



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Gesprächseröffnung und Anamnese in der Biomedizin
und in der Psychosomatischen Medizin

Verfasserin

Lara Adaibat

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 328

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Allgem./ Angew. Sprachwissenschaft

Betreuer:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Florian Menz

Danksagung

*„Nicht die Glücklichen sind dankbar. Es sind die Dankbaren, die glücklich sind.“
Francis Bacon (1561-1626)*

Als erstes möchte ich meinem Professor *Dr. Florian Menz* danken für seine kompetente und wertschätzende Unterstützung, selbst dann, wenn mich manchmal der Mut verließ.

Danken möchte ich auch dir, *Dominik*, für dein unfassbar wundervolles Wesen, ohne das ich dieses Stück Arbeit nie geschafft hätte. Danke, dass es dich gibt und dass du mein Leben jeden Tag mit Liebe bereicherst.

Ich danke auch euch, *Sanja und Jelena*, für eure ehrliche und einzigartige Freundschaft, die mir zeigt, dass das Gute im Menschen so schön ist.

Danke auch an *Gurli*, die durch ihre besondere und liebenswert-verrückte Art mein Leben immer noch ein Stück bunter macht.

Mama, Papa und Lilli, ich liebe euch. Ihr seid meine Familie und etwas Besseres konnte mir nicht passieren. Danke.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
1. Einleitung.....	5
2. Medizinische Entwicklungen.....	8
2.1 Unterschiedliche Beziehungsmodelle.....	13
2.1.1 Shared Decision Making.....	15
2.1.2 Die Beziehungsmodelle Paternalismus, Dienstleistung und Kooperation.....	16
2.2 Biomedizin.....	19
2.2.1 Definition und Geschichte.....	19
2.2.2 Biomedizinische Grundhaltung.....	21
2.2.3 Schwierigkeiten der Biomedizin.....	21
2.2.4 Die Arzt-Patienten-Kommunikation im biomedizinischen Kontext.....	22
2.3 Die Psychosomatische Medizin.....	24
2.3.1 Definition und Geschichte.....	24
2.3.2 Die Psychosomatische Grundhaltung.....	26
2.3.3 Schwierigkeiten der Psychosomatik.....	28
2.3.4 Das Bio-psycho-soziale Modell.....	29
2.3.5 Arzt-Patienten-Kommunikation im psychosomatischen Kontext.....	32
3. Linguistische Aspekte.....	34
3.1 Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation.....	34
3.2 Professionelle Anforderungen an ärztliche Gespräche.....	41
3.3 Gesprächseröffnungen.....	49
3.3.1 Kommunikative Aufgaben.....	50
3.3.2 Kommunikativer Aufbau.....	53
3.3.3 Ärztliche Gesprächseröffnungen.....	54
3.3.4 Eröffnungsinitiativen.....	56
3.3.4.1 Eröffnungsfragen.....	57
3.3.4.2 Erzählaufforderungen.....	59
3.3.4.3 Sich zur Verfügung stellen.....	61
3.3.4.4 Andere Möglichkeiten einer Eröffnungsinitiative.....	61
3.4 Die Anamnese.....	63
3.4.1 Die biomedizinische Anamnese.....	65
3.4.2 Die Psychosomatische Anamnese.....	77
3.4.3 Schwierigkeiten bei der Anamnese.....	84
4. Zusammenfassung.....	89
5. Literaturverzeichnis.....	91
Anhang	
Abstract.....	99
Lebenslauf.....	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 141)	18
Abbildung 2 (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005a, S. 138)	43
Abbildung 3 (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 15)	47
Abbildung 4 (ADLER/HEMMELE, 1992, S. 21).....	82

1. Einleitung

Diese Arbeit dient dazu, den Lesern und Leserinnen Teilbereiche der Arzt-Patienten-Kommunikation näherzubringen. Aufgrund der mangelhaften wissenschaftlichen Literatur zu dem sehr speziellen Thema der Gesprächseröffnung und Anamnese in der Biomedizin und in der Psychosomatik der Arzt-Patienten-Kommunikation, gilt es erstmals in dieser Form ein grundsätzliches aggregiertes Wissensfundament zu schaffen. Die Hauptmedizinschulen der Biomedizin und der Psychosomatik sollen unter Aspekten linguistischer Gebiete wie Gesprächseröffnung und Anamnese behandelt und dabei soweit wie möglich von anderen abgegrenzt werden.

Mein Interesse ist in mehreren Motivationen begründet, fand aber seinen Ursprung in meinen eigenen Erfahrungen als Patientin in der ärztlichen Praxis. So geschah es, dass dank meiner reflektierten Sichtweise auf die Arzt-Patienten-Interaktion durch das Sprachwissenschaftsstudium mein Bewusstsein intensiv geschult wurde, ich dennoch aber immer wieder in das alte Muster „verfiel“, sobald ich in ärztlicher Behandlung war. Mit „altem Muster“ meine ich konkret die klassische Rollenverteilung, die mich als Patientin oftmals unzureichend informiert und ohnmächtig meinen ÄrztInnen gegenüber zurückließ. So beschloss ich, mich dem Thema eingehender zu widmen und es noch genauer zu betrachten. Dabei interessierte mich besonders, wie denn der Beginn von Gesprächen verläuft, da es für mich naheliegend war, dass die Gesprächseröffnung die Basis für den weiteren Gesprächsverlauf bietet. Im Zuge zahlreicher Lehrveranstaltungen und Recherchen zu dem Thema Arzt-Patienten-Kommunikation ergab sich ein weiterer Faktor, der meine Aufmerksamkeit weckte.

Medizin verändert sich und ist einer steten dynamischen Entwicklung unterworfen. Und je nachdem welche Medizinform praktiziert wird, so ändert sich auch deren Gesprächskultur und Priorität im Gespräch. Die Gesprächseröffnungen und Anamnesen werden daher von mir einmal aus biomedizinischer Perspektive beleuchtet und andererseits aus psychosomatischer Richtung analysiert. Um den Umfang dieser Arbeit in einem bewusst qualitativ-kontrollierten Rahmen zu halten, entschied ich mich für diese beiden Medizinformen, da sie die Einflussreichsten unserer Gesellschaft sind, wenn aber längst nicht die Einzigen.

Diese Arbeit wird zusätzlich umrahmt von Informationen rund um Problemthemen der Arzt-Patienten-Kommunikation, den unterschiedlichen Entwicklungsprozessen der Medizinformen, Anforderungsprofilen der ÄrztInnen und auch den diversen Beziehungsmodellen, die die Interaktion bestimmen. Diese Aufklärungen sollen bei den LeserInnen zu einem größeren Verständnis führen und den komplexen Diskurs der Arzt-Patient-Beziehung greifbarer machen.

Ziel dieser Arbeit ist es, eine erstmalige wissenschaftliche Zusammenfassung und Aufarbeitung der genannten Themengebiete und ihrer Verknüpfung untereinander sowie die Vor- und

Nachteile der jeweiligen medizinischen Modelle aufzuzeigen. Damit soll der Grundstein für weitere und tiefere Forschungen in diese Richtung gelegt werden.

Die Arbeit besteht aus drei inhaltlichen Kapiteln, die sich wie folgt aufbauen:

Kapitel 2 befasst sich in erster Linie mit der Entwicklung der Medizin aus kulturwissenschaftlicher Perspektive. Es wird das Spektrum medizinischer Richtungen und Formen beleuchtet, um die LeserInnen näher an die beiden Medizinformen Biomedizin und Psychosomatische Medizin heranzuführen. Gesellschaftliche Strukturen und Veränderungen hängen auch mit medizinischen Entwicklungen zusammen. Die Entwicklungen der Medizin wirken sich natürlich auch auf die Art der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen aus, weshalb sich das Unterkapitel 2.1 eingehend mit den unterschiedlichen Beziehungsmodellen der Arzt-Patienten-Begegnung beschäftigt und die gängigsten Modelle Paternalismus, Dienstleistung und Kooperation beschreibt.

Da diese Arbeit Biomedizin und Psychosomatische Medizin beleuchtet, werden die beiden Medizinformen in ihrer Geschichte, Definition, Grundhaltung, ihren Schwierigkeiten, kommunikativen Strukturen und Charakteristika gezeigt. Ergänzend dazu wird eine dritte Form, das Bio-psycho-soziale Modell, abgebildet, um das Bild abzurunden.

Linguistische Aspekte sind Thema des dritten Kapitels. Dem gehen Informationen zu den Problemen der Arzt-Patienten-Beziehung voraus. Das Verständnis hinsichtlich der Probleme dient der kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema und zeigt die Komplexität jeglicher Interaktion im medizinischen Rahmen. Dabei werden zum Beispiel Emotionen, Fachjargon, Fremdbestimmung oder Wissensgefälle aus interaktionskritischer Sicht analysiert. Die Anforderungen im Gespräch, die sich dabei an ÄrztInnen ergeben, werden in Kapitel 3.2 dargestellt und aus der Sicht der ärztlichen Handlungsbasis Informationsaustausch, Ökonomie und Empathie gezeichnet.

Kommt es zu einer medizinisch-institutionellen Begegnung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, so kommt es zu einer Gesprächseröffnungsphase. Diese Gesprächseröffnungen werden auf kommunikativer Ebene in deren Aufgaben und Aufbau geteilt, um tiefer in die Struktur zu gehen. Es werden auch konkrete Eröffnungsinitiativen samt Beispielen von ÄrztInnen gezeigt, um den LeserInnen das breite Spektrum der Eröffnungsinitiativen greifbarer zu machen.

Kapitel 3.4 widmet sich den Anamnesegesprächen einerseits aus biomedizinischer Sicht und andererseits aus der Sicht der Psychosomatik. Die Anamnesen der jeweiligen Medizinform werden ausführlich dargestellt in ihren unterschiedlichen Herangehensweisen, gesprächstypischen Merkmalen und den Anamneseschritten. Die Schwierigkeiten der Anamnesegespräche werden abschließend ausführlich dargestellt.

Kapitel 4 fasst die Erkenntnisse zusammen und dient als Basis für weitere wissenschaftliche Fragen und auch als Verknüpfung unter den Themengebieten Gesprächseröffnung und Anamnese in der Biomedizin und Psychosomatik.

2. Medizinische Entwicklungen

Im folgenden Kapitel wird veranschaulicht, inwieweit kulturwissenschaftliche Perspektiven das Feld der Medizin beeinflussen. Da die Biomedizin und die Psychosomatische Medizin in dieser Arbeit als Medizinrichtungen fokussiert werden, dient Kapitel 2 einem größeren Verständnis zum Thema Medizinentwicklungen und auch Medizinformen.

Die Medizin unserer westlichen Welt ist einem dynamischen Prozess unterworfen. Es bestehen mehrere Medizinformen, welche jedoch einer hierarchischen Ordnung unterliegen. Tendenziell zeigt sich aber über die Jahrhunderte, dass „... die westliche Medizin und in ihrem Gefolge die Krankenpflege auf dem biomedizinischen Modell [basiert], das sich auf physische Aspekte konzentriert und – wenn möglich – die Heilung entpersonalisierter Patienten zum Ziele hat.“ (BAUER, 1996, S. 15)

So steht an der Spitze dieser Ordnung noch die westliche Biomedizin, die aber mit anderen alternativen Medizinformen, wie der TCM oder der Psychosomatik, ein ganzheitliches medizinisches Spektrum ergibt. Das hierarchische Verhältnis jedoch ist einem steten Wandel und einer fortwährenden Entwicklung ausgesetzt, denn abhängig von gesellschaftlichen und auch kulturellen Veränderungen, verändert sich auch unser Zugang zur Medizin.

Als Beispiel ist zu nennen, dass die chinesische Heilmethode der Akupunktur früher noch den exotischen Heilverfahren zugeordnet wurde und heute bereits zum Standardrepertoire der Biomedizin zählt. Die patientInnenorientierte Behandlung alternativer Medizinmethoden ist einer der Auslöser für die vermehrte Inanspruchnahme derartiger Angebote und was einst fremd war hat sich in der Medizinpalette etabliert.

Aufgrund der im gesellschaftlichen Volksmund oft fälschlicherweise synonym verwendeten Begriffe und da auch oftmals für Eingesehene klare Abgrenzungen schwierig sind, werden für den qualitativen Anspruch dieser Arbeit die einzelnen medizinischen Schulen im Folgenden anhand von Definitionen voneinander abgegrenzt.

Biomedizin

Fest steht, dass der Begriff *Biomedizin* zwar häufig benutzt wird, kaum jedoch definitorisch beschrieben wurde. So findet man im Springer Lexikon der Medizin einen knappen Eintrag, der die Biomedizin folgend definiert: „Biomedizin: [...] Grenzbereich von Medizin und Biologie“.

Der Begriff *biomedizinisch* wird beschrieben als „[...] biologisch-medizinisch, medizinisch-biologisch; Biomedizin betreffend“. (REUTER, 2004, S. 264)

Für die Begriffsbenutzung *Biomedizin* gilt für die weitere Arbeit folgende Definition aus dem Englischen:

„[...] medicine based on the application of the principles of the natural sciences and especially biology and biochemistry.“ (URL: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/biomedicine>) [11. 7. 2012]

Schulmedizin

Schulmedizin definiert sich über WissenschaftlerInnen, die sie erforschen und anwenden, sowie auch über Publikationen in Fachzeitschriften und über wissenschaftliche VertreterInnen bei Fachkongressen. (SIEBERT, 1983, zitiert nach OEPEN, 1985, S. 28)

Die Schulmedizin wird an der Universität gelehrt und ist eine allgemein anerkannte und angewandte Medizin. Ursprünglich war sie überwiegend naturwissenschaftlich und biomedizinisch, doch im Laufe der letzten Jahrzehnte bekamen alternative Heilverfahren, wie zum Beispiel die Akupunktur, ihre Anerkennung und Anwendung in der Schulmedizin. (BECKER, 2004 zitiert nach SPRANGER/HOMMEL, 2009, S. 12)

Alternativmedizin

Alternativmedizin ist die „[f]ührende Bezeichnung für alle medizinischen Methoden, die vom obersten Sanitätsrat (OSR) nicht als schulmedizinisch anerkannt waren.“ (HARSIEBER, 1993, S. 220)

Das Lexikon medizinischer Begriffe beschreibt den Obersten Sanitätsrat als ein

„[m]edizinisch-wissenschaftliches Gremium zur Beratung des Gesundheitsministeriums in medizinischen Fragestellungen. Der Oberste Sanitätsrat ist ein Gremium des Bundesministeriums für Gesundheit. Er besteht aus Expertinnen und Experten [...] aus dem Gesundheitsbereich. Der OSR berät das Gesundheitsministerium in allen grundsätzlichen medizinischen Fragestellungen und erstellt Gutachten auf Basis des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft.“ (URL: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/o/Oberster_Sanitaetsrat_HK.html) [11. 5. 2012]

Unter dem Begriff Alternativmedizin versteht man auch Diagnose- und Therapieverfahren, die nicht rein auf naturwissenschaftlicher Ebene begründet sind und von ÄrztInnen oftmals zusätzlich zur biomedizinischen Behandlung hinzugezogen werden. Unter alternativen Medizinformen versteht man zum Beispiel Homöopathie oder auch Naturheilkunde.

(URL: <http://www.imedo.de/medizinlexikon/alternativmedizin>) [11. 7. 2012]

Komplementärmedizin

Der Begriff Komplementärmedizin verhält sich in meiner Arbeit synonym zum Begriff Alternativmedizin, da ihre Schnittmenge an Gemeinsamkeiten ident ist. Harsieber ergänzt noch, dass die Schulmedizin und die Komplementärmedizin nicht mehr gegensätzlich behandelt werden, sondern eine Ergänzung füreinander sind. So wie die Akupunktur früher eine alternativmedizinische Herangehensweise war, ist sie heute ein anerkannter Teil der Schulmedizin und findet ihren Platz in der Schmerztherapie. (HARSIEBER, 1993, S. 223)

Ganzheitsmedizin

Die Ganzheitsmedizin

„[u]mfaßt Schulmedizin und komplementäre Methoden, weil man sie nicht mehr als Gegensätze, sondern als einander ergänzend sieht. [Sie v]ersucht den Menschen als Ganzheit von Körper, Seele und Geist zu sehen. [Sie s]ieht Krankheit als sinnvollen und Heilung als dynamischen Prozeß.“ (HARSIEBER, 1993, S. 222)

Die Ganzheitsmedizin wird von Stacher (1993) auch als eine umfassende Medizin beschrieben, die tolerant anderen Medizinformen gegenüber ist und auch deren Vielfalt in sich einschließt. Sie ist sowohl naturwissenschaftlich als auch alternativmedizinisch, immer aber unter Berücksichtigung psychischer und geistiger Aspekte. (STACHER, 1993, S. 9)

Psychosomatik

Psychosomatik ist

„[n]ach einer Auffassung jene Erkrankungen, bei denen die Psyche nachweislich am Entstehen beteiligt ist. Dann müßte man allerdings sagen, daß bei den anderen Krankheiten dieser Nachweis nur noch nicht erbracht wurde. Denn in einer ganzheitlichen Sicht kann man gar nicht zwischen Körper und Seele trennen. Wenn nämlich der Mensch aus Körper (Soma) und Psyche besteht, dann sind *immer* beide Komponenten beteiligt, auch an jenem Krankheitsgeschehen.“ (HARSIEBER, 1993, S. 226)

Das „Netzwerk Psychosomatik Österreich“ geht noch weiter und beschreibt die Psychosomatik als eine Medizin, in der körperliche, psychische und auch soziale Faktoren bei Gesundheit und auch bei Krankheit zusammenspielen. Betrachtet man also die Wechselwirkungen dieser verschiedenen Faktoren, so spricht man in der Medizin vom bio-psycho-sozialen Modell, in dem diese körperlichen, psychischen und auch sozialen Komponenten miteinander in Beziehung stehen.

Demnach kann die Psychosomatik „[...] als jener Bereich in der Medizin definiert werden, in dem diese Zusammenhänge und Wechselwirkungen im Vordergrund stehen und daher besondere Berücksichtigung finden.“ (URL:<http://www.netzwerk-psychosomatik.at/content/psychosomatik/definition.php>) [12. 7. 2012]

Der Begriff psychosomatisch wird häufig mit dem Begriff bio-psycho-sozial synonym verwendet. So beschreibt Ditz (2000) Psychosomatik folgendermaßen:

„Psychosomatische Medizin ist die Lehre von den körperlich-seelischen-sozialen Wechselwirkungen bei der Entstehung, im Verlauf und bei der Behandlung von menschlichen Erkrankungen. Sie muss ihrem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden werden.“ (Ditz, 2000, S. 18)

In dieser Arbeit wird das bio-psycho-soziale Modell (Kapitel 2.3.5) ergänzend erklärt und als eine Ausprägung der Psychosomatischen Medizin gesehen. Demnach wird auch die Verwendung des geschichtlich später entstandenen Begriffes *bio-psycho-sozial* als eine Erweiterung zur Psychosomatik verstanden.

Anhand dieser Auflistung wird schnell ersichtlich, dass eine konstante Veränderung in Akzeptanz und Verwendung der Medizin stattfindet. Am Rande sei bemerkt, dass sich widerlegende Entwicklungen und Kontroversen um wissenschaftliche Erkenntnisse auf diesem Gebiet sogar zu eigenen Auflistungen im Internet – so zum Beispiel die Nobelpreise für Physiologie oder Medizin – führen. (URL:http://en.wikipedia.org/wiki/Nobel_prize_controversies) [6. 7. 2012]

Dass gesellschaftliche Veränderungen auch Veränderungen in der Medizin mit sich bringen, hängt von mehreren Faktoren ab. Relevant ist, dass unsere Bevölkerung immer höheren Alters wird und es auch eine deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen gibt. Diese Tatsachen sind ein Nährboden für den Vormarsch neuer Behandlungsmethoden. Das bisherige medizinische System der westlichen Welt orientiert sich an technischen Fortschritten und auch Akutbehandlungen, welche den finanziellen Rahmen der Gesundheitssysteme sprengen. Das Resultat sind unzufriedene ÄrztInnen, die von den Arbeitsbedingungen überbelastet sind, und PatientInnen, die sich immer mehr in Richtung Alternativmedizin orientieren. (LALOUSCHEK, 2010, S. 47)

Ein weiterer Punkt ist die kommunikative Fehlleistung, die im medizinisch-institutionellen Rahmen stattfindet. Zeitmangel und auch Zeitdruck führen zu ungenügenden Ergebnissen im Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Auf die Probleme und Herausforderungen der Arzt-Patienten-Kommunikation wird in Kapitel 3.1 näher eingegangen.

Es stellen sich also unterschiedliche Fragen an das westliche Medizinsystem und auch Kritikpunkte tauchen auf. So fragt sich Gottschlich in seinem Werk Medizin und Mitgefühl:

„Warum flüchten immer mehr Patienten vor dem etablierten Medizinsystem und suchen Hilfe bei alternativen Heilverfahren? Warum zweifeln selbst immer mehr Schulmediziner am Sinn ihres Tuns und brennen innerlich aus? Alles deutet darauf hin, dass die wissenschaftliche Medizin an einem Wendepunkt angelangt ist.“
(GOTTSCHLICH, 2007, S. 19)

Der emotionale Aspekt der Medizin soll dieser Kritik zu Folge wieder mehr in den Mittelpunkt gerückt werden. Eine fundierte medizinische Ausbildung ist zwar Voraussetzung für ÄrztInnen, um diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu setzen, die Grundmotivation der HeilerInnen liegt aber im Interesse am Menschen und dem Wunsch, zu seiner Genesung beizutragen. Die institutionellen Rahmenbedingungen bestimmen teilweise jedoch eine starke Prioritätenverschiebung, weshalb der Patient als Mensch kaum Beachtung erhält. Warum institutionelle Bedingungen einen großen Einfluss auf die Interaktion haben, zeigt sich in Kapitel 3.2, welches die professionellen Anforderungen an das ärztliche Gespräch beschreibt und reflektiert.

Zeit als Ressource wird, beeinflusst durch neue Medizinformen, für PatientInnen als Luxus genutzt und auch gefordert. Zuhören und Anteilnahme werden immer wichtiger, denn
„[d]ie Medizin der Zukunft wird eine kommunikative Medizin sein oder sie wird die Menschen verlieren, für die sie eigentlich da ist. Die Grundlage einer kommunikativen Medizin aber ist das Mitgefühl.“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 19)

Medizinformen an sich lassen sich als ein gesellschaftliches Handlungs- und Funktionssystem verstehen, „... das in seiner Entwicklung von den bestehenden soziokulturellen Bedingungen beeinflusst wird und – in dialektischer Weise – diese selbst wieder beeinflusst.“ (LALOUSCHEK, 2010, S. 45)

Was als krank beziehungsweise gesund gilt, ist nicht nur von rein naturwissenschaftlichen Fakten, sondern auch vom kulturellen Definitionssystem einer Gesellschaft abhängig. Genauer erklärt bedeutet das, dass körperliche, psychologische und auch soziale Phänomene immer innerhalb eines Definitionssystems gedeutet werden müssen und die Bandbreite zwischen Gesundheit und Krankheit immer in Relation zu den Wertestrukturen einer Gesellschaft gesehen werden muss. Zusammenfassend ist zu sagen, dass „... Konzepte von Krankheit und Gesundheit als Erscheinungen des menschlichen Lebens sowohl in einem Zusammenhang mit der vorherrschenden medizinischen Praxis wie mit der soziokulturellen Wirklichkeit...“ (LALOUSCHEK, 2010, S. 46) stehen.

Das bedeutet, dass die Beschwerden der PatientInnen, bedingt durch soziokulturell gefärbte Konzepte von Krankheit, von den ExpertInnen, also den ÄrztInnen, an einen medizinischen Kontext angepasst werden.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die somatische Ausdrucksform seelischer Prozesse von ÄrztInnen nur auf körperlicher Ebene behandelt wird. In unserer Gesellschaft ist der Umgang mit körperlichen Symptomen greifbarer, auch für das soziale Umfeld. Die Behandlung und Therapie geschieht demnach bevorzugt auf somatischer Ebene, was die Gefahr von Symptomverschiebung, Wiederkehr oder auch Chronifizierung in sich birgt. Des Weiteren wird durch diesen somatischen Behandlungsprozess eine Tabuisierung seelischer Zustände vorgenommen. Der angegriffene Körper dient als Transportmittel seelischer Belastungen und bleibt meist in dieser Rolle verhaftet. (LALOUSCHEK, 2010, S. 47)

Kapitel 2 hat gezeigt, dass sowohl kulturwissenschaftliche Perspektiven als auch gesellschaftliche Veränderungen die Medizin maßgeblich beeinflussen und formen. Dennoch herrscht eine medizinische Hierarchie, die an der Spitze die Biomedizin sieht, gefolgt von anderen Medizinformen, wie etwa der Traditionellen Chinesischen Medizin, die ihren Eingang in den westlichen Medizinalltag längst gefunden hat. Aber auch die Psychosomatik, die wesentlicher Gegenstand dieser Arbeit ist, gehört per definitionem zu einem medizinischen Ganzen. Die Definitionen und Abgrenzungen der Begriffe sind jedoch nicht immer einheitlich und eindeutig verwendet – eine klare Definitionsspaltung soll hier Abhilfe schaffen und die Begriffe mehr schärfen.

Da die medizinische Entwicklung zukünftig in Richtung PatientInnenorientiertheit strebt und sowohl emotionale als auch gesprächsorientierte Aspekte immer mehr an Bedeutung gewinnen, wird die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in den Fokus gerückt. Das folgende Kapitel 2.1 behandelt die unterschiedlichen Beziehungsmodelle und zeigt ein Spektrum an verschiedenen Interaktionsmöglichkeiten auf.

2.1 Unterschiedliche Beziehungsmodelle

Die verschiedenen Medizinformen unterscheiden sich sehr wesentlich in ihrer Art der Beziehungsgestaltung – deren verschiedene Modelle sich wiederum stark auf die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auswirken und daher relevanter Gegenstand dieser Arbeit sind.

Informierte PatientInnen

Die bislang starre Wissensverteilung wird bedingt durch neue Technologien, Gesellschaft, medizinische Aufklärung und auch den Wissenszugriff im Internet verschoben. Folgende Einflüsse sind für die Bewusstseinsveränderungen verantwortlich und werden von Teczen-Güntekin (2010) zusammengefasst:

- Nach dem Nationalsozialismus in Deutschland kam es zum Nürnberger Kodex, der besagt, dass es für jede Entscheidung im medizinischen Bereich eine PatientInnenzustimmung benötigt, die PatientInnen aus einer informierten Position heraus mitbestimmen. Somit wurde das Thema Selbstbestimmung immer mehr diskutiert und führte in weiterer Folge zu einem größeren Selbstvertrauen aufseiten der PatientInnen. Damit bekam das Thema Selbstbestimmung einen immer höheren Wert. Selbstbestimmung war jedoch nicht nur in Deutschland ein Thema sondern auch in Amerika. In den 1960er Jahren entstanden dort nämlich die ersten Selbsthilfegruppen zu den Themen Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die Tendenz entwickelte sich fortwährend in Richtung Reflexion der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.
- Die Weiterentwicklungen im medizinischen Bereich zeichnen sich auch in der Kooperation ab. Nicht nur, dass es Veränderungen im Bewusstsein für Krankheit und auch Gesundheit gab, sondern auch die Krankheiten und Kranken haben sich im Verlauf der letzten Jahre stark verändert. Krankheiten, die früher den Tod bedeuteten, sind heute heilbar oder chronisch. Dies hat zur Folge, dass die PatientInnen sich stärker mit ihrer Lebenssituation auseinandersetzen müssen und sich mehr und mehr zu ExpertInnen für ihre eigene Krankheit entwickeln. Der eigene Körper steht nun im Zentrum der Selbstverantwortung. (MAAZ/WINTER/KULMEY, 2006 zitiert nach TEZCEN-GÜNTEKIN, 2010, S. 98)
- Der rasante Zuwachs an medizinischem Wissen wirkt sich zusätzlich auf die Gegebenheiten der Arzt-Patienten-Kommunikation aus. Das Fachwissen erweitert und vertieft sich letzten Untersuchungen zufolge so rasant, dass ÄrztInnen sich täglich mehrere Stunden weiterbilden müssten, um auf dem aktuellsten Stand der Medizin zu bleiben. (JÄHN/NAGEL, 2004 zitiert nach TEZCEN-GÜNTEKIN, 2010, S. 98)
- Während früher der Arzt oder die Ärztin die einzige Informationsquelle für PatientInnen war, ist dieser Status heute nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die Zeichen der Informationsgesellschaft haben sich vor allem durch das Medium Internet stark verbreitet und medizinisches Wissen für alle zugänglich gemacht. Egal um welches Leiden oder Symptom es sich handelt, PatientInnen haben die Möglichkeit, es unabhängig von ihren behandelnden ÄrztInnen zu recherchieren und sich schlau zu machen. So geschieht es, dass PatientInnenaufklärung vor einem ÄrztInnenbesuch schon stattgefunden hat oder dass fehlende Informationen im Internet nachgetragen und ergänzt werden. (TEZCEN-GÜNTEKIN, 2010, S. 97–98)

Diese unterschiedlichen Einflüsse verändern fortlaufend das Bild der Medizin und verändern daher auch die Kommunikation und das interaktive Verhalten zwischen den Beteiligten. All diese Faktoren haben zur Folge, dass ÄrztInnen nun immer mehr einer neuen Generation von

PatientInnen gegenüberstehen, die man als mündiger, informierter und aktiver bezeichnen könnte. Es ist also zusammenfassend zu sagen, dass der Grad der Informiertheit nicht nur bei ÄrztInnen um ein Wesentliches zugenommen hat, sondern dass auch PatientInnen einen erheblichen Informationsstand besitzen. Diese Basis erhöht zwar das kommunikative Niveau und wirkt sich auf das Beziehungsmodell aus, gleicht jedoch nicht die asymmetrische Beziehung aus. Dennoch ist die neue Position der PatientInnen wesentlich etablierter und günstiger. (ENENKEL, 2002, S.122)

Pjeta (2002) meint, PatientInnen haben dadurch die Chance zu einem erweiterten Selbstbewusstsein, denn „Mediziner sind für ihn [den Patienten, Anm.] längst nicht mehr die Götter in Weiß, sondern zu fachlich kompetenten Partnern in Gesundheitsfragen geworden.“ (PJETA, 2002, S. 129)

Diese fachliche Kompetenz seitens der PatientInnen kann sich zu einer Ressource für die Interaktion etablieren und so eine Situation der Kooperation ermöglichen. Diese Form der Interaktion ist unter dem Begriff *Shared Decision Making* bekannt und wird nun ausführlicher erläutert.

2.1.1 Shared Decision Making

Die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen entwickelt sich fortlaufend. Wie in Kapitel 2.1 bereits ausgeführt, war die Kommunikation weniger interaktiv, bevor neue Technologien, medizinische Aufklärung und das Internet die Gesellschaft und deren Wissen prägten. Die Asymmetrie zwischen ÄrztInnen und PatientInnen war beziehungsdominierend. Die Autorität der ÄrztInnen wurde dabei nicht infrage gestellt, denn ihr Wissen war wissenschaftlich fundiert und über viele Studiums- und Arbeitsjahre geprüft worden. Der Zugang zu medizinischem Sachverständnis war daher nur über die ÄrztInnen möglich, die somit auch über die Entscheidungsautonomie verfügten. (PARSONS, 1958 zitiert nach TEZCEN-GÜNTEKIN, 2010, S. 96)

Dabei handelt es sich um eine Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, die auf einer Ebene der Kooperation und Partnerschaftlichkeit arbeitet. Sowohl die ärztliche Seite als auch die PatientInnen sind aktiv beteiligt an den medizinischen Entscheidungen und versuchen alle Möglichkeiten und Präferenzen einzubeziehen. Die Zustimmung beider Seiten also ist Grundlage der Zusammenarbeit. (SCHEIBLER, 2004 zitiert nach TEZCEN-GÜNTEKIN, 2010, S. 96)

Tezcen-Güntekin (2010) führt an dieser Stelle die Begriffe *compliance* und *adherence* ein, die für den Erfolg des *Shared Decision Making* maßgeblich sind. Unter *compliance* versteht man das kooperative Verhalten von PatientInnen, die in die Fähigkeiten der ÄrztInnen vertrauen und

diese auch als notwendiges Entscheidungskriterium erachten. Dem gegenüber steht der Begriff *adherence*, der die aktive und entscheidungstragende Rolle der PatientInnen in den Vordergrund stellt und als Interaktionsbasis für weitere Therapien sieht. (SCHEIBLER, 2004 zitiert nach TEZCEN-GÜNTEKIN, 2010, S. 96)

In einer paternalistischen Interaktionsbeziehung der Medizin definiert sich also *compliance* über die Befolgung des ärztlichen Rates in einer hierarchischen Teilung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, wohingegen *adherence* diese eingefahrenen Strukturen überwindet und die PatientInnen in die Interaktion stärker einbezieht. Die Teilnahme der PatientInnen am Gespräch als EntscheidungsträgerInnen ist eine Entwicklung, die das Interaktionsmodell zwischen ÄrztInnen und PatientInnen neu formt.

Koerfer/Obliers/Köhle (2005) beschreiben die Interaktion anhand von drei gängigen Beziehungsmodellen. Es handelt sich dabei um Paternalismus, Dienstleistung und Kooperation, welche dem *Shared Decision Making* gleicht. In Kapitel 2.1.2 wird auf diese nun näher eingegangen.

2.1.2 Die Beziehungsmodelle Paternalismus, Dienstleistung und Kooperation

In diesem Kapitel wird ein Beziehungsspektrum vorgestellt, welches sich vom Paternalismusmodell bis zum Kooperationsmodell hinstreckt. Koerfer/Obliers/Köhle (2005) haben dabei den Entscheidungsdialog zwischen ÄrztInnen und PatientInnen nach diesen drei Kategorien eingeteilt und folgende Punkte lehnen sich an diese Einteilung an.

Koerfer/Obliers/Köhle (2005) geben an, dass die Unterscheidung in diese drei Grundmodelle in eine sinnvolle Richtung geht, vor allem im Bezug auf die interaktive Entscheidungsfindung im ärztlichen Gespräch. Das Interessante dabei ist, dass nicht auf der Modellebene die Entscheidungen getroffen werden, sondern auf der Kommunikationsebene. Das heißt, je nachdem, welches Beziehungsmodell gerade stattfindet, so gestalten sich auch andere Punkte nach diesen Maßstäben, etwa Informationsvermittlung, Entscheidungsprozess und Verantwortungsübernahme. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 138–139) Welche Maßstäbe das sind, dem wird nun Rechnung getragen und anhand von Abbildung 1 bildlich gemacht.

Paternalismus

Beim Paternalismusmodell sind die Gesprächsrollen klar verteilt. Der Arzt oder die Ärztin entscheidet, basierend auf seinem oder ihrem Fachwissen, zum Besten der PatientInnen. Wenn nötig, dann sogar über den Kopf der PatientInnen hinweg, da bedingt durch Krankheit oder Einschränkung PatientInnen nicht für sich selbst entscheiden können. Diese Art der

kommunikativen Begegnung verläuft monologisch und lässt wenig Raum für PatientInnen, sich interaktiv zu beteiligen. Betrachtet man die unterschiedlichen Positionen der Abbildung 1 zum Beziehungsmodell Paternalismus, so wird eindeutig klar, dass ÄrztInnen diese linear durchlaufen können, ohne dabei mit PatientInnen ins Gespräch kommen zu müssen. ÄrztInnen sind in diesem Modell die EntscheidungsträgerInnen und PatientInnen agieren in Abhängigkeit zu ihren ÄrztInnen. ÄrztInnen besetzen die aktiven Positionen (Position 1, 3, 6) und PatientInnen reaktiv die passiven (2, 4, 7). Position 5 muss von beiden Beteiligten geplant und realisiert werden.

Die alleinige Verantwortung der ÄrztInnen kann von PatientInnen auch als eine Entlastung verstanden werden. Dieses Beziehungsmodell, so Koerfer/Obliers/Köhle (2005), kann sich so lange als persönlich und vertrauensvoll erweisen, solange PatientInnen ihren Kontrollverlust nicht fürchten müssen. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 140)

Dienstleistung

Das Dienstleistungsmodell steht im extremen Kontrast zum eben beschriebenen Paternalismusmodell. Hier verhalten sich ÄrztInnen und PatientInnen analog zu VerkäuferInnen und KäuferInnen. Vereinfacht gesagt, haben ÄrztInnen Informationen, die PatientInnen entweder „kaufen“ oder „nicht kaufen“. Der tragende Unterschied ist, dass in jedem Fall die Patientin oder der Patient für sich entscheidet und somit die aktive Entscheidungsrolle übernimmt. PatientInnen bleiben anonym und treten unabhängig ihren ÄrztInnen gegenüber. Die Verantwortung für die selbstständig getroffenen Entscheidungen tragen die PatientInnen allein. Koerfer/Obliers/Köhle (2005) sprechen in diesem Kontext auch von einem Informationsmodell, in dem ÄrztInnen zur reinen Informationsvermittlung dienen. PatientInnen sind also, wie in Position 1, 4, 6 und 9, aktive Gesprächspartner, während ÄrztInnen angepasst reagieren (Position 2, 5, 7 und 10). Position 8 muss wiederum von beiden Parteien gemeinsam gestaltet werden.

Diese Art des Informationsaustausches kann ein Arzt-Patienten-Gespräch nicht ersetzen und soll daher ergänzend in Anspruch genommen werden. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 142) Der Tendenz in diesem Modell, dass ÄrztInnen nur mehr als AnbieterInnen agieren und PatientInnen nachfragen, ist laut Koerfer/Obliers/Köhle (2005) kritisch gegenüberzustehen da dies zu einer Gefälligkeitsmedizin führen kann, in der ÄrztInnen ihre Versorgungsfunktion einbüßen. (FROSCH/KAPLAN, 1999 zitiert nach KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 142)

Kooperation

Dieses Modell basiert auf dem Konzept einer Aushandlung. Auf der einen Seite stehen ÄrztInnen, die nach einer evidenz-basierten Medizin handeln, und auf der anderen Seite stehen PatientInnen

mit ihren Präferenzen. Im Kooperationsmodell geht es nun darum, eine gemeinsame und interaktive Evaluation zu beginnen, um dann eine Entscheidung zu treffen, die für beide Seiten akzeptabel ist. Dieser Prozess spiegelt sich in Abbildung 1 unter den Positionen 10 und 11 wieder. ÄrztInnen schöpfen ihre Empfehlungen aus der evidenz-basierten Medizin und PatientInnen können unter diesen Möglichkeiten Präferenzen entwickeln, die zu ihren Lebensumständen passen. Der springende Punkt ist, dass diese gemeinsame Entscheidungsfindung beide InteraktantInnen zu PartnerInnen macht, wobei nicht immer völlige Übereinstimmung herrschen muss, sondern lediglich eine Entscheidung gefunden werden soll, die für beide akzeptabel ist. Beide profitieren von dem Wissen und der Mitarbeit des anderen und gestalten somit eine offene und fruchtbare Kommunikationssituation. Abbildung 1 zeigt, dass die Positionen vor 10 und 11 gemeinsam und diskursiv erarbeitet werden müssen, um zu einer für beide annehmbaren Entscheidung zu kommen. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 143–144)

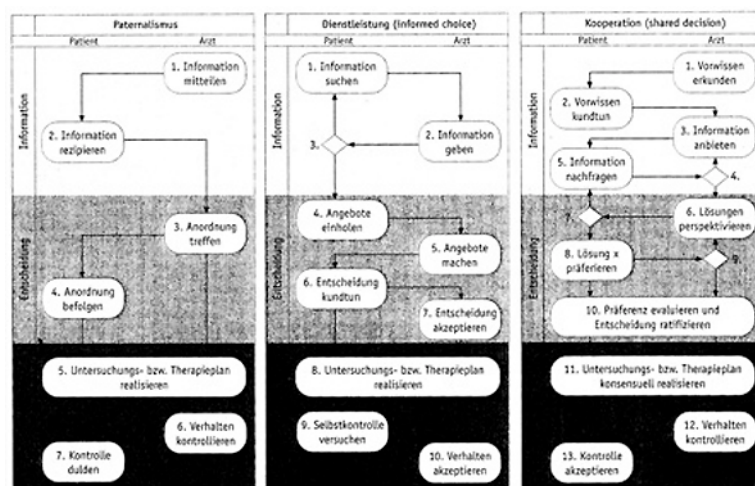


Abbildung 1 (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 141)

Abschließend ist noch zu sagen, dass ärztliche Flexibilität eine entscheidende Rolle spielt. Damit ist gemeint, dass die Wahl eines passenden Entscheidungsmodells eine besondere Flexibilität seitens der ÄrztInnen erfordert, je nachdem welche Partizipationsbereitschaft PatientInnen mitbringen. Koerfer/Obliers/Köhle (2005) sprechen in diesem Kontext von einer Metakompetenz, mit der ÄrztInnen die aktuellen und potentiellen Bedürfnisse ihrer PatientInnen erkennen. Weiters ist zu beachten welches Modell der Situation angemessen ist. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 150–151)

Der Gesamtkontext, die gemeinsame Interaktionsgeschichte, der Schweregrad der Erkrankung sowie natürlich die Aufnahmefähigkeit der PatientInnen spielen eine wesentliche Rolle in der Findung und Gestaltung des Beziehungsmodells. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 154)

Nach dem Grundgerüst der generellen Beziehungsmodelle werden erste Verknüpfungen getätigt. Dafür werden zwei medizinische Schulen herangezogen, nämlich Biomedizin und

Psychosomatische Medizin. Die Auswahl dieser beiden Fachrichtungen rechtfertigt sich durch den großen Einfluss auf unsere medizinische Geschichte und Entwicklung. In den jeweiligen Erläuterungen wird nun von historischen bis hin zu kommunikativen Einflüssen die Rede sein und um den Kreis zu schließen, werden diese beiden medizinischen Schulen auch unter der Perspektive der Beziehungsmodelle betrachtet.

2.2 Biomedizin

Um ein Verständnis für die Biomedizin zu schaffen, werden nun folgend die Definition und die Geschichte aufgearbeitet, die Grundhaltung beschrieben samt ihren Schwierigkeiten und zuletzt auch die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

2.2.1 Definition und Geschichte

Jede Medizin hat einen theoretischen Hintergrund und seit dem 17. Jahrhundert ist die biomedizinische und naturwissenschaftliche Entwicklung vor allem in westlichen Ländern vorherrschend. Das naturwissenschaftliche Denken und Weltbild wurde geprägt von Galileo Galilei, Isaac Newton und auch Rene Descartes.

Während Galilei die Mess- und Wiederholbarkeit und die Methode des Experiments der Wissenschaft in den Fokus rückte, unterschied Descartes die materielle Außenwelt (*res extensa*) von der geistigen Innenwelt (*res cogitans*). Diese Trennung warf ein Bild auf, welches die Welt als materielles Universum, eine große erklärbare Maschine, darstellte. Newton fand die passende mathematische Formulierung dazu und so entstand eine Geisteshaltung der Naturwissenschaft, die das Subjekt vom Objekt trennte. (HARSIEBER, 1993, S. 102–109)

Was jedoch auch erwähnt werden muss ist, dass Descartes Philosoph und Theologe war und das Geistige nie leugnete. Ähnlich wie Galileo, der Wissenschaft betreiben wollte, ohne dabei mit der Kirche in Konflikt zu geraten. Und auch Newton war leidenschaftlicher Chemiker und Pharmakologe, aber dem Geisteswissenschaftlichen keineswegs verschlossen. (HARSIEBER, 1993, S. 102–109)

Adler (2005) erklärt, dass das Wort Bio im biochemischen und molekularbiologischen Kontext verstanden wird. Bezeichnend für diese medizinische Haltung ist ihr dualistischer Zugang, der die Trennung von Körper und Seele vornimmt. Diese Trennung wird von Adler (2005) stark kritisiert, da sie rein den theoretischen Prinzipien der ÄrztInnen entspricht, nicht jedoch den Menschen in seiner Ganzheit beschreibt.

Die Psyche und auch das soziale Umfeld finden in der Biomedizin kaum bis keinen Eingang und werden in ihren Untersuchungen nicht miteinbezogen. (ADLER, 2005, S. 7)

Weiner erklärt, dass dieser Dualismus geprägt und etabliert wurde von ÄrztInnen, die vor allem an Leichen darzustellen versuchten, welche Krankheiten und damit verbundene Symptome aufzufinden waren. Der Leichnam war also Ressource für anatomisch veränderte Strukturen, nicht aber die ehemaligen Lebensumstände und das Umfeld des seziierten Menschen, meint Weiner. (WEINER, 1984 zitiert nach UEXKÜLL, 1990, S. 7)

Die Maschine als Analogie und Paradigma für den menschlichen Körper war dabei sehr nützlich, denn anhand von einfachen und darstellbaren Konzepten, konnten nun Krankheiten als Störungen in einem maschinellen System gedeutet werden. Diese Maschinenmetapher gilt selbst heute noch in der westlichen Schulmedizin als angemessen, da selbst beim Ausbau leistungsfähigerer und komplexerer Maschinen das Bild des Körpers dem angepasst werden kann. Diese metaphorische Konzeptualisierung jedoch birgt Missverständnisse und Fehlinterpretationen in sich.

Als Beispiel sei hier die Metapher des Herzens als Motor genannt. Das Herz als Motor wird in unserer Gesundheitskommunikation und Kultur oft als metaphorisches Konzept aufgegriffen. (BRÜNNER, 2005, S. 98)

Ein Problem dabei ist, dass das Herz jedoch nicht nur mit dem mechanischen Aspekt eines Motors verglichen werden kann, da zum Beispiel Psyche und hormonelle Gegebenheiten große Einflussfaktoren für den Gesundheitszustand des Herzens sind. Während bei einem Motor auch beispielsweise Ersatzteile oder Neuwertigkeit eine Rolle spielen, können diese Eigenschaften nicht analog für ein menschliches Herz übernommen werden. Die mechanische Sichtweise findet daher im Sprachgebrauch eine konzeptionelle Verankerung, wodurch in Vergessenheit geraten könnte, dass es sich dabei doch nur um eine Metapher handelt.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass PatientInnen mit dem Bereich, dem die Metapher entnommen ist, vertraut sind. So kann es zu groben Verständnisschwierigkeiten oder Fehlinterpretationen kommen, wenn PatientInnen beispielsweise keinen Bezug zu Motoren haben und daher auch die ärztliche Verbildlichung missverstehen oder auch gar nicht nachvollziehen können. Das Alltagswissen der LaiInnen ist unterschiedlich ausgeprägt und nicht jedem erschließt sich dieselbe Metapher auf die gleiche Weise.

Einige Metaphern sind auch gar nicht wörtlich zu verstehen oder nur teilweise auf den Körper der PatientInnen zu übertragen. Personen, die in ärztlicher Behandlung sind, müssen daher oftmals abschätzen, inwieweit sie bildliche Darstellung wörtlich nehmen oder im übertragenen Sinne verstehen. In dieser problematischen Unsicherheit können häufig Fehlinterpretationen auftreten. (BRÜNNER, 2005, S. 98)

2.2.2 Biomedizinische Grundhaltung

Nicht nur die Beseitigung von Symptomen steht im Vordergrund der Biomedizin, sondern auch die Ursache der Symptomerscheinung. Fallen Werte aus ihrer physiologischen Norm, so erreichen sie die naturwissenschaftliche Medizin, sagt Harsieber. (HARSIEBER, 1993, S. 13)

Im biomedizinischen System wurden viele therapeutische und auch diagnostische Erfolge verzeichnet, die auf Beschreibung und Beobachtung von naturwissenschaftlichen und auch objektiven Fakten beruhen.

Folge davon, so Heim und Willi, ist, dass eine Krankheit eine Störung und Veränderung der Organstruktur ist und unter bestimmten Merkmalen gebündelt wird. (HEIM/WILLI, 1986 zitiert nach LALOUSCHEK, 2005, S. 49)

„Der Arzt ist in seiner praktischen Tätigkeit zunächst vor die Aufgabe gestellt, die Krankheit des Patienten zu klassifizieren.“ (MÖSSINGER, 1984, S. 28) Dieser Prozess findet in der Diagnose seine Bezeichnung. Es ist somit oberste Priorität, diese Störung zu beheben und auch die Ausbreitung und Intensivierung der Krankheiten oder Symptome zu vermeiden. Es werden generell objektive krankheitsbezogene Daten mit Hilfe technischer Geräte erfasst, EKGs, Röntgenbilder, Blutbilder, Laborwerte und Ultraschallaufnahmen wären nennenswerte Datenlieferanten, um an dieser Stelle nur ein paar wenige zu aufzuzählen. (LALOUSCHEK, 2005, S. 49–50)

2.2.3 Schwierigkeiten der Biomedizin

Die seelische Verfassung wird in einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin nicht miteinbezogen. Dies hat oftmals zur Folge, dass eine Distanz entsteht zwischen Ärztinnen und PatientInnen.

Die Unpersönlichkeit und Anonymität, die vor allem durch das ökonomisch orientierte Gesundheitssystem entstehen, gehören zu den größten Schwierigkeiten des medizinischen Systems. Die damit einhergehende Hektik und der Alltagsstress lassen die Gesprächskultur verkümmern. Zeit für Zuwendung und ausführliche Konversation bleibt da nicht. Die Behandlung wird daher oftmals auf rein organisch medizinische Inhalte beschränkt. Ein Punkt, der in diesem Kontext nicht ausgespart werden darf, ist der des technischen Fortschritts. Trotz der enormen Entwicklungen und des Fortschritts wächst die Unzufriedenheit der PatientInnen zunehmend. Diese Frustration führt zu mangelnder Compliance und zeigt sich, wie bereits erwähnt, in der Zuwendung zur Komplementärmedizin. (LALOUSCHEK, 2010, S. 47)

Dass wir Teil einer technologisierten Medizin sind, wirkt sich umgekehrt auch auf das medizinische Sprachverhalten aus. PatientInnen erleben zwar einerseits ein Mehr an Technologien und

medizinischen Fortschritten, geraten aber andererseits aus emotionaler Perspektive immer mehr in ein zwischenmenschliches Abseits. (MAIER, 2002, S. 97–100)

Das Rollenverständnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen entwickelt sich bereits im Medizinstudium, in welchem die Studierenden hauptsächlich wissens- und faktenorientiert ausgebildet werden, und auch später, in ihrer Zeit als MedizinerInnen, widmen sie sich mehr der organisatorischen und ökonomischen Komponente ihres ÄrztInnenseins als dem empathischen und kommunikativen Umgang mit den PatientInnen. (MAIER, 2002, S. 97–100)

Die größten Schwierigkeiten der Biomedizin beziehungsweise auch Schulmedizin bestehen in folgenden fünf Punkten: Dem Vermitteln von schlechten Nachrichten, dem Erzielen von informiertem Einverständnis, den Gesprächen mit den Angehörigen, den Diskussionen von Therapiealternativen und zuletzt im Ansprechen von psychosozialen Problemen. (FALLOWFIELD, 1997 zitiert nach HLADSCHIK, 2002, S. 115)

Das Ansprechen von psychosozialen Problemen geht in die Richtung eines ganzheitlichen Aspekts der Medizin. Harsieber (1993) legt zudem dar, dass die Biomedizin eine Medizin der Naturwissenschaft ist. Aber so wie es keine Ganzheitsmediziner per se gibt, so gibt es auch nicht ausschließlich nur Biomediziner. Die naturwissenschaftlichen Kriterien der Biomedizin umfassen Subjekt-Objekt-Spaltung, Objektivität, Reproduzierbarkeit bis hin zur Messbarkeit und müssen aber ergänzt werden durch einen ganzheitlicheren Zugang, um dem heutigen Stand der Medizin gerecht zu werden.

Zusammengefasst bedeutet das, dass rein wissenschaftlich und theoretisch gesehen die Medizin nicht mehr ausschließlich naturwissenschaftlich ist. (HARSIEBER, 1993, S. 122–124)

In diesem Standpunkt sieht man die Weiterentwicklung der Biomedizin in die Schulmedizin, die per definitionem (siehe Kapitel 2) auch alternative Heilverfahren in sich einschließt und anerkennt. Während sich die Biomedizin nämlich rein naturwissenschaftlich versteht, inkludiert die Schulmedizin auch komplementäre Ansätze der Medizin.

2.2.4 Die Arzt-Patienten-Kommunikation im biomedizinischen Kontext

Der Sprache zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wird große Bedeutung zugemessen, denn

„Die ärztliche Sprache ist eine Kombination von Berufsbegriffen, Tradition und Konvention. Zwischen dem Fachjargon unter Kollegen und dem vertraulichem Gespräch mit dem Patienten liegt all das, was eine zielführende Kommunikation ausmacht: Emotionen, Wissen, Zeitgeist, die Persönlichkeit des Arztes.“ (HOLUBAR/SCHMIDT, 2007, S. 71)

Trotzdem geschieht es nicht selten, dass die Kommunikation im medizinischen Kontext Barrieren aufweist, die zu Verständnisproblemen aufseiten der PatientInnen führt. Wenn man ein wenig in die Vergangenheit blickt, so

„war es noch um die Mitte des 20. Jahrhunderts im deutschen Sprachraum bei den Visiten üblich, Schlüsselwörter oder Schlüsselpassagen lateinisch zu artikulieren, aus Gewohnheit, aus Eitelkeit und um es vor den Umstehenden inklusive dem Patienten zu verschleiern. Heute werden kolloquiale lateinische Phrasen zunehmend eliminiert und durch muttersprachliche, aber auch englische Floskeln ersetzt.“ (HOLUBAR/SCHMIDT, 2007, S. 72)

Kropiunigg (1989) kritisiert, dass die Struktur der Gespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen der Biomedizin sowohl asymmetrisch als auch paternalistisch sind. Das grundlegende Gesprächsthema fixiert symptomatische Beschwerden und Krankheiten und wird als Werkzeug zur Daten- und Informationsübermittlung genutzt. Auf den Punkt gebracht hat das Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen keinen eigenständigen und autonomen medizinischen Wert. Die Kommunikationskompetenz als solche gilt nicht als ExpertInnenkompetenz, sondern dient einem Zusammenführen kausal-analytischer Fakten. Dem Arzt-Patienten-Gespräch wird in der Schulmedizin eine sekundäre Bedeutung beigemessen. (KROPIUNIGG, 1989, S. 62)

Dieser Kritik von Kropiunigg ist nicht beizupflichten, da das Beziehungsmodell Paternalismus (siehe Kapitel 2.1.2) nicht per se das Beziehungsmodell der Biomedizin oder Schulmedizin ist. Es können sowohl Paternalismus, Dienstleistung und Kooperation als Beziehungsgrundlage der Bio- bzw. Schulmedizin dienen. Vielmehr spielen hier das ärztliche Vorgehen und die ärztliche Flexibilität eine Rolle, um das passende Beziehungsmodell zu erkennen. Und selbst dieses muss nicht zwingend immer dasselbe sein, da Faktoren wie Partizipationsbereitschaft, Aufnahmefähigkeit oder aber die Bedürfnisse der PatientInnen genauso entscheidend sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Biomedizin sich aus geschichtlicher Perspektive betrachtet aus einem naturwissenschaftlichen Denken entwickelt hat. Dieser naturwissenschaftliche Ansatz fand seine Basis im Dualismus, der das Körperliche vom Seelischen trennt. In dieser Form der Medizin geht es in erster Linie darum, Störungen des Körpers zu beheben. Die Hektik und der Alltagsstress in medizinischen Institutionen begünstigen auch heute noch nur die medizinischen und organischen Inhalte und Fakten zu betrachten und zu besprechen, obwohl ein rein biomedizinischer Blickwinkel nicht mehr dem Geiste einer modernen Medizin entspricht. Die Schulmedizin hingegen, die eine weiterführende Entwicklung der Biomedizin ist, schließt alternative Heilmethoden in sich ein und entspricht daher mehr einem zeitgenössischen medizinischen Verständnis.

Für die Arzt-Patienten-Kommunikation bedeutet das, dass das paternalistische Beziehungsmodell nicht per se das Beziehungsmodell der Biomedizin oder Schulmedizin ist, sondern dass die

Situation, die zeitlichen Ressourcen, die Partizipationsbereitschaft der PatientInnen sowie auch der Charakter der ÄrztInnen entscheidend sind für die Kommunikation und Beziehungsgestaltung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

2.3 Die Psychosomatische Medizin

Das zweite medizinische Modell mit dem sich diese Arbeit beschäftigt, die Psychosomatik, wird unter denselben Aspekten wie die Biomedizin beleuchtet. Das Kapitel Psychosomatische Medizin wird zusätzlich durch Kapitel 2.3.5 ergänzt, welches sich mit dem bio-psycho-sozialen Modell beschäftigt.

2.3.1 Definition und Geschichte

Um die Geschichte der Psychosomatik grob zu skizzieren, muss anfangs erwähnt werden, dass die Psyche in den vorangegangenen zwei- bis dreitausend Jahren immer eine erhebliche Rolle in der Medizin spielte, zwar in unterschiedlichen Ausprägungen, aber dennoch immer präsent. Diese medizinische Betrachtungsweise wurde von der Strukturlehre abgelöst, fand schließlich jedoch 1895 neue Wege, als Sigmund Freud seine „Studie zur Hysterie“ veröffentlichte. Die somatische Medizin reagierte darauf gelassen. Die entdeckten Nervenkrankheiten waren auf verdrängte Erinnerungen und Gefühle zurückzuführen und nicht auf Zellveränderungen, was die SomatikerInnen dazu veranlasste, diese nicht als echte, sondern als eingebildete Krankheiten zu behandeln. Die Psychoanalyse und die Psychotherapie wurden immer populärer, und so erlebte auch die psychosomatische Medizin einen Aufschwung, wenn auch anfangs immer in Verbindung zu den beiden Disziplinen Psychoanalyse und Psychotherapie. Nach einigen widersprüchlichen Tendenzen innerhalb der psychosomatischen Gegenreformation ergab sich aus der Psychosomatik eine medizinische Grunddisziplin, die die PsychosomatikerInnen nicht als PsychotherapeutInnen sieht, sondern auch andere Disziplinen beinhaltet. Seit den 70er Jahren unterlag die Psychosomatik mehreren Entwicklungsstufen. (MEYER, 1994, S. 36–41)

Die Entwicklung der Psychosomatik lässt sich abschließend vereinfacht wie folgt zusammenfassen: Vor einigen Jahrzehnten nannte man alles „psychosomatisch“, was rein psychisch ausgelöst wurde – mit dem negativen Kontext, dass es sich um „eingebildete Krankheiten“ handelte. Die Psychosomatik war ein Auffangbecken für Kranke, die nach den Methoden der organischen Medizin als gesund eingestuft wurden, da keine physiologischen Auffälligkeiten beobachtet werden konnten. Die Psychosomatik wurde schließlich mit einigen Krankheiten ausgestattet, die typische Folge von seelischen Störungen waren. Asthma und Neurodermitis waren Vertreter dieser Kategorie Krankheit. Diese Tendenz entwickelte sich weiter und beschreibt nun

psychosomatisch Kranke und nicht mehr psychosomatische Erkrankungen. Die Erkenntnis, dass ungelöste Konflikte zu körperlichen Störungen führen, ist bezeichnend für die heutige Psychosomatik, die stets fremdbestimmt war. Heute versteht sich die Psychosomatik als eine medizinische Sichtweise, die zu jedem Krankheitsgeschehen Bezug nimmt. (HARSIEBER, 1993, S. 189–191)

Harsieber (1993) erläutert zusätzlich, dass die Psychosomatik nicht als ein Spezialfach der Medizin angesehen werden darf. Die Biomedizin allein konzentriert sich auf den Körper, extrahiert jedoch die menschlichen, psychischen und sozialen Umstände. Zusammengefasst sagt er, „Psychosomatik kann daher keine eigene Fachrichtung innerhalb der Medizin sein, sondern muß eine medizinische Betrachtungsweise werden, die alle Disziplinen betrifft.“ (HARSIEBER, 1993, S. 203)

Die Psychosomatische Medizin beschäftigt sich mit dem Dualismus, der den menschlichen Körper (Soma) und die Psyche teilte, und wirkt ihm entgegen. Uexküll (1994) beschreibt die Psychosomatische Medizin als einen Versuch, die Kluft „... einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen zu überwinden.“ (UEXKÜLL, 1994, S. 18)

Um den Standpunkt besser nachvollziehen zu können, wird nun der Dualismus in der Psychosomatischen Medizin ausführlicher betrachtet.

Der Dualismus in der Psychosomatischen Medizin

Ein zentrales Thema der Psychosomatischen Medizin ist der Dualismus, auch das Leib-Seele-Problem genannt. Wie und in welchem Maße sich körperliche und seelische Vorgänge gegenseitig beeinflussen, steht dabei im Fokus. (DITZ, 2000, S. 18)

Frischenschlager (1989) sagt, dass die künstliche Trennung, die im Laufe der Geschichte entstanden ist, vor allem zur Debatte des abendländischen Denkens geworden ist. Der Kern der Diskussion bezieht sich auf die Tatsache, dass ein Mensch immer als ein Ganzes gilt, doch in der Medizin einer Trennung zwischen Leib und Seele unterzogen wird. Dieses Ganze besteht aus biologisch-körperlichen Faktoren, dem psychischen Wohlbefinden und auch dem sozialen Einfluss und der sozialen Umgebung eines Menschen. Dieses Ganze zu entzweien, Körper und Geist zu trennen, wurde in der westlichen Welt verinnerlicht, sodass sich das Subjekt von seinem oder ihrem kranken oder schmerzenden Körper, bildlich gesprochen, distanziert. Die Krankheit oder der Schmerz werden somit zu einem entfernt betrachteten anderen. (FRISCHENSCHLAGER, 1989, S. 105–107)

Interessant ist auch, dass im medizinischen Sprachgebrauch und durch den Begriff Psychosomatik dieser Dualismus auch ersichtlich wird. Dies führt uns zum Gebrauch des Wortes Psychosomatik.

Ringel (1989) beschreibt, dass, während Psychosomatik einerseits als ganzheitliche Medizin verstanden wird, der Begriff mitunter auch fokussierter benutzt wird. Die Pathogenese, also die Entstehung der Krankheit, wird unter mehreren Aspekten berücksichtigt und so kommen auch emotionale und affektive Faktoren ins Spiel. Psychosomatik wird somit enger definiert, trotz eines Zusammenwirkens mehrerer Bedingungen. (RINGEL, 1989, S. 85)

Was jedoch allen Anschauungen gemein ist, ist die Überzeugung:

„Es gibt eben Krankheiten, die eindeutigweise unter psychischem Einfluß entstehen, und die wir deshalb die psychosomatische Erkrankung nennen.“ (RINGEL, 1982, S. 14)

Eine wichtige Perspektive der Psychosomatischen Medizin ist die Objektivierung im wissenschaftlichen Sinne. Dass das Affekterleben einen Einfluss auf die Organfunktion und die Pathogenese hat, „[d]aß sich die Seele gegen den Körper wenden kann, daß anhaltende kränkende Gefühle den Körper krankmachend beeinflussen, wäre nicht möglich ohne das vegetative Nervensystem.“ (RINGEL, 1982, S. 14–15)

Ringel (1989) geht so weit, zu sagen, dass hinter psychosomatischen Erkrankungen eine Suppression unbewusster Gefühle steckt. Diese unterdrückten Gefühle neigen dazu, chronische Erkrankungen zu evozieren und haben auch einen direkten Zugang zum vegetativen Nervensystem. (RINGEL, 1989, S. 86)

Zusammengefasst beinhaltet die Psychosomatische Medizin folgende Punkte:

- Die Grundeinstellung zu PatientInnen richtet sich auch, sowohl in der Therapie als auch bei der Diagnose, immer nach sozialen und psychischen Faktoren.
- Die Psychosomatik versteht sich zudem als eine wissenschaftliche Richtung, die körperliche, psychische und auch psychoanalytische Herangehensweisen nutzt, um die Pathogenese und auch das Erleben einer Krankheit zu untersuchen und einzubeziehen.
- Psychosomatik steht für eine medizinische Philosophie und umfasst die Idee, den Menschen als eine ganzheitliche Komposition wahrzunehmen.
(HOFFMANN/HOCHAPFEL, 1992 zitiert nach DITZ, 2000, S. 18)

2.3.2 Die Psychosomatische Grundhaltung

Die psychosomatische Grundhaltung lässt sich auf ein paar wesentliche Grundgedanken und Ansätze zurückführen. Die folgenden Punkte *Selbstreflexion*, *Einstellung zu PatientInnen* und *Krankheit kränkt* tragen zum Gesamtverständnis über die Psychosomatische Medizin bei.

Selbstreflexion

Selbstreflexion ist der Anfang einer erfolgreichen ÄrztInnenkarriere. Ringel (1989) meint damit, dass sich ÄrztInnen ihrer Selbstkritik aussetzen und ihr Handeln in Frage stellen sollen. Die Beschäftigung damit, warum man ÄrztIn wurde oder wie der eigene Umgang mit den PatientInnen ist, steht dabei im Fokus und soll diese Selbstreflexion vorantreiben. Der kontrollierte Umgang mit der eigenen Emotionalität ist unerlässlich, da sie sonst ein Ventil in der Arzt-Patienten-Interaktion finden könnte. Diese Selbsterkenntnis und auch kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit sowie Berufswahl ist die Basis einer psychosomatischen Grundhaltung. (RINGEL, 1989, S. 91–94)

Bergner (2010) zählt die Selbstreflexion auch zu den emotionalen Kompetenzen von ÄrztInnen und sieht sie als unerlässlich im Arzt-Patienten-Kontext. Dazu gehört es, die eigenen Emotionen, Stärken und Schwächen, Bedürfnisse und eigenen Werte zu kennen, um auch das eigene Selbstvertrauen zu entwickeln. Zusätzlich meint er, dass sowohl die Kontrolle über die eigenen Emotionen als auch der Schutz vor der eigenen Emotionalität zu einem abgerundeten Bild authentischer und engagierter ÄrztInnen gehören. (BERGNER, 2010, S. 228)

Einstellung zu PatientInnen

Ringel (1989) beschreibt, dass die Arzt-Patienten-Beziehung einer psychosomatischen Beziehungsvoraussetzung unterliegt, nämlich, dass es sich zwischen ÄrztInnen und PatientInnen um eine ebenbürtige und partnerschaftliche Begegnung handelt. Gegenseitiger Respekt und die Anerkennung der PatientInnen als mündige Subjekte sind die Prämissen der Zusammenarbeit. In diesem Zusammenhang wird oft der Begriff Autorität benutzt, der hier nicht im Sinne einer übergeordneten Instanz den PatientInnen gegenüber verstanden werden darf, sondern mehr die Vorbildfunktion einer Autorität in den Vordergrund rückt. (RINGEL, 1989, S. 94–95)

Machleidt/Bauer (2004) sehen auch die Verantwortungsübernahme seitens der PatientInnen als wichtig für die gemeinsame Beziehung, in der PatientInnen eine aktive Rolle einnehmen. ÄrztInnen haben in diesem Modell der gegenseitigen Teilnahme die Funktion, den PatientInnen dabei zu helfen, sich selbst zu helfen. (MACHLEIDT/BAUER, 2004, S. 166)

Krankheit kränkt

Eine körperliche Erkrankung hat immer auch wesentliche Auswirkungen auf die Psyche. Die Krankheit kränkt den Körper, sowie der kranke Körper auch kränkt. Ringel (1989) meint, es ist die Aufgabe der ÄrztInnen, diese seelischen Veränderungen ihrer PatientInnen auch zu bemerken und zu thematisieren.

ÄrztInnen sollen dabei vermeiden, aus ihrer persönlichen Perspektive zu beurteilen oder zu bewerten. (RINGEL, 1989, S. 95–96)

Feichtinger (2003) erläutert weiters, dass nicht nur die Krankheit an sich bekämpft werden muss, sondern dass sich auch der Mensch verändern muss, um die körperlichen Beschwerden zu reduzieren beziehungsweise zu bekämpfen. Diese Veränderungen betreffen das Leben der PatientInnen auf körperlicher, aber auch auf psychischer und sozialer Ebene. (FEICHTINGER; 2003, S. 19)

Die körperlichen Botschaften können aber auch – und das sollten ÄrztInnen immer vor Augen haben – ein unbewusster seelischer Hilferuf sein, warnt Ringel. (RINGEL, 1989, S. 99)

Enders (2010) geht sogar so weit, zu sagen, dass „...[d]er leibliche Schmerz [...] ein Hilfeschrei des Menschen [ist] um auf sein seelisch-geistiges Leid aufmerksam zu machen.“ (ENDERS, 2010, S. 53)

Das Durchchecken auf somatischer Ebene mag bei PatientInnen oftmals keine nachweislichen Probleme zum Vorschein bringen, aber die Symptome oder Schmerzen verschwinden dennoch nicht. In solchen Fällen ist Zeit eine wichtige Ressource um festzustellen, welche psychischen Voraussetzungen für die Symptome bestehen. Das präsentierte Problem ist also nicht immer der Problemerkern. An dieser Stelle brauchen PatientInnen im Gespräch Zeit, gemeinsam mit den ÄrztInnen zu reflektieren und mögliche psychische Ursachen zu ergründen. (RINGEL, 1989, S. 99)

2.3.3 Schwierigkeiten der Psychosomatik

Die Schwierigkeiten der Psychosomatik werden stark dominiert von gesellschaftlichen Faktoren und auch Selbstverantwortung. Sich einzugestehen, dass körperliche Erkrankungen auch psychischen Bedingungen entspringen, ist in unserer westlichen Kultur unüblich und wird sogar als Form von Schwäche gedeutet. Die Verantwortung bei einer körperlichen Krankheit haben die Erkrankten, einem kollektiven Empfinden nach, nicht zu tragen, wohingegen psychische Erkrankungen mit der Person direkt und auch deren Verantwortung in Verbindung gebracht werden. Das Problem, welches dadurch entsteht ist, dass aus einer gesellschaftlichen Konvention PatientInnen ihre seelischen Leiden oder sogar Krankheiten hinter einen vorzeigbaren kranken Körper stellen. Die Verantwortung über unseren Körper tragen nun ÄrztInnen. (RINGEL, 1989, S. 102)

Es gehört somit auch zu den Aufgaben von ÄrztInnen ihre PatientInnen zu informieren, dass „Gesundung [...] Aufklärung über lebensgeschichtlich entstandene und unbewußt gewordene Sinnzusammenhänge“ heißt. (BECKER, 1984, S. 200)

Eine Gesundung kann daher nur stattfinden, wenn auch die PatientInnen zur Selbstreflexion beitragen und bereit sind ihr Leben zu hinterfragen und zu ändern, was aus der Sicht der PatientInnen einem völlig neuen Rollenbild entspräche. Die westliche Schulmedizin, in welcher die meisten PatientInnen sozialisiert wurden, rückt organische Ursachen und Erkrankungen in den Vordergrund und macht es PatientInnen somit „leichter“ keine Eigenverantwortung übernehmen zu müssen. (BRÄUTIGAM/CHRISTIAN/VON RAD, 1997 zitiert nach LALOUSCHEK, 2005, S. 52)

Diese Größen, die zu berücksichtigen sind, fordern vor allem eins: eine neu überdachte Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Die emotionale Neutralität, mit der ÄrztInnen ihren PatientInnen begegnen, wird neu überdachten Beziehungsmodellen und Prozessen keineswegs gerecht. (RINGEL, 1989, S. 102–103)

Bedingung ist also nicht nur ein neues Konzept und Rollenverständnis für ÄrztInnen sondern auch gleichermaßen für PatientInnen. Eine Bewusstseinschärfung in Richtung medizinischer Eigenverantwortung, sowohl auf der körperlichen, aber vor allem auf der psychischen Ebene, ist dringend vonnöten.

Dabei spielt die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eine wesentliche Rolle. Insbesondere die zwischenmenschliche Gesprächskompetenz ist einer der essentiellen Punkte und auch Priorität der psychosomatischen Behandlung.

Dies bedeutet, dass die behandelnden ÄrztInnen einen Fokus auf Gesprächsführung legen, um psychosomatisch behandeln zu können. Die Konversationsfertigkeit muss daher intensiv eingeschult und trainiert werden, da sie kein ausgearbeiteter Bestandteil der schulmedizinischen Ausbildung ist.

Die Psychosomatik ist zusätzlich als Disziplin keineswegs autonom von anderen Fachbereichen. Diese Interdisziplinarität, die einerseits bereichernd und fruchtbar ist, macht sie dennoch abhängig von der Zusammenarbeit mit anderen und kann Schwierigkeiten bringen. Die Psychosomatik fußt auf dem Kooperationswillen vieler verschiedener Bereiche. Sowohl die Psychiatrie und Psychotherapie als auch die Biomedizin werden in der Psychosomatik vereint. (RINGEL, 1989, S. 102)

2.3.4 Das Bio-psycho-soziale Modell

Hier soll ergänzend das Bio-psycho-soziale Modell kurz erklärt werden, um eine Weiterentwicklung der psychosomatischen Medizin zu zeigen. Die bio-psycho-soziale Medizin definiert sich laut Adler (1990) über folgende drei Grundbedingungen: zum einen das medizinisch-psychologischen Fachwissen, zum anderen die Beherrschung der Technik der Anamneseerhebung und drittens

die Herstellung einer gelungenen Zusammenarbeit mit den PatientInnen. (ADLER, 1990) Sowohl die Wechselwirkung dieser Grundbedingungen als auch der Einfluss weiterer Faktoren zeigt sich in der Konzeptualisierung des bio-psycho-sozialen Modells.

Adler und Hemmeler (1992) beschäftigen sich in ihrem Buch „Anamnese und Körperuntersuchung“ mit dem bio-psycho-sozialen Konzept. Unter dem Begriff verstehen sie ein Zusammenspiel aus verschiedenen Einflüssen, die ein Leben betreffen. Gemeint sind damit also körperliche Aspekte, Aspekte des menschlichen Zusammenlebens in Beziehung zu anderen bis hin zu kulturellen Einwirkungen sowie Themen, die die Einzelperson betreffen. Diese Bereiche stehen in Wechselwirkung und Verbindung zueinander.

Störungen, die in einem dieser Themensysteme auftreten, haben Folgewirkungen auch auf andere Systeme.

Den Begriff bio-psycho-soziales Modell hat George L. Engel (1976) geprägt und propagiert. Egger beschreibt das Modell als „[...] das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.“ (EGGER, 2005, S. 4)

Der Begriff psychosomatisch, der einen linearen Weg vom Psychischen ins Somatische oder umgekehrt beschreibt, wird von Egger beispielsweise stark kritisiert. Im Begriff wurden die mannigfaltigen Verhältnisse vereinfacht dargestellt, so Egger (2005). Das Paradoxe daran ist, dass der Begriff

„[...] zwei Klassen von Krankheiten [suggeriert], nämlich psychosomatische und nicht-psychosomatische. Eine solche Dichotomie ist auf der Basis des biopsychosozialen Modells weder logisch richtig noch wissenschaftlich nützlich. (EGGER, 2005, S. 4)

Auch Adler und Hemmeler (1992) sehen die Verhältnisse wesentlich komplexer, da sie sich aus den biologischen, sozialen und auch psychischen Komponenten ergeben. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 5–6)

Zusammengefasst würde das bedeuten, dass „Krankheit und Gesundheit [...] im bio-psycho-sozialen Modell nicht als ein Zustand definiert [sind], sondern als ein dynamisches Geschehen. Sogesehen muss *Gesundheit* in jeder Sekunde des Lebens ‚geschaffen‘ werden.“ (EGGER, 2005, S. 3) Es wird also ein Weg vom zweigliedrigen biomedizinischen und auch vom zweigliedrigen psychomedizinischen System beschrieben, hin zu einer bio-psycho-sozialen Medizin, die dreigliedrig ist. Während zum Beispiel die Biomedizin auf einer Ursache-Wirkung-Theorie aufbaut, also zweigliedrig ist, bezieht sich das bio-psycho-soziale Modell auf eine komplexere Zusammenwirkung dreier Komponenten. (ADLER, 2005, S. 7–10)

Zusammengefasst kommt im bio-psycho-sozialen Modell das naturwissenschaftliche Denken der Medizin keineswegs zu kurz, sondern wird ergänzt durch die neuesten Erkenntnisse der psychologischen wie öko-sozialen Wissenschaft, um einen allumfassenden Ansatz zu ermöglichen. Dieser Ansatz dient der Diagnostik und auch der Therapie.

Das bio-psycho-soziale Modell gibt dem Menschen als Individuum seinen Platz in der Medizin zurück, so Egger (2005), und distanziert sich von dem Modell, den Menschen als Maschine zu sehen. (EGGER, 2005, S. 11)

Rückblickend lässt sich sagen, dass die Psyche in der Geschichte der Medizin noch vor zwei bis drei Jahrtausenden immer eine erhebliche Rolle spielte. Dann erst ab 1895 mit Sigmund Freud und dem Aufschwung der Psychotherapie und Psychoanalyse erlebte die Psychosomatik einen Aufschwung und heute versteht sich die psychosomatische Medizin als eine medizinische Sichtweise, die zu jedem Krankheitsgeschehen Bezug nimmt. Ein besonderer Fokus der Psychosomatik findet sich im Leib-Seele-Problem, auch Dualismus genannt, wieder. Dabei steht insbesondere die Wechselwirkung und gegenseitige Beeinflussung von körperlichen und auch seelischen Vorgängen im Vordergrund. Die psychosomatische Medizin richtet sich somit immer auch an psychische Faktoren, welche sich auch in ihrer Grundhaltung widerspiegeln. Dabei spielen Selbstreflexion der ÄrztInnen und auch die Einstellung der ÄrztInnen eine herausragende Rolle, um auch zu erkennen, worum es den PatientInnen geht und vor allem auch wie es den PatientInnen geht, nicht nur auf rein somatischer Ebene.

Die Selbstreflexion aber betrifft in diesem Zusammenhang auch die PatientInnen. Eine Selbstreflexion über die eigene Gesundheit und auch die Verantwortung dafür zu übernehmen, gehört unter anderem zu den Hürden und Schwierigkeiten der psychosomatischen Medizin seitens der PatientInnen. Auch die gesellschaftliche Akzeptanz und die kulturellen Bedingungen der Medizin erschweren die Selbstverantwortung in der Psychosomatik, da es in unserer westlichen Kultur unüblich ist, körperliche Erkrankungen mit psychischen Faktoren zu verbinden.

Eine Bewusstseinschärfung die medizinische Eigenverantwortung betreffend wäre daher sowohl auf psychischer als auch auf somatischer Ebene empfehlenswert.

In Bezug auf die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen bedeutet das konkret, dass ÄrztInnen ihre PatientInnen vollständig wahrnehmen und auf die aktuelle Situation der PatientInnen eingehen. Die aktuelle Situation umfasst dabei das psychische, soziale und körperliche Befinden der Hilfesuchenden. Empathie und Zuhören sind Schlagwörter, die in diesem Kontext dominierend sind.

Das letzte Thema des Kapitels 2.3 Psychosomatische Medizin beschäftigt sich mit dem bio-psycho-sozialen Modell, welches das Zusammenspiel diverser Einflüsse beschreibt und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. Sowohl körperliche, psychische als auch sozio-

kulturelle Aspekte werden in diesem Modell berücksichtigt. Das bio-psycho-soziale Modell kritisiert dabei die Vereinfachung und Zweigliedrigkeit der Biomedizin und der Psychosomatik und bezieht sich auf das komplexe Zusammenwirken mehrerer Komponenten.

Die zwei großen medizinischen Schulen Biomedizin und Psychosomatik wurden nun ausführlich von ihren geschichtlichen bis hin zu den kommunikativen Dimensionen beschrieben, um sie nun auch aus einem linguistischen Blickwinkel näher betrachten zu können. Im Folgenden werden nun konkret zwei linguistische Einheiten näher beleuchtet: einerseits die Gesprächseröffnungen und andererseits die Anamnese. Dabei soll gezeigt werden, welcher Fokus in den jeweiligen Gesprächssituationen gesetzt wird und wie sich die beiden Modelle Biomedizin und Psychosomatik dazu positionieren.

2.3.5 Arzt-Patienten-Kommunikation im psychosomatischen Kontext

Eine Anforderung an ÄrztInnen ist es, im Gespräch die PatientInnen vollständig wahrzunehmen und in ihrer Gesamtheit zu erfassen. Damit ist gemeint, dass ÄrztInnen während der Untersuchung nicht nur organbezogen handeln und interagieren, sondern dass sie auch im Gespräch an der Situation ihrer PatientInnen teilnehmen. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 1)

Aber „[d]azu gehören auch ein kreatives Zuhören können, der Versuch, den Patienten zu verstehen und in seinen Gedankenablauf ohne Wertung mit einzusteigen (Validation). Durch das Sich-verstanden-Fühlen kann es dem Patienten leichter möglich werden, von seinen Gefühlen, Wünschen und Befürchtungen zu sprechen.“, erklärt Ascher (2009) zum Thema Anteilnahme an den PatientInnen durch Verständnis. (ASCHER, 2009, S. 105)

Lalouschek (1999) geht so weit zu sagen, dass das Gespräch an sich der Angelpunkt der Behandlung ist. Medizin mit psychosomatischer Grundhaltung ist deshalb stark am Gespräch orientiert, da „...gerade das Gespräch mit den PatientInnen ein zentraler Bestandteil der medizinischen Behandlung und Betreuung“ ist. (LALOUSCHEK, 1999, S. 159) Somit ist die Kommunikation ein für die Beziehung ausschlaggebendes Medium.

Die Bedeutung des Gesprächs lässt sich vor allem in einer Dimension stark abbilden. Es handelt sich dabei um Empathie. Das Idealbild von psychosomatischen ÄrztInnen lässt sich ohne Mitgefühl und empathische Gesten nicht zeichnen.

Ergänzend zum Thema Mitgefühl und Empathie werden von Bauer (2007) die Schritte der empathischen Kommunikation aufgezeigt. Bauer (2009) zum Beispiel nimmt eine Teilung in drei Ebenen vor, die empathische Kommunikation beschreiben und eine systematische Annäherung an das Thema Empathie im Gespräch geben soll.

Der erste Schritt dieses Annäherungsprozesses lautet Spiegelung: Demnach wird nach Bauer (2007) ein Gegenüber wahrgenommen und dessen Gefühl wird für einen kurzen Augenblick gespiegelt. Trauer, Verzweiflung oder Angst wären solche Emotionen, die sich auf das momentane Empfinden auswirken.

Schritt zwei nennt er Abstand: Kurz nachdem das Gefühle des oder der anderen nachvollzogen werden konnte, wird eine herausgelöstere Haltung angenommen. Es wird Abstand eingenommen, um aus einer anderen Perspektive dem Gegenüber beizustehen. Hat eine Person beispielsweise Angst, so wäre ein beruhigendes Herantreten der nächste Schritt einer empathischen Kommunikation.

Den dritten Schritt und letzten Schritt bezeichnet er als Reflexion: zu reflektieren über das Geschehen, über die Emotionswelt des oder der anderen sowie über das eigene Erleben in dieser Interaktion. (BAUER, 2007 zitiert nach STEINER, 2009, S. 76–77)

Bauer (2007) beschreibt diese Empathiereaktion auch als Spiegelreaktion, da sie von Spiegelneuronen geleitet und vermittelt wird. Weiters erläutert er, dass in jeder menschlichen Interaktion eine Reaktion auf andere Menschen geschieht, die nicht nur extrem schnell passiert sondern auch meist spontan. Auf diese erste beschriebene Reaktionsabfolge folgen natürlich noch weitere. (BAUER, 2007 zitiert nach STEINER, 2009, S. 76–77)

3. Linguistische Aspekte

Um zu verstehen, was Beziehung zwischen den beiden Institutionsbeteiligten – ÄrztInnen und PatientInnen – ausmacht, lohnt es sich, einen Blick auf die Schwierigkeiten und Hindernisse in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu werfen.

In diesem folgenden Kapitel 3.1 werden die größten Probleme und Herausforderungen dargestellt, die die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen betreffen. Dies dient in erster Linie dazu, die Hintergründe zu verstehen, warum medizinische Kommunikation mehr ist als Gespräche zwischen zwei Institutionsbeteiligten. Weiters soll es zu einem Gesamtverständnis für diese gesprächsorientierte Arbeit beitragen.

3.1 Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation

„Nicht die Flasche Medizin oder die Tabletten seien ausschlaggebend, sondern die Art und Weise, wie der Arzt sie verschreibe – kurz, die ganze Atmosphäre, in welcher die Medizin verabreicht und genommen werde.“

(BALINT, 2001, S. 15)

Denkt man an Arzt-Patienten-Kommunikation, assoziiert man im ersten Augenblick das unmittelbare Gespräch und den Austausch relevanter Informationen. Die Bedingungen dafür scheinen im ersten Moment sehr einfach. PatientInnen befragen ÄrztInnen wegen diverser Beschwerden, der Arzt oder die Ärztin berät und verschreibt ein Medikament.

Kommunikation ist eines unserer Werkzeuge für die Erfassung der Welt und dient in erster Linie dazu, einem Gegenüber unsere eigene innere Welt näherzubringen. Im Falle der Arzt-Patienten-Kommunikation ist es daher besonders wichtig, ein spezielles Augenmerk auf die Kommunikation zu richten, da die institutionellen Voraussetzungen gewisse Bedingungen mit sich bringen, denn „[i]n keinem anderen Lebensbereich demokratischer Gesellschaften ist der Mensch der Verfügungsgewalt eines Systems und seinen Repräsentanten so sehr ausgeliefert wie in der Medizin.“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 17)

Da PatientInnen als LaiInnen ÄrztInnen aufsuchen, um ihnen ihre Beschwerden zu schildern und Hilfe zu suchen, entsteht eine Wissenshierarchie, die sich natürlich auf das Gespräch auswirkt.

In der westlichen Schulmedizin werden technischer Fortschritt und wissenschaftliche Entwicklung im medizinischen Bereich hochgehalten. Ob im Studium oder auch in Fortbildungen, die Qualität der Medizin wird in erster Linie an medizinischen Fakten gemessen. Eine Komponente, die dabei meist eine geringere Rolle spielt, ist das Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Folgende Gegebenheiten veranschaulichen dabei die Paradoxie, die bei Vernachlässigung der Bereiche Gesprächskompetenz und Gesprächsführung entsteht.

In der Interaktion zwischen ÄrztIn und PatientIn spielt das Gespräch eine wesentliche Rolle. So führen ÄrztInnen in ihrer Berufspraxis über 200.000 medizinische Gespräche. Niedergelassene ÄrztInnen verbringen daher umgerechnet 60–80 Prozent ihrer Zeit in kommunikativer Zusammenarbeit mit ihren PatientInnen.

Jedoch wünschensich laut Studien 92 Prozent der PatientInnen einen erweiterten Gesprächsrahmen und mehr Zeit für die Kommunikation. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 6)

Das bedeutet, dass der rein medizinische Aspekt des Zusammentreffens von ÄrztInnen und PatientInnen nicht ausreichend ist, um eine Gesamtzufriedenheit bei PatientInnen zu erzielen.

Denn „[ä]rztliche Behandlung kann – sieht man von den zeitlich begrenzten Situationen im Umgang mit bewusstlosen Patienten ab – ohne die Fähigkeit des Arztes zur Gestaltung einer fruchtbaren Kommunikation nicht erfolgreich gestaltet werden.“ (DITZ/NEISES/SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 3)

Eine sprachliche Kluft zwischen ÄrztInnen und PatientInnen kann die Kommunikation stark belasten. So konzentrieren sich viele PatientInnen in ihrer Schmerzschilderung auf ein subjektives Empfinden ihrer Beschwerden und thematisieren auch ihre Beeinträchtigungen durch den Schmerz. ÄrztInnen beleuchten Fakten und objektive Gegebenheiten hingegen näher und wollen über Begleitsymptome und Schmerzphasen informiert werden. Die Schnittpunkte, in denen beide Seiten *miteinander* sprechen sind für den kommunikativen Erfolg des Gesprächs verantwortlich. (GOTTSCHLICH, 2007, S. 33)

Für PatientInnen ist es von größter Wichtigkeit, ihr Leiden auch mitteilen zu können, denn
„Wer sein Leiden nicht mitteilen kann, bei dem bleibt es in ihm und vergiftet ihn.
Darin steckt auch ein radikaler kommunikationsethischer Imperativ: Nur wer kommunikative Not verwandelt, verwandelt damit auch die existenzielle Not des anderen!“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 33)

Als zusätzliche Herausforderung für das Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn ist die Beschwerdeexploration zu sehen, denn es besteht ein Wissensgefälle zwischen LaiInnen und ExpertInnen, also ÄrztInnen und PatientInnen. Spranz-Fogasy (2005) meint dazu, dass beide Teilnehmenden versuchen müssen, eine gemeinsame Sprache zu sprechen, da ihr Bild von Krankheit zum Beispiel anders gesehen wird. Weiters meint er, PatientInnen bleiben auf einer individuellen Ebene und ÄrztInnen, bedingt durch ihre Ausbildung, typisieren ihr Wissen über Krankheit. Der Ausdruck „typisiertes Wissen“ ist vor allem im Zusammenhang mit den kulturabhängigen Präferenzen für Krankheitsbeschreibungen interessant zu betrachten. Unter

dem Begriff versteht man, dass Krankheitsbilder, -symptome und -verläufe typische Merkmale aufweisen, die der Arzt oder die Ärztin bündelt, um Charakteristiken einer Krankheit zu diagnostizieren. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 35)

In dieser Phase der Beschwerdenexploration ist es also von enormer Wichtigkeit, den PatientInnen Raum und Zeit für Krankheitsbeschreibung und Schilderung zu gewährleisten, da sonst wichtige Informationen verloren gehen könnten, die den weiteren Krankheitsverlauf stark beeinträchtigen können. Dieses Phänomen des „typisierten Wissens“ wirkt sich natürlich auch auf anderen Ebenen aus. Als Beispiel nenne ich hier die kategorisierten Krankheiten im geschlechtlichen Kontext.

Die Gefahr dieser krankheitsbedingten Geschlechtszuschreibungen liegt darin, dass, sobald Frauen typische Männerkrankheiten oder Männer typische Frauenkrankheiten aufweisen, Fehldiagnosen vonseiten der ÄrztInnen gestellt werden. Das bedeutet, dass entsprechende Symptome zu spät oder falsch diagnostiziert werden. Also nicht nur die Symptomwahl der PatientInnen ist kulturell und gesellschaftlich geprägt, sondern auch die Symptomzuschreibung der behandelnden HeilerInnen.

Diese Kategorisierung von Symptomen kann auch zu voreiligen Diagnosen führen. Der Herzinfarkt beispielsweise wird als klassische Männerkrankheit gesehen und daher auch bei Männern schnell als solcher erkannt. Das erklärt auch warum „[...] Herzinfarkte bei Frauen häufig nicht oder fehldiagnostiziert werden und eine schlechtere, weniger rasche und energische Behandlung erfahren als bei Männern.“ (AYANIAN/EPSTEIN, 1991 zitiert nach LALOUSCHEK, 2010, S. 54)

Wichtig wäre es daher, die Aufmerksamkeit und die Wahrnehmungsgenauigkeit der ÄrztInnen im Gespräch zu schärfen und mehr ins Bewusstsein der Medizin zu rücken. Die Heilung bedarf jedoch einer kommunikativen, empathischen Zuwendung vonseiten der ÄrztInnen. Der wichtigste Aspekt dabei, meint Gottschlich, ist jener der Kommunikation und des Zuhörens, denn „Ohne die Wiederentdeckung der Dimension der Emotion und des Mitgefühls verkommt jede Form kommunikativer Beziehung zur bloßen Inszenierung. Patienten brauchen aber nicht Rhetorik, sondern authentische Zuwendung.“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 10)

Eine weitere Kernproblematik der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen liegt im Bereich des Fachjargons, also der Fachausdrücke, welcher sich ÄrztInnen bedienen. Die Verwendung dieser Spezialausdrücke dient mehreren Absichten. In erster Linie sind Fachausdrücke „[...] wesentliche Mittel der *Selbst- und Rollendarstellung* (Hervorhebung des Verfassers) als Experte, d.h. in der Experten-Laien-Kommunikation kann durch sie Fachkompetenz, Autorität und Vertrauenswürdigkeit demonstriert werden – nach der Handlungsmaxime ‚Zeige dich als Experte!‘“ (BRÜNNER, 2005, S. 94)

Demgegenüber stehen aber die LaiInnen, also PatientInnen, die sich meist in einer nichtmedizinischen Sprache bedienen, um ihre Beschwerden zu schildern, und auch Verständnisschwierigkeiten im Fachjargon-belasteten Gespräch aufweisen. Eine Kommunikation, die patientInnenfreundlicher gestaltet ist, bedeutet folglich eine Verminderung beziehungsweise Erläuterung der jeweiligen Fachausdrücke.

Demnach „[...] verpflichten Kooperativität und Rücksichtnahme auf den Laien zur Reduktion oder Vermeidung von Fachwörtern – nach der Maxime ‚Sprich die Sprache des Patienten!‘“ (BRÜNNER, 2005, S. 94)

Diese beiden sehr unterschiedlichen Maximen erschweren es den ÄrztInnen, laiInnengerecht zu kommunizieren und erfordern einen ausbalancierten und an den AdressatInnen ausgerichteten Mittelweg, um erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen.

Ein weiterer beachtenswerter Punkt ist, dass die Höflichkeitsnormen auf beiden Seiten in unserer Kultur nur einen gewissen Spielraum erlauben. So ist es vonseiten der ÄrztInnen nicht adäquat, Wissen der PatientInnen genau abzufragen und zu kontrollieren. Ein Wissensangleich wird erst indirekt durch Verständnisüberprüfungen geschaffen. Das Verhältnis LaiIn und ExpertIn wiederum ist zu distanziert, als dass PatientInnen genau nachfragen und ihre Unwissenheit kundtun könnten. (BRÜNNER, 2005, S. 95)

Auch der Umgang mit Emotionen wird dadurch erschwert, denn

„Eigentlich sucht der Patient eine existenztragende Begegnung, eben eine Begegnung von Existenz zu Existenz – was er findet, ist jedoch eine Begegnung mit Begriffen, die ihm fremd sind. Die Fachtermini durchsetzte sprachliche Verobjektivierung kommt in der Regel zum falschen Zeitpunkt – und sie blockiert die Möglichkeit, Emotion zu äußern.“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 86)

Die ganzheitliche Vermeidung von Fachjargon ist jedoch auch nicht zu empfehlen, da PatientInnen auch außerhalb der Gesprächssituation mit Fachbegriffen konfrontiert werden. So kommt es in Apotheken, Fachbroschüren, Packungsbeilagen oder Informationsblättern häufig zur Verwendung von Spezialausdrücken, mit denen mündige PatientInnen selbstständig umgehen können sollten. Daher empfiehlt sich die gezielte Verwendung von Fachsprache, jedoch ergänzt durch erklärende Anmerkungen, Umschreibungen oder Paraphrasierungen. (BRÜNNER, 2005, S. 95)

Die sprachliche Welt, in der sich PatientInnen und ÄrztInnen begegnen, ist bezogen auf gemeinsames Alltagswissen. Verfahren, die den Verstehensprozess erleichtern, sind die Verwendung von Metaphern, Vergleichen, Beispielen, Konkretisierungen und Szenarios. ÄrztInnen oder andere ExpertInnen im medizinischen Bereich nutzen diese Sprachwerkzeuge, um komplizierten Inhalten einen verständlichen Rahmen zu geben. (BRÜNNER, 2005, S. 95)

Um die Kommunikation zu PatientInnen zu optimieren, bedarf es einer kommunikativen Annäherung. Diese sprachliche Annäherung dient weiters auch dazu, PatientInnen nicht zu sehr zu verunsichern, da institutionelle Situationen, wie zum Beispiel Krankenhausaufenthalte oder ÄrztInnenbesuche, nicht immer zum alltäglichen Leben gehören. An dieser Stelle findet der Begriff Lebenswelt seinen Eingang im linguistisch-medizinischen Kontext. Unter Lebenswelt versteht man die vertraute Umgebung des Alltags und auch die Selbstgewissheit des eigenen Lebens. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 256)

PatientInnen, die sich in medizinischen Institutionen aufhalten, erleben einen Konflikt ihre Lebenswelt betreffend. Während sie in ihrem gewohnten Alltagsumfeld Kontrolle über ihr Leben und dessen Verlauf haben, „... scheinen sich die Selbstverständlichkeiten und Gewissheiten des alltäglichen Lebens in Unverständnis und Ungewissheit zu verkehren.“ (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 256)

In medizinischen Institutionen haben Menschen eine andere Rolle, die sie aus ihrer alltäglichen Lebenswelt distanziert. So meint Rohde (1974), dass

„[e]in Kranker [...] also als solcher erst dadurch in Erscheinung [tritt], daß er verhindert ist, seinen Pflichten nachzukommen. Er stört das Funktionsgefüge; er ‚fällt aus‘ wie wir heute sagen; und zwar fällt er – ‚aus der Rolle‘.“ (ROHDE, 1974, S. 133)

In solchen Situationen besteht die dringende Notwendigkeit eines kommunikativen Auffangnetzes, um die gespürte Ohnmacht der PatientInnen zu überwinden. ÄrztInnen fungieren in solchen Fällen auch als kommunikative Unterstützung, indem sie ihren PatientInnen ihr Selbstwertgefühl stärken und ihre Hilflosigkeit aufheben. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005, S. 256)

Das Verhalten der PatientInnen im Gespräch ist von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst und demnach auch sehr vielschichtig.

Ist ein Mensch krank, so gibt er einen Teil seiner Selbstständigkeit an den Arzt ab und begibt sich damit auch in eine Position der Abhängigkeit. Dieser unausgeglichene Beziehungsstart kann für viele Arzt-Patienten-Gespräche eine erste Hürde darstellen, da nicht alle PatientInnen mit dieser PatientInnenrolle gleich gut umgehen. Auch die bisherigen Erfahrungen, die in medizinischen Institutionen gemacht wurden, zeichnen ein Gesamtbild der Beziehung zwischen Hilfesuchenden und Helfenden. Gute oder schlechte Erfahrungswerte wirken sich automatisch auch auf eine positive oder negative Grundhaltung für eine neue Begegnung aus.

Morgan und Engel (1977) gehen sogar so weit, dass sie sagen, auf der Beziehungsebene finde man nicht nur die Erfahrungen mit ÄrztInnen als Ressourcenanker, sondern auch der frühere Kontakt zu anderen Menschen wirke sich auf die Zusammenkunft zwischen ÄrztInnen und PatientInnen aus. Sie thematisieren in diesem Kontext auch die kindliche Beziehung zu den

Eltern. Haben PatientInnen beispielsweise ein gutes und vertrautes Verhältnis zu ihren Eltern, so wirkt sich dies auch auf der medizinischen Beziehungsebene aus. Ist hingegen die elterliche Verbindung in irgendeiner Weise nicht harmonisch und ausgeglichen, so kann auch dies ein möglicher Grund für eine problematische und komplizierte Arzt-Patienten-Beziehung sein, meinen sie dazu. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 11–12)

Was laut Morgan und Engel (1977) jedoch fast allen PatientInnen gemein ist, ist ein Respekt oder sogar Angst vor der Krankheit. Sie weisen darauf hin, dass diese Furcht von ÄrztInnen unbedingt zu bedenken sei, da sie, selbst wenn die Betroffenen nicht darüber sprechen, enormen Einfluss auf die Vertrauensarbeit hätte. Zusätzlich raten sie zu beachten, dass soziale, erzieherische und kulturelle Unterschiede das Verhalten mitbeeinflussen könnten. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 11–12)

Abschließend ist noch zu sagen, dass die Fähigkeit, bedacht und mitfühlend zu kommunizieren, zusätzlich zur medizinischen Behandlung der wichtigste Aspekt ist, dem in der Interaktion unbedingt Rechnung getragen werden muss.

Wichtig jedoch ist zu erkennen, dass ärztliche Gesprächskompetenz ein hoch komplexes Themengebiet ist und nicht als menschliche Fähigkeit, zu kommunizieren und Gespräche allgemeiner Natur zu führen, abgetan werden darf. Richtige ärztliche Gesprächsführung ist Teil der Professionalität, die ÄrztInnen sich im Laufe ihrer Ausbildung aneignen müssen, und sollte daher auch mit dieser Priorität behandelt werden. (MENZ/LALOUCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 6–7)

Zweck dieses Kapitels war es, den LeserInnen die Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation näherzubringen und zu zeigen, dass Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen mehr bedeutet als reiner Informationsaustausch. Es wurde gezeigt, dass die rein medizinische Begegnung nicht ausreicht, um einen zufriedenstellenden Gesamteindruck bei PatientInnen zu erwecken.

Zusammengefasst lassen sich die Probleme auf ein paar wesentliche Punkte reduzieren. Einerseits bestehen Aufträge in der Kommunikation, da eine Kluft zwischen Schilderungen der PatientInnen und Faktenorientiertheit der ÄrztInnen existiert. Während PatientInnen subjektive Erfahrungen in ihren Worten schildern, konzentrieren sich ÄrztInnen auf Informationen und Fakten um eine Diagnose stellen zu können. Weiters erschwert die Begegnung zwischen PatientInnen als LaiInnen und ÄrztInnen als ExpertInnen und die daraus folgende Wissenshierarchie, die Beziehung und auch die dazu gehörende Kommunikation. Ein Phänomen, welches sich, unter anderem, daraus ergeben kann, ist jenes des typisierten Wissens. Dies führt im schlimmsten Fall zu Fehldiagnosen, da wichtige Informationen im Gespräch verloren gehen und eine Krankheit zu schnell kategorisiert wird.

Fachbegriffe und Fachjargon spielen in der Arzt-Patienten-Kommunikation eine wesentliche Rolle. Während sie einerseits mit Bedacht und patientInnenfreundlicher eingesetzt werden sollen, darf allerdings der Einsatz – und die Erklärung – von Fachbegriffen nicht fehlen, da sich auch außerhalb der Praxis Kontakt mit den medizinischen Fachausdrücken nicht vermeiden lässt.

Ein weiterer Punkt der Problemauflistung spiegelt sich im Thema Lebensweltkonflikt wieder. PatientInnen befinden sich in einer Ausnahmesituation, da sie mit einer ungewohnten Umgebung und Alltagsbewältigung konfrontiert sind. Dies führt zu einem Konflikt mit ihrem gewohnten Lebensstil und bedarf daher einer besonders mitfühlenden und menschlichen Kommunikation und Behandlung.

All diese problemorientierten Aspekte sind vor allem in Anbetracht der zwei medizinischen Schulen, die Gegenstand dieser Arbeit sind, interessant zu beleuchten. Wie in Kapitel 2 bereits dargestellt, wenden sich viele PatientInnen aufgrund der aufgezeigten Problematiken mehr den alternativen Medizinformen zu und auch die Psychosomatik rückt mehr in den Vordergrund. Die laut Definition faktenorientierte Biomedizin hat ihre Schwierigkeiten, mit den Bedürfnissen der PatientInnen, die mehr und mehr emotionale Aspekte wie Zuhören und Anteilnahme fordern, umzugehen. Während die Biomedizin auf eine rein naturwissenschaftliche Perspektive zurückgreift und den kranken Körper fokussiert, geht die Psychosomatik einen Weg, der Körper und Psyche vereint. Dies bedeutet konkret, dass sprachliche Orientierung in Gespräch und Kommunikation in der Psychosomatik mehr im Mittelpunkt stehen. Das Gespräch ist ein wesentliches Behandlungsinstrument der Psychosomatik. Gesellschaftliche Veränderungen verändern gewissermaßen auch den Blick auf die Probleme und Schwierigkeiten in der Medizin. Anhand der Probleme lässt sich der gesellschaftliche Wandel in der Medizin schön ablesen. Während es einerseits als greifbarer und wissenschaftlicher gilt, den Körper zu objektivieren und körperliche Symptome in den Vordergrund zu stellen, gibt es andererseits, bezugnehmend zu den selben Schwierigkeiten, in der Arzt-Patienten-Kommunikation eine Gegenbewegung in Richtung psychosomatische und alternative Medizin. Die sprachlich orientierten Herausforderungen rechtfertigen sich in dieser Arbeit durch ihre Aktualität und Bezugnahme zur Biomedizin und zur Psychosomatik. Die kommunikativen Probleme gehören zur Schnittmenge beider medizinischen Richtungen und sind daher von enormer Wichtigkeit, um diese auch besser zu verstehen.

Empathie gehört dabei zu den wesentlichen Gesprächskriterien von ÄrztInnen, genauso wie die ökonomische und informative Seite. Welche genauen Anforderungen dabei an ÄrztInnen gestellt werden, wird in Kapitel 3.2 aufgezeigt, worin auch näher auf die professionellen Anforderungen an ärztliche Gespräche eingegangen wird.

3.2 Professionelle Anforderungen an ärztliche Gespräche

Dieser Teil der vorliegenden Arbeit dient dazu einen Überblick zu liefern, welche Gesprächsaufgaben in den Bereich der ÄrztInnenschaft fallen. Diese Anforderungen spielen sowohl bei den Gesprächseröffnungen als auch bei den Anamnesegesprächen eine tragende Rolle und sollen das Bild der ÄrztInnen etwas feiner und greifbarer zeichnen. Die Rolle der ÄrztInnen allgemein beinhaltet mehrere Bereiche und ist in ihrem komplexen Gesamtkontext zu sehen. In erster Linie sind sie die medizinischen ExpertInnen, die nach bestimmten Merkmalen agieren. Demnach sollen ÄrztInnen ihren PatientInnen unvoreingenommen und neutral gegenüberreten.

Eine weitere Verknüpfung an das ÄrztInsein wird bedingt durch den Universalismus. Dieser beschreibt, dass ÄrztInnen unabhängig von „[...] ethnischer Herkunft, Nationalität, Glaubensbekenntnis, Geschlecht und sozialer Stellung der PatientInnen [...]“ behandeln sollen. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 8)

Auch das Thema Macht und Kontrolle spielen im Zusammenhang mit ärztlichen Anforderungen eine wesentliche Rolle, meinen Menz/Lalouschek/Gstettner (2008), denn die medizinisch-fachliche Kompetenz ermöglicht eine Hierarchienbildung im Gespräch zu PatientInnen. Das Fachwissen erteilt die Kontrolle über das Gespräch und lenkt demnach die gesamte Interaktion. Die ÄrztInnen aber dürfen sich nicht diesen Prioritäten und dem Machtgefüge hingeben, da sie sich immer an einem kollektiven Wertesystem der gesamten ÄrztInnenschaft orientieren müssen. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 8)

Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die ÄrztInnen in ihrer Berufskommunikation zu bewältigen haben, lassen sich nach Menz/Lalouschek/Gstettner (2008) in folgende drei Hauptkategorien einteilen: Informationsaustausch, Ökonomie und Empathie. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 11)

Informationsaustausch

PatientInnen suchen in der Regel ihre ÄrztInnen auf, um ihren gesundheitlichen Zustand zu verbessern. Sie benötigen daher Informationen und sind in ihrer LaiInnenposition abhängig vom Wissen der ÄrztInnen. Diese wiederum benötigen Informationen ebenfalls von ihren PatientInnen, um eine Diagnose erstellen und weitere Schritte planen zu können. Diese Informationen erhalten ÄrztInnen meist durch ihr wirksamstes Kommunikationsmittel, nämlich die ärztliche Frage. Mehr zur ärztlichen Frage ist in Kapitel 3.3.4.1 zu lesen.

Es stehen ihnen aber noch weitere kommunikative Werkzeuge zur Verfügung, die medizinisch relevante Informationen liefern. Im Gespräch sind ÄrztInnen primäre SprecherInnen und leiten

auch das Gespräch. Für ÄrztInnen aber auch für PatientInnen gilt die Grundannahme: „[...w]er etwas sagt, erhebt den Anspruch, gehört zu werden, und bindet damit den Hörer an kooperative Tätigkeit des Zuhörens [...]“. (HENNE/REHBOCK, 2001, S. 260) Weiters kommt hinzu, dass kommunikative Handlungen einer Einschränkung unterliegen wenn sie an institutionelle Bedingungen geknüpft sind. (HENNE/REHBOCK, 2001, S. 154)

Dieser Umstand wird auch unter dem Begriff Zuständigkeitsprinzip zusammengefasst, der beschreibt, dass eine Zuordnung von sprachlichen Handlungen unter den Beteiligten stattfindet. Im Fall der Arzt-Patienten-Kommunikation beutet das eine Verteilung des Rederechts zu Gunsten der ÄrztInnen, da sie für die Interaktion und deren Gelingen zuständig sind. Ihre Berufsrolle und auch das Ziel der Interaktion, das institutionell festgelegt ist, machen ÄrztInnen zu den InformationserteilerInnen und Handlungsbefugten. (LALOUSCHEK, 2007, S. 5)

Sie unternehmen Themenwechsel, Unterbrechungen und bestimmen auch den Gesprächsbeginn, -ablauf und -schluss. Obwohl also der Informationsaustausch zu den Hauptaufgaben von ÄrztInnen gehört, kann man in den meisten Fällen jedoch nicht von einem „Austausch“ sprechen, da wenig Information von ÄrztInnen an PatientInnen weitergegeben wird. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 11 ff)

Die drei Beziehungsmodelle von Koerfer/Obliers/Köhle (2005) (vgl. Kapitel 2) behandeln ebenfalls den Informationsaustausch im Arzt-Patienten-Gespräch.

Dieses paradoxe Verhalten führt zur Unzufriedenheit seitens der PatientInnen. Als InformationsempfängerInnen erwarten sie sich auch, ausreichend Auskunft ihren Gesundheitszustand betreffend zu erhalten. Mangelnde Mitteilung über ihren eigenen körperlichen Zustand, die situativen Bedingungen, Gesprächsabläufe, Ursachen von Symptomen und viele weitere Unsicherheitsquellen verursachen und stärken die Machthierarchie zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Der Patient oder die Patientin wird somit eindeutig als der oder die Unwissende zurückgelassen und verspürt dadurch seinem beziehungsweise ihrem eigenen Körper gegenüber eine Ohnmacht. Diese Gegebenheit gilt es zu berücksichtigen, denn „[d]ie kommunikative Ausgangssituation für den Patienten wird vor allem durch drei elementare, in den Kern des subjektiven Selbstwertgefühls zielende Grundemotionen bestimmt: durch die Angst, das Erleben des Kontrollverlusts und die Verletzung der Intimität.“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 52)

Somit bekommt der Aspekt des Informationsaustausches eine viel bedeutendere Dimension, da der echte genuine Austausch von Informationen ein Miteinander voraussetzt und somit auch einen respektvollen und gleichwertigen Beziehungsumgang gewährleisten kann. Koerfer/Obliers/Köhle (2005a) haben sich mit dem Thema Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen näher auseinandergesetzt und diesen gleichwertigen Umgang untersucht. Während in Kapitel 2.1.2 die Beziehungsmodelle vorgestellt wurden, geht es an dieser Stelle um die Entscheidungsfindung von

PatientInnen. Vor allem in der Entscheidungsfindung spielen solche Themen eine weitreichende Rolle. Der Grad an Informiertheit, Mitarbeit und Mitverantwortung von PatientInnen wirkt sich unmittelbar auf den Behandlungserfolg einer Therapie aus. Die Art der PatientInnenbeteiligung jedoch gestaltet sich nach den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen und auch in der Interaktion zum jeweiligen Arzt oder zur jeweiligen Ärztin. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005a, S. 137)

Die Beteiligung der PatientInnen an der Entscheidungsfindung gilt es auszubauen, aber ohne dass ÄrztInnen dabei ihre Entscheidungskompetenz verlieren. An dieser Stelle werden die drei Beziehungsmodelle von Kapitel 2.1.2 nochmals kurz zusammengefasst:

Das paternalistische Modell, das Kooperationsmodell (Shared Decision Making, siehe auch Kapitel 2) und das Dienstleistungsmodell. Während im paternalistischen Modell ÄrztInnen als EntscheidungsträgerInnen auftreten und PatientInnen in einer unmündigeren Rolle sind, verhält es sich im Dienstleistungsmodell umgekehrt. Hier suchen PatientInnen ÄrztInnen auf, um sich informieren zu lassen und die ärztliche Kompetenz und Empfehlung als KundInnen nutzen oder auch nicht. ÄrztInnen werden in diesem Modell zu DienstleisterInnen. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005a, S. 137)

In der Mitte beider oben genannter Modelle steht also das Kooperationsmodell, welches beide InteraktantInnen als PartnerInnen sieht, die sich kommunikativ um Verständigung bemühen. Ihre Beziehungsebene ist dabei sowohl gleichberechtigt als auch gleichverantwortlich. Koerfer/Oblers/Köhle (2005a) sehen diese drei Modelle auch als Grundmodelle der Entscheidungsfindung und nicht nur als reine Beziehungsmodelle. Die Art der Beziehung also entscheidet auch über den Entscheidungsmodus. Aber nicht nur die Beziehungsebene ist beeinflusst vom jeweiligen Modell, sondern auch die Kommunikationsebene. Anhand der Kommunikationsfunktionen Informationsvermittlung, Entscheidungsprozess und Verantwortungsübernahme lassen sich auch unterschiedliche kommunikative Prozesse feststellen. (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005a, S. 138)

Abbildung 2 veranschaulicht die gesprächstypischen Unterschiede zwischen Paternalismus, Kooperation und Dienstleistung im Bereich Information, Entscheidung, Verantwortung:

	Paternalismus	Kooperation (shared decision)	Dienstleistung (informed choice)
Information	Vermittlung als „Einbahnstraße“	Verbindung von Wissen und Verständnis	Angebot – Nachfrage
Entscheidung	Instruktion nach ärztlicher Vorwahl	Vorschläge, Bewertung und Aushandlung evidenzbasierter Alternativen	Werbung, Kontrakt
Verantwortung	Fremdkontrolle bis hin zur Abhängigkeit des Patienten vom Arzt	Gemeinsame Kontrolle in gegenseitigem Vertrauen bei beidseitiger Autonomie	Selbstkontrolle bis hin zur Autarkie des Patienten

Abbildung 2 (KOERFER/OBLIERS/KÖHLE, 2005a, S. 138)

Wie bereits gezeigt, spielt der Informationsaustausch eine erhebliche Rolle in der Berufsausführung von ÄrztInnen. PatientInnen über ihren gesundheitlichen Zustand und ihre neue Lebenssituation ausreichend zu informieren, gehört zu den Aufgaben und Anforderungen an die ärztliche Gesprächskompetenz. Diese Kompetenz steigert somit auch die Entscheidungsfindung der PatientInnen und macht sie damit zu gleichberechtigten Gesprächspartnern.

Informationsaustausch gehört also zu den professionellen Bedingungen an ärztliche Gespräche und ist daher sowohl für die Biomedizin als auch für die Psychosomatik ein wesentlicher Teil der ärztlichen Arbeit. Der Austausch an Informationen betrifft bei der Biomedizin die objektiven und faktenzentrierten Tatsachen, bei der Psychosomatik mehr die Verbindung zwischen den psychischen und den somatischen Prozessen.

Aber nicht nur die Informationsvermittlung gehört zum Berufsalltag von ÄrztInnen, sondern auch die ökonomischen Aspekte. Diese werden nun näher erläutert.

Ökonomie

Auch die medizinische Institution unterliegt Pflichten und Bedingungen, die von allen Beteiligten erfüllt werden müssen. ÄrztInnen sind in ihrem Handeln beschränkt und müssen die ökonomische Perspektive mitberücksichtigen. So gehört eine organisierte Zeiteinteilung genauso zu dieser Funktion wie beispielsweise die Regelung von Räumlichkeiten. (DITZ, 2005 zitiert nach MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 13)

Der Einfluss anderer Faktoren gestaltet den ÄrztInnenalltag genauso mit. Teil des medizinischen Alltags ist somit auch das Warten auf Befunde, ebenso wie die spontane Umgestaltung des Zeitplans durch NotfallpatientInnen. (LALOUSCHEK/MENZ/WODAK 1990 zitiert nach MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 13)

Diese ökonomische und organisatorische Dichte führt dazu, dass eine permanente Zeitknappheit entsteht und der Patient oder die Patientin Zeit kostet. Diese Paradoxie wirkt sich auf das Verhalten zwischen ÄrztInnen und ihren PatientInnen aus. Da die ExpertInnen ihre Zeit möglichst sinnvoll einsetzen sollen, sparen sie Zeit im Gespräch mit PatientInnen. Dies wiederum bedeutet, dass PatientInnen keine Transparenz über Abläufe erhalten und orientierungslose GesprächsteilnehmerInnen sind. Die für PatientInnen veranlasste Zeitökonomie wirkt sich somit eindeutig negativ auf sie aus. Auch die Orientierung an objektiven Fakten aus Gründen des Zeitmanagements führt zu einem erheblichen Konflikt zwischen dem Aspekt des Informationsaustausches und dem der organisatorischen Bewältigung der Arbeit.

Lalouschek meint dazu, dass diese Zeitknappheit aufgrund des bürokratischen und organisatorischen Apparates sogar zu einem engeren emotionalen Spektrum aufseiten der

ÄrztInnen führt. Der unausgeglichene Umgang mit eigenen Gefühlen oder den Gefühlen der PatientInnen im medizinischen Kontext kann eine Auswirkung dieser unproportionalen Verteilung menschlicher Ressourcen sein. (LALOUSCHEK, 1995, S. 25)

Es entsteht dadurch das Problem, dass ÄrztInnen ihre Gefühle zurückhalten und daher nicht patientInnenorientiert arbeiten können. „Bekannte Abwehrstrategien sind das Einnehmen einer scheinbar unberührten professionellen Haltung, Ironie und Zynismus und das Vorgeben ständiger Zeitnot...“. (LALOUSCHEK, 1995, S. 25)

Diese ständige Zeitnot hat sich etabliert und findet im gesprächsanalytischen Fachjargon unter dem Begriff „prophylaktisches Notfallverhalten“ Eingang.

Rohde (1974) verwendet für dasselbe Phänomen den Begriff Notstandsforderung. Dies ist „[...] die Ideologisierung der Notstandsforderung (emergencies) zu der zunächst einmal das ganze Krankenhaus mit allen seinen Abteilungen und allem seinem Personal virtuell umgreifenden Einstellung, daß alles, was in dieser Institution geschieht, unter dem Anforderungsdruck akuter Notlagen steht, daß man gleichsam ständig ‚auf Trab‘, ständig für alle möglichen unvorhergesehenen Fälle einsatzbereit zu sein habe, fortwährend in Atem gehalten wird. (ROHDE, 1974, S. 345)

Diese Haltung jedoch führt zu einer gehemmten und behinderten Kommunikationssituation, die sich für ÄrztInnen und PatientInnen unvorteilhaft auswirkt. Diese affektive Neutralität lässt den PatientInnen als Subjekt kaum Raum und verobjektiviert das menschliche Sein im medizinischen Kontext. Der Mensch und sein Leid werden damit ersetzt durch ein Symptom, dessen TrägerIn er ist. (LALOUSCHEK, 1995, S. 25)

Dieses Konzept der Zeitökonomie führt sich ad absurdum, da es sehr kurzfristig und kurzfristig berechnet wird. Gerade zu Beginn lohnt es sich, mehr Zeit in PatientInnen zu investieren und ein gründliches Erstgespräch beispielsweise zu führen. PatientInnen kennenzulernen, ihre Ängste zu erfassen und eine vertrauliche Beziehung, ersparen allen Beteiligten unnötige Missverständnisse, Unklarheiten und Umwege, die die zeitlichen Ressourcen viel mehr belasten. Das Erarbeiten eines Zieles und die Transparenz für PatientInnen führen zu einem besseren Institutionsverständnis und somit auch zu mehr bewussten Begegnungen, die sich für alle Beteiligten zeitsparend auswirken. (LALOUSCHEK, 1995, S. 35)

Wie eben gezeigt, bedeutet Ökonomie in erster Linie Zeitökonomie, da meist an Gesprächszeit gespart wird. Dieser Umstand führt weiters aufseiten der PatientInnen zu wenig bis keiner Transparenz oder Orientierung im Gespräch. Dies wirkt sich aber auch negativ auf die ÄrztInnen aus, da der Zeitdruck auch zu einer Gefühlsunterdrückung führt und somit auch die PatientInnennähe leidet.

Das beschriebene Problem der Zeitökonomie deckt sich stellenweise in seinen Auswirkungen mit den allgemeinen Problemen und Folgewirkungen der in Kapitel 3.1 aufgezeigten Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation. Der Wunsch vieler PatientInnen nach alternativen Medizinformen entwickelte sich auch durch einen permanent vermittelten Zeitmangel. Um ein Gespräch führen und PatientInnen verstehen zu können, ist Zeit ein wesentlicher Faktor und unabdinglich. Das Zeitproblem ist ein medizinisches Problem und immer unter den neuen Einflüssen der Gesellschaft zu betrachten. Wieder dreht sich die Betrachtung aus den zwei Blickwinkeln der medizinischen Schulen Biomedizin und Psychosomatik um das Thema Gesprächs- und Kommunikationskompetenz. Während die Psychosomatik das Gespräch als wesentlichen Teil der Behandlung integriert hat, dient sie der Biomedizin mehr als Mittel zum Zweck und löst daher ein Gefühl des Zeitdrucks aus.

Die Komponenten Informationsaustausch und Ökonomie werden durch ihre dritte Komponente Empathie noch ergänzt.

Empathie

In der klassischen Epoche des Islam, als der Arzt als Hausvater idealisiert wurde, sprach man davon, dass die mildeste Arznei das mitfühlende Herz sei. Übertragen auf unseren heutigen Sprachgebrauch würde man von Empathie sprechen. (HOLUBAR/SCHMIDT, 2007, S. 71)

Da PatientInnen ÄrztInnen meist mit sehr persönlichen und lebensbetreffenden Anliegen aufsuchen, ist es bedeutsam, dass auch auf der Interaktionsebene beziehungsfördernde Arbeit geleistet wird.

Die Rolle der ÄrztInnen berechtigt sie, persönliche Fragen an PatientInnen zu richten, ihre Körper zu untersuchen und eine Behandlung durchzuführen. Aber gleichzeitig verpflichtet sie ÄrztInnen, in ihrem Fach beschlagen zu sein und den PatientInnen in jeder Lage beizustehen. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 9)

Besonders am Anfang eines ärztlichen Gesprächs wird die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen gefördert und geformt, weshalb zum Beispiel bei Anamnesegesprächen nicht nur die benötigte Information im Vordergrund stehen sollte, sondern auch das Interesse an PatientInnen als Menschen. Themel (2001) differenziert weiters noch zwischen Information und Aufklärung. Information ist demnach faktenorientiert und betrifft die rein medizinisch-somatische Perspektive eines Problems. Aufklärung hingegen belangt PatientInnen als LaiInnen und umfasst persönliche Anliegen und Bedürfnisse und sorgt für Verständnis, ein gesamtes medizinisches Thema betreffend. (THEMEL, 2001 zitiert nach MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 14)

Diese empathische Ebene ist für PatientInnen sehr wichtig, um auch als eigenständige Individuen wahrgenommen zu werden. In diesem Bereich ist vor allem die Gesprächskompetenz von ÄrztInnen gefragt. Auf den Patienten oder die Patientin sprachlich einzugehen, bedeutet auch, Machtpositionen aufzulassen und sich den PatientInnen auf einer sprachlich barrierefreien Ebene anzunähern. Undurchsichtige Gesprächsabläufe und die Benutzung von Fachjargon trennen PatientInnen von ihren ÄrztInnen und wirken sich negativ auf die Beziehung aus, denn „[...]mit der sprachlichen Distanz geht auch ethische Distanz einher, die dem Arzt Flucht aus der Wirklichkeit des Leidens des anderen ermöglicht, damit den Patienten aber mit seiner Angst alleine lässt.“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 120)

Durch die ökonomische Funktion im Gespräch kann es daher leicht passieren, dass PatientInnen sich wie Objekte fühlen, die in ein System integriert werden müssen und, „...Die Selbstwahrnehmung des Patienten wird auf eine Erfahrungsebene reduziert, die ihm keine Möglichkeiten einräumt, mit seinen Ängsten, Nöten und Sorgen zurechtzukommen.“ (GOTTSCHLICH, 2007, S. 120)

Persönliche Anliegen platzieren zu können und eine vertraute Beziehung zu den ÄrztInnen ist beim Punkt Empathie sehr wichtig. Sprachlich äußert sich das in Barrierefreiheit und einer Begegnung auf einer Ebene. In Bezug auf Biomedizin und psychosomatischer Medizin hängt der Punkt Empathie stark mit dem der Zeitökonomie zusammen. Denn wie bereits beim Punkt Ökonomie gesehen, bedingt der Zeitdruck auch das Zurückhalten von Emotionen bei ÄrztInnen. Dieser Aspekt behindert auch den freien Umgang mit Emotionen, Ängsten und Bedürfnissen. Es lässt sich ableiten, dass es unter anderen Bedingungen – etwa wenn Kommunikation zwischen den Beteiligten stattfinden kann, weil mehr Zeit für Gespräche eingeräumt wird – auch zu einer stärkeren Entfaltung von emotionalen Komponenten kommen kann.

Abbildung 3 veranschaulicht die Anforderungen ärztlicher Gesprächskompetenz.



Abbildung 3 (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 15)

Dieses Anforderungsspektrum ist im medizinischen Alltag jedoch ungleich gewichtet, denn auffällig dominant ist die Beherrschung der medizinisch-ärztlichen Kompetenz. Sie ist den anderen Bereichen gegenüber größer proportioniert und wird schon im Laufe des Medizinstudiums in

den Fokus gerückt. Die zweitwichtigste Kompetenz ist die ökonomische Kompetenz, die jegliche Organisation im Gespräch und rund um das Gespräch herum betrifft. Um ökonomisch einen reibungslosen Ablauf einzuhalten werden also auch diese benötigten Fertigkeiten intensiver geschult. Die Kommunikationskompetenz jedoch, welche zur Beziehungsgestaltung wesentlich beiträgt, ist im Lehrprozess und im Berufsalltag stark unterrepräsentiert, obwohl dieser Kompetenzaspekt zur ganzheitlichen Ausführung des ÄrztInnenberufs notwendig ist. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 15)

Morgan und Engel (1977, S. 20) haben sogar ein Idealbild von ÄrztInnen gemalt, demzufolge diese folgenden Eigenschaften Folge leisten sollten:

ÄrztInnen begegnen ihren PatientInnen als Menschen und reduzieren sie nicht auf Symptome oder Krankheiten.

ÄrztInnen sind nicht bloß MedizinerInnen sondern auch BeobachterInnen. Sie haben ihre PatientInnen immer im Auge und studieren auch deren Persönlichkeit und Verhalten, um ein Gesamtbild erstellen zu können. Das systematische Vorgehen spielt dabei auch eine wesentliche Rolle, in der ÄrztInnen die Gründlichkeit und Vollständigkeit ihrer Befunde und Diagnosen sicherstellen. Die ärztliche Kompetenz in naturwissenschaftlicher Perspektive ist dabei ein wesentlicher Faktor, denn jeder Schritt und jede Entscheidung muss auch auf Basis des medizinischen Wissens getroffen werden. Dabei darf der eigene Stolz auf das Wissen nicht zur Eitelkeit missbraucht werden. Es gehört zu den Tugenden guter ÄrztInnen sich auch einzugestehen, etwas nicht zu wissen, die Meinung zu ändern oder um Rat und Information zu fragen, denn das Wohlergehen der PatientInnen steht im Fokus. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, das ÄrztInnen respektieren und achten, was ihre PatientInnen zu sagen haben, vor allem auch im Bezug auf ihre eigene Gesundheit und ihren Zustand. Diese Angaben der PatientInnen sind Grundlage und Basis jedes weiteren Vorgehens. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 20)

Zweck des Kapitels 3.2 war es zu zeigen, dass die Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation sehr eng mit den Anforderungen an ärztliche Gesprächskompetenz verbunden sind. Die Hauptaspekte Informationsaustausch, Ökonomie und Empathie sind auch Beurteilungskriterien für das Gelingen der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Diese Kompetenzen gelten für ÄrztInnen sämtlicher medizinischer Schulen und dennoch hat sich gezeigt, dass die Gewichtung nicht überall dieselbe ist. Alle drei Aspekte verbindet das ärztliche Gespräch, welches eindeutig der Psychosomatik per definitionem mehr als Handlungsinstrument dient als der Biomedizin. Aus einer kritischen Perspektive würde das auch bedeuten, dass die Anforderungen an das ärztliche Gespräch nicht immer dieselben sein können, denn je nachdem, welche medizinische Schule im Einsatz ist, verändern sich auch die Anforderungen an das Gespräch und die Gesprächssituation. Für die Biomedizin etwa wäre es sinnvoll, das Anforderungsprofil des ärztlichen Gespräches an die heutigen Erfordernisse anzupassen.

3.3 Gesprächseröffnungen

Bereits in den ersten Sekunden eines Zusammentreffens zwischen ÄrztInnen und PatientInnen entscheidet sich der weitere Verlauf des Gesprächs. In dieser ersten Zeit der Begegnung wird die Beziehungsbasis für jede weitere Interaktion von beiden InterakteurInnen gestaltet. (NEISES, 2005, S. 116)

Die Eröffnungsphase solcher Gespräche steht nun im Zentrum dieses Kapitels und bietet einen Gesamtüberblick zum Thema Gesprächseröffnungen. Die einzelnen Punkte werden auch mit Beispielen versehen, um die jeweiligen Punkte anschaulich zu machen.

Die Begrüßung spielt dabei auch eine wesentliche Rolle. Sie kann auch als Zugänglichkeitsbekundung betrachtet werden. Unter Zugänglichkeitsbekundung, auch *access rituals* (HOLLY, 1979) genannt, versteht Holly eine Regelung der gegenseitigen Ansprache und Zugänglichkeit. Damit sind vor allem Begrüßungen und auch Verabschiedungen gemeint. Diese beiden Kategorien sind wichtig, um einer Situation einen Rahmen zu geben, die auch von beiden Beteiligten beachtet und geachtet wird. Konkret gemeint sind damit das gegenseitige Händereichen, Begrüßungsfloskeln oder auch das Ablegen diverser Kopfbedeckungen als Annäherungszeichen in friedlicher Absicht. Die Begrüßung dient also der Herstellung von Kontakt und gilt darüber hinaus auch als Zeichen der Höflichkeit und der Anerkennung ritueller Normen. (HOLLY, 1979, S. 50)

Die Verletzung solcher rituellen Muster hat nicht nur Konsequenzen auf die gesamte Organisation des Gesprächs, sondern auch auf die Images der Betroffenen. Solche Regelverstöße wirken sich auf das Gesamtgespräch aus und können eine gute Gesprächsbasis gefährden. Allgemein betrachtet sind die Dauer und Intensität der Gesprächseröffnungen sowie die Beendigungen sehr vielfältig. Durchschnittlich jedoch beträgt die Länge der Eröffnungsphase eine Sequenz, wohingegen das Gesprächsende aus einem Beendigungsvorschlag und einer Akzeptierung der Beendigung besteht. (SCHEGLOFF, 1968 und SACKS/SCHEGLOFF, 1973 zitiert nach HOLLY, 1979, S. 50)

Die Linie zwischen Gesprächseröffnung und Gesprächsmitte kann man nicht immer klar ziehen. Folgende Definition nach Henne und Rehbock (2001) soll dieser Frage nach einer Grenze Rechnung tragen. Um eine Gesprächsanalyse machen zu können, teilen sie ein Gespräch in Analysekatoren ein, die sich auf der Makroebene wie folgt zusammensetzen:

1. Gesprächseröffnung
2. Gesprächsbeendigung
3. Gesprächsmitte (Entfaltung des Hauptthemas und der Subthemen)
4. Gesprächsränder (Nebenthemen, Episoden)

(HENNE/REHBOCK, 2001, S. 14)

Bezogen auf die Gesprächseröffnung lassen sich die Kategorien voneinander per definitionem trennen, denn „[m]an kann eine Gesprächseröffnung als diejenige Phase eines Gesprächs bestimmen, in der die Gesprächspartner eine wechselseitige akzeptierte Situationsdefinition hinsichtlich ihrer sozialen Beziehung als Gesprächspartner erreichen.“ (HENNE/REHBOCK, 2001, S. 15)

Die Gesprächsmitte hingegen ist nach Henne und Rehbock ab dem Zeitpunkt zu definieren, in dem ein Thema initiiert wird und auf der Gegenseite das Thema auch akzeptiert wird. Die Gesprächsmitte beginnt also mit einer Themeninitiierung und einer Themenakzeptanz und folgt auf die sogenannte Gesprächseröffnung. (HENNE/REHBOCK, 2001, S. 15)

Erwähnenswert ist auch, dass Gesprächseröffnungsphasen und auch Gesprächsbeendigungsphasen nicht in jedem Kontext obligatorisch oder erwartbar sind, vor allem im Hinblick auf den Kontext nicht. So kann es zum Beispiel zu einer Situation kommen, in der ein „neues“ Gespräch eine Fortsetzung eines alten Gesprächs ist, und es daher zu einer fehlenden Gesprächseröffnung kommt. Gesprächseröffnungen sind daher nicht immer Teil eines Gesprächs und können „[...] nicht prinzipiell, sondern nur in bestimmten Interaktionstypen und -situationen als Teil derjenigen Gespräche vollzogen werden, die sie rahmengebend fundieren“. (HENNE/REHBOCK, S. 256–257)

Dies trifft natürlich auch auf die Arzt-Patienten-Interaktion zu, denn auch hier kann ein neues Gespräch die Fortsetzung eines alten Gesprächs sein, je nachdem vielleicht, wie vertraut sich ÄrztInnen und PatientInnen sind oder wie lange der letzte Besuch auch her war. So kann es zum Beispiel durchaus sein, dass ÄrztInnen einen Teil des letzten Gesprächs aufgreifen, ohne aber vorher eine übliche Begrüßung zu unternehmen.

3.3.1 Kommunikative Aufgaben

Es gehört zum Arbeitsalltag von ÄrztInnen, Gespräche zu führen und als medizinisches Werkzeug einzusetzen. Jedes Gespräch trägt zum Heilungsprozess der PatientInnen bei und daher ist es von absoluter Wichtigkeit, dass ÄrztInnen ihren kommunikativen Aufgaben nachkommen. Zu diesen Aufgaben gehört es zu wissen, welche Bedingungen es erfordert, ein gutes Gesprächsklima zwischen ÄrztIn und PatientIn aufzubauen. Behandelnde ÄrztInnen sind in der Position der ExpertInnen und daher auch angehalten, ihr Kommunikationsverhalten zu reflektieren. Während ÄrztInnen im medizinischen Kontext als ExpertInnen gelten, bedeutet dies jedoch nicht, dass sie allein für den Verlauf einer Gesprächssituation verantwortlich sind, da die Beiträge der PatientInnen mindestens dieselbe Bedeutung für den medizinischen Diskurs haben. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 17)

Es gilt innerhalb eines ärztlichen Gesprächs verschiedene kommunikative Aufgaben zu bewältigen und das Gespräch vor allem interaktiv zu gestalten.

Eine der wichtigsten kommunikativen Aufgaben findet in der Gesprächseröffnung statt. Innerhalb der Gesprächseröffnung entwickelt sich die Herstellung der Interaktionsbeziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Durch das gegenseitige Wahrnehmen und die aufeinander gerichtete Aufmerksamkeit kann das folgende Gespräch eingeleitet werden. Wichtig dabei ist, dass der Patient oder die Patientin Raum bekommt, seine beziehungsweise ihre Beschwerden zu schildern. Der Gesprächsanfang dient dazu eine „... patientenbezogene Gesprächsatmosphäre herzustellen.“ (LALOUSCHEK, 1995, S. 90)

Diese patientInnenfreundliche Gesprächsatmosphäre wird durch namentliche Vorstellung des Arztes oder der Ärztin hergestellt, begleitet durch eine Einführung in die ärztlichen Kompetenzen und Fähigkeiten. Damit sich PatientInnen auch in ihrer Person vollständig wahrgenommen fühlen, folgen darauf Fragen, die sich an das Befinden und den gesundheitlichen Zustand der PatientInnen richtet. Diese idealtypische Erfüllung einer Gesprächseinleitung entspricht den kommunikativen Werten im psychosozialen Sinn. Da von der Gesprächseröffnung übergeleitet wird in die Beschwerdenschilderung der PatientInnen, gelingt der Übergang am besten durch eine Erzählaufforderung, die die LaiInnen ersucht, frei und ohne eingelenkte Determinierung über ihre Beschwerden zu sprechen. Dieser Erzählraum, der den PatientInnen zeitlich zur Verfügung gestellt wird, kann als eigentlicher Gesprächsbeginn angesehen werden und entspricht der psychosomatischen Gesprächsinitiierung. (LALOUSCHEK, 1995, S. 90)

Wie bereits erwähnt, gilt die Gesprächseröffnung als kommunikativer Grundstein für den weiteren Gesprächsverlauf. Die Art und Weise also, wie der Beginn verläuft, entscheidet auch darüber, wie das Gespräch sich entwickelt. Nowak meint dazu, dass

„[a]uch wenn hier häufig nur wenige Worte vom Arzt/von der Ärztin gesprochen werden, werden mit dem Gelingen dieser ersten Interaktionsphase weitreichende Konsequenzen für das gesamte folgende Gespräch beschrieben.“ (NOWAK, 2010, S. 232)

Der Gesprächsverlauf wird daher von der Eröffnung geformt und ermöglicht oder beschränkt Optionen des kommunikativen Erfolgs. Dieser kommunikative Erfolg beinhaltet das flexible und persönliche Eingehen auf jeden Patienten und jede Patientin. Dabei spielt die Gesprächseröffnung eine tragende Rolle – vor allem mit welcher Wichtigkeit sie von ÄrztInnen gesehen wird.

Burkhard meint dazu, dass die Gesprächseröffnungen im institutionellen Kontext stark verkürzt sind. Der Grund dafür liegt in den vorgefertigten Verhaltensnormen, die schon bestehen. Sowohl auf der formalen als auch auf der inhaltlichen Ebene begegnen sich beide Parteien mit institutionellem Vorwissen und lediglich die Beziehung auf persönlicher Basis eröffnet Spielräume für Entwicklung. (BURKHARD, 1984, S. 66)

Bezogen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation würde das bedeuten, dass Vorstellungen über die entsprechenden Rollen bereits bestehen und auch der institutionelle Kontext der gesamten Situation ihren Sinn vorab verleiht, dennoch aber die Begegnung auf persönlicher Ebene einen individuell gefärbten Unterschied für beide Beteiligten macht.

Ein Kriterium, das dabei unbedingt berücksichtigt werden muss, ist jenes der ärztlichen Transparenz. Transparenz im ärztlichen Gesprächseinstieg bedeutet, dass ÄrztInnen ihren PatientInnen zu Beginn eine Orientierung geben, wie die Interaktion gestaltet sein wird, wozu dieses Gespräch dienen wird, was die Erwartungen sind und welche Informationen benötigt werden. Diese Transparenz zu Beginn macht für den Patient oder die Patientin die gesamte Interaktion nachvollziehbar. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 153)

Die Transparenz lässt vor allem auch hierarchische Unterschiede ein wenig schwinden, da PatientInnen nicht unwissend und unvorbereitet der vermeintlichen Interaktionswillkür der ÄrztInnen ausgeliefert sind, sondern als informierte GesprächspartnerInnen aktiv in den Gesprächsverlauf eingewiesen und dadurch auch eingeladen werden.

Suchen PatientInnen Hilfe bei ihren ÄrztInnen, so tun sie dies, weil sie sich dadurch Beistand und Unterstützung für ihre Probleme erwarten. Dies betrifft in der Regel meist Probleme auf somatisch ausgedrückter Ebene. PatientInnen erwarten sich also, dass ihr gesundheitlicher Zustand durch ärztliche Kompetenz verbessert wird, und benötigen daher Informationen.

Die kommunikative Aufgabe der ÄrztInnen besteht also unter anderem auch darin, dieses Informationsbedürfnis der LaiInnen zu erkennen und im Gespräch auch umzusetzen. Durch Gesprächstransparenz nimmt der Experte oder die Expertin dieses Bedürfnis nach Hilfe durch weiterführende Information wahr und gestaltet somit ein professionelles Gesprächsklima. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 153)

Dieses Wahrnehmen der Informationsnotwendigkeit vermittelt dem Patienten oder der Patientin gleichzeitig das Gefühl, auch als eigenständige und individuelle Person am Gespräch teilzunehmen. Die Gesprächsrolle, die PatientInnen damit erteilt wird, macht sie im kommunikativen Ablauf handlungsfähig und ihrem eigenen Körper gegenüber auch mündig. Mit solchen kommunikativen Maßnahmen kann also eine Gesprächsbasis entstehen, die für beide Beteiligte beziehungsfördernd wirkt.

Mangelnde Gesprächstransparenz führt weiters dazu, dass der Dialog blockiert wird, weil PatientInnen ihre Ängste und Unsicherheiten nicht rechtzeitig zu Beginn des Gesprächs mitteilen konnten. Solche Unsicherheiten oder auch Unwissenheit kann durch Transparenz gleich geklärt und bearbeitet werden und zieht sich somit nicht durch das gesamte Gespräch. So gelingt es den PatientInnen auch, ihre Erwartungen anzupassen und den ÄrztInnen in ihren Handlungsschritten zu folgen. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 153)

Es ist daher wichtig, PatientInnen offenzulegen, welche Gesprächsziele und kommunikativen Aufgaben (SPRANZ-FOGASY, 2005) verfolgt werden, wie die zeitlichen Rahmenbedingungen und welche organisatorischen Abläufe zu berücksichtigen sind. All diese Punkte führen früher oder später zu Missverständnissen und Unzufriedenheit, werden sie nicht gleich zu Gesprächsbeginn geklärt und behandelt. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 119)

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der Einstieg ins Gespräch entscheidend ist für den weiteren Verlauf des Gesprächs. Die ersten Sekunden, in denen beispielsweise eine Begrüßung stattfindet, gehören zu einem rituellen Muster der Höflichkeitsnorm und zeigen Interaktionsbereitschaft von beiden Seiten. Die kommunikativen Aufgaben der Gesprächseröffnung erstrecken sich dabei von der Gesprächseröffnung bis hin zum Informationsaustausch. Die Gesprächseröffnung dient dabei der patientInnenbezogenen Beziehungsgestaltung und findet sich im institutionellen Alltag oftmals als sehr verkürzte Version wieder. Beachtenswert ist dabei die Transparenz der Situation. Damit ist gemeint, dass PatientInnen über den Gesprächsverlauf und die Gesprächsstruktur informiert werden sollten, um die Orientierung zu behalten und den Gesprächsverlauf nachvollziehen zu können. Auch die Informationsnotwendigkeit der PatientInnen zu erkennen und sie über ihre körperlichen Zustände ausreichend zu informieren, gehört zu den kommunikativen Aufgaben der Gesprächseröffnung.

3.3.2 Kommunikativer Aufbau

Nicht jedes ärztliche Gespräch gleicht dem anderen. Ärztliche Gespräche haben einen kommunikativen Aufbau, der dem Gespräch eine Ordnung und Richtung geben soll. Obwohl ÄrztInnen eine Vielzahl verschiedener Gespräche führen, gibt es trotzdem ein Handlungsschema, welches sich wie ein roter Faden durch Arzt-Patienten-Gespräche zieht. Die Einteilung und Definition von Thomas Spranz-Fogasy verläuft in fünf Phasen des gesamten ärztlichen Gesprächs und der Ablauf besteht aus folgenden Komponenten:

1. Begrüßung und Gesprächseröffnung
2. Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration
3. Diagnosestellung
4. Therapieplanung und -entwicklung
5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

(SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 21)

Nowak (2010) unterscheidet detailliert in der Gesprächseröffnung sechs Handlungstypen:

1. Die Begrüßung
2. Die Vorstellung des Arztes/der Ärztin

3. Die Situierung
4. Globale Orientierung über den Gesprächszweck und Gesprächsverlauf
5. Prinzipielle Nachfragemöglichkeiten anbieten
6. Interaktiver Abschluss der Präliminarien

Diese sechs Gesprächskomponenten sind zusammengefasst verantwortlich dafür, dass die GesprächsteilnehmerInnen ähnliche Erwartungen an das folgende Gespräch hegen. Sowohl auf der inhaltlichen, der interaktionsbezogenen als auch auf der psychosozialen Ebene sind die Erwartungen und die Abstimmung gleichermaßen. Die Vorteile einer durchstrukturierten und optimalen Gesprächseröffnung wirken sich aus auf das Vertrauen und die Verständlichkeit aus, verringern die Unsicherheit und schaffen Klarheit über die Situation und geben PatientInnen eine aktive und ko-produktive Gesprächsrolle. (NOWAK, 2010, S. 232–234)

Aufgabe dieser Arbeit ist es unter anderem, Gesprächseröffnungen zu durchleuchten, und daher wird auf die Begrüßung und Gesprächseröffnung näher eingegangen.

Die Begrüßung und Gesprächseröffnung umfasst den ersten Teil der Interaktion zwischen den Institutionsbeteiligten. Das Aufsuchen der Institution definiert schon vorab den Rahmen der Interaktion und auch die institutionellen Verhaltensnormen.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass der kommunikative Aufbau der Gesprächseröffnung ein Handlungsschema darstellt, welches in verschiedenen Phasen abläuft, wovon die Begrüßung die erste Phase darstellt. Eine durchstrukturierte Gesprächseröffnung sorgt für Sicherheit, Orientierung und Klarheit im Gespräch, sowohl für ÄrztInnen als auch für PatientInnen. Durch welche ärztlichen Initiativen ein Gespräch eröffnet wird, zeigt sich im folgenden Kapitel.

3.3.3 Ärztliche Gesprächseröffnungen

Wie eben gezeigt, sind Gesprächseröffnungen an kommunikative Aufgaben und einen kommunikativen Aufbau geknüpft. Die Unterteilung in biomedizinischen Eröffnungen und psychosomatischen Eröffnungen ist insofern nicht zielführend, da aufgrund fehlender Klassifizierungen Mischformen zustande kommen. Anhand der Eröffnungsimpulse und des anfänglichen Settings lässt sich jedoch ableiten, an welchen Interaktionsmustern ÄrztInnen orientiert sind und diese unterschiedlichen Facetten und Kommunikationsmuster werden in diesem Kapitel dargestellt.

Die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beginnt mit einer Begrüßung. Sie gilt als Gesprächseröffnung und signalisiert Redebereitschaft von beiden Seiten. Dabei muss eine Begrüßung nicht immer verbal geäußert werden, da Blickkontakt auch ausreichen kann, um Anwesenheit und gegenseitige Wahrnehmung zu signalisieren. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 21)

Henne und Rehbock (2001) meinen, dass Blicke und Gesten mehrere Funktionen aufweisen. Unter anderem auch die Ersetzung oder Ergänzung sprachlicher Zeichen. So können Blicke beispielsweise konventionelle Gesten wie Nicken entweder ersetzen oder durch Ergänzungen das Gesagte verstärken, abschwächen, abwandeln und vieles mehr. (HENNE/REHBOCK, 2001, S. 221)

In der Begrüßung also findet laut Nowak (2010) idealerweise nicht nur eine verbale Begrüßung mit Grußformel statt, sondern auch der Blickkontakt zu den PatientInnen samt namentlicher Ansprache und Händeschütteln. (NOWAK, 2010, S. 236)

Diese erste Stufe des Handlungsschemas dient, abgesehen vom Kennenlernen, zusätzlich auch als Vorbereitung auf den nächsten kommunikativen Schritt, die Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration. Dieser Schritt wird aber meist von ärztlicher Seite initiiert. Daher ergibt sich auch, dass die Phase der Gesprächseröffnung individuell lange dauert, je nachdem, wann der Arzt oder die Ärztin die neue Phase einleitet. In dieser ersten Phase des Gesprächs nehmen die Beteiligten auch ihre institutionelle Rolle ein und werden Teil der Gesamtsituation. Die vorgebrachte Bitte nach Hilfe oder eine Frage nach den Beschwerden macht beispielsweise die jeweilige Position der Teilnehmenden klar. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 21)

Wie bereits angeführt ist nach Neises (2005) die Anfangsphase des Gesprächs für das positive Gelingen des weiteren Gesprächsverlaufs ausschlaggebend, da in dieser ersten Phase die Beziehungsbasis zwischen PatientInnen und ÄrztInnen hergestellt wird. (NEISES, 2005, S. 116)

Die Begrüßungsphase wird meist vom Arzt oder der Ärztin eingeleitet und auch jegliche weitere Kommunikationsbereitschaft wird vom Arzt oder der Ärztin initiiert. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 21–23)

Auch die Vorstellung und Situierung gehören zu einem abgerundeten Eröffnungsgespräch. Damit ist gemeint, dass ÄrztInnen sich namentlich bei ihren PatientInnen vorstellen und auch ihre Funktion und Aufgabenbereiche definieren. Die Situierung wird durch bequeme und angemessene Sitzposition und auch durch die Körperhaltung der ÄrztInnen beeinflusst und gestaltet. Die vierte Handlungskomponente nach Nowak (2010) umfasst den Bereich der globalen Orientierung über den Gesprächszweck und Gesprächsverlauf, was soviel bedeutet wie die genaue Abklärung der Gesprächsziele und des zeitlichen Rahmens. (NOWAK, 2010, S. 299)

Die Möglichkeit, dass PatientInnen nachfragen können, ist unabdingbar und daher in der Gesprächseröffnung auch anzubringen. Den PatientInnen anzubieten, dass bei Unklarheiten oder Missverständnissen die Bereitschaft besteht, Antworten zu geben, ist an dieser Stelle angebracht. Der letzte Punkt der Gesprächseröffnung, der interaktive Abschluss, wird durch Gliederungssignale deutlich gemacht und dient als Überleitung zu Eröffnungsinitiativen und Eröffnungsfragen. (NOWAK, 2010, S. 235)

Die Grenze jedoch zwischen der Gesprächseröffnung und der Beschwerdeexploration, wie Spranz-Fogasy (2005) sie festlegte, ist nicht immer klar zu ziehen, da es häufig in der Anfangsphase zu Mischformen kommt, in denen schon in der Eröffnungssequenz Beschwerden präsentiert werden. Diese Möglichkeit der Mischformen kann vor allem dann bestehen, wenn die Gesprächseröffnung nicht optimal durchgeführt wurde und PatientInnen nicht über den genauen Gesprächsablauf informiert wurden.

3.3.4 Eröffnungsiniciativen

Da das ärztliche Gespräch aus Frage-Antwort-Sequenzen besteht, ist die Art der Frageformulierung ausschlaggebend. Morgan und Engel (1977) haben dazu einige Punkte ausgearbeitet, die man als Frageleitfaden bezeichnen könnte. Folgende Herangehensweise ist dabei eher normativ als deskriptiv zu verstehen:

- Die ärztlichen Fragen sollen verständlich formuliert und keine Suggestivfragen sein.
- Die Fragen müssen knapp und einfach gestellt werden. Muss der Arzt oder die Ärztin die Frage erklären, so war sie nicht patientInnenorientiert gestellt.
- Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass auf alle PatientInnen individuell eingegangen werden muss, da sie alle unterschiedlichen Bildungsstandes und auch unterschiedlicher Herkunft sind. Fachbegriffe sind also nicht förderlich für die leichte und unkomplizierte Verständlichkeit des Gesprächs. Das Fragen mehrerer Fragen gleichzeitig überfordert PatientInnen und bringt sie in die Misslage, nicht zu wissen, worauf sie zuerst antworten sollen. Daher empfiehlt es sich, immer nur eine Frage zu stellen. Der Fragemodus ist dabei immer offen, um PatientInnen Raum für ihre individuelle Entfaltung im Gespräch zu geben. Fragen, die nur mit Ja oder Nein zu beantworten sind, stören den freien und spontanen Gesprächsrhythmus der PatientInnen und sind daher nur anzuwenden, wenn Lücken am Ende geschlossen werden müssen, um ein Gesamtbild zu vervollständigen.
- Ein weiteres nützliches Instrument der konstruktiven Gesprächsführung besteht laut Morgan und Engel darin, die von den PatientInnen verwendeten Wörter zu übernehmen und nicht mit Fachjargon oder anderen Bezeichnungen zu überlagern. Spricht ein Patient beispielsweise von einem Stechen in der Brust, so soll auch die Ärztin den Begriff Stechen benutzen und diesen nicht mit „Druck“ oder „Schmerz“ ersetzen, zumindest solange bis sie genau weiß, was das Problem ist. Die persönliche Bezeichnung eines Zustandes kann durch eine Umformulierung völlig andere Dimensionen erlangen und nicht mehr dem eigentlichen Gefühl entsprechen. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 48–49)

In diesem Unterkapitel werden gesprächseinleitende Fragen und Aufforderungen dargestellt, die klassische Eröffnungszüge der Arzt-Patienten-Kommunikation repräsentieren.

3.3.4.1 Eröffnungsfragen

Die Eröffnungsfragen bestehen aus den fünf Fragemöglichkeiten – Entscheidungsfrage, offene und rituell-offene Frage, Suggestivfrage, inhaltliche Frage und Wissensfrage – und werden nun einzeln beschrieben:

Entscheidungsfragen

Entscheidungsfragen sind Fragen, die von ÄrztInnen gestellt werden, wenn eine Vorannahme über den Besuch der PatientInnen herrscht. Um das Gespräch einzuleiten und die Annahme bestätigen zu lassen, wird die Entscheidungsfrage als Einstieg in die Interaktion geäußert.

Beispiel:

A: gibt's irgendwas neues heute oder äh * kommen sie

A: wegen der alten sache ne

P: ich komm wegen ner andern

P: sache [...]

(SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 25–27).

Diese Entscheidungsfragen definieren vorab einen Rahmen, der die weitere Interaktion lenkt. In diesem Fall könnte der Arzt oder die Ärztin das Gespräch auf die Beschwerden der letzten Besuche steuern und auf ein Vorwissen zurückgreifen, oder aber den Patienten oder die Patientin das neue Thema eröffnen lassen, weswegen er oder sie nun da ist. Entscheidungsfragen sind somit am Anfang eines Gesprächs auch Orientierung für ÄrztInnen.

Die offene Frage und rituell-offene Frage

Die offene Frage „Was kann ich für Sie tun?“ und die rituell-offene Frage „Wie geht es Ihnen?“ gehören zu den Gesprächseröffnungen, die auf den ersten Blick PatientInnen Rederaum bieten, da PatientInnen frei antworten können, trotzdem aber handelt es sich um eine Interaktion, die kaum Handlungsoptionen bietet, da PatientInnen auch hier eine passende Antwort abverlangt wird. Bei der rituell-offenen Frage kommt interessanterweise hinzu, dass eine Diskrepanz entsteht. Da PatientInnen sozialisiert und institutionsgeübt sind, wissen sie, dass es im ärztlichen Gespräch vorrangig um somatische Belangen geht. Die Frage also „Wie geht es Ihnen?“ beinhaltet zum einen einen Bereich, der die Alltagskommunikation betrifft und zur Höflichkeitsnorm gehört, zum anderen aber in diesem Kontext die Frage nach dem Befinden im medizinischen Sinne. PatientInnen kommen also in eine Situation, in der sie zwei Aufgaben zu erfüllen haben, um entsprechend darauf zu reagieren. Wie im nachstehenden Beispiel kommt es daher häufig zu paradoxen Widersprüchen, die ein weiteres Mal zeigen, dass der Mensch und sein Leben von der klassischen Medizin subtrahiert wird.

A: so ** wie geht's denn im moment

P: och im moment

P: ganz gut nur die luft

(SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 25–27)

Hier sieht man eindeutig, dass die Patientin zwischen ihrem Alltagsleben und der medizinischen Welt trennt. Die Frage „Wie geht es Ihnen?“, welche auch eine Höflichkeitsfloskel ist, veranlasst PatientInnen auf zwei unterschiedlichen Ebenen zu antworten. Einerseits die alltägliche Antwort auf Befindlichkeitsfragen, die hier auch standardisiert beantwortet werden kann. Und auf der anderen Seite jedoch der kommunikative Rahmen, in dem das Gespräch stattfindet, der selbsterklärend dafür ist, dass es den PatientInnen nicht gut geht, welches zusätzlich auch Rechtfertigung für ihr Kommen ist.

Suggestivfragen

Bei Suggestivfragen handelt es sich um eine Fragemethode, die die Antwort bereits in eine bestimmte Richtung lenkt und dem oder der Befragten keine wirkliche Ausweichmöglichkeit bietet. So können ÄrztInnen angesichts eines blutverschmierten Taschentuch von PatientInnen die Frage stellen, seit wann denn der Husten blutig sei. PatientInnen könnten dadurch in Zugzwang geraten und auf diese Frage antworten, obwohl das blutige Taschentuch nur ein Abwischutensil für eine blutende Schnittwunde war. (HOPE, 1994, S. 6)

Suggestivfragen thematisieren Vorannahmen, die zu Komplikationen und Irritationen im Verlauf des Gesprächs führen können.

Die inhaltliche Frage

Die inhaltliche Frage führt direkt ins ärztliche Gespräch und thematisiert gleich zu Beginn das somatische Empfinden der PatientInnen. Ganz nach dem Muster: „Was haben Sie denn für Beschwerden?“, wäre das eine klassische Frage, die sich auf eine rein inhaltliche Perspektive beschränkt. Ein zusätzlicher Aspekt wäre, dass der Patient oder die Patientin in seiner oder ihrer Antwortmöglichkeit eingeschränkt ist und durch die einengende Frageformulierung dem Zugzwang des Arztes oder der Ärztin folgen muss. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 25–27)

Die Frage nach den Beschwerden verlangt auch eine Antwort, die sich auf Beschwerden bezieht, und lässt den PatientInnen keine Anlaufzeit, um ihre Beschwerdeschilderung an einer für sie passenden Stelle zu positionieren.

Wissensfrage

Dabei handelt es sich um eine der vier Strategien, die ÄrztInnen gleich zu Beginn eines Gesprächs anwenden, um den Wissensstand der PatientInnen einschätzen zu können. Man könnte auch von einer Frage auf einer Metaebene sprechen, da sie erst das Wissen der PatientInnen über ihr eigenes Wissen befragt. ÄrztInnen fordern dabei ihre PatientInnen auf, alles zu erzählen, was sie über ihre eigene Krankheit oder ihre Symptome wissen beziehungsweise recherchiert haben. Folgender Interviewausschnitt beschreibt diese Strategie aus der Sicht eines Arztes näher:

„[...e]he ich irgendetwas erzähle von dem, was wir dann vorhaben, von der Therapie, von dem OP-Verfahren, wie auch immer, ist meine erste Frage ‚Was wissen Sie überhaupt über das, was Sie haben und über das, was mit Ihnen gemacht werden soll?‘ Dann erzählen mir die Leute eben, was sie über ihr Problem wissen, und ... woher sie ihre Information haben. Ob sie das jetzt von ihrem Hausarzt oder von ihrem niedergelassenen Chirurgen oder aus dem Fernsehen, aus dem Internet oder ... haben.“ (TEZCAN-GÜNTEKIN, 2010, S. 101)

Im weiteren Interviewverlauf kristallisiert sich heraus, dass es sich dabei um eine Strategie handelt, die es den ÄrztInnen erlaubt, ihre PatientInnen an einer bestimmten Argumentationsstelle abzuholen und dann auch einzuholen. Die Metapher „den Wind aus den Segeln nehmen“ wirkt selbst dann, wenn PatientInnen besser informiert sind als ihre ÄrztInnen, da das paternalistische Arzt-Patient-System zu etabliert ist, um das sozialisierte Rollenverständnis zu verändern. Weiters wird die vorgetragene Information der PatientInnen von ihren betreuenden ÄrztInnen als richtig oder falsch gewertet, womit die Wissenshierarchie aufrechterhalten bleibt. Als interessante Ergänzung an dieser Stelle wird zusätzlich erwähnt, dass es sich nicht um alle PatientInnen handelt, sondern speziell um AkademikerInnen und auch LehrerInnen oder um Menschen mit chronischen Leiden, die sich im Laufe ihrer Erkrankung selbst zu ExpertInnen emanzipieren. Die Asymmetrie also zwischen den beiden InterakteurInnen kann trotz eines hohen Niveaus an Informiertheit bestehen bleiben, da selbst dann die Praxis und Erfahrung der ÄrztInnen schwerer wiegt als alles andere. (TEZCAN-GÜNTEKIN, 2010, S. 101)

Während bis jetzt Fragen aufgezeigt wurden, deren Zweck es war, das Gespräch überhaupt zu eröffnen, behandelt das folgende Kapitel 3.3.4.2 Möglichkeiten der Erzählaufforderung.

3.3.4.2 Erzählaufforderungen

Im Folgenden werden nun drei Formen einer Erzählaufforderung dargestellt. Wie es der Name bereits vermuten lässt, handelt es sich dabei um eine Aufforderung seitens der ÄrztInnen an ihre PatientInnen, ihr aktuelles Befinden näher zu erläutern.

Offene Aufforderung

Die offene Aufforderung lässt PatientInnen Raum, über ihr Belangen zu berichten, da sie keine weiteren Determinierungen bekommen. „Nun erzählen Sie mal!“ wäre eine typische offene Aufforderung, die weder einen zeitlichen noch inhaltlichen Rahmen vorgibt und PatientInnen so die Gestaltungsfreiheit bezüglich ihrer Beschwerden- und Befindlichkeitsschilderung lässt. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 25–27)

Die offene Aufforderung gibt den PatientInnen zusätzlich die Möglichkeit, ihre Prioritäten im Gespräch zu setzen und auch zu erwähnen, worüber sie gerne sprechen möchten. Die Informationen also, die auf diese Frage folgen, sind für die PatientInnen relevant und daher umgekehrt auch für ÄrztInnen wichtig.

Inhaltliche Aufforderung

Eine inhaltliche Aufforderung entspricht dem Typ „Erzählen Sie doch, warum Sie hier sind!“. Diese Aufforderung ist, im Gegensatz zur offenen, limitiert auf die Situation hier und jetzt und verlangt von PatientInnen auch eine Erscheinungsrechtfertigung. Es zeigt also deutlich, dass es institutionell erforderlich ist, einen Grund für den Besuch zu haben und ihn in dem Fall auch gleich zu Beginn zu nennen. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 25–27)

PatientInnen müssen in dieser Situation also schnell reagieren, ihren Besuchsgrund nennen und gleich in medias res gehen.

Implizite Aufforderung

Diese subtile Aufforderungsform wird in erster Linie prosodisch und intonatorisch markiert. Es wird PatientInnen nicht direkt gesagt was ihre folgenden kommunikativen Aufgaben sind, trotzdem aber in diese Richtung gesteuert. „Na, Frau XY?“ oder „Bitte?“ wären Aufforderungen, die durch die Intonation als solche wahrgenommen werden und auch von den PatientInnen individuell behandelt werden können. Die unspezifische Aufforderung jedoch kann durchaus auch zu Missverständnissen oder Störungen führen, da zu Gesprächsbeginn auch eine Begrüßungssequenz gemeint sein könnte. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 25–27)

Eine solche implizite Aufforderung kann ursprünglich von ÄrztInnen anders gemeint sein als PatientInnen sie auffassen. So kann es sein, dass PatientInnen gleich ihre Beschwerden schildern, während ÄrztInnen gerne noch ein paar persönliche Worte wechseln wollten. Die Leitung des weiteren Verlaufs hingegen übernimmt der Arzt oder die Ärztin. Es besteht also bei dieser Frageform das Potential eines Missverständnisses, welches zugunsten der ÄrztInnen ausfällt, da PatientInnen in dem Fall entweder „richtig“ oder „falsch“ antworten können.

3.3.4.3 Sich zur Verfügung stellen

Die dritte Methode der Gesprächseröffnung, nämlich das „Sich zur Verfügung Stellen“ beinhaltet auch die Methode der nonverbalen Begrüßung und gehört zu den allgemein nicht sprachlich realisierten Gesprächseröffnungen.

Dieser Eröffnungszug funktioniert ohne sprachliche Aufforderung und ereignet sich auf der nonverbalen Ebene. Der Blickkontakt spielt in den Gesprächseröffnungen eine große Rolle, denn „[d]er Blickkontakt ist vielleicht die einfachste und wirksamste Form, Interesse und Aufnahmebereitschaft zu zeigen.“ (NEISES, 2005, S. 116)

Durch Blickkontakt oder eine einladende Geste signalisiert der Arzt oder die Ärztin Gesprächsbereitschaft und lässt daher PatientInnen die freie Hand über das folgende Thema.

Obwohl diese Herangehensweise oftmals zu Irritationen seitens der PatientInnen führen kann, da Arzt-Patienten-Gespräche üblicherweise sprachlich gegliedert werden, bleibt den PatientInnen – im medizinischen Kontext – die uneingeschränkte Wahl der Themen. (SPRANZ-FOGASY, 2005, S. 25–27)

Durch die Sozialisierung der PatientInnen fehlt in dieser Situation die Gliederungsfunktion der ÄrztInnen, da diese üblicherweise die Konversation lenken. Das kann auch hier zu der Situation führen, dass PatientInnen gleich mit der Rechtfertigung ihres Besuches beginnen.

Nonverbale Begrüßung

Wenn keine Begrüßung stattfindet, so geschieht meist zumindest eine nonverbale Begrüßung. Eine typische nonverbale Gesprächseröffnung wäre das Händereichen. Ist der Patient oder die Patientin jedoch zu krank oder schwach diesem Begrüßungsritual zu folgen, so können ÄrztInnen ihre Hand auf deren Schulter oder Arm legen, um Kontakt herzustellen und Anwesenheit zu zeigen. Ein dienlicher Zusatzeffekt des Händedrucks ist, dass er ein Informationslieferant ist, was den Zustand betrifft. Haben PatientInnen feuchte oder kalte Hände, so deutet das in der Regel auf Angst hin, wohingegen ein fester und impulsiver Händedruck ein Indiz für Verharmlosung des eigenen Leidens sein kann. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 34)

3.3.4.4 Andere Möglichkeiten einer Eröffnungsinitiative

Das letzte Unterkapitel zeigt sämtliche Eröffnungsinitiativen, die den vorangegangenen drei Unterkapiteln nicht zuzuordnen waren, die dennoch aber wichtig und erwähnenswert sind.

Öffnen der Tür ohne Vorwarnung

In Institutionen wie beispielsweise Krankenhäusern kommt ein zusätzlicher Aspekt hinzu. Da PatientInnen sich in der Regel stationär in ihren Zimmern aufhalten, kommen das Pflegepersonal oder die ÄrztInnen in die Zimmer der PatientInnen. Wenn auch das Öffnen der Tür ohne Vorwarnung auf den ersten Blick nicht eine Gesprächseröffnung im üblichen Sinne darstellt, so zeigt sich jedoch anhand der Reaktionen mancher PatientInnen, dass es sehr wohl einen Einfluss auf ihr Empfinden und somit auch auf die folgende Gesprächseinheit hat. Irmgard Bauer (1996) führte eine Untersuchung durch, in der sie Fragen der Privatsphäre von PatientInnen im Krankenhaus untersuchte. Dabei zeigte sich, dass das Öffnen der Tür ohne Ankündigung oder Vorwarnung besonders negative und schamhafte Gefühle bei den Befragten hervorruft.

So berichtet eine Dame, dass die Möglichkeit, dass die Türe jederzeit geöffnet werden kann, für sie schrecklich und unangenehm sei. (BAUER, 1996, S. 103)

Dieses Eintreten der ÄrztInnen in ein Krankenzimmer gilt als erste Kontaktaufnahme zu Patient oder Patientin und ist daher ein erstes Zeichen der Interaktionsaufnahme. Das selbstverständliche Eintreten in den Krankenraum stärkt die hierarchisch gekennzeichneten Beziehungsmuster zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und unterstreicht ein Verhältnis von Macht.

Anklopfen

Im positiven Gegenzug zum Türöffnen ohne Vorwarnung lässt sich hier das Anklopfen erwähnen. Um seinem Gegenüber zu verdeutlichen, dass man im Begriff ist seinen oder ihren Raum zu betreten, klopft man „[...] an die Tür als Symbol der Grenze [...]“ (BAUER, 1996, S. 109)

Diese Annäherung an PatientInnen zeugt von Achtung und Respekt vor deren Raum und Privatsphäre und stimmt beide Beteiligten auf die Interaktion ein, indem auch PatientInnen einen Besuch erwarten. Dies kann als höfliche Form der Interaktionseröffnung beurteilt werden. Es hat sich gezeigt, dass die Frageformulierung äußerst wichtig für die Gesprächseröffnung ist, da sie hauptsächlich aus Frage-Antwort-Sequenzen besteht. Erwähnenswert ist, dass die Fragen auch zu den PatientInnen passen und durch die Fragen auch näher auf die PatientInnen eingegangen wird. Alles in allem wurden in diesem Kapitel vier Kategorien von Eröffnungsmöglichkeiten vorgestellt: die Eröffnungsfragen, die Erzählaufforderungen, das „Sich zur Verfügung stellen“ und andere Möglichkeiten der Eröffnungsinitiative.

Das zweite linguistische Gebiet dieser Arbeit beschäftigt sich, zusätzlich zu den Gesprächseröffnungen, mit dem Bereich der Anamnese. Dass die Anamnese im Erstgespräch mit PatientInnen ein wichtiger und bedeutender Bestandteil des Ablaufs ist, rechtfertigt ihre Behandlung in dieser Arbeit. Die Anamnese wird dabei einmal aus biomedizinischer und einmal aus psychosomatischer Perspektive beleuchtet.

3.4 Die Anamnese

Führen ÄrztInnen Erstgespräche mit PatientInnen, so ist das Anamnesegespräch ein wesentlicher Bestandteil der Interaktion. Eine Anamnese durchzuführen, gehört zu den geregelten und organisierten Abläufen, die den Berufsalltag von ÄrztInnen begleiten. Die Anamnesegespräche sind Gegenstand dieses Kapitels und werden in ihren gesprächstypischen Merkmalen und Aufgaben charakterisiert und beschrieben.

Anamnesegespräche finden meist zu Beginn eines Gesprächs statt, können aber auch während des ärztlichen Gesprächs stattfinden. Im Anamneseverlauf werden aktuelle Beschwerden thematisiert – die Anamnese gehört also zwar streng kategorisch zur Phase der Beschwerdenexploration, wird aber in dieser Arbeit als Ganzes behandelt, um einen Gesamtüberblick zu liefern. Eine Anamnese wird an jedem Patienten und an jeder Patientin durchgeführt. Lalouschek (2005) definiert sie folgendermaßen:

„Eine Anamnese ist das Erstgespräch, das mit Patienten bei der Aufnahme in eine Abteilung eines Krankenhauses oder beim Arztbesuch durchgeführt wird. Sie wird benötigt, um die Personalien und die beschwerderelevanten Informationen zu erheben, um eine Diagnose zu stellen und entsprechende therapeutische Maßnahmen einleiten zu können.“ (LALOUSCHEK, 2005, S. 52)

Osten (2000) meint,

„[h]ier geht es darum, einen möglichst großen ‚Pool‘ von Informationen zu gewinnen, um nachfolgende Strukturierung und Bewertung einer erzählten Geschichte gut abstützen zu können. [...] Teilweise werden Daten erfragt, teilweise beobachtet, teilweise im gemeinsamen Tun erarbeitet [...].“ (OSTEN, 2000, S. 25)

Die Anamnese ist also ein wichtiges Instrument, um relevante Informationen zu erheben und auch den weiteren Therapieverlauf der PatientInnen planen zu können. Auf der anderen Seite stehen die PatientInnen, deren Anspruch ein ganzheitlich orientierter ist. Nicht nur die Fachkompetenz der behandelnden ÄrztInnen ist gefragt, sondern auch die emotionale Unterstützung in Form von Gesprächen, Beistand und Verständnis. Das Gespräch ist dabei das geeignete Mittel der Wahl, um eine vertrauensstärkende Atmosphäre hervorzurufen. (LALOUSCHEK, 1999, S. 155)

Bei der Anamnese gibt es ein vorgefertigtes Themenschema, welches für die ärztliche Behandlung notwendig ist, aber auch hinterfragt werden muss. Es handelt sich dabei um Informationen, die für die weiterfolgende Besprechung und Behandlung notwendig sind. Das Anamnesegespräch ist also ein wichtiges Instrument für den Arzt oder die ÄrztIn, PatientInnen näher kennenzulernen und bedeutende Auskünfte über deren Leben und Gesundheit zu erfahren. Es werden Daten erhoben, die für den medizinischen aber auch bürokratischen Ablauf wesentlich sind. Dieses Anamnesegespräch umfasst Inhalte wie aktuelle Beschwerden, die für das weitere Gespräch

entscheidend sind, frühere Aufenthalte in Krankenhäusern, Operationen oder Erkrankungen. Auch Kinderkrankheiten, Medikation oder Allergien sind für das Anamnesegespräch wichtige Hinweise. (LALOUSCHEK, 1999, S. 156)

Die Anamnese hat nach Biefang (1977) auch gewisse Gütekriterien zu erfüllen, die aus folgenden Punkten bestehen:

1. Zuverlässigkeit, Überprüfbarkeit, Widerspruchsfreiheit, Vollständigkeit
2. Relevanz für Diagnose und Therapie
3. Dokumentierbarkeit

Zum Thema Widerspruchsfreiheit wird geraten, dass sämtliche Informationen, die eingeholt wurden, auf mögliche Widersprüche kontrolliert werden müssen. Diese Kontrollen werden mittels Prüffragen durchgeführt, solange, bis sich der Widerspruch wieder aufhebt und klärt. Punkt 2 und 3 sind wichtig, weil sie die Grundlage der getroffenen Entscheidungen sind. Damit meint Biefang (1977), dass sämtliche Angaben der Anamnese auf ihre Relevanz geprüft werden sollten, bevor Entscheidungen für eine Therapie gefällt oder eine Diagnose erstellt werden kann. Diese anamnestisch relevanten Informationen werden dokumentarisch erfasst. (BIEFANG, 1977, S. 149)

Für jede menschliche Kommunikation sind die Kommunikationsmittel entscheidend. Schjerve (1989) führt aus, dass auch in den Gesprächseröffnungen diese kommunikativen Mittel entscheidend für den weiteren Verlauf der Anamnese sind. Gemeint sind damit Sprache und Parasprache (sprachbegleitende Merkmale wie Tempo, Lautstärke, Betonungen, Stimmmelodie etc.) und Interjektionen (darunter fallen Seufzen, Stöhnen, Kichern, Schluchzen, Jubeln, Weinen etc.). (SCHJERVE, 1989, S. 44–45)

Weiters ergänzt Schjerve (1989), dass Körpersprache eine wesentliche Rolle spielt, wie auch äußerliche Erscheinung in Bezug auf Kleidung und Schmuck, Körperpflege und -hygiene. Er geht davon aus, dass auch das Ambiente, in dem sich ÄrztInnen und PatientInnen treffen, sich stark auf das Empfinden der Situation auswirkt. Das Spektrum reicht hier vom Krankenhaus bis zur eigenen Wohnung der PatientInnen.

Die letzten beiden Kommunikationsmittel, denen Schjerve (1989) in diesem Zusammenhang noch Bedeutung schenkt, sind die Proxemik und die Chronemik. Unter Proxemik versteht man ein kommunikatives Verhalten, welches von räumlichen Faktoren bestimmt wird. Das Nähebeziehungsweise Distanzverhältnis im Raum sowie auch der Umgang mit dem Umfeld ist damit gemeint. Chronemik hingegen bezieht sich auf die zeitliche Dimension und beschreibt die Dauer beziehungsweise den zeitlichen Einsatz von Kommunikation. (SCHJERVE, 1989, S. 44–45)

In den folgenden Kapiteln wird die Anamnese nach Lalouschek (2005), die Anamnesegespräche in zwei verschiedene Kategorien unterteilt hat, beschrieben. Diese beiden Kategorien sind einerseits die biomedizinische Anamnese und andererseits die psychosomatische Anamnese, die nun detaillierter dargestellt werden. (LALOUSCHEK, 2005, S. 52–70)

Der Grund für diese Unterteilung rechtfertigt sich aus den unterschiedlichen Prioritäten und Schwerpunkten der sprachlichen Intervention, der Diagnosestellung und Beteiligungsmöglichkeiten der PatientInnen, denn „[...] das steht in direktem Zusammenhang mit dem jeweiligen medizinischen Konzept und der Haltung, mit der den Patienten, der Erkrankung und dem Gespräch begegnet wird“. (LALOUSCHEK, 2005, S. 52)

3.4.1 Die biomedizinische Anamnese

Das biomedizinische Modell wird von der Schulmedizin als Basis in Fragen der Krankheitsentstehung und auch der Behandlung von Krankheiten benutzt. Daraus ergibt sich auch für die Anamnese, dass die Erfassung von körperlichen Auffälligkeiten und Merkmalen im Vordergrund steht. (LALOUSCHEK, 2005, S. 53)

Die folgende Liste entspricht einem vollständigen Anamnesegespräch in seinem chronologischen und thematischen Ablauf. Die Chronologie ist dabei nicht zwingend, solange alle Themen besprochen werden. Diese Bereiche sind im medizinischen Gespräch relevant: (SCHETTLER/NÜSSEL 1984 und HOPE 1990 zitiert nach LALOUSCHEK, 1999, S. 156–157)

- Aktuelle Beschwerden
- Kinderkrankheiten
- Frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Operationen
- Chronische Erkrankungen (Diabetes, Hochdruck, Rheuma etc.)
- Familienanamnese
- Allgemeinanamnese
- Aktueller Gesundheitszustand (Appetit, Verdauung und Schlaf)
- Persönliche Daten (Alter, Größe und Gewicht)
- Alkohol- und Nikotinkonsum
- Gynäkologische Anamnese bei Frauen
- Geschlechtskrankheiten
- Medikation und Allergien
- Sozialanamnese (Familienstand, häusliche Versorgung, v. a. bei älteren bzw. pflegebedürftigen PatientInnen in Hinblick auf Entlassung)
- Adresse des Hausarztes (Arzt-Brief)

Dieses Schema entspricht also einem abgerundeten Anamnesegespräch. „Vervollständigt wird die Anamnese durch eine nachfolgende körperliche Untersuchung (Abhören, Abklopfen, Blutdruck messen etc.).“ (LALOUSCHEK, 1999, S. 156)

Es gehört weiters zu den kommunikativen Aufgaben eines Anamnesegesprächs, nicht nur die medizinischen und organisatorischen Aspekte zu berücksichtigen, sondern auch eine Basis herzustellen, die Vertrauen und Verständnis bietet. Diese erste Begegnung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist ein wichtiger Teil im weiteren Beziehungs- und Interaktionsrahmen. (HOPE, 1990 zitiert nach LALOUSCHEK, 1999, S. 158) Die einzelnen Punkte der Anamnese orientieren sich an dem Konzept der Biomedizin. Damit ist gemeint, dass körperliche Phänomene vordergründig sind im Vergleich zur kranken Person. Sie lässt wenig Raum, persönliche und individuelle Darstellungen oder Erlebnisse einzubringen. (LALOUSCHEK, 2005, S. 53)

Dabei ist wichtig zu sagen, dass sich keine Anamnese ident wiederholen kann, es dennoch aber ein Grundschemata gibt, welches immer wieder das Gespräch gestaltet. Morgan und Engel (1977, S. 34–59) beschreiben die neun wesentlichen Schritte der Anamnese.

Schritt 1:

Dieser Schritt umfasst nach Morgan und Engel (1977) die Begrüßung der PatientInnen und auch die eigene Vorstellung. Zusätzlich sollen ÄrztInnen in dieser Anfangsphase auch ihre eigene Rolle als ÄrztInnen definieren und den PatientInnen näherbringen. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 34)

Schritt 2:

Diesen Schritt beschreiben sie als die Phase, in der es um das unmittelbare Befinden der Hilfesuchenden geht. Um das Gesprächsklima so angenehm wie möglich zu gestalten, wird eine optimale Sitzposition gewählt, sodass sich jeder und jede in der Situation wohl fühlen kann. Ein weiteres Kriterium von Morgan und Engel (1977), um ein Optimum an angenehmem Gesprächsklima zu erlangen, ist die Privatsphäre zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, was heißt, dass die beiden sich alleine im Raum befinden ohne dritte Personen, die durch ihre Anwesenheit den Gesprächsverlauf störend beeinflussen können. Da es sich in dieser zweiten Phase um das jetzige Befinden handelt, sollen ÄrztInnen mit einem „Wie geht es Ihnen?“ oder „Wie fühlen Sie sich?“ näher nachfragen. Die offene Frage dient als Anregung für den Patienten, frei zu erzählen, und unabhängig davon, was dann tatsächlich kommt, ermutigen ÄrztInnen ihre PatientInnen, mehr und ausführlicher zu erzählen, so Morgan und Engel (1977). Diese ersten Informationen, die von PatientInnen geäußert werden sind aufschlussreich für ÄrztInnen. Zum einen, weil sie die Persönlichkeit ihrer PatientInnen besser kennenlernen, und zum anderen, weil das Ausmaß der Beschwerden erkennbar wird und daher auch weitere Therapieschritte geplant werden können. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 34–35)

Schritt 3:

An dieser Stelle des Gesprächs geht es um die aktuellen Beschwerden der PatientInnen. Die Leidensgeschichte wird dabei von den PatientInnen selbst erzählerisch den ÄrztInnen nähergebracht. Morgan und Engel (1977) sprechen in diesem Zusammenhang auch von Landkarte, da die wichtigsten Punkte metaphorisch wie auf einer Landkarte erörtert werden. Um die wichtigsten Beschwerden in Erfahrung zu bringen empfehlen sie Fragen wie „Was für Beschwerden brachten Sie hierher?“ oder „Erzählen Sie mir bitte, was Sie ins Spital führte“. Ein wichtiger Faktor ist dabei die Art und Weise, wie PatientInnen von ihren Problemen berichten. Gerät die Darstellung ins Stocken, so fragen ÄrztInnen solange offen nach, bis die PatientInnen nichts Neues mehr zu berichten wissen.

Schritt drei dauert nach Einschätzung der Autoren circa fünf bis zehn Minuten und bringt Informationen über das Alter, alle belastenden Beschwerden, die Erzählbereitschaft und auch die Persönlichkeit. Beginnen ÄrztInnen an dieser Stelle genauer nach Einzelheiten nachzufragen, so stört das den weiteren Verlauf der Anamnese, da diese Punkte entscheidend sind. Kippt das Gespräch in einen knappen Frage-Antwort-Abtausch, so führt das meist zu einer verkrampften Atmosphäre, in der ÄrztInnen nach neuen Fragen ringen und PatientInnen passiv und schweigend abwarten, so Morgan und Engel (1977). (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 36–37)

Schritt 4:

Die Einzelsymptome, die PatientInnen in dieser Phase beschreiben, sind dominierendes Thema. Dabei sind die Reihenfolge der Nennung und die Verknüpfungen zu anderen Themenkreisen von den zuständigen ÄrztInnen laut Morgan und Engel (1977) unbedingt zu berücksichtigen. Dieser Teil soll Aufschluss geben und die persönliche, Familien-, Entwicklungs- und Sozialanamnese einführen und formen.

Die Schritte eins bis drei haben in erster Linie beziehungsgestalterische Funktion und stecken einen ersten diagnostischen Rahmen. Die genannten Beschwerden werden nun in Schritt vier näher betrachtet und sieben Dimensionen der Symptomklassifizierung unterzogen.

Es handelt sich nach Morgan und Engel (1977) hierbei um Kategorien wie:

- Die Lokalisation: Fragen nach dem Ort des Symptoms.
- Die Qualität: Wie genau fühlt sich dieses Symptom an?
- Die Intensität der Qualität: Wie stark oder leicht, fest oder bohrend fühlen sich die Schmerzen an?
- Die zeitlichen Zusammenhänge: Es wird die Chronologie der Symptome hinterfragt und beobachtet.
- Die Begleitumstände: In welchem Zusammenhang trat das Symptom auf?
- Einflüsse, welche die Beschwerden verstärken oder erleichtern: Gibt es Zeiten, in denen es

besser oder schlimmer wird?

- Die Begleitsymptome: Fragen nach weiteren Beschwerden, die im Zusammenhang zu diesem Problem auftreten.

(MORGAN/ENGEL, 1977, S. 37–38)

Alle Fragen in diesem Teil der Anamnese richten sich nach diesen sieben Dimensionen, die ein Gesamtbild des körperlichen Befindens zulassen.

Weiters muss bekannt werden, welche Medikamente eingenommen werden und welche Behandlungen bereits durchgeführt wurden. Auch Details über das Gewicht oder mögliche Gewichtsschwankungen sind Thema in dieser Phase. Und falls die ÄrztInnen noch nicht ausreichend über das Ausmaß der Behinderung Bescheid wissen, sollte auch das Gegenstand der Erörterung sein, empfehlen sie.

Morgan und Engel (1977) beschreiben diese Phase als einen kritischen Punkt im Gespräch. Denn einerseits sollen ÄrztInnen die Anamnese lenken, andererseits aber den PatientInnen ermöglichen, ihren Erzählungen freien Lauf zu lassen. Da PatientInnen sozialisiert sind, wissen sie oft nicht, welche Angaben wichtig sind und welche nicht, und so kann es zu Abschweifungen und unnötigem Detailreichtum im einen Extrem oder zu Wortknappheit und Nebensächlichkeiten im anderen Extrem kommen. In jedem Fall müssen ÄrztInnen ihre Flexibilität im Gespräch bewahren und aufrechterhalten. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 41)

Schritt 5:

Hier wird dem Leitfaden von Morgan und Engel (1977) nach bereits erwähntes früheres Leiden von den ÄrztInnen wieder aufgegriffen und kommunikativ weiterbearbeitet. Die persönliche Anamnese wird fokussiert. ÄrztInnen sind in dieser Gesprächsphase besonders an der Krankengeschichte interessiert, das heißt an schlechten und auch guten gesundheitlichen Zeiten der PatientInnen. Dabei ist nicht nur die Beschwerdeschilderung im Gesprächsfokus, sondern auch die damit verbundene Leistungsfähigkeit der Betroffenen in gesunden aber auch kranken Situationen. Die Beschreibung früherer Krankheiten ist für eine vollständige Anamnese unerlässlich, da sie zur Gesamtgeschichte der PatientInnen wesentlich beitragen. Dabei sind die zeitlichen Abfolgen, die Symptome, die Therapieverfahren und Folgen der Erkrankungen zu beachten, so wie weitere Daten bezüglich des Datums, Orts und ehemals behandelnder ÄrztInnen.

Nach der PatientInnendarstellung, so raten Morgan und Engel (1977), werden die Angaben noch folgendermaßen vervollständigt:

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Gesundheitszustand im Kindesalter

- Gesundheitszustand im Erwachsenenalter: medizinische Krankheiten, chirurgische Eingriffe, psychiatrische Krankheiten und bei Frauen eine gynäkologische Anamnese
 - Unfälle und Verletzungen
 - Allergien und Impfungen
- (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 52–53)

Schritt 6:

Familienmitglieder oder andere Menschen, die bereits Erwähnung im Gespräch gefunden haben, werden wieder thematisiert. Der gesundheitliche Zustand der Familie sowie die persönliche Beziehung der PatientInnen zu ihnen ist für den Arzt oder die Ärztin von Interesse. Die Metaebene dieser Phase entspricht laut Morgan und Engel (1977) der Familien-, Entwicklungs- und Sozialanamnese. ÄrztInnen erkundigen sich nach der Gesundheit der Familienmitglieder und wie sie deren körperlichen Zustand empfinden. Dabei gilt es herauszufinden, welche Familienangehörigen den PatientInnen viel bedeuten, da diese sie stark beeinflussen könnten. Auch innerfamiliäre Ereignisse wie Todesfälle, Pensionierungen, Krankheiten oder auch andere Schicksalsschläge werden, Morgan und Engel (1977) folgend, thematisiert, um zu sehen, wie die PatientInnen darauf reagieren. Wichtig dabei sind nicht nur die Ereignisse per se, sondern mehr deren Auswirkung auf die PatientInnen. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 53–55)

Schritt 7:

Die aktuelle Situation sowie die früheren Entwicklungen der PatientInnen werden näher beleuchtet. Wieder gilt, dass in jedem Feld die bereits zur Sprache gekommenen Inhalte wieder aufgegriffen werden. An dieser Stelle des Gesprächs hat sich im Optimalfall eine Beziehung aufgebaut, die auch Fragen über die jetzige Lebenssituation zulässt. Dabei darf in puncto Beschwerden nicht interpretativ vorgegangen werden, warnen Morgan und Engel (1977). So kann zum Beispiel eine Beförderung für einen Menschen ein langersehnter Wunsch sein, für den anderen jedoch ein riesengroßer weiterer Stressfaktor. Missinterpretationen lassen sich in solchen Fällen durch Fragen wie „Wie war das für Sie?“ oder „Wie fühlten Sie sich dabei?“ umgehen. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 55–56)

Schritt 8:

ÄrztInnen fragen systematisch nach Schmerzen oder Beschwerden an jeder Körperstelle. Die Systemübersicht ordnet die Schmerzen, Symptome und Beschwerden den wichtigsten Körpersystemen zu und geht auch der Funktion nach, fehlende Informationen aus der vorangegangenen Anamnese nachzutragen.

Morgan und Engel (1977) beschreiben, dass zu dieser Systemübersicht folgende Bereiche gehören:

Haut, hämopoetisches System, Kopf und Gesicht, Ohren, Augen, Nase und Nebenhöhlen, Mund, Rachen und Kehlkopf, Mammae, Respirationstrakt, kardiovaskuläres System, Verdauungssystem, Harnweg, männliche bzw. weibliche Genitale, Bewegungsapparat, Nervensystem, endokrines System und Psyche.

Die erwähnten Beschwerden werden anhand dieser verschiedenen Systeme abgefragt und genauer beleuchtet. So wird bei Atembeschwerden das System Respirationstrakt behandelt und in seinen Einzelheiten untersucht. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 56–58)

Schritt 9:

Es handelt sich hierbei um die letzte Phase des Gesprächs nach Morgan und Engel (1977), in der ÄrztInnen sichergehen sollten, dass sie alle wichtigen Angaben der PatientInnen ausreichend verstanden haben und dass auch die PatientInnen nun Raum haben, offene Fragen zu klären oder weitere Angaben zu ergänzen.

Abgerundet wird dieser Endschrift durch eine Erläuterung der weiteren Untersuchungsschritte. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 58–59)

Aber auch in diesem elementaren Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation sind paradoxe Handlungsschritte vorzufinden. Obwohl in einem Anamnesege spräch das Kennenlernen der PatientInnen samt allen nötigen Informationen im Vordergrund steht, lässt sich dies mit dem Arbeitsalltag nur schwer vereinbaren, so Lalouschek (1995). Zeitmangel und Druck entziehen der Interaktion jeglichen Freiraum zur kommunikativen Entfaltung. (LALOUSCHEK, 1995, S. 158)

Folgender Anforderung an ÄrztInnen während der Anamnese ist im herkömmlichen Arzt-Patienten-Gespräch nicht nachzukommen: „... Während der Anamnese folgt er dem Gedankenfluss der Patienten und geht jeder Äußerung nach wie sie sich ergibt. Erst wenn er alle Angaben hat, ordnet er sie zu einer Krankengeschichte.“ (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 31)

Und so gestaltet sich ein Anamnesege spräch meist zu einem sehr starren und strikten Abarbeiten eines vorgefertigten Schemas, welches bei den Interaktionsbeteiligten Stress erzeugt und PatientInnen ein Gefühl von Unpersönlichkeit und Verobjektivierung erzeugt. (LALOUSCHEK, 1995, S. 158)

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die anamnestische Grundstruktur von Morgan und Engel (1977) vielmehr einem Ideal als der gängigen Anamnesepraxis entspricht. Die folgenden beiden Beispiele, die aus dem Gesprächsmaterial der Untersuchung von Johanna Lalouschek zum Thema Gesprächsführung in der Anamnese entnommen wurden, dienen dazu, dies zu veranschaulichen. In beiden Fällen handelt es sich um den unmittelbaren Gesprächseinstieg einer Anamnese.

Beispiel 1:

A: sind sie zum erstn mal bei uns

P: ja

<SCHREIBT 5 SEK> gibts in er familie irgendwelche auffälligen krankheiten

(LALOUSCHEK, 2005, S. 54)

Beispiel 2:

A: so herr pm also unterhalten wir uns schön

P: bitte

A: <SETZT SICH, ORDNET DIE UNTERLAGEN> was haben sie denn für kinderkrankheiten gehabt

(LALOUSCHEK, 2005, S. 54)

In beiden Fällen orientieren sich die ÄrztInnen sofort an den standardisierten Anamneseabläufen und der Datenerfassung körperlicher Symptome, ob akut oder aus der Vergangenheit. Der Frage-Antwort-Modus ist bezeichnend für die Standardanamnese und es findet auch vonseiten der ÄrztInnen keinerlei Einführung in das Gespräch statt. Zusammengefasst lässt sich bezogen auf diese beiden Beispiele sagen, dass Schritt 1 bis 4 der Anamnese nach Morgan und Engel (1977) übersprungen wurden.

ÄrztInnen haben dadurch keine Möglichkeit auf ihre PatientInnen einzugehen und sich ihren Bedürfnissen anzupassen. Sie können nicht abschätzen, in welchem psychischen Zustand sich die PatientInnen während des Gesprächs befinden, um sie an der Stelle abzuholen und in die Handlung miteinzubeziehen. Es ist vor allem auch wichtig, sprachlich für Übereinstimmung zu sorgen und den Laien oder die Laiin an die Situation zu akklimatisieren, denn in jedem Gespräch, welches zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stattfindet, muss bedacht werden, dass zwei unterschiedliche Wahrnehmungswelten aufeinandertreffen. Man spricht in diesem Fall von der Sprache der Medizin und der Sprache der Lebenswelt. In einem biomedizinischen System, in dem der Patient oder die Patientin in erster Linie auf seine oder ihre körperlichen Zustände und Symptome hin untersucht und analysiert wird, stehen PatientInnen mit ihrer persönlichen, sozialen und biographischen Lebenswelt der Medizin gegenüber. Sie werden daher stark kategorisiert in Krankheiten oder Symptome ohne Rücksicht auf ihre Lebenssituation. Dieser Umstand entfernt PatientInnen von der therapeutischen Funktion des Arzt-Patienten-Gesprächs. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 7)

Diese Diskrepanz zwischen ärztlicher Organisationskompetenz und ärztlicher Gesprächskompetenz, die sich u. a. auch in Anamnesegesprächen zeigt, findet ihre Wurzeln schon im Medizinstudium, denn dort werden den Studierenden hauptsächlich medizinische und organisatorische Fähigkeiten antrainiert. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 15)

Folgender Interviewausschnitt bezieht sich auf die eben angeführte Diskrepanz, dass während des Medizinstudiums die medizinische und organisatorische Kompetenz im Vordergrund steht.

Der Interviewausschnitt entstammt einem Forschungsprojekt namens „Anamnesegespräche“. Im dargestellten Abschnitt wurden ÄrztInnen und Ärzte in spe zu gelehrten Anamnesegesprächen befragt. (HEIN/HOFFMANN-RICHTER/LALOUSCHEK/NOWAK/WODAK, 1985 zitiert nach LALOUSCHEK, 1999, S. 157)

Interviewbeispiel:

Im: gibts eigentlich Regeln für so eine Anamnese?

Am: ja ma lernt des während dem Studium – beziehungsweise also vor allem in den Praktika und Famulaturen die ma während des Studiums macht, wie man eine Anamnese abfassen soll. Daß ma also beginnt mit den Krankheitn in der Familie, dann die Kinderkrankheitn, frühere Krankheitn, jetzige Krankheitn, ah daß ma da also chronologisch des auflistet, ah dann daß ma eben Zusatzfragn stellt nach Alkohol, Geschlechtskrankheitn, Nikotin, Gewicht, Stuhlgang und diese Sachn. Also es ist ein relativ starres Schema – ah wo es allerdings oft so ist daß ma irgendwas vergißt.

Aus diesem Ausschnitt wird schnell ersichtlich, dass Krankheiten und die Geschichte und Fakten rund um Krankheiten für den Studenten im Vordergrund stehen, sowie auch der organisatorische Ablauf in diesem Kontext. Der Interviewausschnitt belegt weiters, dass die Kennenlernkomponente auf einer rein medizinischen Basis stattfindet. Die Anamnese wird wahrgenommen als ein Routineverfahren, welches punktweise abgearbeitet werden muss, um der organisatorischen Richtigkeit zu entsprechen. Diese erste Phase des Kennenlernens wird also von Anfang an nicht als solche empfunden, sondern dient in all ihren Facetten dazu, möglichst präzise Informationen aus den PatientInnen zu erlangen, um diese einem Raster passend zu machen.

Was in der Anamnese auf den ersten Blick aussieht wie eine Phase des Informationsaustausches, beinhaltet aber noch weitere Aspekte der Interaktionshierarchie, die sich im Anamneseverlauf zeigen. Ein wesentlicher Punkt dabei ist die Machtverteilung. Während ÄrztInnen das Gespräch lenken und das primäre Rederecht innehaben, bleibt den Patientinnen und Patienten meist nur die Rolle der reaktionären SprecherInnen. Diese Rederechtsverteilung ist ein Kontrollelement für ÄrztInnen. (LALOUSCHEK, 1999, S. 170)

Sich an den genauen Anamneseverlauf zu halten und in Form von Frage-Antwort-Sequenzen zu interagieren, ermöglicht den ÄrztInnen Kontrolle über den gesprächsorganisatorischen und inhaltlichen Ablauf des Gesprächs.

Die Gesprächsorganisation lässt sich in erster Linie über das Prinzip der bedingten Relevanz

steuern. Durch das Stellen von Fragen positionieren sich ÄrztInnen als Gesprächsorganisatoren und bringen ihre GesprächspartnerInnen in Zugzwang, zu antworten. Die höhere Gesprächsposition verdeutlicht sich vor allem in dem Punkt, dass ÄrztInnen nicht begründen müssen, welche Fragen sie stellen, und so kommt es häufig und regelmäßig zu unnachvollziehbaren Themenwechseln, die PatientInnen zwar verwirren, von ihnen jedoch nicht weiter hinterfragt werden.

Die inhaltliche Entwicklung der Konversation unterliegt ebenfalls der ärztlichen Absicht. Schrittweise und systematisch werden die für den Arzt oder die Ärztin inhaltlich relevanten Punkte der Anamnese abgearbeitet. Die PatientInnen haben keinerlei Kontrolle über den Gesprächsverlauf und können diesen thematisch auch nicht beeinflussen. Diese Tatsache verdeutlicht, dass PatientInnen in der Anamnesephase keine Gelegenheit bekommen, ihre bedeutsamen Themen zur Gesprächsmaterie zu machen.

Zusammenfassend ist also zu sagen, dass die Anamnese eine Abfolge von Frage-Antwort-Sequenzen ist und weniger einem genuinen Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen gleicht. Und selbst die Fragen folgen einem strikten Schema, welches für LaiInnen nicht transparent und durchlässig ist. Zusätzlich haben ÄrztInnen durch die Frage-Antwort-Abfolge die gesprächsleitende Funktion und können somit sowohl den organisatorischen als auch den inhaltlichen Ablauf des Gesprächs kontrollieren und dirigieren. (LALOUSCHEK, 1999, S. 162–163)

Abschließend werden folgende Punkte von Lalouschek (2005) angeführt, die während der Anamnese absolut zu vermeiden sind:

- Begrüßung und namentliche Vorstellung auslassen
 - Keine Orientierung über den Gesprächszweck und den Gesprächsverlauf geben
 - Die Anamnese Punkt für Punkt „abarbeiten“, ohne Verbindung zur aktuellen Situation herzustellen
 - Durch den Frage-Antwort-Modus PatientInnen in eine passiv-reaktive Gesprächsrolle bringen
 - Nur auf biomedizinisch relevante Informationen achten und eingehen und die lebensweltlichen Umstände der PatientInnen außer Acht lassen
 - Die akuten und aktuellen Beschwerden in Frage-Antwort-Schema erheben
- (LALOUSCHEK, 2005, S. 61)

Um das Thema der Rederechtsverteilung und Gesprächskontrolle abzurunden, soll folgender Exkurs ergänzend wirken. Es handelt sich dabei um das Thema der unbändigen Redebereitschaft aufseiten der PatientInnen und soll zeigen, dass es aus einer geschichtlichen Perspektive noch Parallelen gibt zur heutigen Gesprächspraxis. Es handelt sich dabei um einen Text aus dem Jahr 1962, der das kommunikative Machtverhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen darstellt.

3.4.1.1 Exkurs: „Uferloses Gerede“

In diesem Exkurs wird ein Bogen um das Thema Redebereitschaft und unbändiges Erzählverhalten vonseiten der PatientInnen gespannt. Der folgende Text stammt aus dem Jahre 1962 und schildert die Vorannahme, dass sich PatientInnen bei der Krankheitsdarstellung in „uferloses Gerede“ verlaufen.

„Der Kranke ist mißverstanden, wenn der Arzt ihn in seinem Leidensgefühl und seinen Ängsten nicht teilnehmend ernst nimmt oder als Routinier des Tröstens darüber hinwegleitet. Er ist mißverstanden, wenn er nicht, wenigstens einmal, sagen darf, was ihm an seiner Krankheit wichtig und bemerkenswert erscheint, wobei es eben zur ärztlichen Kunst gehört, zu verhindern, daß sich das legitime Aussprachebedürfnis des Kranken, wie nur allzu gern, in uferloses Gerede verliert. Auch der Patient soll mit der Zeit seines Arztes behutsam umgehen und darf die ärztliche Geduld nicht als eine Leistung auffassen, die er sich mit Krankenschein einhandelt.“ (BODAMER, 1962, S. 57)

Hier wird eine Situation beschrieben, in der PatientInnen ihren ÄrztInnen auf empathischer Ebene begegnen. Die Wichtigkeit, als ÄrztIn angemessen auf das Leiden der PatientInnen zu reagieren, findet Berechtigung im Text und wird als wesentliche Komponente genannt. Trotzdem gleicht dieses Mitgefühl von ärztlicher Perspektive aus einem mehr freiwilligen beziehungsweise gutmütigen Akt. Die Aussage, dass der Patient oder die Patientin nicht „wenigstens einmal, sagen darf“ welche Bedürfnisse, Ängste oder Anliegen er oder sie hat, verdeutlicht die konträren Machtpositionen, die beide Teilnehmenden im Gespräch einnehmen. Paradoxiertweise sollen die MedizinerInnen sowohl als Beistand und Mitmenschen dem oder der Hilfesuchenden beistehen, ihm oder ihr aber nicht genug Platz einräumen, mitzuteilen, worum es ihnen emotional und auch psychisch dabei geht.

Weiters spricht Bodamer (1962, S. 57) von einer speziellen Kunst, derer sich ÄrztInnen bedienen müssen, um ihren Arbeitsalltag bewältigen zu können. Es geht um die Kunst „zu verhindern, dass sich das legitime Aussprachebedürfnis des Kranken, wie nur allzu gern, in uferloses Gerede verliert.“ Die besondere Gesprächskompetenz besteht also nicht darin, PatientInnen beizustehen und ihnen ein Gefühl von Verständnis und Sicherheit zu gewährleisten, sondern vielmehr darin, ein Stoppschild an der richtigen Stelle aufzustellen, sobald PatientInnen ihrem Aussprachebedürfnis nachkommen. Die abwertende Bezeichnung „uferloses Gerede“ zeichnet ein weiteres Bild über die mangelnde Wertschätzung und Achtung vor den dargestellten Problemen und wesentlichen Anliegen der PatientInnen. Es handelt sich hierbei also nicht um eine Situation, in der ÄrztIn und PatientIn sich austauschen und gegenseitig unterstützen, sondern vielmehr um eine Gefälligkeit, die ÄrztInnen ihren PatientInnen entgegenbringen, wenn sie zuhören und sich zumindest kurz mit den Anliegen der PatientInnen auseinandersetzen. Die absolute Kontrolle und auch die

Befugnis zu agieren und inszenieren frei nach eigenen Vorstellungen, wird dem Arzt oder der Ärztin zugestanden, kaum jedoch den PatientInnen.

Obwohl dieser Textausschnitt vor knapp fünfzig Jahren entstanden ist, ist er in seiner Grundhaltung und Sicht der heutigen medizinischen Gesprächseinstellung immer noch sehr nah. Lalouschek (1995) führt dazu eine Liste von Ergebnissen diverser Studien auf, die eine Asymmetrie in der Kommunikation nachweisen. Dabei lässt sich feststellen, dass ÄrztInnen den aktiven Redepart übernehmen, das Gespräch eröffnen und beenden, die Themen bestimmen und auch die Fragen stellen. PatientInnen hingegen sind in der reaktiven Position, beantworten die Fragen und nehmen ärztliche Entscheidungen an. Ergänzend zu Bodamers (1962) Ausführungen ist vor allem die Tatsache, dass ÄrztInnen zusätzlich auch quantitativ mehr Redezeit in Anspruch nehmen. Dies resultiert daraus, dass Erzählversuche von PatientInnen häufig unterbrochen werden und die klassische ärztliche Frage in geschlossener Form an PatientInnen herantritt. Diese Frageform ist für Erzählinitiativen ungeeignet und wirkt sich daher auch auf die Redezeitverteilung aus. (LALOUSCHEK, 1995, S. 17)

Diese Haltung den PatientInnen gegenüber, in Form von kommunikativem Geiz und unnötigem sprachlichen Mehraufwand, ist nach wie vor, wie oben aufgezeigt, eine Problemlage der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Um den Kreis an dieser Stelle mit aktuellen Informationen die PatientInnengeschwätzigkeit betreffend zu schließen, werden einige Forschungsergebnisse dargestellt.

Lalouschek (1995) beschäftigt sich in ihrer Untersuchung mit Gesprächen zwischen StudentInnen und PatientInnen. Sie greift das Thema der Zeitökonomie auf und untersucht unter anderem auch das frageninitiierte Gesprächsverhalten von PatientInnen. Dabei stellt sich heraus, dass „[s]elbst wenn PatientInnen ausführlicher erzählen, [...] diese zusätzlichen Informationen stets unmittelbar mit der Erkrankung verbunden [bleiben] bzw. [...] immer wieder darauf zurück [kommen].“ (LALOUSCHEK, 1995, S. 37)

Zusätzlich wird ausgeführt, dass die mangelnde praktische Erfahrung der StudentInnen sich stark auf die Erwartungen an das Gespräch auswirken. Während die angehenden ÄrztInnen davon ausgehen, dass eine erzählauffordernde Frage von den PatientInnen sofort genutzt wird und darauf eine lange Erzählsequenz folgt, ist die Enttäuschung darüber, dass eine krankheitsbezogene und distanzierte Darstellung der PatientInnen anschließt, für die StudentInnen ernüchternd. Das zeigt lediglich, dass eine Vorannahme, nämlich PatientInnen müssten gestoppt werden, bevor das Gespräch ins Uferlose abgleitet, sich nicht bestätigt. (LALOUSCHEK, 1995, S. 111)

In der Arbeit „Effiziente ärztliche Gesprächsführung“ wird ein Beispiel ausgearbeitet, welches verdeutlicht, dass die unpräzise, missverständliche und undeutliche Ausdrucksweise und kommunikative Operation des Turnusarztes wesentlich dazu beitragen, dass die Patientin

über ihr Erzählverhalten irritiert wird. Zusammengefasst führten eine mangelnde Einführung in den Gesprächszweck und das Gesprächsziel dazu, dass die Patientin eine unklar definierte Frage beantwortet und glaubt, der ursprünglichen Intention des Gesprächs zu folgen. (MENZ/LALOUSCHEK/GSTETTNER, 2008, S. 124–125)

Die Erzählbereitschaft der Patientin wird durch eine diffus ausgedrückte Frage des Turnusarztes provoziert und lässt sich daher nicht auf ein unbändiges Redebedürfnis der Patientin zurückführen.

ÄrztInnen bevorzugen meist „[...] kooperative und interaktiv zurückhaltende PatientInnen, die den geplanten zügigen Routineablauf nicht stören.“ (LALOUSCHEK, 1999, S. 165)

Dies lässt sich auf die übergeordnete Organisationskompetenz zurückführen, derer sich ÄrztInnen in ihrem Arbeitsalltag stark verpflichtet fühlen. Die kompakte und geregelte Gesprächsführung in der Anamnesephase beispielsweise lässt sich daher auch von den schematischen und stereotypen Vorannahmen der ÄrztInnen ableiten, PatientInnen würden gerne viel und lange erzählen und daher das Gespräch dominieren. (LALOUSCHEK, 1999, S. 165)

Lalouschek jedoch berichtet von einer anderen Gegebenheit im Erzählverhalten von PatientInnen, nämlich dass PatientInnen beginnen zu erzählen, wenn gerade Gesprächspausen entstehen, in denen der Arzt oder die Ärztin den Anamnesebogen ausfüllt. Diese Gesprächspausen werden genutzt, um Persönliches und Wesentliches aus ihrem Krankheitserleben darzustellen. (LALOUSCHEK, 1999, S. 168)

Dass PatientInnen nicht mehr auf ihr Rederecht beharren oder sogar wie in Lalouscheks (1995) StudentInnen-PatientInnen-Studie einer Erzählaufforderung erst gar nicht nachkommen, liegt an der Tatsache, dass PatientInnen einen Sozialisierungsprozess durchlaufen. Der von Lalouschek (1995) benutzte und definierte Begriff des „sozialisierten Patienten“ fasst zusammen, dass PatientInnen erfahrungsgemäß wissen, „... daß ÄrztInnen eine knappe, somatisch orientierte Leidensdarstellung in ‚Berichtform‘ bevorzugen.“ (BRUCKS/SALISCH/WAHL, 1984 zitiert nach LALOUSCHEK, 1995, S. 37)

Aufgrund der fehlenden oder zumindest mangelhaft ausgebildeten Gesprächskompetenz und kommunikativen Führungsqualität der ÄrztInnen hat es sich etabliert, dass die somatische und organisatorische Zuständigkeit auch den LaiInnen unbewusst als bedeutender erscheint. Die kommunikativen Ressourcen reichen daher nicht aus, erlebensrelevante Themen der PatientInnen zu bearbeiten, und so geschieht es auch, dass im Gegenzug, aus dieser Sozialisierungsparadoxie heraus, PatientInnen körperliche Beschwerden fokussieren und – wenn überhaupt – dann eher dazu tendieren, knappe Erlebnisdarstellungen zu schildern. (LALOUSCHEK, 1995, S. 36)

3.4.2 Die Psychosomatische Anamnese

Es gehört laut Kastendieck (2000) zur psychosomatischen Diagnose beim Erstkontakt mit PatientInnen, die biopsychosoziale Gesamtstruktur zu erfassen. Das Miteinbeziehen seelischer Gegebenheiten erweitert die körperliche Untersuchung und ist charakteristisch für das psychosomatische Gespräch. Es wird davon ausgegangen, dass körperliche Symptome psychischen Ursprungs sein können und daher ein Symptom eine Botschaft der Psyche sein kann. Im Erstgespräch ist nicht vorwiegend die Zeit der entscheidendste Faktor, sondern die vorhandene Zeit unter den biopsychosozialen Kontext zu stellen. Die Gesprächszeit wird demnach genutzt, um PatientInnen in ihrer Gesamterscheinung besser kennenzulernen. (KASTENDIECK, 2000, S. 22–23)

Das Erstgespräch und die Anamnese sind bedeutsam für die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

In erster Linie ermöglicht es eine psychosomatische Diagnostik und stärkt das Vertrauensverhältnis, welches für den weiteren Verlauf ausschlaggebend ist. Weiters wird ÄrztInnen im Rahmen des Erstgesprächs bekannt, welche Ängste, persönlichen Themen und psychosozialen Zusammenhänge für den Patienten oder die Patientin bestehen. Da ÄrztInnen sich darauf konzentrieren, was PatientInnen zu berichten haben, haben sie auch die Wahrnehmungsmöglichkeit, auf Körpersprache und nonverbale Aspekte zu achten und diese in ihre Beurteilung zu integrieren. (KASTENDIECK, 2000, S. 23)

Das Anamnesegespräch an sich „... wird wie ein halbstrukturiertes Interview geführt, wobei vom Konkreten zum Allgemeinen, vom Beschwerdebild zum Gesamtbild der Lebenssituation geleitet wird.“ (KASTENDIECK, 2000, S. 22)

Die Besonderheiten beziehungsweise die ärztliche Grundeinstellung zeigt sich dabei in der Art der Fragestellung. Es ist vor allem im psychosomatischen Anamnesegespräch eine Notwendigkeit, den PatientInnen freien Raum und auch Zeit zu lassen, ihre Anliegen zu platzieren und zu thematisieren.

Fragetechniken, auf die PatientInnen nur mit Ja und Nein antworten, sind abzulehnen, wenn sie auch auf den ersten Blick zeitlich ökonomischer scheinen. Durch das Beantworten offener Fragen, die ausführlich gestellt werden, können ÄrztInnen mehr über die Persönlichkeit und das Wesen ihrer PatientInnen erfahren und somit auch leichter intime psychische Konflikte ansprechen. Durch die Offenheit des Gesprächs zeigen die Befragten, inwieweit sie bereit sind, über ihre Probleme und Beschwerden zu sprechen und können auch ihre Grenze subtiler abstecken. (KASTENDIECK, 2000, S. 22)

Diese Fragetechnik dient dazu, PatientInnen und ihre Krankheiten als multikonditional zu betrachten und auch die Mehrdimensionalität darin zu erkennen. Denn auch

„... [i]n der Psychoanalyse ist die Erkundung von Zusammenhängen zwischen Erkrankung, Krankheitsgeschichte, biographischen und familiären Aspekten von besonderer Bedeutung, zuspitzend ließe sich ja behaupten, die ganze Behandlung diene nur diesem Ziel.“ (BECKER, 1984, S. 207)

Auch die Eröffnungsphase spielt eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Anamnesegesprächen, denn in dieser Anfangsphase des Gesprächs kann ökonomische Vorarbeit geleistet werden. Gesprächsökonomie umfasst in diesem Zusammenhang die genaue Darstellung des Ablaufs des Gesprächs und der Erklärung sämtlicher Rahmenbedingungen von ÄrztInnen an ihre PatientInnen. Diese Ökonomie wird durch Orientierung im Gespräch geschaffen, denn „... [b]eide Interaktantinnen können sich sehr präzise auf Inhalt, Qualität und Verlauf des Gesprächs einstellen [...]“ (LALOUSCHEK, 2005, S. 63)

Damit werden unnötige Kollisionen, Fehlinterpretationen und Unklarheiten gleich zu Beginn der Anamnese geklärt. Vor allem dann, wenn PatientInnen den Gesprächsmodus der Psychosomatik nicht gewohnt sind, ist diese Einführung in diese Gesprächskultur vonnöten, da PatientInnen sonst der schulmedizinischen Gesprächsführung vertraut sind. (LALOUSCHEK, 2005, S. 63)

Folgendes Beispiel veranschaulicht eine Orientierungshilfe zu Beginn der Anamnese:

Ä: ich hab/wir ham ne dreiviertel/gute dreiviertel stunde zeit für das gespräch * und ich mach es gerne sodass ich mir erst mal erzählen lasse mit welchem * konflikt oder problem sie kommen * und dass ich dann auch * die fragen ergänze * wo mir auch dann information fehln ja

P: mhm * problem is

Die Patientin weiß in dem Fall, dass zuerst sie ihr Problem schildert und in der aktiven SprecherInnenrolle ist, während in der zweiten Gesprächshälfte die Ärztin sich einschaltet und ergänzende Fragen stellt. Auch die zeitlichen Ressourcen sind vorab geklärt und auf der Beziehungsebene begegnen sich beide Interaktantinnen als ebenbürtige Gesprächspartnerinnen. Das erkennt man vor allem auch am Nachfragen der Ärztin, ob die Patientin mit dieser Vorgehensweise einverstanden ist. (LALOUSCHEK, 2005, S. 63)

Zum Thema Gesprächsökonomie ist abschließend zu sagen, dass eine gemeinsame Orientierungsphase, bestehend aus Begrüßung, Vorstellung samt Namen und Funktion, Aufklärung über Gesprächszweck und Gesprächsablauf, unabdingbar ist, um eine patientInnenorientierte Gesprächsqualität zu sichern. (LALOUSCHEK, 2005, S. 70)

Im Folgenden wird eine Form der Anamnese dargestellt, die sich von der prototypischen Anamnese, wie in Kapitel 3.4.2 beschrieben, abhebt. Adler und Hemmeler (1992) haben eine

alternative Vorgehensweise entwickelt, die mehr einer Interviewsituation gleicht als einem punktuellen Abarbeiten des Fragebogens. Die Situation wird metaphorisch transportiert, so „... dass das Ziel des Interviews jetzt darin besteht, die Daten aus diesen Schritten nicht wie Perlen an einer Schnur aufzureihen, sondern so wie Fäden in einen assoziativen Teppich einzuweben.“ (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 17)

Das Interview besteht aus zehn Interviewschritten, die nicht in chronologischer Reihenfolge geschehen müssen, sondern dem spontanen Gesprächsverlauf unterliegen.

Da es im Gespräch im Vordergrund steht, das patientInneninitiierte Erzählen zu stimulieren, arbeiten die InterviewerInnen sowohl mit offenen als auch geschlossenen Fragen. In der Phase der Anamneseerhebung entsteht meist eine situationsbedingte Abwechslung zwischen den beiden Fragetypen. Es gilt prinzipiell während des Gesprächs zwei Anforderungen zu erfüllen, die dem Arzt oder der Ärztin während der gesamten Berufslaufbahn begegnen. Es handelt sich dabei einerseits um die mitempfundene Anteilnahme und Empathie für die PatientInnen, andererseits jedoch um das Zügeln und Kontrollieren der eigenen Gefühle und Emotionen, um eine nüchterne und neutrale Position beizubehalten. Diese Bedingungen in einem Gespräch zu verwirklichen gleicht einer Gratwanderung und stellt sich in vielen Situationen der Arzt-Patienten-Kommunikation als große Herausforderung dar.

Aufgabe des oder der Fragenden ist es nicht, das Gespräch, wie bereits beschrieben, abzuhandeln und Schritt für Schritt zu lenken, sondern die Befragten frei und möglichst spontan berichten und erzählen zu lassen, um eventuell im Nachhinein strukturierende Gesprächsarbeit zu leisten. Wichtig dabei ist, die PatientInnen als individuelles Gegenüber zu erfassen und in all ihren körperlichen, psychischen und auch sozialen Facetten zu begreifen. Fokussiert wird im Gespräch also vorrangig die Wirklichkeit und das Leben der PatientInnen, nicht die der Institution. Diese Form des Gesprächs wirkt sich natürlich auf den ersten Blick intensiver auf die zeitlichen Ressourcen aus, da es einer aufwändigeren Auseinandersetzung mit PatientInnen bedarf. Geschlossene Fragen bringen vielleicht schneller verwertbare Antworten für ÄrztInnen, aber vor allem für die institutionalisierten Anforderungen. Im Ganzen und weitsichtiger gedacht, entgehen den ExpertInnen viele Details und subtile Informationen, die den Heilungsprozess verzögern und die PatientInnengeschichte komplizierter gestalten können. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 9–12)

Es werden nun zehn Interviewschritte näher erläutert und diskutiert. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 13–21)

Erster Schritt: Vorstellung, Begrüßung

Dieser erste Schritt dient nach Adler und Hemmeler (1992) dazu, dem hilfeschenden Gegenüber mitzuteilen, dass man es wahrgenommen und bemerkt hat, damit sich niemand wie

eine Nummer fühlen muss. Weiters, ergänzen sie, ist es Aufgabe der ÄrztInnen, sich namentlich vorzustellen, damit PatientInnen wissen, an wen sich ihre Mitteilungen richten. (ADLER/HEMMELE, 1992, S. 13)

Elighausen und Rippmann (2008) ergänzen, dass eine freundliche Begrüßung und eine namentliche Vorstellung die ersten Schritte sind, um Vertrauen zwischen den PatientInnen und den ÄrztInnen aufzubauen.

In der Realität scheitern diese ersten Schritte jedoch meist an organisatorischen Zwängen, weshalb sie dann meist in fragmentierter Form stattfinden. (ELIGHAUSEN/RIPPMANN, 2008, S. 212–213). Erschwerend kann hinzukommen, dass „Hinweise auf die Zeit [...] den Patienten in eine passive Rolle [drängen], da er den Ablauf der Routine nicht behindern möchte.“ (ELIGHAUSEN/RIPPMANN, 2008, S. 213)

Zweiter Schritt: Gestalten einer günstigen Situation

In diesem zweiten Interaktionsschritt nach Adler und Hemmeler (1992) versetzen sich InterviewpartnerInnen bereits in die Situation ihrer PatientInnen. Es wird eine Gesprächssituation geschaffen, die für die PatientInnen möglichst angenehm und komfortabel ist. Diese Vorkehrungen beinhalten Punkte wie Sitzposition, Distanz zueinander, Raumatmosphäre, Störfaktoren, Geräuschkulisse etc. Es wird also darauf geachtet, dass die Interviewten durch keine äußeren Einflüsse behindert oder unangenehm gestört werden. (ADLER/HEMMELE, 1992, S. 13)

Dritter Schritt: Landkarte der Beschwerden

PatientInnen werden in dieser Stufe zur aktiven Gesprächsteilnahme ermuntert. Erstmals kommt der bio-psycho-soziale Aspekt zum Tragen, der den ÄrztInnen durch offenes Fragen zugänglich gemacht werden soll. Es werden also die soziale Situation, die psychische Verfassung und auch die körperlichen Beschwerden eingeführt.

Fragen in dieser Phase könnten nach Adler und Hemmeler (1992) beispielsweise wie folgt lauten:

- Wie fühlen Sie sich?
- Erzählen Sie mir bitte mehr darüber.
- Haben Sie sonst noch etwas verspürt?

Zentral dabei ist, darauf zu achten, in welcher Form PatientInnen ihren ÄrztInnen begegnen und welches Erzählverhalten dabei auftritt. (ADLER/HEMMELE, 1992, S. 14)

Vierter Schritt: Jetziges Leiden

Das jetzige Leiden der Interviewten wird aufgrund der erwähnten Symptome hinterfragt. Die näheren Umstände werden betrachtet und ermittelt. Dabei unterscheidet, so Adler

und Hemmeler (1992), der oder die Interviewende zwischen einzelnen Symptomen und Symptombündeln. Haben PatientInnen auffällig viele Beschwerden, so werden diese nach sieben Dimensionen beleuchtet. Es handelt sich dabei um das zeitliche Auftreten, die Qualität der Symptome, die Intensität, die Lokalisation und eventuelle Ausstrahlung vom Schmerz, Verschlimmerungsmerkmale oder Verbesserungsmerkmale sowie zuletzt die Erscheinungsumstände und Zusammenhänge.

Erwähnenswert ist, dass beim zweiten Punkt – Schmerz- und Symptomqualität – PatientInnen häufig nicht das entsprechende Fachvokabular parat haben und sich in dieser Phase mit ihren alltäglichen Schmerzbeschreibungen und ihrem laiInnenhaften Sprachgebrauch behelfen. Es ist an dieser Stelle daher wichtig, dass der oder die Interviewende diesen Wortschatz annimmt und auch hinterfragt, da PatientInnen oft auch fachinterne Wörter benutzen, damit aber andere Assoziationen verbinden bzw. etwas anderes damit meinen.

Schritt vier verfolgt die Intention von Adler und Hemmeler (1992), das Gespräch in eine Richtung zu lenken und zunächst eine Diagnose zu stellen. Damit auch hier der oder die Befragte nicht in einen bestimmten Kurs gedrängt wird, bleibt es bei der offenen Fragemethode. In der vierten Interviewstufe werden also Symptome offen erfragt und nur aus einer Präziserungsnot heraus auch mit geschlossenen Fragen ergänzt. Ziel ist es dabei, eine Diagnose zu stellen, die den biochemischen und schulmedizinischen Voraussetzungen entspricht, die Hilfesuchenden aber als ein Ganzes in ihrem psychischen und sozialen Leben wahrnimmt. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 15–17)

Fünfter bis achter Schritt: Persönliche Anamnese, Familienanamnese, psychische Entwicklung, Soziales

In dieser Anamnesephase werden die früheren Leiden und Beschwerden der PatientInnen und Angehörigen behandelt sowie auch die psychische und soziale Lebenssituation. Diese Punkte werden dabei nicht im Einzelnen abgehandelt, sondern folgen dem natürlichen Gesprächsverlauf, ohne dabei einer oktroyierte Struktur zu gehorchen. Stufe fünf bis acht vervollständigt das PatientInnenbild und schafft vor allem für die InterviewerInnen Klarheit darüber, wie es um die PatientInnen steht. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 17–19)

Neunter Schritt: Systemanamnese

Die Systemanamnese ergänzt, wie der Name vermuten lässt, systematisch fehlende Angaben, die ÄrztInnen benötigen. Alle wichtigen Informationen, die während Schritt drei bis acht nicht spontan von dem oder der PatientIn geäußert wurden oder bewusst nicht von den InterviewerInnen erfragt worden sind, werden also, so empfehlen es Adler und Hemmeler (1992), in Schritt neun nachgeholt.

Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass ÄrztInnen an dieser Stelle des Gesprächs nicht ihren Fragestil wechseln, sondern die vorangegangene Gesprächsweise beibehalten. In Anbetracht der systematischen Vorgehensweise ist das Abhaken von Restpunkten natürlich verlockend, sollte aber im Sinne eines kongruenten Gesprächsklimas vermieden werden. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 19–20)

Zehnter Schritt: Fragen, Pläne

Dieser abschließende Punkt bietet den PatientInnen Gelegenheit, Fragen zu stellen oder Unklarheiten zu diskutieren. Weiters werden zukünftige Therapiepläne und Vorgehensweisen gemeinsam besprochen. Das Wort *gemeinsam* wird von Adler und Hemmeler (1992) dabei besonders betont, da sich die InterviewerInnen auch in dieser letzten Phase um einen Dialog mit den betroffenen PatientInnen bemühen sollten. (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 20–21)

Die folgende Abbildung veranschaulicht auf einen Blick die Interviewschritte und verinnerlicht darin auch die Metapher eines gewebten Teppichs, der ein aus verschiedenen Fäden gewebtes Gesamtbild ergibt.

Die für die Interviewschritte benützten Signaturen (1–10)



Abbildung 4 (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 21)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Vorgehensweise von Adler und Hemmeler als idealisierter Leitfaden für das Arzt-Patienten-Gespräch konzipiert worden ist. Ihr drittes Kapitel widmen sie dem Thema „Schwierigkeiten und Besonderheiten im Interview“. Eine nennenswerte Besonderheit ist, dass PatientInnen in ihren bisherigen Kontakten zu medizinischen Instituten

einen gewissen Ablauf gewohnt sind und sich an dem Routineablauf orientieren. Die Sozialisation der PatientInnen kann zu Verwirrung und auch Passivität führen. Dies zeigt sich vor allem in der ersten Fragerunde, wenn ÄrztInnen offene Fragen stellen und die Befragten auch dazu auffordern, von sich aus zu berichten. Da das keine herkömmliche Situation für PatientInnen ist, fordert es ein spezielles kommunikatives Geschick vonseiten der ÄrztInnen. Unerfahrene und ungeübte ÄrztInnen können somit große Schwierigkeiten haben, das Gespräch der eigentlichen Intention nach zu führen.

Adler und Hemmeler (1977) zeigen keine genauen Formulierungen oder Gesprächstechniken zu den zehn Punkten auf, die den Interviewenden eine konkrete Aussage ermöglicht. Im herkömmlichen Anamnesegespräch orientieren sich ÄrztInnen an einem Anamnesebogen, den sie vor sich haben, um ein eventuelles Vergessen zu vermeiden. Bei ÄrztInnen, die eine psychosomatische Anamnese durchführen, verhält es sich so, dass sie die Anamnese freier gestalten und keine Anleitung vor sich haben, was von ihnen ein sehr konzentriertes und aufmerksames Zuhören erfordert.

Bei einer Fülle an wichtigen Informationen kann diese fehlende Mitschrift bei mangelnder Erfahrung mit diesem Diskurstyp das Gespräch aus dem Gleichgewicht bringen. All diese Faktoren können zu für den Gesprächserfolg bedrohlichen Komplikationen führen, da viele Komponenten von vornherein gut aufeinander abgestimmt sein müssten, damit der Dialog fruchtet.

Es braucht Sicherheit und Kompetenz, diese komplexen Gesprächsabläufe so zu verinnerlichen, dass die ÄrztInnen schließlich eine unbefangene Gesprächsatmosphäre erzeugen können.

Adler und Hemmeler sprechen zudem auch von einer asymmetrischen Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. So kann es dazu kommen, dass PatientInnen auch intime Details und Informationen ihrer ÄrztInnen abfragen. Die Offenheit, mit der PatientInnen ihren ÄrztInnen begegnen, beruht in diesem Fall nicht auf Gegenseitigkeit. Da das Gespräch eine sehr persönliche Ebene erreichen kann, kann es zu Verwirrungen auf der Beziehungsebene kommen.

Adler und Hemmeler (1992) meinen dazu, „... [d]er Arzt soll nicht aus der Überlegung heraus, dass intime Angaben des Patienten eine ebensolche Offenheit von seiner Seite verlangen, über sich zu erzählen beginnen.“ (ADLER/HEMMELER, 1992, S. 49)

Dieser Punkt ist einer von vielen Problemaspekten, der psychosomatischen Anamnese. Folgendes Kapitel wird diesen Schwierigkeiten Rechnung tragen und zeigen, welchen Herausforderungen in der psychosomatischen Anamnese ÄrztInnen gegenüberstehen.

3.4.3 Schwierigkeiten bei der Anamnese

In der Anamneseerhebung kann es auch zu Situationen kommen, die für ÄrztInnen eine Herausforderung bedeuten und ungeübte ÄrztInnen vielleicht sogar stark verunsichern.

Folgende Punkte veranschaulichen, um welche Schwierigkeiten es sich dabei handelt.

Fragen über die Erkrankung, Untersuchung und Behandlung

PatientInnen können durch ihre eigene Verunsicherung ihren Gesundheitszustand betreffend ihre behandelnden ÄrztInnen mit Fragen konfrontieren, die noch nicht beantwortbar sind. Morgan und Engel (1977) raten daher, die PatientInnen darüber aufzuklären, was gerade passiert und welche Schritte noch benötigt werden, um eine klare Antwort erteilen zu können. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 63–69)

Persönliche Fragen

Da in der Anamnese auch persönliche Angelegenheiten besprochen werden, kann es zu unklaren Grenzen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen kommen. Richten PatientInnen persönliche Fragen an ihre ÄrztInnen, so sollten diese nur in einem sachlichen Rahmen beantwortet werden. Trotz des Bestrebens einer gelungenen und mitfühlenden Kommunikation, ist es dennoch wichtig zu bedenken, dass die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sich in ihren Funktionen unterscheiden.

Die andere Variante wäre, dass die befragten PatientInnen feindselig oder angriffslustig auf gestellte Fragen reagieren. Die Bearbeitung eines schweren Unfalls oder sogar Todesfalls im Gespräch kann dazu führen, dass dies als Attacke oder Kritik aufgefasst wird.

Persönliche Fragen verlangen auch, die Persönlichkeit ein wenig zu offenbaren, und so kann es zu Schwierigkeiten im Gespräch kommen, so Morgan und Engel (1977).

Eine häufig gestellte Frage während der Anamnese wäre die nach Ernährung, Alkohol- und Zigarettenkonsum. Fühlen sich PatientInnen angeklagt oder beurteilt, so kann auch dies zu einem Knackpunkt werden, der das Gespräch nachhaltig beeinflusst.

Morgan und Engel (1977) raten diesen Gegenfragen beziehungsweise Reaktionen professionell gegenüberzustehen und die PatientInnen darauf hinzuweisen, dass es rein um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden geht. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 63–64)

Den anderen problematischen Aspekt der persönlichen Fragen fasst Kropiunigg (1989) zusammen. Dieser Aspekt handelt von sozial angepassten Fragen, die mehr den scheinbaren

Erwartungen der ÄrztInnen gerecht werden sollen. PatientInnen geben daher die Antwort, von der sie annehmen, dass der Arzt oder die Ärztin sie hören möchte. Diese Reaktion ist Folge der Sozialisierung von PatientInnen. Die meist ungleiche Gesprächsebene, auf der sich die Beteiligten treffen, eröffnet ein Szenario, in dem PatientInnen in eine Situation kommen, ÄrztInnen überhaupt entsprechen zu wollen. (KROPIUNIGG, 1989, S. 52–53)

Schweigen

Morgan und Engel (1977) beschreiben, dass es durchaus passieren kann, dass PatientInnen auf eine gestellte Frage schweigen. Diese Gesprächspause scheint im ersten Moment die gesamte Konversation zu gefährden. Besonders angehende ÄrztInnen, die erst wenig Erfahrung sammeln konnten, fühlen sich sehr schnell stark verunsichert. Tatsache ist, dass es für jedes längere Schweigen Gründe gibt.

Entweder PatientInnen denken nach und benötigen einfach mehr Zeit, um eine Antwort zu formulieren, oder es kann auch möglich sein, dass PatientInnen das Gespräch im Kopf Revue passieren lassen müssen, um eine moderate Antwort zu geben.

Ein häufiger Grund jedoch ist die mangelnde Gesprächskompetenz der ÄrztInnen, die Anamnese gesprächsfreundlich zu gestalten. Werden am Anfang beispielsweise viele Fragen gestellt, so können PatientInnen in eine passive Rolle abgleiten, in der sie auf neue Fragen warten, die knapp und zeitökonomisch zu beantworten sind, ohne weitere Auskünfte zu geben. Sind die Fragen jedoch aufwändig und kompliziert, so kann es sein, dass PatientInnen dem Gesprächsverlauf einfach nicht mehr folgen können. Im Extremfall kann das Schweigen motiviert sein durch eine falsche oder beleidigende Bemerkung, die ÄrztInnen ihren PatientInnen gegenüber gemacht haben. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 64)

Auch bei Desinteresse kann Schweigen auftreten. Häufig sind Menschen bei ÄrztInnen, obwohl sie innerlich schon aufgegeben haben, erläutert Kropiunigg (1989) dazu. Sie suchen ÄrztInnen auf, um vielleicht jemandem einen Gefallen zu tun, oder aus anderen, vielleicht bürokratischen Gründen. Selbst wenn sich PatientInnen darüber nicht bewusst sein sollten, so ist es umso wichtiger, dass ÄrztInnen diese Resignation erkennen. (KROPIUNIGG, 1989, S. 52–53)

Weinen

Beginnen PatientInnen während der Anamnese zu weinen, so steht jedenfalls für Morgan und Engel (1977) fest, dass ein Thema angesprochen wurde, welches den Patienten oder die Patientin emotional berührt hat und für ihn oder sie von Wichtigkeit ist. Öffentliches Weinen löst in unserer Gesellschaft ein Gefühl von Befremdung aus und auch ÄrztInnen sind nicht vor einer solchen Reaktion gefeit. Weinen PatientInnen während der Anamnese, so hat es absolute Priorität

abzuwarten, bis sich die Situation beruhigt hat, und es sollte auf gar keinen Fall gleich das Thema gewechselt werden. Verständnissvolle Bemerkungen und eine geduldige Haltung vonseiten der ÄrztInnen gehören zu den professionellen Reaktionen. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 64–65)

Feindseligkeit

Manchmal kann es geschehen, dass PatientInnen während der Anamnese gemein, feindselig oder zynisch sind und somit das Gesprächsklima gefährden. Für dieses Verhalten gibt es nach Morgan und Engel (1977) unterschiedliche Beweggründe.

Es besteht die Möglichkeit, dass PatientInnen bereits verärgert durch andere medizinische Ereignisse ins Anamnesegespräch eingestiegen sind und die unmittelbare Situation gar nichts mit der Verstimmung zu tun hat. Da es für eine gute Anamnese die konstruktive Beteiligung beider Parteien erfordert, empfiehlt es sich, mit der Anamnese erst fortzufahren, wenn PatientInnen ihren Kummer mitteilen, empfehlen Morgan und Engel (1977).

Aggressiven und feindseligen PatientInnen geht es vorrangig um ihre Angst, die Kontrolle zu verlieren und der Situation ohnmächtig gegenüber zu stehen. Das Gegenteil dieser Gruppe sind die abhängigen und fordernden PatientInnen. Sie zeichnen sich aus durch ständiges Beschweren und Begehren. Sie leben in Abhängigkeit zu ihrem Umfeld und erwarten permanente Unterstützung und Aufmerksamkeit. Wird der Patient oder die Patientin seiner oder ihrer Meinung nach nicht genug beachtet, so kann er oder sie während der Anamnese schnell feindselig und sarkastisch werden.

Die Steigerung all dieser Formen findet sich in paranoiden PatientInnen wieder, die ÄrztInnen eine hinterhältige und trügerische Absicht während der Befragung unterstellen. Plötzliche Wutausbrüche oder verbale Angriffe sind keine Seltenheit. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 65–68)

Das Verleugnen und Vorenthalten von Angaben

Haben PatientInnen Angst oder Scham vor möglichen Folgen, so kann es vorkommen, dass sie Tatsachen verfälschen, ihre Leiden verharmlosen oder ihren ÄrztInnen Informationen vorenthalten. Dieses Verhalten, so beschreiben es Morgan und Engel (1977), wird meist von hektischen Gesten, Erröten und unpassendem Lächeln begleitet. ÄrztInnen, die diese Signale erkennen können, lassen das Thema am besten fallen und versuchen, sich zu einem späteren Zeitpunkt nochmals daran heranzutasten. (MORGAN/ENGEL, 1977, S. 68–69)

Identifikation und Idealisierung

Unter Identifikation versteht Kropiunigg (1989), dass PatientInnen jegliches Handeln ihrer

ÄrztInnen akzeptieren, ohne jeglichen kritischen Filter und ohne das ärztliche Verhalten zu reflektieren. Diese bedingungslose Akzeptanz führt zu einem Abgeben der Eigenverantwortung und entfremdet PatientInnen von ihrem eigenen Körper, da er nicht mehr der eigenen Bestimmungsgewalt unterliegt. (KROPIUNIGG, 1989, S. 52–53)

Im Fall der Idealisierung hingegen werden ÄrztInnen unbewusst von PatientInnen bewundert und vergöttert. Eine solche Verherrlichung erweitert die Hierarchieschere, warnt Kropiunigg (1989), und überträgt den ÄrztInnen jegliche Verantwortung. PatientInnen denken an dieser Stelle nicht mehr kritisch mit und sind somit auch, ähnlich wie bei der Identifikation, unmündig ihrem eigenen Körper gegenüber. (KROPIUNIGG, 1989, S. 52–53)

Abschließend ist zu sagen, dass solche Situationen nicht einfach zu meistern sind und aufseiten der ÄrztInnen ein breites Spektrum an Handlungsvarianten erfordern. Es besteht immer auch die Möglichkeit, die Situation abzubrechen und später anzuknüpfen oder bei den PatientInnen zu bleiben. ÄrztInnen sollten jedenfalls ihre PatientInnen und auch deren Gefühlsregungen verstehen und respektieren oder auch der Krankheit zuschreiben.

Es darf jedenfalls nicht die Person abgelehnt werden, sondern höchstens ein Verhalten dieser Person, die unter besonderen Umständen steht. Dieses Verständnis und die nötige Distanz zum Gesagten sind für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung unerlässlich.

Es hat sich also gezeigt, dass die Anamnese ein sehr wichtiges Instrument ist, da es jeden Patient und jede Patientin betrifft und auch jede medizinische Schule, von Biomedizin zu Psychosomatischer Medizin. Die Anamnese an sich enthält ein vorgefertigtes Themenschema und dient dazu, das Leben und die Gesundheit der PatientInnen näher kennenzulernen. Im Kapitel Anamnese wurde dabei die Anamnese mit biomedizinischer Basis von der psychosomatischen Anamnese unterschieden.

Dabei ist aufgefallen, dass bei der Anamnese mit biomedizinischen Grundzügen die Fragen sich auf Krankheitsentstehung und Behandlung von Krankheiten fokussieren. Im Wesentlichen werden körperliche Merkmale und Auffälligkeiten besprochen, wobei die Reihenfolge des Fragenkatalogs nicht zwingend eingehalten werden muss. Das Spektrum der Fragen reicht von aktuellen Beschwerden und früheren Krankheiten bis hin zur Klärung organisatorischer Elemente, wie der Adresse der HausärztInnen. Die körperlichen Phänomene sind dabei immer im Mittelpunkt der Anamnese, die aus einer kritischen Perspektive oftmals starr wirkt. Die prototypische Anamnese mit biomedizinischer Basis findet meist als ein Gespräch in Frage-Antwort-Sequenzen statt.

Bei der psychosomatischen Anamnese richtet sich die Gesprächszeit stark nach dem bio-psycho-sozialen Kontext, da das soziale und psychische Leben der PatientInnen genauso im Mittelpunkt steht wie biologische Faktoren. Vertrauen spielt dabei eine wesentliche Rolle und so werden auch

Themen wie Angst oder alltägliche Probleme besprochen, damit PatientInnen sich öffnen und im Gespräch möglichst frei entfalten können. Bei der psychosomatischen Anamnese handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview, in welchem die offenen Fragen überwiegen. Da in der psychosomatischen Anamnese PatientInnen mehr über persönliche Belange sprechen, braucht diese Form der Anamneseerhebung deutlich mehr Zeit. Auch hier ist die Reihenfolge der Themen nicht zwingend mit dem „Leitfaden“ identisch.

Ob es nun die biomedizinische oder die psychosomatische Anamnese ist, Schwierigkeiten und Herausforderungen gibt es in beiden Fällen. Diese Hürden wurden in Kapitel 3.4.4 überblicksmäßig dargestellt und erläutert.

4. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden die zwei medizinischen Schulen Biomedizin und Psychosomatische Medizin nach bestmöglicher Abgrenzung in puncto Anamnese und Gesprächseröffnung aus linguistischer Perspektive beleuchtet. Die Biomedizin findet ihren Ursprung im naturwissenschaftlichen Denken und dem Dualismus und hat die primäre Aufgabe der Aufhebung körperlicher Störungen. Hektik und alltäglicher Stress in der Praxis medizinischer Facheinrichtungen erfordern es, faktenorientierte Inhalte zu fokussieren und PatientInnen lediglich anhand von Symptomen und Checklisten in reduzierter Art und Weise „abzuarbeiten“.

Diese Gegebenheit formt auch die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen im Rahmen der biomedizinischen Untersuchungen. Das paternalistische Modell, welches ÄrztInnen als aktive und bestimmende GesprächsteilnehmerInnen sieht, ist demnach nicht per se das Beziehungsmodell der Biomedizin, sondern ergibt sich durch die meist zeitbedingten limitierten Umstände als Interaktionsmodell zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Es konnte erkannt werden, dass die Partizipationsbereitschaft der PatientInnen sowie auch der Charakter der ÄrztInnen entscheidend für Qualität, Umfang und Tiefe des Gesprächs sind.

Die Psychosomatik als zweite medizinische Schule sieht in jedem Krankheitsgeschehen eine Wechselwirkung und Beeinflussung von Körperlichem und Seelischem. Wie auch in der Biomedizin ergibt die Haltung der PatientInnen und der ÄrztInnen zusammen ein Ganzes. So spielt beispielsweise die Selbstreflexion der ÄrztInnen sowie auch das Interesse an PatientInnen auf nicht nur rein somatischer Ebene eine große Rolle. Im Vergleich zu der Orientierung an Fakten und medizinischen Inhalten ist das Zusammenführen dieser somatischen und psychischen Elemente in der medizinischen Verankerung der westlichen Kultur nicht üblich und somit auch eine der Hürden der Psychosomatik.

Die Psychosomatik stellt die Eigenverantwortung sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich in den Mittelpunkt. Daraus lässt sich ableiten, dass aus kommunikativer Perspektive das psychische, soziale und auch körperliche Wohlergehen der PatientInnen im ganzheitlichen Fokus stehen und das Zuhören der ÄrztInnen die Interaktion mit steigender Empathie korrelativ begünstigt.

Diese Empathie ist es auch, die es bereits in den ersten Sekunden des Kontaktes zu präsentieren gilt und die damit einen entscheidenden Einfluss auf das weitere Gespräch darstellt. Es gilt, dass der Einstieg ins Gespräch richtungweisend für seinen weiteren Verlauf ist. Die kommunikativen Aufgaben der Gesprächseröffnung erstrecken sich dabei von Eröffnungsinitiativen bis hin zum Informationsaustausch. Der kommunikative Aufbau der Eröffnungen sorgt dabei für Sicherheit, Orientierung und Klarheit im Gespräch, sowohl für ÄrztInnen als auch für PatientInnen.

In allen Fällen gilt, dass patientInnenbezogene Beziehungsgestaltung und Gesprächstransparenz nicht nur maßgeblich die Interaktion formen, sondern auch die wichtigsten Elemente der Gesprächseröffnung sind.

Es hat sich gezeigt, dass die Frageformulierung zu Beginn des Gesprächs starke Auswirkungen auf den weiteren Gesprächsverlauf aufweist, da sie den weiteren Interaktionsmodus fundamental bestimmt. Die Eröffnungen wurden als solche für sich vorgestellt, da eine Klassifizierung in biomedizinisch und psychosomatisch aufgrund von oftmals auftretenden Mischformen nicht wissenschaftlich erfassbar ist. Klare Abgrenzungen lassen sich dafür umso besser in der Anamnese treffen.

Sowohl in der prototypischen Anamnese als auch in der psychosomatischen Anamnese hat sich gezeigt, dass sie ein wichtiges Instrument ist, um PatientInnen näher kennenzulernen. In der prototypischen Anamnese mit biomedizinischer Basis stehen Krankheit und körperliche Auffälligkeiten im Fokus. Das Gespräch verläuft in Frage-Antwort-Sequenzen und umspannt ein Themenspektrum, welches im Gesamten aufgearbeitet werden muss. Diese Form der Anamnese dient mehr der Datensammlung als dem Zweck eines genuinen Gesprächs zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Im Vergleich dazu stehen bei der psychosomatischen Anamnese nicht nur körperliche Phänomene, sondern auch psychische und soziale Komponenten der PatientInnen stark im Vordergrund. Das Themenspektrum wird erweitert um Komponenten wie Angst oder Alltagsprobleme, da sie stark mit der aktuellen psychischen und auch somatischen Situation in Zusammenhang gesehen werden. Bei der psychosomatischen Anamnese handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview in dem die offenen Fragen überwiegen. Diese Fragetechnik dient in erster Linie dazu PatientInnen und ihre Krankheiten besser verstehen zu lernen und Zusammenhänge zu erkennen. Durch den erhöhten Interaktionsgrad können mehr Informationen generiert werden als mit einem geschlossenen Fragebogen.

Diese Arbeit zeigt daher die Wichtigkeit des passenden Beziehungsmodells und Gesprächsmusters in der Arzt-Patienten-Kommunikation und bietet eine erste aufgearbeitete Wissensbasis für weitere Forschungen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation.

5. Literaturverzeichnis

- ADLER, ROLF (1990): Anamneseerhebung. In: Uexküll, Thure von (1990): Psychosomatische Medizin, München: Urban & Schwarzenberg, S. 212–220.
- ADLER, ROLF (2005): Einführung in die biopsychosoziale Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- ADLER, ROLF; HEMMELER, WILLI (1992): Anamnese und Körperuntersuchung. Der biologische, psychische und soziale Zugang zum Patienten. Stuttgart; Jena; New York: G. Fischer.
- ALBERTI, FAY BOUND (2006): Medicine, emotion and disease, 1700–1950. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York: Palgrave Macmillan.
- ASCHER, LISBETH (2009): Die Bedeutung zugewandter Kommunikation mit Patienten. 1. Aufl. Gösing: Ed. Neue Wege.
- AYANIAN, JOHN; EPSTEIN, ARNOLD (1991): Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med, 325.
- BALINT, MICHAEL (2001): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BAUER, IRMGARD (1996): Die Privatsphäre der Patienten. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.
- BAUER, JOACHIM (2007): In Radiokolleg – Das Leid der anderen: Von der Gleichgültigkeit zum Mitgefühl. 10.–13. 12.
- BECKER, KARIN (1984): Problempräsentation im Erstinterview. Untersuchungen zur Funktion sprachlicher Handlungen im psychoanalytischen Gespräch. In: Dieter Cherubim, Helmut Henne und Helmut Rehbock (Hg.): Gespräche zwischen Alltag und Literatur. Beiträge zur germanistischen Gesprächsforschung. Tübingen: Niemeyer.
- BECKER, KARSTEN (2004): Der Brockhaus Gesundheit. Schulmedizin und Naturheilkunde, Arzneimittel, Kinderheilkunde und Zahnmedizin. Gütersloh; München: Brockhaus.
- BEGENAU, JUTTA; SCHUBERT CORNELIUS; VOGD WERNER (HRSG.) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer.
- BERGNER, THOMAS M. H. (2010): Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Stuttgart: Schattauer.
- BODAMER, JOACHIM (1962): Arzt und Patient. Freiburg im Breisgau: Herder.
- BRÄUTIGAM, WALTER; CHRISTIAN, PAUL; VON RAD, MICHAEL (1997): Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 6. Unver. Aufl. Stuttgart: Thieme.

BRUCKS, U.; SALISCH, E.; WAHL, W. B. (1984): Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten – unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten (Abschlußbericht): Univ. Hamburg, Psychol. Inst.

BRUNNER, ANNE (2002): Beziehung, Kommunikation und Gesundheit. Von der biopsychosozialen Medizin zu Gesundheitswissenschaften/Public Health. Wolnzach: Kastner.

BRÜNNER, GISELA; FIEHLER, REINHARD; KINDT, WALTHER (HRSG.) (1999): Angewandte Diskursforschung. Bd. 1. Grundlagen und Beispielanalysen. Opladen: Westdeutscher.

BRÜNNER, GISELA; FIEHLER, REINHARD; KINDT, WALTHER (HRSG.) (1999): Angewandte Diskursforschung. Bd. 2. Methoden und Anwendungsbereiche. Opladen: Westdeutscher.

BRÜNNER, GISELA (2005): Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises, Mechthild; Ditz, Susanne; Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

CHERUBIM, DIETER; HENNE, HELMUT; REHBOCK, HELMUT (HRSG.) (1984): Gespräche zwischen Alltag und Literatur. Beiträge zur germanistischen Gesprächsforschung. Tübingen: Niemeyer.

DITZ, SUSANNE (2000): Grundkonzepte der Psychosomatischen Medizin. In: Neises, Mechthild und Ditz, Susanne (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Ein Kursbuch nach den Richtlinien der DGPPG und DGGG. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 18–21.

DITZ, SUSANNE; NEISES, MECHTHILD; SPRANZ-FOGASY, THOMAS (2005): Mit Patientinnen reden – Eine Einführung in die Thematik und Konzeption. In: Neises, Mechthild; Ditz, Susanne; Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, S. 3–10.

DITZ, SUSANNE (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: Neises, M., Ditz, S., Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 224–241.

EGGER, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, Nummer 2, Wien. Online im WWW unter URL: http://www.bpsmed.net/data/dox/literature/1Egger_bpsMod05.pdf [8. 5. 2012]

ELIGHAUSEN, SIEGMAR; RIPPMMANN, KONRAD (2008): Kommunikation als Herausforderung für Kliniken. In: Hoefert, Wolfgang; Hellmann, Wolfgang (Hrsg.) (2008): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg: Economica. S. 191–232.

ENDERS, NORBERT (2011): Enders' Handbuch Homöopathie. Alle wichtigen Heilmittel; die richtige Anwendung. Stuttgart: Trias.

ENENKEL, WOLFGANG (2002): Verbesserung von Kommunikation durch Information. In: Klaus Zapotoczky, Peter Samhaber und G. Peter Watzka (Hg.): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Wie sag' ich's meinem Patienten? Linz: Trauner, S. 121–124.

ENGEL, G.L. (1976): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.

FALLOWFIELD, L. (1997): Truth Sometimes Hurts but Deceit Hurts More. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 809, 525–536.

FEICHTINGER, THOMAS (2003): Psychosomatik und Biochemie nach Dr. Schüßler. Grundlagen – Praxis – Materia medica. Stuttgart: Haug.

FRISCHENSCHLAGER, O. (1989): Grundlagen der Psychosomatik. In: Ringel, Erwin/Kropiunigg Ulrich (1989) (Hrsg.): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsaufgaben. Wien: Facultas-Univ.-Verl., S. 105–115.

FROSCH, D.L., KAPLAN, R.M. (1999): Shared decision-making in clinical medicine: Past research and future directions. *Amer. J. Prevent. Med.* 17 (4), S. 285–294.

GOTTSCHLICH, MAXIMILIAN (2007): Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. 2. Aufl. Wien; Köln; Weimar: Böhlau.

HARSIEBER, ROBERT (1993): Jenseits der Schulmedizin. Der Mensch als vernetztes System: eine Recherche. Wien: Edition Va Bene.

HEIM, E., WILLI, J. (1986): Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd. 2. Berlin: Springer Verlag.

HEIN, N.; HOFFMANN-RICHTER, U.; LALOUSCHEK, J.; NOWAK, P.; WODAK, R. (1985): Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: *Wiener Linguistische Gazette*, Beiheft 4.

HENNE, HELMUT; REHBOCK, HELMUT (2001): Einführung in die Gesprächsanalyse. Vierte, durchgesehene und bibliographisch ergänzte Auflage. Berlin; New York: de Gruyter.

HLADSCHNIK, BIRGIT (2002): Einführung in das ärztliche Gespräch. In: Klaus Zapotoczky, Peter Samhaber und G. Peter Watzka (Hg.): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Wie sag' ich's meinem Patienten? Linz: Trauner, S. 109–118.

- HOEFERT, WOLFGANG; HELLMANN, WOLFGANG (HRSG.) (2008): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg: Economica.
- HOFMANN, S; HOCHAPFEL, G. (1992): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Stuttgart; New York: Schattauer.
- HOLLY, WERNER (1979): Imagearbeit in Gesprächen. Zur linguist. Beschreibung d. Beziehungsaspekts. Tübingen: Niemeyer.
- HOLUBAR, KARL; SCHMIDT, CATHRIN (2007): Medizinische Terminologie und ärztliche Sprache. Wien: Facultas-WUV.
- HOPE, R. ANTHONY. (HRSG.) (1990): Oxford Handbuch der klinischen Medizin. Bern: Huber.
- HOPE, R. ANTHONY. (HRSG.) (1994): Oxford Handbuch der klinischen Medizin. Bern: Huber.
- JÄHN, K.; NAGEL, E. (HRSG) (2004): E-Health. Berlin: Springer.
- KASTENDIECK, MURA (2000): Arzt-Patientin-Beziehung. In: Mechthild Neises und Susanne Ditz (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Ein Kursbuch nach den Richtlinien der DGPGG und DGGG. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 22–25.
- KROPIUNIGG, M. (1989): Grundregeln der ärztlichen Gesprächsführung. In: Ringel, Erwin; Kropiunigg Ulrich (Hg.): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsaufgaben. Wien: Facultas-Univ.-Verl., S. 50–63.
- KOERFER, ARMIN; OBLIERS, RAINER; KÖHLE, KARL (2005): Das Visitengespräch – Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, M.; Ditz, S.; Spranz-Fogasy, T. (Hg.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 256–284.
- KOERFER, ARMIN; OBLIERS, RAINER; KÖHLE, KARL (2005A): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient – Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises, M.; Ditz, S.; Spranz-Fogasy, T. (Hg.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 137–157.
- LALOUSCHEK, JOHANNA; MENZ, FLORIAN; WODAK, RUTH (1990): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen: Narr.
- LALOUSCHEK, JOHANNA (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- LALOUSCHEK, JOHANNA (1999): Frage-Antwort-Sequenzen in ärztlichen Gesprächen. In: Gisela Brünner, Reinhard Fiehler und Walther Kindt (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Bd. 1.

Grundlagen und Beispielanalysen. Opladen: Westdeutscher Vlg., S. 155–173.

LALOUSCHEK, JOHANNA (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotz, Michael; Brünner, Gisela: Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Verlag für Gesprächsforschung. S. 137–158.

LALOUSCHEK, JOHANNA (2005): Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, M.; Ditz, S.; Spranz-Fogasy, T. (Hg.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention; mit 15 Tabellen. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges.

LALOUSCHEK, JOHANNA (2007): Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung“. Version 07/5. Online im WWW unter URL: <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/schmerzprojekt/de/berichte.htm> [9. 5. 2012]

LALOUSCHEK, JOHANNA (2010): Medizinische und kulturelle Perspektiven von Schmerz. In: Menz, Florian; Lalouschek, Johanna; Sator, Marlene; Wetschanow, Karin: Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr OHG 2010, S. 15–69.

MAAZ A., WINTER; MH-J., KUHLMAY, A. (2006): Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). In: Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg: Springer, S. 5–25.

MACHLEIDT, WIELANT; BAUER, MANFRED (2004): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.

MAIER, MANFRED (2002): Wo bleibt, bei allem medizinischen Fortschritt, die menschliche Zuwendung? – Aus der Sicht eines Arztes. In: Klaus Zapotoczky, Peter Samhaber und G. Peter Watzka (Hg.): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Wie sag' ich's meinem Patienten? Linz: Trauner, S. 97–102.

MENZ, FLORIAN; LALOUSCHEK, JOHANNA; GSTETTNER, ANDREAS (HRSG.) (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung; ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Wien, Berlin, Münster: Lit Verlag GmbH.

MENZ, FLORIAN; LALOUSCHEK, JOHANNA; SATOR, MARLENE; WETSCHANOW, KARIN (2010): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr OHG.

- MEYER, ADOLF-ERNST (1994): Eine kurze Geschichte der Psychosomatik. Der Sonderweg der ehemaligen Bundesrepublik. In: Thure von Uexküll (Hrsg.): Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. 3. Aufl. Stuttgart;New York: Schattauer, S. 35–42.
- MORGAN, WILLIAM L.; ENGEL, GEORGE L. (1977): Der Klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte. Bern; Stuttgart; Wien: Hans Huber.
- MÖSSINGER, PAUL (1984): Homöopathie und naturwissenschaftliche Medizin. Zur Überwindung der Gegensätze. Stuttgart: Hippokrates-Verl.
- NEISES, MECHTHILD (2005): Verbale und non-verbale Kommunikation. In: Neises, M.; Ditz, S.; Spranz-Fogasy, T. (Hg.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention; mit 15 Tabellen. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges.
- NEISES, MECHTHILD; DITZ, SUSANNE (HG.) (2000): Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Ein Kursbuch nach den Richtlinien der DGPPG und DGGG. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/610835002>.
- NEISES, M.; DITZ, S.; SPRANZ-FOGASY, T. (HG.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention; mit 15 Tabellen. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges.
- NOWAK, PETER (2010): Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt am Main; Berlin; Bruxelles; New York; Oxford; Wien: Peter Lang.
- OEPEN, IRMGARD (HG.) (1985): An den Grenzen der Schulmedizin. Eine Analyse umstrittener Methoden. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- OEPEN, IRMGARD (1985): Paramedizinische Verfahren in Diagnostik und Therapie – eine Übersicht. In: Irmgard Oepen (Hg.): An den Grenzen der Schulmedizin. Eine Analyse umstrittener Methoden. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 25–59.
- OSTEN, PETER (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. 2. Aufl. München; Basel: Reinhardt.
- PARSONS, T. (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Probleme der Medizinsoziologie, Sonderheft 3, S. 5–25.
- PJETA, OTTO (2002): Fortschritte in der medizinischen Information. In: Klaus Zapotoczky, Peter Samhaber und G. Peter Watzka (Hg.): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Wie sag' ich's meinem Patienten? Linz: Trauner, S. 129–131.

- RINGEL, ERWIN (1982): Die subjektive Wirklichkeit des Patienten. Antrittsvorlesung gehalten am 26. 11. 1981 im Großen Hörsaal der Psychiatrischen Universitätsklinik der Universität Wien. Wien: Facultas.
- RINGEL, ERWIN (1989): Psychosomatik. In: Ringel, Erwin; Kropiunigg, Ulrich (Hg.): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsaufgaben. Wien: Facultas-Univ.-Verl., S. 85–104.
- RINGEL, ERWIN; KROPIUNIGG ULRICH (HG.) (1989): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsaufgaben. Wien: Facultas-Univ.-Verl.
- REUTER, PETER (2004): Springer Lexikon Medizin. Medizin zum Begreifen nah. Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag.
- ROHDE, JOHANN JÜRGEN (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. 2. Aufl. Stuttgart: Enke.
- SACKS, HARVEY; SCHEGLOFF, EMMANUEL (1973): „Opening up Closings. Semiotica 8“. In: Turner (1974): S. 233–264.
- SCHEIBLER, F. (2004): Shared Decision Making. Bern: Hans Huber
- SCHEGLOFF, EMMANUEL (1968): „Sequencing in Conversational Openings.“ American Anthropologist 70: 1075–1095. In: Laver; Hutcheson (1972): „Notes on a Conversational Practice. Formulating Place“, 374–405 in Sudnow 1972: 75–124.
- SCHETTLER, G.; NÜSSEL, E. (1984): Das ärztliche Gespräch und die Anamnese. In: Schettler, G. (Hrsg.): Innere Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. Bd. 1. Stuttgart: Thieme, S. 1–12.
- SCHJERVE, M. (1989): Kommunikation. In: Ringel, Erwin; Kropiunigg Ulrich (Hg.): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsaufgaben. Wien: Facultas-Univ.-Verl., S. 44–46.
- SIEBERT, A. (1983): Strafrechtliche Grenzen ärztlicher Therapiefreiheit. Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer.
- SPRANGER, HEINZ; HUBERTUS, HOMMEL (2009): Erster Projektbericht 2009 aus der Skizze „Gesundheit in Lebensentwurf, Lebensplanung und Lebensstil“ – ein Beitrag zur Regulation Medizin. Medizinische Salutogenese, Nachhaltige Gesundheitswissenschaften, Regulation und Kohärenz in Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit. Nordstedt: Grin Verlag.
- SPRANZ-FOGASY, THOMAS (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises; Ditz; Spranz; Fogasy (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention; mit 15 Tabellen. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 17–46.

- STEINER, WALTRAUD (2009): Sprache ohne Worte? Möglichkeiten empathischer Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung. Wien: Diplomarbeit der Universität Wien.
- STACHER, A.; BERGMANN, O. (HRSG.) (1993): Grundlagen für eine integrative Ganzheitsmedizin. Ausgewählte Beiträge aus dem Postgraduate Lehrgang über Ganzheitsmedizin, veranstaltet von der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin und dem Internationalen Institut für Ökologie und Umweltmedizin der Niederösterreichischen Landesakademie. Wien: Facultas Universitätsverlag, S. 9–19.
- STACHER, A. (1993): Bedeutung und Ziele einer Ganzheitsmedizin. In: Stacher, A.; Bergmann, O. (Hrsg.) (1993): Grundlagen für eine integrative Ganzheitsmedizin. Ausgewählte Beiträge aus dem Postgraduate Lehrgang über Ganzheitsmedizin, veranstaltet von der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin und dem Internationalen Institut für Ökologie und Umweltmedizin der Niederösterreichischen Landesakademie. Wien: Facultas Universitätsverlag, S. 9–19.
- TEZCAN-GÜNTEKIN, HÜRREM (2010): „Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!“ – Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In: Begenau, Jutta; Schubert Cornelius; Vogd, Werner (Hrsg.) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 95–111.
- THEMEL, H. K (2001): Aufklärungsprozesse in der Phase des Diagnose- und Krankheitsweges. In: Tumorzentrum München (Hrsg.). Manual Psychoonkologie. München: Zuckerschwerdt, S. 23–27.
- UEXKÜLL, THURE VON (HRSG.) (1990): Psychosomatische Medizin. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- UEXKÜLL, THURE VON (1994): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart; New York: Schattauer.
- UEXKÜLL, THURE VON (1994): Was ist und was will „Integrierte Psychosomatische Medizin“? In: Thure von Uexküll (1994) (Hrsg.): Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. 3. Aufl. Stuttgart , New York: Schattauer, S. 17–34.
- WEINER, H. (1984): The concept of “stress” in the light of studies on disasters, unemployment and loss. A critical analysis. Ann. Meeting oft he American College of Psychiatrists, San Diego.
- ZAPOTOCZKY, KLAUS; SAMHABER, PETER; WATZKA, G. PETER (HG.) (2002): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Wie sag’ ich’s meinem Patienten? Linzer Gesundheitssymposium. Linz: Trauner.

Anhang

ABSTRACT

Diese Arbeit bietet eine Wissensbasis aufgearbeiteter Literatur und dient weiteren Forschungen in Richtung Arzt-Patienten-Kommunikation in der Biomedizin und der Psychosomatischen Medizin. Weiters wurden interaktionsbestimmende Gesprächsmuster und die Signifikanz eines passenden Beziehungsmodells herausgearbeitet.

Ziel dieser Arbeit war es, die zwei medizinischen Schulen Biomedizin und Psychosomatische Medizin in puncto Gesprächseröffnung und Anamnese zu untersuchen und dabei voneinander abzugrenzen, soweit dies möglich war. Während der Ursprung der Biomedizin im naturwissenschaftlichen Denken verankert ist und sie auf somatischer Ebene nach Störungen sucht, konzentriert sich die Psychosomatik auf die Wechselwirkung von körperlichen und seelischen Vorgängen. Es gilt jedoch für beide Medizinschulen, dass gleichermaßen die Partizipationsbereitschaft der PatientInnen, das gewählte Beziehungsmodell sowie auch die Persönlichkeit der ÄrztInnen für die Qualität des Gesprächs entscheidend sind.

Was aber formt auf linguistischer Ebene ein qualitatives Gespräch?

Die Gesprächseröffnung als ein Schlüsselement des Interaktionsverlaufs wurde eingehender betrachtet. Es zeigte sich, dass Gesprächstransparenz und Kommunikation auf Augenhöhe nicht nur maßgeblich die Interaktion formen, sondern auch die wichtigsten Elemente der Gesprächseröffnung sind. Eine Klassifizierung in biomedizinische und psychosomatische Eröffnungen ist jedoch aufgrund von oftmals auftretenden Mischformen nicht wissenschaftlich erfassbar.

Als zweiter linguistischer Aspekt wurde die Anamnese näher beleuchtet.

Krankheit und körperliche Auffälligkeiten stehen in der prototypischen Anamnese mit biomedizinischer Basis im Fokus, während bei der psychosomatischen Anamnese nicht nur körperliche Phänomene, sondern auch psychische und soziale Komponenten der PatientInnen konkret miteinbezogen werden.

Um spezifische Handlungsempfehlungen für ÄrztInnen oder auch PatientInnen abzuleiten, können in Rahmen einer Dissertation zum Beispiel verschiedene Versuchsreihen initiiert werden. Auch diverse andere Forschungsbereiche, die in dieser Arbeit aufgezeigt werden konnten und die noch sehr stark in der Entwicklung begriffen sind, könnten Gegenstand zukünftiger Forschungen in dieser Materie sein.

LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE DATEN

Geboren: 2. 2. 1987 in Amman
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: Österreich
Kontakt: lara.adaibat@gmx.at

AUSBILDUNG

Oktober 2007- **Studium der Sprachwissenschaft**
Hauptfach
Universität Wien

Oktober 2005- **Studium der Germanistik**
Oktober 2007 Hauptfach
Studium der Sprachwissenschaft
Zweitfach
Leopold Franzens Universität Innsbruck
Erste Diplomprüfung Sprachwissenschaft

1998–2005 **AHS-Gymnasium** Meinhardinum Stams
Matura (abgeschlossen mit gutem Erfolg)

1995–1998 **Volksschule** Telfs

BERUFLICHE PRAXIS

Seit Oktober 2007: **International Sportcenter**

KundInnenbetreuung, Rezeption, Verkaufsgespräche

Jänner bis Juni 2012: **Deutsche Pop. Musik- und Medienakademie**

KundInnenbetreuung

Juli bis September 2012: **Radio Antenne Wien**

Praktikum als Redakteurin

Oktober 2012: **Radio Kronehit**

Praktikum als Redakteurin

August 2005–April 2006: **Mediapoint Profil Trading &Technology GmbH**

Telefonmarketing und KundInnenbetreuung

Juli 2002: **Altersheim Telfs**

Ferialkraft/Betreuung

KENNTNISSE UND FÄHIGKEITEN

Sprachen: Englisch – fließend in Wort und Schrift; Französisch – Grundkenntnisse;
Arabisch – Grundkenntnisse; Italienisch – Grundkenntnisse

Professionelle Sprecherausbildung an der Deutsche Pop, Akademie für Musik und Medien.

Audioschnitt (Audacity, ProTools, Digas)

Microsoft Office