

Isabella Buck, Juliane Schopf

Sprachliche Ressourcen zur Vorbereitung von Patientenentscheidungen in dienstleistungsorientierten medizinischen Settings

Abstract: Ausgehend von der Tatsache, dass die gesprächsanalytische Forschung zur Entscheidungsfindung in der medizinischen Kommunikation fast nur kurative Settings beleuchtet und der wachsende Sektor der Präventions- und Präferenzmedizin bislang annähernd unberücksichtigt bleibt, fokussiert der Beitrag zwei nicht-kurative medizinische Bereiche: Gespräche auf der Palliativstation und in reisemedizinischen Impfsprechstunden.

Exemplarisch werden drei sprachliche Ressourcen beschrieben, mithilfe derer professionelle AkteurInnen Patientenentscheidungen vorbereiten, die deontische Autorität der PatientInnen fördern und zum Ausdruck bringen, dass deren individuelle Präferenzen die Entscheidungsgrundlage bzgl. medizinischer Interventionen darstellen: Fremdpositionierungen nach dem Muster „Sie sind X“, Modalverben und animierte Rede mit Origo-Verschiebung.

Keywords: Medizinische Kommunikation, Präventions-/Präferenzmedizin, Entscheidungen, deontische Autorität, Dienstleistungsorientierung

1 Einleitung

Neben dem traditionellen kurativen Ansatz entwickelt sich im Gesundheitswesen ein stetig wachsender Sektor der individualisierten Präventions- und Präferenzmedizin (vgl. Synofzik 2009). Denkt man beispielsweise an die Reproduktionsmedizin, die Reisemedizin, die Palliativmedizin oder an die zahlreichen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), wird klar, dass hier nicht mehr die Heilung von Krankheiten im Zentrum steht, sondern eine Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der PatientInnen. ÄrztInnen und PflegerInnen werden demzufolge mehr als „service supplier“ (Heritage & Lindström 2012) denn als Heilkundige verstanden und PatientInnen häufig als

Isabella Buck, Universität Münster, Germanistisches Institut, isabella.buck@uni-muenster.de
Juliane Schopf, Universität Hamburg, Institut für Germanistik, juliane.schopf@uni-hamburg.de

„KundInnen“ bezeichnet. Da dieses Setting eine spezifische Beziehungskonstellation zwischen dem medizinischen Personal und den PatientInnen kontextualisiert und deren Interaktion prägt, ist fraglich, inwiefern Erkenntnisse der medizinischen Konversationsanalyse, welche fast ausschließlich anhand kurativ ausgerichteter medizinischer Kommunikation gewonnen wurden, auf den Bereich der Präferenzmedizin übertragen werden können.

Dieses Desiderats nimmt sich der vorliegende Beitrag an und arbeitet heraus, auf welche sprachlich-interaktiven Ressourcen ÄrztInnen und PflegerInnen in nicht-kurativen, präferenzmedizinischen Settings zurückgreifen, um Patientenentscheidungen vorzubereiten¹ und Entscheidungsräume zu eröffnen. Daneben wird auch aufgezeigt, wie die professionellen AkteurInnen der Patientenautonomie verstärkt Raum geben und wie sie sich als DienstleisterInnen positionieren. Dazu ziehen wir Gespräche aus zwei unterschiedlichen präferenzorientierten Interaktionskontexten – der reisemedizinischen Impfsprechstunde und der Palliativstation – als Datengrundlage heran. Während die KundInnen in der reisemedizinischen Impfsprechstunde in der Regel gesund sind und sich eigeninitiativ sowie präventiv gegen etwaige Infektionen an der Reisedestination schützen wollen, sind die PatientInnen auf der Palliativstation so schwer und fortgeschritten erkrankt, dass die Behandlung nicht mehr auf eine Heilung, sondern nur noch auf eine Symptom- und Schmerzlinderung abzielt. In beiden Gesprächsgattungen ist die Behandlung der PatientInnen fakultativ, d. h. es liegt keine absolute Indikation vor (vgl. Damm 2009).

Der vorliegende Beitrag ist wie folgt gegliedert: Zunächst wird in einem ersten Schritt (Abschnitt 2) ein Forschungsüberblick zur Entscheidungsfindung in der medizinischen Interaktion gegeben. Anschließend stellen wir in Abschnitt 3 das zugrundeliegende Gesprächskorpus vor und erläutern das methodische Vorgehen. Im analytischen Teil (Abschnitt 4) werden exemplarisch die drei sprachlichen Ressourcen „Fremdpositionierung nach dem Muster ‚Sie sind X‘“, „Modalverben“ und „Animierte Rede mit Origo-Verschiebung“ beleuchtet, die der Eröffnung von Entscheidungsräumen dienen. Abschnitt 5 setzt die Ergebnisse schließlich zusammenfassend in einen größeren Kontext.

¹ Da Entscheidungen im Gesundheitssektor nicht immer sofort in der jeweiligen Interaktionssituation getroffen werden und als mentaler Prozess auch nicht beobachtbar sind, fokussiert der Beitrag die sprachliche Gestaltung der *Vorbereitung* von Entscheidungen. Damit werden auch Fälle inkludiert, in denen Entscheidungen auf einen späteren Zeitpunkt vertagt werden.

2 Entscheidungsfindung in der medizinischen Interaktion

In den aus der Medizinethik stammenden Beziehungsmodellen (Charles, Gafni & Whelan 1997; Emanuel & Emanuel 1992) wird die Entscheidungsfindung häufig zumindest indirekt als ‚Kulminationspunkt‘ der sozialen Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen betrachtet.² Unter Verwendung von Schlagwörtern wie *Shared Decision Making* oder *Patientenzentriertheit* wird beständig die Maxime wiederholt, PatientInnen aktiv in die medizinische Entscheidungsfindung einzu beziehen und sich an ihren Präferenzen zu orientieren (vgl. Koerfer & Albus 2018: 469). Besonders ausgeprägt ist die Orientierung an der Patientenautonomie im Rahmen des Dienstleistungsmodells, das Emanuel & Emanuel (1992) dem lange Zeit vorherrschenden paternalistischen Modell diametral gegenüberstellen. In einer dienstleistungsorientierten Modellierung des Arzt-Patient-Verhältnisses suchen PatientInnen ÄrztInnen als reine DienstleisterInnen auf, von denen sie gewisse Leistungen erwarten; die ÄrztInnen wiederum stellen ihr Wissen in den Dienst der PatientInnen, ohne deren Wünsche zu hinterfragen (vgl. Maio 2007: 2278).

Problematisch an den medizinethischen Konzepten ist zunächst, dass sie qua ihrer Modellhaftigkeit in kaum einem Arzt-Patient-Gespräch in Reinform vorliegen (vgl. Peters 2015: 80). Zudem suggerieren diese abstrakt-apodiktischen Modelle, dass es sich bei Entscheidungen um punktuelle Ereignisse handle, die im interaktiven Verlauf einer Begegnung zwischen ÄrztIn und PatientIn eindeutig zu lokalisieren seien. Eine solche Annahme wird der de facto vorhandenen Komplexität von Entscheidungsfindungen jedoch nur bedingt gerecht (vgl. Gulbrandsen 2020). Aus einer interaktionalen Perspektive, die an der kommunikativen Realität ansetzt, handelt es sich bei Entscheidungen vielmehr um prozesshafte Gebilde, die situativ emergieren und deshalb vor dem Hintergrund ihrer inhärenten Prozesshaftigkeit zu analysieren sind. Ein solcher Zugang zum Thema ‚Entscheidungsfindung‘ impliziert auch, die Kontextgebundenheit von Entscheidungen zu berücksichtigen und somit anzuerkennen, dass die konkrete Ausgestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen vom jeweiligen medizinischen Setting abhängt. Insbesondere dann, wenn schwerwiegende Entscheidungen zu treffen sind, liegen komplexe Aushandlungen vor, die sich mitunter nicht in einem einzigen

² Da bislang keine gesprächsanalytischen Arbeiten zur Entscheidungsfindung in der Pflege-Patient-Interaktion vorliegen, kann in diesem Kapitel lediglich auf den Forschungsstand zu Arzt-Patient-Interaktionen eingegangen werden.

Arzt-Patient-Gespräch erschöpfen, sondern sich auch in Folgeinteraktionen mit weiteren Personen ereignen.

Wird der Blick auf das weite Feld der Präferenzmedizin gerichtet, ist es ferner als problematisch zu erachten, dass die erwähnten Modelle zur Arzt-Patient-Beziehung lediglich in Bezug auf kurative Settings entwickelt und bisher auch lediglich auf solche angewendet wurden (vgl. etwa McCormack et al. 2011). In das heterogene Gesamtbild von Entscheidungsprozessen sind jedoch auch solche medizinischen Disziplinen einzubeziehen, in denen keine absoluten Indikationen existieren und in denen die PatientInnen daher autonome Entscheidungen treffen können.

Der Fokus interaktional ausgerichteter Arbeiten, die der Prozesshaftigkeit und Kontextgebundenheit von Entscheidungen Rechnung tragen, liegt aktuell insbesondere auf Entscheidungshandlungen in kurativen Settings und den vollzogenen deontischen und epistemischen Positionierungen von ÄrztInnen und PatientInnen (vgl. u. a. Angell & Bolden 2015; Groß 2018; Stivers et al. 2018; Lindström & Weatherall 2015; Tate 2019). In Anlehnung an Searles (1976) Konzeptualisierung der Relation zwischen Wort und Welt lassen sich die beiden eng miteinander verwobenen Größen *epistemics* und *deontics* wie folgt beschreiben: Derjenige, der durch seine Worte die Welt verändern kann, indem er etwa eigenständig einen für viele andere Personen gültigen Beschluss fasst, verfügt über deontische Autorität, während derjenige, der seine Worte basierend auf seinem Wissen den bestehenden Tatsachen in der Welt anpassen kann, epistemische Autorität besitzt (vgl. Stevanovic & Peräkylä 2012: 299). Die deontische Dimension einer Entscheidung verweist somit auf das Recht, eigene und fremde Handlungen festzulegen, während sich die epistemische Dimension auf die Wissensbestände von Interagierenden bezieht.

Die Frage, die sich an die vorangehenden Ausführungen anschließt, lautet, wie Entscheidungsfindungsprozesse ausgestaltet sind, wenn keine absoluten Indikationen vorliegen, sondern wenn die Präferenzen der PatientInnen die Orientierungsgröße ärztlichen und pflegerischen Handelns bilden. Es ist davon auszugehen, dass die deontische Autorität der institutionellen AkteurInnen in solchen Fällen für die Entscheidungsfindung kaum eine Rolle spielt, da diese den PatientInnen hier ‚auf Augenhöhe‘ begegnen und ihnen allenfalls ihr Expertenwissen zur Verfügung stellen. Aber auch in solchen Kontexten obliegt den professionellen AkteurInnen qua ihrer institutionellen Rolle prinzipiell das Recht der sequenziellen und thematischen Organisation des Gesprächs. Deshalb kommt ihnen zum einen die Aufgabe zu, den PatientInnen entsprechende Entscheidungsräume zu öffnen, ihnen also zu signalisieren, dass sie autonom eine Entscheidung treffen können. Zum anderen müssen sie die PatientInnen, die sich häufig an der deontischen Autorität der ÄrztInnen orientieren (vgl. Landmark, Gulbrandsen & Svennevig 2015), dazu zu bringen, eine Entscheidung hinsichtlich

des weiteren Vorgehens zu treffen. Der vorliegende Beitrag geht daher der Frage nach, welche sprachlichen Ressourcen AkteurInnen medizinischer Institutionen in nicht-kurativen Settings einsetzen, um Entscheidungen der PatientInnen vorzubereiten und entsprechende Partizipationsräume zu eröffnen.

3 Datengrundlage und methodisches Vorgehen

Die für die folgende Analyse herangezogenen Daten entstammen zum einen dem Projekt „Gespräche in der Impfsprechstunde“. Im Rahmen dieses Projektes wurden im Zeitraum von Mai 2017 bis Februar 2019 an sieben unterschiedlichen Standorten im deutschsprachigen Raum insgesamt 68 Arzt-Patient-Interaktionen in reisemedizinischen Impfsprechstunden aufgezeichnet. Bei den Gesprächen handelt es sich ausschließlich um Erstkontakte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Zum anderen wurde für den vorliegenden Beitrag auch auf die Gesprächsdaten des Projektes „Kommunikation in der Palliativmedizin: Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PalliativpatientInnen“ zurückgegriffen. Das Datenkorpus dieses Projektes umfasst 250 ärztliche und 613 pflegerische Interaktionen mit PatientInnen und teilweise deren Angehörigen, die in den Jahren 2018 und 2019 auf der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe erhoben wurden. Alle verwendeten Audiodaten wurden nach GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert.

Methodisch ist dieser Beitrag der linguistischen Gesprächsanalyse verpflichtet, die einen induktiven Ansatz zur ‚mikroskopischen‘ Untersuchung der sprachlichen, situativ vollzogenen Konstruktion von Handlungen innerhalb sozialer Interaktionen darstellt (vgl. Couper-Kuhlen & Selting 2018; Schegloff 2007). Basierend auf den frühen konversationsanalytischen Arbeiten (vgl. insb. Sacks, Schegloff & Jefferson 1974) bildet dabei die Orientierung am Prinzip der Sequenzialität die oberste Analyseprämisse, das besagt, dass jedes Gespräch das Produkt einer linearen zeitlichen Abfolge von Gesprächsbeiträgen ist. Diese situative Emergenz einer Interaktion ernst zu nehmen, bedeutet, einzelne Aussagen nicht isoliert, sondern stets vor dem Hintergrund ihres sequenziellen Kontextes zu analysieren (vgl. Auer 1986). Gleichzeitig sind interaktive Handlungen als von den GesprächspartnerInnen kollaborativ hervorgebrachte Erzeugnisse zu betrachten. Diese für die Gesprächsanalyse ebenfalls konstitutive Annahme impliziert schließlich auch einen emischen, d. h. der Teilnehmerperspektive verhafteten Zugriff auf Interaktionen: So wird die Bedeutung konversationeller Handlungen nicht aus der retrospektiv operierenden Perspektive der Analysierenden bestimmt; stattdessen gilt es, nachzuzeichnen, welche Bedeutung die Interagierenden ihren Handlungen selbst verleihen (vgl. Deppermann 2000: 98).

4 Sprachliche Ressourcen zur Vorbereitung von Entscheidungen

Im Folgenden werden drei verschiedene sprachliche Ressourcen vorgestellt, auf die ÄrztInnen bzw. PflegerInnen in unseren Daten frequent zurückgreifen, wenn es darum geht, Entscheidungen der PatientInnen vorzubereiten. Pro Strategie wird dabei exemplarisch ein Gesprächsausschnitt einer näheren Betrachtung unterzogen.

4.1 Fremdpositionierung nach dem Muster „Sie sind X“

Ehe der untenstehende Transkriptausschnitt einsetzt, hatten sich die Pflegerin, der Patient und dessen Ehefrau³ über die Schmerzen des Patienten unterhalten. Anschließend führt die Pflegerin an, dass sie verschiedene Medikamente mitgebracht habe:

Ausschnitt 1: Angst vor Novalgin (407_13_P_20190320; 00:02:08 – 00:02:24)

027 PFW1: und novalgin hab ich !NOCH!mal.
 028 ich WEISS dass sie_s:--ks-
 029 a bissl ANGSCHT davor ham==
 030 =wenn_s ihne jetzt zu vIEL isch köm_mer die LETSCHde,
 031 (-)
 032 au WEGlassa.
 033 <<p> weil SIE->
 034 **sie sind der CHEF.** (--)
 035 PAM1: (jo [las]sa se mr [D0;)]
 036 PFW1: [gä,]
 037 [ich la]ss es ihne do STEH,
 038 sie entSCHEIda des:; (-)
 039 ANW1: (isch do d_ver[PAckung,)]
 040 PFW1: [SELber;]

Nach der Information, dass es sich bei einem der mitgebrachten Medikamente um Novalgin (Schmerzmittel) handelt, bringt die Pflegerin eigeninitiativ ihr Wissen

³ Folgende Sprechersiglen werden in allen Transkripten gebraucht: PFW/PFM für Pflegekraft weiblich/männlich, PAW/PAM für PatientInnen und ARW/ARM für ÄrztInnen.

über die Angst des Patienten vor diesem Medikament ein. Hiervon leitet sie sodann das Angebot ab, die letzte Tablette wegzulassen (Z. 030–032).⁴ Mittels der konditionalen *wenn-dann*-Struktur stellt die Pflegerin die Medikamentengabe dabei als vom Bedarf des Patienten abhängig dar; zudem wird auch durch die Verwendung des Pronomens der 1. Pers. Pl. „mer“ („wir“) deutlich, dass die Pflegerin sich nicht als alleinige Entscheidungsautorität positioniert. Stattdessen verpflichtet sie sich selbst kommissiv dazu, entsprechend der patientenseitigen Präferenz zu agieren (vgl. Groß 2018: 329): Sollte der Patient Novalgin nicht nehmen wollen, wird sie nicht auf eine Einnahme insistieren, was andernfalls, wenn dem Medikament eine absolute medizinische Indikation zugrunde läge, ihre Aufgabe wäre. Hier ist die Eröffnung eines Entscheidungsraums für den Patienten aber problemlos möglich.

Schließlich erfolgt eine Begründung der kommissiven Sprechhandlung mittels eines nicht propositionsbezogenen *weil*-Satzes (vgl. Günthner 1993: 40–42): „<p>weil SIE->sie sind der CHEF.“ (Z. 033–034). Der Patient wird an dieser Stelle durch den Einsatz einer Metapher explizit als Hauptträger der Entscheidung positioniert. Die Pflegerin wiederum positioniert sich auf diese Weise gewissermaßen als ‚Angestellte‘ des Patienten. In der bislang vorliegenden Literatur zu Entscheidungsfindungen im Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist zwar der Fall beschrieben, dass ein Patient zum professionellen Akteur (zumeist zum Arzt) sagt, dass dieser eine Entscheidung treffen könne, da er der ‚Chef‘ sei (vgl. Lindström & Weatherall 2015: 43). Der umgekehrte Fall, dass PatientInnen durch diese Metapher selbst als deontische Autoritäten positioniert werden, wird in der einschlägigen Literatur jedoch nicht erwähnt.

Auffällig an der vorliegenden Fremdpositionierung ist der Kontrast zwischen der starken Metapher einerseits und der Belanglosigkeit der Entscheidung andererseits. Ob der Patient die Tablette jetzt, später oder gar nicht einnimmt, wirkt sich zwar (evtl.) auf dessen Schmerzempfinden aus; es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass diese Entscheidung große Auswirkungen auf seine Zukunft hat. Dass die Pflegerin es dennoch für notwendig erachtet, hier von einer solch deontisch starken Metapher Gebrauch zu machen, zeigt an, dass sie sich an dem in Kommunikationsleitfäden häufig postulierten Ideal, die Präferenzen der PatientInnen als Maximen des eigenen Handelns zu betrachten, orientiert.

⁴ Der Patient hatte im Laufe des Tages bereits mehrere Novalgintabletten genommen; die Tablette, die die Pflegerin nun mitbringt, ist gemäß der Medikamentenverordnung die letzte Tablette für diesen Tag.

Der Patient reagiert auf das Angebot, indem er die Pflegerin imperativisch dazu auffordert, das Schmerzmedikament im Zimmer zu lassen, um es später ggf. doch zu nehmen. Somit handelt er zwar in Übereinstimmung mit der Fremdpositionierung der Pflegerin und positioniert sich auch selbst als deontische Autorität. Eine explizite, metakommunikative Bezugnahme auf die Chef-Metapher bleibt jedoch aus. Die Pflegerin sichert dem Patienten als Antwort auf seine Aufforderung zu, die Medikamente wie gewünscht im Zimmer zu lassen. Eine endgültige Entscheidung, ob und wann das Medikament eingenommen wird, wird an dieser Stelle nicht getroffen, sondern auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Nachdem der Patient das Angebot der Pflegerin bereits angenommen hat, positioniert sie ihn ein weiteres Mal als alleinige Entscheidungsinstanz – „sie entSCHEIda des;“ (Z. 038) –, worauf der Patient aber zumindest verbal nicht reagiert. Stattdessen wendet sich seine Ehefrau an die Pflegerin und fragt nach der Verpackung des Medikamentes. In Überlappung mit dieser Frage expandiert die Pflegerin ihre Äußerung um das Pronomen „SELber;“ (Z. 040) und geht anschließend auf die Frage der Ehefrau ein (nicht mehr abgedruckt).

Neben der hier exemplarisch analysierten Konstruktionsvariante „Sie sind der Chef“ treten im Untersuchungskorpus noch weitere Formen der prädikativen „Sie sind X“-Konstruktion auf. Dabei ist die Leerstelle zumeist durch ein metaphorisch gebrauchtes Substantiv wie „Chefln“ oder „KönigIn“ gefüllt; es tritt aber auch die Adjektivphrase „frei in X (Ihren Entscheidungen, Ihrem Handeln)“ auf. Insgesamt wird das Prädikativ der Kopulakonstruktion stets von einem auf deontische Autorität verweisenden Element repräsentiert, sodass allen Konstruktionsvarianten eine explizite Fremdpositionierung der/des Angesprochenen als EntscheidungsträgerIn gemein ist („König Kunde“; Koerfer & Albus 2018: 512). Da es sich bei den zur Disposition stehenden Punkten in keinem Fall um eine für die Zukunft der PatientInnen folgenschwere Entscheidung handelt, muten die verwendeten Metaphern mitunter fehl am Platze an. Sie sind jedoch insofern hoch funktional, als sie auf den Dienstleistungscharakter verweisen, der den hier beschriebenen Settings inhärent ist.

4.2 Modalverben

Dem unten angeführten Transkriptausschnitt aus einer reisemedizinischen Impfsprechstunde geht voraus, dass die Ärztin die Patientin vor dem Hintergrund einer anstehenden Südamerika-Reise über den Ablauf und die Therapieoptionen bei einer Typhusinfektion sowie die Impfmodalitäten und Schutzraten der Typhusvakzine aufklärt.

Ausschnitt 2: Typhusimpfung (Impfsprechstunde_L_Bolivien_Chile_Peru; 12:45:64–13:34:29)

364 ARW1: ja bei einfacheren (.) reisebedingungen (.)
 kann mer_s
 Machen;=ne,
 365 einfache REIsebedingungen,
 366 längere AUfenthalte (.) ja; ;
 367 aber die (.) entSCHEIdung-
 368 sie SEhen schon,
 369 PAW1: ja;
 370 ARW1: **man MUSS es nich**,
 371 **[man] KANN es**;
 372 PAW1: [ja;]
 373 ARW1: es LIEGT n bisschen an ihnen;
 374 äh (.) man SCHAdet nIch mit der impfung,
 375 sie is auch nich allzu TEUer;
 376 sie äh kostet irgendwas irgendwie (.) ZWANzich
 vierundzwanzich euro so;
 377 in dieser (.) GRÖßEnordnung;
 378 PAW1: ja aber wie alle impfungen wird die auch nebenwirkungen
 haben **KÖNNen**,
 379 wenn_s DUMM kommt,
 380 ARW1: jede impfung [**kann** impfreaktionen her]VORrufen,
 381 PAW1: [und DANN äh-]
 382 ARW1: das is RIChtich,=ne,
 383 PAW1: dann **MUSS** ich das [jetz nich machen;]
 384 ARW1: [ne,=in erster] linie an der
 impfSTELle,
 385 PAW1: ja;
 386 ARW1: <<all> im einzelfall **kann** man sich natürlich mal
 ANgeschlagen fühlen,>
 387 oder auch mal ne allergische (.) reaktion entwickeln das
 is KLAR,
 388 ne?
 389 PAW1: hm[_MH,]
 390 ARW1: [gut;]

Nach einer allgemeinen Aufklärungssequenz zur Impfung kommt die Ärztin in Zeile 364 erstmalig auf die Situation der Patientin zu sprechen. Die Äußerung ist

durch das Indefinitpronomen *man* („mer“) depersonalisiert in Form des generellen Leitsatzes formuliert, dass die Verabreichung einer Typhusimpfung bei einfachen Reisebedingungen möglich ist. Dabei setzt die Ärztin das Modalverb *können* in seiner epistemischen und normativen Verwendungsweise ein (vgl. Zifonun, Hoffmann & Strecker 1997: 1886): Sie bringt gleichzeitig Wissen über die Indikationen von Typhusimpfungen sowie die geltenden Vorschriften in dem Sinne ein, dass gewisse Reisemodalitäten eine Immunisierung nahelegen, ÄrztInnen in solchen Fällen aber nicht dazu verpflichtet sind, zu impfen. Der Übergang von dieser allgemeinen Richtlinie zum konkreten Handeln im Fall der Patientin wird durch die adversative Konjunktion *aber* eingeleitet, womit die Ärztin eine mögliche Diskrepanz zwischen der erwähnten Leitlinie und ihrer Anwendung auf die aktuelle Situation antizipiert. Dies wird durch die Äußerung „sie SEhen schon,“ (Z. 368) noch konkretisiert, da die Ärztin hierdurch den fakultativen Status der Typhusimpfung als logische Konsequenz des zuvor Gesagten rahmt.

Anschließend zieht die Ärztin einen praktischen Schluss aus den zuvor dargelegten Fakten: In der syntaktischen Parallelkonstruktion „man MUSS es nich, man KANN es;“ (Z. 370–371) werden die beiden Modalverben *müssen* und *können* kontrastiert, indem im zweiten Teil des Dualitätspaares die Negation von *müssen* durch *können* substituiert wird. Durch die dichotom aufeinander bezogenen Modalverben *müssen* und *können* bringt die Ärztin den Grad der Verbindlichkeit des medizinischen Eingriffs zur Sprache und verdeutlicht die Handlungsmöglichkeiten „in ihrem Verhältnis zueinander“ (Brünner & Redder 1983: 71): Die Impfung ist nicht absolut indiziert und auch die Charakteristika der geplanten Reise führen nicht zu einer eindeutigen Impfpfempfehlung. Auf der anderen Seite liegen aber auch keine absoluten Kontraindikationen vor, d. h. die Impfung birgt keine Risiken gesundheitlicher oder finanzieller Natur (Z. 374–375). Durch die Modalverben wird angezeigt, dass die Entscheidung in einem Spektrum von ‚nicht zwingend notwendig‘, aber ‚möglich‘ angesiedelt ist und innerhalb dieses Rahmens nicht rein medizinisch getroffen werden kann. Vielmehr hängt die Entscheidung von den Präferenzen der Patientin ab, der die Ärztin mit der Äußerung „es LIEGT n bisschen an ihnen;“ (Z. 373) den deontischen Status einer aktiven Entscheidungsträgerin zuschreibt.

Diese Fremdpositionierung wird von der Patientin im Folgenden angenommen, indem sie ab Z. 378 von einem sehr passiven und ausschließlich von kurzen Ratifikationen geprägten Interaktionsverhalten (Z. 369, 372) dazu übergeht, sich verstärkt ins Gespräch einzubringen. In Z. 378 äußert sie zunächst ihre Bedenken bezüglich etwaiger Nebenwirkungen der Impfung. Auffällig ist hier die gesichtsschonende Rahmung durch die epistemische Verwendung von *werden* in Kombination mit dem Modalverb *können*, womit die Sprecherin den Gewissheitsgrad ihres Hintergrundwissens als potentiell unsicher markiert. Durch den

circumstanziellen Gebrauch des Modalverbs, mit Hilfe dessen dem Impfstoff „inhärente Eigenschaften im Sinne von Dispositionen zugeschrieben werden“ (Zifonun, Hoffmann & Strecker 1997: 1889), bringt die Patientin darüber hinaus ihr Bewusstsein dafür zum Ausdruck, dass Nebenwirkungen nicht zwingend, sondern nur in ungünstigen Einzelfällen („wenn_s DUMM kommt,“; Z. 379) auftreten. Diesen Einwand greift die Ärztin samt dem Modalverb *können* auf, indem sie ihn als allgemeinen Leitsatz reformuliert („jede impfung kann impfreaktionen herVORrufen,“; Z. 380) und das Hintergrundwissen der Patientin, auf dem der Einwand basiert, als korrekt bewertet („das is RIChtich, = ne,“; Z. 382). Die Ärztin reicht dann Fakten bezüglich möglicher Nebenwirkungen nach (Z. 384, 386 und 387) und rahmt diese als selbstevident („natürlich“; Z. 386) sowie als Bestandteil des *common ground* („das is KLAR“; Z. 387). Auf diese Weise expandiert sie ihre Aussage, obwohl die Patientin bereits in Z. 383 eine finale Entscheidung gegen die Typhusimpfung getroffen hat. Die Verbalisierung des Entschlusses erfolgt in Form einer Inferenz aus den zuvor verifizierten Befürchtungen hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen („dann MUSS ich das jetzt nicht machen;“; Z. 383). Auch an dieser Stelle ist der Einsatz des Modalverbs auffällig: Die Patientin greift mit dem prosodisch hervorgehobenen *müssen* in Kombination mit der Negationspartikel *nicht* eine Struktur auf, die die Ärztin in Zeile 370 bereits etabliert hat. Allerdings wird die Negation von *müssen* an dieser Stelle in anderer, nämlich intrasubjektiv-volitiver Funktionsweise zum Ausdruck einer persönlichen Entscheidung eingesetzt. Dabei kommt der Sprecherin „die Nähe zu normativen oder circumstantiellen Deutungen zustatten: [Sie] kann [ihre] eigenen Wünsche als Erfordernis der Umstände oder als generell [...] Wünschenswertes ausgeben“ (Zifonun, Hoffmann & Strecker 1997: 1891).

Insgesamt fällt im hier angeführten Transkriptausschnitt – wie auch in anderen Gesprächen des vorliegenden Korpus – auf, dass die professionellen AkteurInnen in Entscheidungssituationen häufig einen Wechsel zwischen einer Orientierung an medizinischen Wissensbeständen und einer *client attentiveness* (Angell & Bolden 2015: 47) vornehmen. Dabei setzen sie im Rahmen der Erläuterung epistemischer bzw. normativer Hintergründe sowie innerhalb von *option-listing*- und Empfehlungssequenzen (vgl. Toerien, Shaw & Reuber 2013: 879) Modalverben ein. Die verschiedenen Modalverben stellen diesbezüglich eine Ressource dar, um aus medizinischer Perspektive einen Entscheidungsraum zu eröffnen und das Spektrum zu verbalisieren, innerhalb dessen nachfolgend eine individuelle Entscheidung zu treffen ist.

Im nächsten Beispiel nutzt ein anderer Arzt ebenfalls den Kontrast zwischen den Modalverben *können* und *müssen* zum Abstecken eines Entscheidungsspektrums, bedient sich aber zusätzlich noch der Ressource der animierten Rede, welche nun fokussiert werden soll.

4.3 Animierte Rede mit Origo-Verschiebung

Transkriptausschnitt 3 setzt ein, nachdem der Arzt der Patientin, die eine Reise nach Thailand plant, grundlegende Informationen zu Risikogruppen und dem Verlauf einer Meningokokken-Infektion dargelegt und sie über die Modalitäten der Immunisierung in Kenntnis gesetzt hat.

Ausschnitt 3: Meningokokken in Thailand (Impfsprechstunde J_Thailand; 28:26:17–28:46:96)

- 905 ARM1: und dann <<rhythmisch> kAnn man (.) hi:er (.) IMPfen.>
 906 PAW2: hm_MH,
 907 ARM1: man KANN,
 908 man MUSS nich,
 909 wenn SIE sagen nee,
 910 **also (.) sie können mir hier blumig beSCHREIBen,**
 911 **was alles passiert wenn fukushima exploDIERT,**
 912 **das pasSIERT mir nich,**
 913 **ich WILL des nich,**
 914 **und die wahrscheinlichkeit is GANZ ganz gering;**
 915 dann !MA!chen wer_s auch nich;=ne?
 916 PAW2: mir wär_s (.) LIEBer;
 917 ARM1: so.
 918 dann–
 919 gut (.) dAnn machen wir hier meningoKOKken,

Die dem Ausschnitt vorangehende Aufklärungssequenz mündet in einer handlungsbezogenen Conclusio des Arztes (Z. 905), welche durch eine rhythmische und retardierende prosodische Gestaltung in Dreiklangform sowie die fallende Tonhöhenbewegung am Ende der Intonationsphrase als Abschluss bzw. als Übergang zu einer nächsten Gesprächsaktivität gerahmt wird. Durch den Gebrauch der entsprechenden Modalverben drückt der Arzt aus, dass im individuellen Fall der Patientin mit ihren geplanten Reisemodalitäten eine Impfung gegen Meningokokken möglich, erlaubt und nicht übertrieben sei (vgl. Abschnitt 4.2).

In Z. 909 leitet der Arzt durch die metakommunikative Konditionalstruktur inklusive *verbum dicendi* („wenn SIE sagen“) eine hypothetische direkte Rede bzw. Pseudoquotation (vgl. Sams 2007) der Patientin ein, welche bis zur zugehörigen Apodosis („dann !MA!chen wer_s auch nich; = ne“) in Z. 915 reicht. Die *wenn-dann*-Struktur illustriert hier den hypothetischen Charakter der folgenden fiktiven Aussagen. Mittels animierter Rede (vgl. Ehmer 2011: 60–123) eröffnet

der Arzt einen mentalen Raum (Fauconnier 1994), in welchem eine hypothetische Impfeinstellung der Patientin inszeniert und mit diversen rhetorisch-stilistischen Elementen performativ angereichert wird. Zur Markierung des wechselnden Standpunktes nimmt der Arzt zunächst eine Origo-Verschiebung vor, welche bis Z. 914 reicht: Während „SIE“ in Z. 209 noch auf die Patientin referiert, wird dasselbe Pronomen „sie“ in Z. 210 – ohne dass es zu einem Sprecherwechsel kommt – aus der (imitierten) Perspektive der Patientin als Anredeform für den Arzt genutzt. Ehmer (2011: 123) beschreibt Redewiedergaben dieser Art als Strategie, die der Demonstration und Animation eines zuvor beschriebenen Sachverhalts – hier der Fakultativität und der relativen Indikation der Meningokokken-Impfung – dient. Mit dem Wechsel des semiotischen Modus ins Demonstrieren findet also eine Verschiebung der Origo aus dem Hier und Jetzt hin zu einer anderen, imaginierten Origo statt.

Neben einer Untermauerung der Fakultativität der Impfung wird die hypothetische Wiedergabe einer fiktiven Impfeinstellung auch genutzt, um aufzuzeigen, dass die patientenseitige Einstellung als zentral für die Impfentscheidung erachtet wird. Zur Illustration, dass sogar sehr negative und impfkritische Ansichten im Setting der reisemedizinischen Impfsprechstunde legitim sind, formuliert der Arzt die hypothetische Rede der Patientin in überspitzter Art und Weise. Neben einer Metapher, die im Sinne eines Understatements die Wahrscheinlichkeit einer Meningokokken-Infektion geringer als das faktisch bestehende Infektionsrisiko erscheinen lässt („was alles passiert wenn fukushima exploDIERT,“; Z. 911), gibt er eine sehr eindeutig formulierte fiktive Meinung der Patientin in Form einer dreigliedrigen Listenstruktur (Z. 912–914) wieder. Diese mit *extreme case formulations* (Pomerantz 1986) angereicherte Liste illustriert und kondensiert die hypothetisch formulierte Ansicht und verstärkt das Potential der animierten Rede als „Vergegenwärtigungsstrategie“ (Günthner 2000: 363) einer möglichen Patienteneinstellung.

Im performativen Rahmen der animierten Rede kann der Arzt eine strikte Ablehnung der Impfung vonseiten der Patientin ohne abschwächende *hedges* o. Ä. problemlos als Option anführen, da er die fiktiv zitierte Patientin auf diese Weise „nicht richtig imitiert, sondern in der Imitation stilisiert“ (Bergmann 1998: 121). Obwohl durch die Origo-Verschiebung die Perspektive der Patientin eingenommen und aus dieser Perspektive eine hypothetische Meinung verbalisiert wird, referiert die animierte Rede nicht auf die aus dem Gesprächsverlauf abgeleitete Einstellung, sondern imitiert einen ganz bestimmten Typus von PatientInnen: Der Arzt formuliert hier Äußerungen, die für VertreterInnen einer bestimmten sozialen Kategorie typisch sind und die „zum Teil ausgedacht [...], zum Teil aber auch der Realität abgelauscht“ sind und die „die gemeinten sozialen Kategorien als [...] solche charakterisieren“ (Schwitalla 1994: 232). Die be-

schriebene rhetorische Strategie des Arztes fordert eine Stellungnahme und Entscheidung der Patientin ein, da ihr durch die animierte Rede auf affektive Weise eine drastische, extrem risikofreudige und ablehnende Einstellung in den Mund gelegt wird, zu der sie sich positionieren muss. Des Weiteren verdeutlicht der Arzt, sich an den – wie auch immer ausgerichteten – Präferenzen der Patientin zu orientieren, indem er aus der entworfenen hypothetischen Einstellung exemplarisch eine Entscheidung und Handlungskonsequenz ableitet („dann !MA! chen wer_s auch nich; = ne?“; Z. 915). Er gibt der Patientin auf diese Weise eine Schablone an die Hand, mit der sie eine entsprechende Entscheidung generieren kann. Die animierte Rede dient demnach dazu, die Positionierung der Patientin gegenüber der Impfung zu elizitieren: Sie kann als Hilfestellung dienen, „der Wahrheit [hier: der eigenen Impfeinstellung, I.B./J.S.] durch Überzeichnung näher [zu] kommen“ (Bergmann 1998: 121), indem sie für die Patientin zwei gangbare Wege eröffnet.

Die Konditionalstruktur rahmt diesbezüglich nicht nur die animierte Rede und markiert den Wechsel der Origo, sondern bietet der Patientin auch eine Hilfestellung bei der Positionierung zur Impfung, indem das Antezedens zwei Lesarten hinsichtlich der Faktizität eröffnet: Entweder sie verhält sich affiliativ zur Proposition der animierten Rede und entscheidet sich gegen die Impfung oder sie grenzt sich von dieser ab und entscheidet sich für die Durchführung der Immunisierung. Durch den Gebrauch eines hypothetischen Konditionals bewirkt der Arzt, dass sich die Patientin für eine faktive oder nicht-faktive Lesart desselben und demnach gegen oder für die Impfung entscheiden muss. Letzteres trifft hier zu: Die Patientin äußert in Z. 916 in direktem Anschluss an die Apodosis, dass sie einen Impfschutz gegen Meningokokken bevorzugen würde.

5 Fazit

Dieser Beitrag ist der Frage nachgegangen, auf welche sprachlichen Ressourcen AkteurInnen in dienstleistungsorientierten medizinischen Interaktionen zurückgreifen, um Patientenentscheidungen vorzubereiten und Beteiligungsräume zu eröffnen. Der Fokus lag auf Gesprächen, in denen die Heilung von Krankheiten nicht als Ziel von Interventionen gilt. In den angestellten Analysen konnten exemplarisch drei sprachliche Strukturen identifiziert werden, die GesundheitsakteurInnen einsetzen, um die Kommunikation mit PatientInnen in Entscheidungssituationen zu gestalten und den PatientInnen aufzuzeigen, dass diese autonome Entscheidungen fällen dürfen:

Fremdpositionierung nach dem Muster „Sie sind X“: Aussagen wie „Sie sind der Chef“ positionieren die PatientInnen durch den Gebrauch von Metaphern als HauptträgerInnen von Entscheidungen. Komplementär dazu zeigen die Angehörigen der medizinischen Institution damit an, dass sie ihr Handeln nach dem dienstleistungsorientierten Motto „der Kunde ist König“ an den Präferenzen der PatientInnen ausrichten. Bemerkenswert ist dabei, dass diese deontisch starken Metaphern in keiner Relation zur Tragweite der jeweils anstehenden Entscheidung stehen, da es in diesen Kontexten um verhältnismäßig unwichtige Entscheidungen hinsichtlich relativ indizierter Interventionen geht. Zur Kontextualisierung der Zuweisung von deontischer Autorität ist das Muster „Sie sind X“ jedoch hochfunktional.

Modalverben: Der frequente Einsatz von Modalverben in präferenzorientierten medizinischen Entscheidungssituationen dient in den uns vorliegenden Daten dazu, aus professioneller Perspektive einen Rahmen abzustecken, innerhalb dessen die PatientInnen dann als selbstbestimmte EntscheidungsträgerInnen eine individuelle Entscheidung treffen können. Mithilfe unterschiedlicher Modalverben wird primär der Indikationsgrad einer medizinischen Maßnahme markiert, aber auch damit zusammenhängendes Hintergrundwissen, Richtlinien und Erfahrungen kommuniziert. Dadurch erhalten die PatientInnen das nötige Wissen, um ihre deontischen Rechte, über die sie innerhalb des Dienstleistungsbereiches verfügen, umsetzen zu können.

Animierte Rede mit Origo-Verschiebung: Aus einer hypothetischen Patientenperspektive heraus formulieren ÄrztInnen häufig mögliche Einstellungen und Entscheidungen, welche z. T. sehr drastisch und überspitzt ausfallen können. Im performativen Raum der animierten Rede werden so mögliche Argumentationsstrukturen und Entscheidungswege skizziert. Dies dient als serviceorientierte Hilfestellung, mittels derer sich die PatientInnen ihrer persönlichen Präferenzen bewusst werden können: Sie brauchen nurmehr zu äußern, ob sie mit der vorgezeichneten Meinung übereinstimmen oder dieser widersprechen, statt selbständig argumentieren und abwägen zu müssen. Dadurch, dass sich die ÄrztInnen die (hypothetischen) Redebeiträge der PatientInnen lediglich zur performativen Darstellung ‚leihen‘, zeigen sie auf der sprachlichen Ebene an, dass die Entscheidungshoheit bei den PatientInnen liegt.

Im hier untersuchten präferenzorientierten Feld wurde evident, dass die professionellen AkteurInnen häufig versuchen, die deontische Autorität der PatientInnen zu bestärken und diesen eine autonome Entscheidungshoheit zuzuschreiben. Des Weiteren machen ÄrztInnen/PflegerInnen wiederholt und anhand verschiedener sprachlicher Strukturen deutlich, dass sie sich an den Wünschen der PatientInnen orientieren und ihr Handeln bzw. die entsprechenden medizinischen Maßnahmen daran ausrichten. Dieser Aspekt tritt besonders

stark bei Entscheidungen zutage, die keine bzw. keine hohe medizinische Indikation aufweisen und somit fakultative Interventionen betreffen. Da in solchen Fällen aus medizinischer Sicht keine Option klar vorzuziehen ist, dienen die individuellen Präferenzen der PatientInnen als alleinige Grundlage der Entscheidung bzgl. des weiteren Vorgehens.

Literatur

- Angell, Beth & Galina B. Bolden (2015): Justifying medication decisions in mental health care: Psychiatrists' accounts for treatment recommendations. *Social Science & Medicine* 138, 44–56.
- Auer, Peter (1986): Kontextualisierung. *Studium Linguistik* 19, 22–47.
- Bergmann, Jörg (1998): Authentisierung und Fiktionalisierung in Alltagsgesprächen. In Herbert Willems & Martin Jurga (Hrsg.), *Inszenierungsgesellschaft. Ein einführendes Handbuch*, 107–123. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brünner, Gisela & Angelika Redder (1983): *Studien zur Verwendung der Modalverben*. Tübingen: Narr.
- Charles, Cathy, Amiram Gafni & Tim Whelan (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44 (5), 681–692.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth & Margret Selting (2018): *Interactional Linguistics. Studying Language in Social Interaction*. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.
- Damm, Reinhard (2009): Informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin: Eine medizinrechtliche Betrachtung. In Matthias Kettner (Hrsg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, 183–208. Frankfurt a.M.: Campus.
- Deppermann, Arnulf (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 1, 96–124.
- Ehmer, Oliver (2011): *Imagination and Animation. Die Herstellung mentaler Räume durch animierte Rede*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Emanuel, Ezekiel J. & Linda L. Emanuel (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 267 (16), 2221–2226.
- Fauconnier, Gilles (1994): *Mental Spaces. Aspects of Meaning Construction in Natural Languages*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Groß, Alexandra (2018): *Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz. Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Gulbrandsen, Pål (2020): Shared decision making: improving doctor-patient communication. *British Medical Journal* 368, o. S.
- Günthner, Susanne (1993): „... weil – man kann es ja wissenschaftlich untersuchen“ – Diskurspragmatische Aspekte der Wortstellung in WEIL-Sätzen. *Linguistische Berichte* 143, 37–59.

- Günthner, Susanne (2000): *Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion. Grammatische, prosodische, rhetorisch-stilistische und interaktive Verfahren bei der Konstitution kommunikativer Muster und Gattungen*. Tübingen: Niemeyer.
- Heritage, John & Anna Lindström (2012): Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter. In Anssi Peräkylä & Marja-Leena Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in Interaction*, 256–273. Oxford u. a.: Oxford University Press.
- Koerfer, Armin & Christian Albus (2018): Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge. In Armin Koerfer & Christian Albus (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*, 467–560. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Landmark, Anne Marie D., Pål Gulbrandsen & Jan Svennevig (2015): Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. *Journal of Pragmatics* 78, 54–69.
- Lindström, Anna & Ann Weatherall (2015): Orientations to epistemics and deontics in treatment discussions. *Journal of Pragmatics* 78, 39–53.
- Maio, Giovanni (2007): Medizin auf Wunsch? Eine ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel der Ästhetischen Chirurgie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132, 2278–2281.
- McCormack, Lauren A., Katherine Treiman, Douglas Rupert, Pamela Williams-Piehot, Eric Nadler, Neeraj K. Arora, William Lawrence & Richard L. Street (2011): Measuring patient-centered communication in cancer care. A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine* 72 (7), 1085–1095.
- Peters, Tim (2015): „Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen.“ *Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Pomerantz, Anita (1986): Extreme Case Formulations: A Way of Legitimizing Claims. *Human Studies* 9, 219–229.
- Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff & Gail Jefferson (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language* 50 (4), 696–735.
- Sams, Jessie (2007): Quoting the Unspoken. An analysis of quotations in spoken discourse. *Colorado Research in Linguistics* 20 (1), 1–16.
- Schegloff, Emanuel A. (2007): *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis. Volume 1*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schwitalla, Johannes (1994): Poetisches in der Alltagskommunikation. In Dieter W. Halwachs, Christine Penzinger & Irmgard Stütz (Hrsg.), *Sprache, Onomatopöie, Rhetorik, Namen, Idiomatik, Grammatik. Festschrift für Karl Sornig zum 65. Geburtstag* (Grazer Linguistische Monographien 11), 228–243. Graz.
- Searle, John R. (1976): A classification of illocutionary acts. *Language in Society* 5, 1–23.
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzluft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Stevanovic, Melisa & Anssi Peräkylä (2012): Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce, Propose, and Decide. *Research on Language and Social Interaction* 45 (3), 297–321.

- Stivers, Tanya, John Heritage, Rebecca K. Barnes, Rose McCabe, Laura Thompson & Merran Toerien (2018): Treatment Recommendations as Actions. *Health Communication* 33 (11), 1335–1344.
- Synofzik, Matthis (2009): Denken auf Rezept? Ein Entscheidungsmodell für die präferenzorientierte Medizin. In Matthias Kettner (Hrsg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, 153–182. Frankfurt a.M.: Campus.
- Tate, Alexandra (2019): Treatment Recommendations in Oncology Visits: Implications for Patient Agency and Physician Authority. *Health Communication* 34 (13), 1597–1607.
- Toerien, Merran, Rebecca Shaw & Markus Reuber (2013): Initiating decision-making in neurology consultations: ‚recommending‘ vs. ‚option-listing‘ and the implications for medical authority. *Sociology of Health & Illness* 35, 873–890.
- Zifonun, Gisela, Ludger Hoffmann & Bruno Strecker (1997): *Grammatik der deutschen Sprache*. Berlin, New York: De Gruyter.