und agonaler Zentren. Der diskursive Wettkampf um Geltungsansprüche. In Ekkehard Felder (Hrsg.), *Faktizitätsherstellung in Diskursen. Die Macht des Deklarativen*, 13–28. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Felder, Ekkehard (2015): Lexik und Grammatik der Agonalität in der linguistischen Diskursanalyse. In Heidrun Kämper & Ingo Warnke (Hrsg.), *Diskurs – interdisziplinär. Zugänge, Gegenstände, Perspektiven* (Diskursmuster – Discourse Patterns, Bd. 6), 87–121. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Felder, Ekkehard (2018): Linguistische Diskursanalyse im Paradigma der pragmasemiotischen Textarbeit. Agonale Zentren als Deutungskategorien. In Jörg Hagemann & Sven Staffeldt (Hrsg.), *Pragmatiktheorien II. Diskursanalysen im Vergleich*, 19–42. Tübingen: Stauffenburg.
- Felder, Ekkehard, Janine Luth & Friedemann Vogel (2016): ‚Patientenautonomie‘ und ‚Lebensschutz‘: Eine empirische Studie zu agonalen Zentren im Rechtsdiskurs über Sterbehilfe. *Zeitschrift für germanistische Linguistik* (44), 1–36.
- Foucault, Michel (1995 [1973]): *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* (Suhrkamp taschenbuch wissenschaft 39). 11. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. [Aus dem Frz. von Ulrich Köppen. Frz. Erstausgabe: *Histoire de la folie*. Paris: Plon 1961].
- Gaderer, Rupert (2015): ‚Querulantenwahnsinn‘. Papierflut, Graphologie und Rechtsgefühl. In Cornelius Borck & Armin Schäfer (Hrsg.), *Das psychiatrische Aufschreibesystem. Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*, 181–199. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Gawlich, Max (2015): Tabellen, Kurven, Schocks. Somatische Therapien und ihre Aufschreibesysteme. In Cornelius Borck & Armin Schäfer (Hrsg.), *Das psychiatrische Aufschreibesystem. Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*, 77–91. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Gredel, Eva, Heidrun Kämper, Ruth M. Mell & Janja Plajnar (Hrsg.) (2018): *Diskurs – kontrastiv: Diskurslinguistik als Methode zur Erfassung transnationaler und sprachübergreifender Diskursrealitäten* (Sprache – Politik – Gesellschaft 23). Bremen: Hempen.
- Gür-Şeker, Derya (2012): *Transnationale Diskurslinguistik: Theorie und Methodik am Beispiel des sicherheitspolitischen Diskurses über die EU-Verfassung in Deutschland, Großbritannien und der Türkei*. Bremen: Hempen.
- Habscheid, Stephan (2010): *Text und Diskurs*. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Hampton JR, MJG Harrison, JRA Mitchell, JS Prichard, C Seymour (1975): Relative contributions of history-taking: physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal* 2 (5969), 486–489.
- Heath, Christian (1986): *Body movement and speech in medical interaction* (Studies in emotion and social interaction). Cambridge: Cambridge Univ. Pr.
- Heritage, John (2010): Questioning in Medicine. In Alice Freed & Susan Ehrlich (Hrsg.), *Why Do You Ask? The Function of Questions in Institutional Discourse*, 42–68. Oxford: Oxford University Press.
- Heritage, John & Tanya Stivers (1999): Online Commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine* 49 (11), 1501–1517.
- Hess, Volker (2010): Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725–1830). *Medizinhistorisches Journal* 45 (3/4), 293–340.

- Holz, Simone (2014): *Die tiefenpsychologische Krankengeschichte zwischen Wissenschafts- und Weltanschauungsliteratur (1905–1952): eine gattungstheoretische und -historische Untersuchung*. Frankfurt a.M. u.a.: Peter Lang.
- Jacob, Katharina (2017): *Linguistik des Entscheidens. Eine kommunikative Praxis in funktionalpragmatischer und diskurslinguistischer Perspektive* (Sprache und Wissen 27). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Klein, Christian & Matías Martínez (Hrsg.) (2009): *Wirklichkeitserzählungen. Felder, Formen und Funktionen nicht-literarischen Erzählens*. Stuttgart: Metzler.
- Koerfer, Armin & Christian Albus (Hrsg.) (2018): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. (<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/koerfer.html>; letzter Zugriff: 11.11.2020).
- Könemann, Sonja (2015): Anamnesen – Anekdoten – Abenteuer. Fabulieren im Aufschreibesystem der Psychiatrie. In Cornelius Borck & Armin Schäfer (Hrsg.), *Das psychiatrische Aufschreibesystem. Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*, 201–222. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Ledebur, Sophie (2015): Verstetigen eines Moments. Zum Verfahren des stenographischen Protokollierens in der Psychiatrie. In Cornelius Borck & Armin Schäfer (Hrsg.), *Das psychiatrische Aufschreibesystem. Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*, 29–54. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Lindner, Bettina (2018): *Medizinische Gutachten des 17. und 18. Jahrhunderts. Sprachhistorische Untersuchungen zu einer Textsortenklasse* (LinguaAcademica 2). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Linke, Angelika (2014): Kommunikationsgeschichte. In Vilmos Ágel & Andreas Gardt (Hrsg.), *Paradigmen der aktuellen Sprachgeschichtsforschung* (Jahrbuch für Germanistische Sprachgeschichte 5), 22–45. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Linke, Angelika (2018): Kulturhistorische Linguistik. In Arnulf Deppermann, Arnulf & Silke Reineke (Hrsg.), *Sprache in kommunikativen, interaktiven und kulturellen Kontexten* 347–384. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Maynard, Douglas W. (2003): *Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maynard, Douglas W. & Richard M. Frankel (2006): On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptom residue. In John Heritage & Douglas W. Maynard (Hrsg.), *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients* 248–278. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mattfeldt, Anna (2018): *Wettstreit in der Sprache. Ein empirischer Diskursvergleich zur Agonalität im Deutschen und Englischen am Beispiel des Mensch-Natur-Verhältnisses* (Sprache und Wissen 32). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Meier, Marietta (2015): Progredienter Verlauf. Koordinaten einer Krankengeschichte. In Cornelius Borck & Armin Schäfer (Hrsg.), *Das psychiatrische Aufschreibesystem. Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*, 245–263. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Peräkylä, Anssi (1998): Authority and intersubjectivity: the delivery of diagnosis in primary health care. *Social Psychology Quarterly* 61, 301–320.
- Peräkylä, Anssi (2002): Agency and authority: extended responses to diagnostic statements in primary care encounters. *Research on Language and Social Interaction*, 35 (2), 219–247.
- Pörksen, Uwe (1986): *Deutsche Naturwissenschaftssprachen. Historische und kritische Studien* (Forum für Fachsprachen-Forschung 2). Tübingen: Narr.

- Psychembel Klinisches Wörterbuch* (2011). 262 Aufl. Berlin, New York: De Gruyter.
- Ripke, Thomas (1994). *Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Roche Lexikon Medizin* (2006). München [1984]: Urban & Schwarzenberg.
- Robinson, Jeffrey & John Heritage (2006): Physicians' Opening questions and Patients' Satisfaction. *Patient Education and Counseling* 60, 279–285.
- Sandig, Barbara (2006): *Textstilistik des Deutschen*. 2., völlig neu bearb. und erw. Auflage. Berlin u.a.: De Gruyter.
- Schuster, Britt-Marie (2010): *Auf dem Weg zur Fachsprache. Sprachliche Professionalisierung in der psychiatrischen Schreibpraxis (1800–1939)*. Tübingen: Niemeyer.
- Schuster, Britt-Marie (2016): Elemente einer Theorie des Textsortenwandels – Eine Bestandsaufnahme und ein Vorschlag. In Britt-Marie Schuster & Susan Holtfreter (Hrsg.), *Textsortenwandel vom 9. Bis 19. Jahrhundert*, 25–44. Berlin: Weidler.
- Siebenborn, Eva (2012): Darstellungsprobleme im medizinischen Fallbericht am Beispiel einer ‚Hystérie Pulmonaire‘ (1888). In Rudolf Behrens & Carsten Zelle (Hrsg.), *Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung*, 107–135. Wiesbaden: Harrassowitz.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 3, 293–302.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In Mechthild Neises, Susanne Ditz & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*, 14–47. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In Arnulf Deppermann, Ulrich Reitemeier, Reinhold Schmitt & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern* (Studien zur Deutschen Sprache 52), 27–116. Tübingen: Narr.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2014). *Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Stivers, Tanya (1998): Pre-diagnostic commentary in veterinarian-client interaction. *Research on Language and Social Interaction*, 31 (2), 241–277.
- Stivers, Tanya (2007): *Prescribing under pressure: Parent-physician conversations and antibiotics*. New York: Oxford University Press.
- Taavitsainen, Irma & Päivi Pahta (2000): Conventions of professional writing: The medical case report in a historical perspective. *Journal of English Linguistics* 28 (1), 60–76.
- Washer, Peter (2009): *Clinical Communication Skills*. Oxford: University Press.
- Wübben, Yvonne (2012): Die kranke Stimme. Erzählinstanz und Figurenrede im Psychiatrie-Lehrbuch des 19. Jahrhunderts. In Rudolf Behrens & Carsten Zelle (Hrsg.), *Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung*, 151–170. Wiesbaden: Harrassowitz.