



universität  
wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Haben Sie einen Termin?

Eine empirische Fallstudie über das Warten und auf sich  
warten lassen in einer Wiener Arztpraxis“

verfasst von

Bettina Mair, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im Dezember 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 823

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Europäische Ethnologie

Betreuerin: ao. Univ. Prof. Dr. Klara Löffler



## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben.

Zuerst gebührt mein Dank meiner Betreuerin Univ.-Prof. Dr. Klara Löffler für die Anregungen, die zukommende Unterstützung während meines Forschungsprozesses und dem Verfassen meiner Masterarbeit und für die positiven Worte, die stets gefunden wurden um mich zu motivieren.

Der größte und herzlichste Dank gilt meiner Familie, welche immer an mich geglaubt hat. Jede/r einzelne hat mich auf unterschiedlichste Art und Weise während meiner gesamten Studienzeit unterstützt, inspiriert und ermutigt.

Ein besonderer Dank gilt natürlich auch meinen Vorgesetzten Doz. Dr. Maria Sluga und Doz. Dr. Ronald Dorotka, meinen Arbeitskolleg/innen und allen Patient/innen des Orthopädie Zentrums Innere Stadt. Sie alle haben mich zum Verfassen dieser Arbeit inspiriert und ohne sie wäre diese Masterarbeit schlichtweg nicht zustande gekommen.

Diese Danksagung wäre nicht komplett ohne ein Danke an all meine Freunde für die liebevolle Unterstützung während der nicht immer leichten Zeit des Anfertigungsprozesses. Für alle aufbauenden, motivierenden Worte, fürs Korrekturlesen und natürlich auch fürs Kritik üben.

Merci!



# Inhaltsverzeichnis

0.	Vorwort .....	7
<b>Die Eingangstüre .....</b>		<b>10</b>
1.	Theatralität – Eingang in das ärztliche Theaterstück.....	11
1.1.	Eine kurze Einführung .....	11
1.2.	Theatralitäts-Konzept nach Erika Fischer-Lichte.....	12
1.2.1.	Aufführung .....	12
1.2.2.	Inszenierung.....	13
1.2.3.	Körperlichkeit .....	15
1.2.4.	Wahrnehmung .....	17
1.3.	Goffmans Selbstdarstellung im Alltag.....	18
<b>Der Schalterbereich .....</b>		<b>21</b>
2.	Die Bedeutung der Zeit und der Termin .....	22
2.1.	Zeit – eine Annäherung.....	22
2.2.	Zeitwahrnehmung.....	26
2.3.	Zeitmanagement – der Termin .....	31
2.4.	Einer/Eine hat immer die Zügel in der Hand – der/die Ordinationsgehilfe/in .....	32
<b>Der Warteraum .....</b>		<b>36</b>
3.	Zum Warten verdonnert .....	37
3.1.	Zwei Begriffsanalysen .....	37
3.1.1.	Das Warten .....	37
3.1.2.	Der Raum .....	43
3.1.2.1.	Eine Einführung.....	43
3.1.2.2.	Michel Foucaults „Geburt der Klinik“ .....	45
3.2.	Raumanalyse – der Warteraum .....	47
3.3.	Allgemeine Auffälligkeiten .....	50
3.3.1.	Sitzplatzwahl .....	50
3.3.2.	Blickkontakte.....	52
3.3.3.	Wortwechsel .....	54
3.3.4.	Körperhaltung .....	56
3.3.5.	Inventar .....	57

3.3.6.	Warte-Hilfsmittel .....	60
3.3.7.	Geschlechtsspezifische und altersspezifische Unterschiede .....	62
3.4.	5 Szenarien aus der Ordination.....	62
3.4.1.	„Sie haben mich eh nicht vergessen?“ .....	62
3.4.2.	„Das ist ja eine Frechheit!“ .....	64
3.4.3.	„Wann komme ich jetzt endlich dran?“ .....	66
3.4.4.	„Was? Jetzt schon?“ .....	68
3.4.5.	„Streichen Sie mich von der Liste!“ .....	69
<b>Das Behandlungszimmer</b>	.....	<b>71</b>
4.	Und das Warten geht weiter.....	72
4.1.	Warten und Macht.....	72
4.2.	Die Macht des/der Arztes/Ärztin .....	74
<b>Der Ausgang</b>	.....	<b>80</b>
5.	Fazit.....	81
6.	Anhänge .....	86
6.1.	Literaturverzeichnis .....	86
6.1.1.	Gedruckte Quellen .....	86
6.1.2.	Internetquellen .....	88
6.2.	Abbildungsverzeichnis .....	90
6.3.	Abstract.....	91
6.4.	Curriculum Vitae .....	92

## **0. Vorwort**

Warten, warten, warten – unser Alltag ist geprägt von Wartesituationen. Wir warten in der Früh auf das Kochen des Tee- beziehungsweise Kaffeewassers, auf dem Weg zur Arbeit auf die öffentlichen Verkehrsmittel, in der Arbeit auf den Feierabend, am Abend auf das Hauptabendprogramm und in der Nacht auf das Einschlafen. Am nächsten Tag geht das Warten wieder weiter. Der deutsche Zeitforscher Karlheinz Geißler verweist in seinem Werk *Lob der Pause. Von der Vielfalt der Zeiten und der Poesie des Augenblicks*, auf diverse amerikanische Studien, welche belegen, dass ein/e durchschnittliche/r US-Bürger/in in seinem/ihrem Leben zirka sechs Monate wartend vor einer roten Ampel verbringt oder zirka fünf Jahre seines/ihres Lebens damit opfert, in einer Schlange anzustehen.<sup>1</sup> Somit verwundert es nicht, dass das Warten Einzug in die Alltagskulturforschung und somit auch in die Europäische Ethnologie gefunden hat.

Da ich seit zirka zwei Jahren neben meinem Studium in einer Arztpraxis als Ordinationsgehilfin arbeite und tagtäglich mit wartenden Menschen konfrontiert bin, kam in mir der Gedanke auf, sich doch näher mit der Thematik des Wartens auseinanderzusetzen, lässt sich diese Thematik doch sehr passend für eine Forschung für meine – damals noch bevorstehende – Masterarbeit anwenden. Ebenso ist das Warten, wie schon der Europäische Ethnologe Heinz Schilling treffend sagte, „ein so gut wie unbefragt vorhandenes Phänomen der Alltagswelt“<sup>2</sup> und lässt sich perfekt in das Forschungsfeld der Alltagskultur einordnen. Direkt im Warteraum involviert kann ich wartende Menschen beobachten und mit ihnen in Interaktion treten.

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem alltagsweltlichen Phänomen des Wartens<sup>3</sup> beim Arzt/bei einer Ärztin und inwiefern Machtpositionierungen sich auf das Warten auswirken. Wie wird mit dem Warten umgegangen? Gibt es geschlechts- und altersspezifische Unterschiede im Bezug auf das Warten? Zeichnen sich kollektive Muster und Praxen während des Warteprozesses ab? Spielen Machtverhältnisse in der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin/Ordinationsgehilfe/in und Patient/in eine Rolle? Diese Fragen leiten

---

<sup>1</sup> Vgl. Geißler, Karlheinz: *Lob der Pause. Von der Vielfalt der Zeiten und der Poesie des Augenblicks*. München 2012, 69f.

<sup>2</sup> Schilling, Heinz: *Welche Farbe hat die Zeit?* In: Schilling, Heinz [Hrsg.]: *Welche Farbe hat die Zeit?* Recherchen zu einer Anthropologie des Wartens. Frankfurt am Main 2002, 11.

<sup>3</sup> Vgl. Ebd.

durch die Arbeit. Um diese auch beantworten und neue Erkenntnisse erforschen zu können, wurden in der letzten Aprilwoche dieses Jahres empirische Erhebungen in einer Arztpraxis in 1010 Wien durchgeführt. An insgesamt sechs Tagen, also an jenen Tagen, an denen die Ordination geöffnet war (MO-FR 08.00 bis 19.00 Uhr SA 09.00 bis 13.00 Uhr), wurde im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung im Wartezimmer gesessen und geforscht. Ausgehend von Bronislaw Malinowskis Arbeiten in den 1920er Jahren<sup>4</sup> wurde die Feldforschung zu einer der essentiellsten und meist verwandtesten methodischen Ansätze der Europäischen Ethnologie. „Es war die Geburt eines neuen ethnologischen Blicks, der nicht mehr nur *lesen*, sondern *sehen* lernen will.“<sup>5</sup> Der/die Forscher/in bewegt sich ins Feld, ist Teil des Feldes und verändert es auch in einem bestimmten Maße. „Denn sobald wir ‚da sind‘, ist nichts mehr ganz so, wie es vorher war – auch wenn wir es gern ‚authentisch‘ sehen möchten.“<sup>6</sup> Auch ich muss eingestehen, dass ich durch meine interaktive Teilnahme im Warteraum meinen Forschungsgegenstand auf eine Weise, wenn auch von geringer Natur, verändert habe. Einige Patient/innen kannten mich schon, da ich ja auch als Ordinationsgehilfin in der Praxis tätig bin, und warfen mir fragende Blicke zu. Teilweise musste ich auch ab und zu Erklärungen über meinen „Seitenwechsel“ geben. Auch wenn es in ihrer Wahrnehmung zu einer Störung kam, konnte ich Einblick auf ihr Warteverhalten nehmen, da ich im Sinne von Rolf Lindner „offen mit der Forschungsrolle und dem Forschungsinteresse“<sup>7</sup> umging. Dabei ist aber wichtig zu erwähnen, dass ich nicht nur als anwesende Person im Warteraum, sondern auch während meiner Tätigkeit als Schreibstundenkraft meine Erhebungen weiterführen konnte. Die Patient/innen wurden sozusagen getäuscht und ich konnte quasi unerkannt meine Empirie durchführen. Wichtig an dieser Stelle zu erwähnen ist, dass ich zwei Rollen in dieser Forschung eingenommen habe: Die Rolle der Forscherin und der Angestellten und nicht selten kam es zu einer Kollision der Rollen. Als Wissenschaftlerin ist mir die nötige Distanz zum Feld bekannt, um Typisierungen vornehmen zu können, jedoch merkte ich schnell, dass es nicht einfach war, nicht auch als Ordinationsgehilfin zu denken und Rückschlüsse zu ziehen. Als Angestellte war ich auf einer emotionalen Ebene versucht, welche durch bereits gesammelte negative Erfahrungen, meine wissenschaftlichen, neutralen Erkenntnisse zu beeinflussen – jedoch bin ich davon

---

<sup>4</sup> Vgl. Kaschuba, Wolfgang: Wolfgang: Einführung in die Europäische Ethnologie. München 2012 (4. Aufl., Orig. 1999), 196.

<sup>5</sup> Ebd.

<sup>6</sup> Ebd., 200.

<sup>7</sup> Ebd., 206.



überzeugt, dass es mir gut gelungen ist, eine neutrale, wissenschaftliche Form zu finden. Spreche ich aus der Sichtweise einer Ordinationsgehilfin, so ist dies auch im Text gekennzeichnet. Zudem sind alle Statements und Erhebungen in dieser Arbeit anonymisiert, damit auf niemanden Rückschluss gezogen werden kann.

Wie bereits erwähnt, bearbeitet diese Masterarbeit die Thematik des Wartens in einer Arztpraxis. Eingeleitet wird diese durch das Kapitel *Eingangstüre*, welches sich mit dem Forschungsfeld der Theatralität beschäftigt. Dieses Modell lässt sich vorzüglich auf eine Arztpraxis umlegen und bringt interessante Aspekte zum Vorschein. Kapitel zwei – der *Schalterbereich* – nimmt die Thematik Zeit in den Fokus. Das Warten kann erst durch eine nähere Betrachtung der Zeit erklärt und gedeutet werden, da beide Komponente untrennbar miteinander verbunden sind. Außerdem wird in diesem Kapitel dem Berufsfeld des/der Ordinationsgehilfen/in Platz eingeräumt, da er/sie über die Zeit der Patient/innen verfügt. Der *Warteraum* – Kapitel drei und gleichzeitig Hauptkapitel dieser Abschlussarbeit – geht anfänglich noch auf die Begriffsbedeutung des Warteraums ein und leitet dann über eine kurze Einführung der raumtheoretischen Ansätze in der Europäischen Ethnologie und Michel Foucaults Werk *Die Geburt der Klinik* zur Raumanalyse des untersuchten Warteraums über. Hauptteil dieses Kapitels bilden die empirischen Erhebungen zum Raum und zu den wartenden Patient/innen, welche Aufschluss über die Konzeption des Raumes und über den Umgang mit dem Warten der sich im Raum befindenden Subjekte geben. Im darauf folgenden Kapitel – das *Behandlungszimmer* – wird näher auf die Verbindung von Warten und Macht eingegangen. Kapitel fünf – der *Ausgang* – beinhaltet nochmals die wesentlichsten und aufschlussreichsten Erkenntnisse dieser Feldforschung und rundet als Fazit diese Arbeit ab.

Diese fünf Kapitel werden jeweils durch einen Auszug aus meinem Forschungstagebuch und einer Einleitung eröffnet. Sie stehen alle miteinander in Verbindung und zeigen gleichzeitig den Weg eines/r Patienten/in vom Betreten bis zum Verlassen, inklusive dem Zustande kommenden Wartesituationen und der Behandlung in der untersuchten Praxis auf. Abschließend muss noch betont werden, dass diese Forschung eine Fallstudie ist und keinen Anspruch auf Vollständigkeit besitzt. Aufgezeigte Verhaltensweisen und Vorgänge wurden in speziell dieser Ordination vorgefunden und können nicht auf andere übertragen werden.

## Die Eingangstüre

*Im Laufe des Tages wird mein Nacken immer steifer und steifer und bis am Abend kann ich meinen Kopf gar nicht mehr zur Seite drehen. Nach etlichen Versuchen etwas gegen meine Schmerzen zu tun, Medikamente und Wärmegels helfen nicht, entscheide ich mich dazu, eine Fachärztin aufzusuchen. Ich recherchiere im Internet und stoße auf eine Praxis in der man auch mit akuten Schmerzen noch am selben Tag behandelt wird, geöffnet wird täglich um acht Uhr. Ich lege mir noch ein Kirschkernkissen auf, stelle meinen Wecker und gehe schlafen – gute Nacht. Der Wecker läutet. Ich habe heute nicht wirklich geschlafen, denn die Schmerztablette half leider nur kurzfristig. Gleich nach dem Frühstück und der Morgentoilette verlasse ich die Wohnung Richtung Praxis und versuche, vor acht Uhr dort zu sein. Wenn ich früher da bin, komme ich doch auch früher dran und muss auch nicht so lange warten, oder? Bis jetzt läuft alles zu meinen Gunsten. Da ich nur geringe Wartezeiten an den Öffi-Stationen hatte, treffe ich um 07.53 Uhr in der Ordination ein. Leider bin ich nicht die erste, es sind schon vier Personen im Warteraum – wahrscheinlich alle mit dem gleichen Gedanken.*

## **1. Theatralität – Eingang in das ärztliche Theaterstück**

Inspiziert durch die Aussage einer Patientin „Normalerweise muss für ein Kabarett Eintritt gezahlt werden, bei Ihnen gibt’s das gratis“, nahm ich das Forschungsthema der Theatralität in das Blickfeld meiner Untersuchung und konnte schnell feststellen, dass sich dieses Modell sehr gut auf eine Arztpraxis umlegen und interessante Aspekte zum Vorschein bringen lässt. Der Begriff der *Theatralität*, welcher ursprünglich aus den Theaterwissenschaften stammt<sup>8</sup>, rückt immer mehr in den Fokus der kultur-, medien- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen und so auch in das Forschungsfeld der Europäischen Ethnologie. Eine kurze Einführung soll den geschichtlichen Prozess dieses Modells verdeutlichen. Im Anschluss, um näher auf die Thematik der Theatralität eingehen und die Verbindung zu meinem Thema aufzeigen zu können, beziehe ich mich auf den Artikel *Theatralität als kulturelles Modell* von der deutschen Theaterwissenschaftlerin Erika Fischer Lichte, welcher im Band *Theatralität als Modell in den Kulturwissenschaften* 2004 erschienen ist und auf Erving Goffman’s<sup>9</sup> Werk *Wir alle spielen Theater* aus dem Jahre 1969 aufbaut. Gestützt werden meine Ausführungen durch die Erläuterungen des Europäischen Ethnologen Timo Heimerdingers, welcher sich in seinem Werk *Der Seemann*, welches 2005 erschienen ist, ebenfalls mit dieser Thematik beschäftigt.

### **1.1. Eine kurze Einführung**

Das barocke Welttheater, auch unter dem Begriff *Theatrum mundi* bekannt, symbolisiert die menschliche Intention des 16. und 17. Jahrhunderts, das eigene Leben als Schauspiel vor Gott aufzuführen.

„Alles, was Teil des menschlichen Lebens ist, jede Regelung, jedes Gefühl, jeder Gedanke, jedes Wort, jedes Verhalten und jede Tat, ist daher auch als Tat dieses Schauspielers zu begreifen und wird vor Gott zur Aufführung gebracht. Gott allein ist imstande, den Schein, welcher der (gesellschaftlichen) Rolle zugehört, vom wahren Sein des Schauspielers, seiner Seele, zu unterscheiden und daher sein ‚Spiel‘, seine Aufführung angemessen und gerecht zu beurteilen.“<sup>10</sup>

10

---

<sup>8</sup> Vgl. Heimerdinger, Timo: *Der Seemann. Ein Berufsstand und seine kulturelle Inszenierung (1844-2003)*. Köln, Weimar u. Wien 2005, 24.

<sup>9</sup> Erving Goffman, ein US-amerikanischer Soziologe, übte mit seinen Arbeiten, welche sich besonders mit Verhaltensmustern, Interaktionsritualen und Selbstdarstellungsprozessen beschäftigt haben, wesentlichen Einfluss auf weitere Forschungen, nicht nur in den Sozialwissenschaften, aus.

<sup>10</sup> Fischer-Lichte, Erika: *Theatralität als kulturelles Model*. In: Fischer-Lichte, Erika u.a. [Hrsg.]: *Theatralität als Modell in den Kulturwissenschaften*. Tübingen und Basel 2004, 8.

Wurde früher noch das Leben als Inszenierung vor Gott verstanden, so ist heute der Mensch alleine für seine Taten verantwortlich. Fischer-Lichte spricht von einem „Prozess der Selbstinszenierung“<sup>11</sup> der heute allgegenwärtig ist. Unsere Gesellschaft ist von einer Kultur geprägt, in der Inszenierungen in allen Lebensbereichen aller Individuen an der Tagesordnung stehen. Jede/r ist ständig darum bemüht, sich ins rechte Licht zu rücken. Damit dies auch funktioniert, muss ein Zusammenspiel aller Beteiligten, sei es aktiv als Akteur/in oder passiv als Zuschauer/in, Techniken und Praktiken vorhanden sein.

## **1.2. Theatralitäts-Konzept nach Erika Fischer-Lichte**

Für Erika Fischer-Lichte kann der Begriff der *Theatralität* in vier Unterkategorien aufgeteilt werden: *Aufführung*, *Inszenierung*, *Körperlichkeit* und *Wahrnehmung*.

### **1.2.1. Aufführung**

Ohne Anwesenheit von Akteur/innen und Zuschauer/innen ist die Aufführung nicht möglich, denn „[d]amit sie zustande kommen kann, müssen zwei Gruppen von Personen, die als ‚Handelnde‘ und ‚Zuschauende‘ agieren – wobei die Zugehörigkeit zu den Gruppen im Laufe der Aufführung wechseln kann – sich zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort versammeln und dort eine Situation, eine Spanne Lebenszeit miteinander teilen.“<sup>12</sup> Dieses Zitat macht die Interaktivität des Konzepts deutlich. „Die Aufführung entsteht aus ihren Begegnungen – aus ihrer Konfrontation, aus ihren Interaktionen.“<sup>13</sup> Die Mitglieder bedingen sich demzufolge gegenseitig, reagieren aufeinander und haben Einfluss auf die Teilnehmer/innen des anderen Ensembles.<sup>14</sup> „Was immer die Akteure tun, es hat Auswirkungen auf die Zuschauer, und was immer die Zuschauer tun, es hat Auswirkungen auf die Akteure und die anderen Zuschauer.“<sup>15</sup> Eine Aufführung kann nur durch die Beteiligung aller zustande kommen und so bestimmt auch jedes Mitglied den Ablauf mit.<sup>16</sup> Ein weiterer, wesentlicher Aspekt der Aufführung ist, dass sie nicht planbar und absehbar ist. Dadurch wird die Aufführung einzigartig und nicht wiederholbar. Diese Tatsache ist ein weiterer wesentlicher Aspekt.

---

<sup>11</sup> Fischer-Lichte 2004, 8.

<sup>12</sup> Ebd., 11.

<sup>13</sup> Ebd.

<sup>14</sup> Vgl. Ebd., 11f.

<sup>15</sup> Ebd., 12.

<sup>16</sup> Vgl. Ebd., 12f.

Wie kann nun das Aufführungskonzept auf das Warten beim Arzt übertragen werden? Sowohl die Patient/innen als auch die Angestellt/innen befinden sich an einem bestimmten Ort, dem Wartezimmer, und verbringen dort gemeinsam einen Teil ihrer Zeit. Sie nehmen eine Position ein, die sich im Laufe des Warteprozesses ändert: War anfänglich bei der Anmeldung noch der/die Patient/in der/die Handelnde, der/die durch seine/ihre Interaktion mit dem/der Ordinationsgehilfen/in gemeinsam mit ihm/ihr im Mittelpunkt war, so wird er/sie durch sein/ihr Warten im Wartezimmer zum/zur Zuschauer/in. Der/die Ordinationsgehilfe/in ist eigentlich der/die Hauptakteur/in der Aufführung. Er/sie nimmt die Patienten auf, ruft sie beim Namen ins Zimmer und doch kommt es vor, dass er zum/zur Zuschauer/in wird, nämlich wenn die Person die Wartenden beobachtet und sie zu den Hauptdarstellern/innen transformiert. Im Wartezimmer wird deutlich, dass Akteure/innen und Zuschauer/innen in ständiger Wechselwirkung zueinander stehen und ein ständiges Wechseln der Rollen präsent ist. Ebenso kommt zum Vorschein, was Fischer-Lichte unter der gegenseitigen Beeinflussung von Akteur/innen und Zuseher/innen beschrieben hat. Begegnet ein/eine Angestellte/r einem/einer Patienten/in nicht freundlich, hat dies konkreten Einfluss auf das Mitglied der jeweils anderen Gruppe, dem/der Patient/in oder wird zum Beispiel aufgrund von Sprachbarrieren bei der Anmeldung etwas lauter gesprochen, so wird Einfluss auf die Zuschauer geübt. Einerseits werden sie in ihrer Tätigkeit des Wartens unterbrochen und andererseits werden sie darauf aufmerksam gemacht, dass es Probleme bei der Anmeldung gibt.

Jede Wartesituation unterscheidet sich von der anderen. Auch diese Beobachtung schließt an die Ausführungen der Theaterwissenschaftlerin an. Differente Akteure/innen, Problemstellungen, Zeitwahrnehmungssituationen und Krankheitsbilder prägen die Einmaligkeit des Wartezimmers.

### **1.2.2. Inszenierung**

Trotz der Einzigartigkeit der Aufführung ist sie ohne Vorbereitung, Probe und Arrangement unvorstellbar. „Unter ‚Inszenierung‘ ist der Prozeß zu verstehen, in dem ausprobiert, festgelegt und nach Aufführungen häufig wieder verändert wird, was in der Aufführung zu welchem Zeitpunkt an welchem Punkt des Raums erscheinen soll.“<sup>17</sup> Fischer-Lichte spricht

---

<sup>17</sup> Fischer-Lichte 2004, 14.

deshalb auch von einer „Erzeugungsstrategie“<sup>18</sup>, bei der im Hintergrund der/die Intendant/in wirkt, welche/r bestimmte Vorgänge beziehungsweise Aspekte hervorheben möchte. „Der inszenierende Regisseur wirkt ‚hinter den Kulissen‘, plant, gestaltet und probt das Geschehen mit den Darstellenden, er wählt Elemente der Gestaltung aus, ordnet sie an und kombiniert sie.“<sup>19</sup> Wichtig ist festzuhalten, dass er/sie im Hintergrund wirkt, also nicht für die Zuseher/innen sichtbar ist.<sup>20</sup> Die Inszenierung darf nicht mit der Aufführung verwechselt werden. Vielmehr steht sie für die planbaren Rahmenbedingungen dieser.

„Inszenierung läßt sich [...] als der Vorgang der Planung, Erprobung und Festlegung von Strategien bestimmen, nach denen die Materialität der Aufführung performativ hervorgebracht werden soll. Dadurch treten zum einen die materiellen Elemente als gegenwärtige, in ihrem phänomenalen Sein in Erscheinung und zum anderen [...] wird eine Situation geschaffen, die Frei- und Spielräume für nicht-geplante, nicht-inszenierte Handlungen, Verhaltensweisen und Ereignisse eröffnet.“<sup>21</sup>

Inszenierungen sind Grenzen gesetzt, die jedoch nicht für alle Zuschauer/innen klar definiert sind. Vergisst zum Beispiel ein/e Schauspieler/in während des Theaterstücks seinen/ihren Text, so gehen die Zuschauer/innen davon aus, dass hier ein Missgeschick passiert ist und dies etwas Nicht-Geplantes ist. Sieht sich aber jemand zum zweiten Mal dieses Stück an, und dasselbe Malheur passiert dem/der gleichen Schauspieler/in an der gleichen Stelle wieder, so wird davon ausgegangen, dass es sich um eine inszenierte Handlung handelt. Bei solchen Situationen kommt auch dem Publikum eine wichtige Rolle zu. Die Akteure/innen wissen nämlich nicht, wie die Zuschauer/innen auf die Störung reagieren und wie beziehungsweise ob sie in Interaktion mit diesen treten sollen. Damit wird verdeutlicht, dass die Grenzen der Inszenierung von der Wahrnehmung aller Teilnehmenden definiert werden.<sup>22</sup>

Zusammenfassend sollte nochmals betont werden, dass die Inszenierung Raum für spontane, nicht geplante und unvorhersehbare Handlungen lässt, aber gleichzeitig die Rahmenbedingungen für eine Aufführung entwirft.

Im Fall der Ordination kann der Chef/die Chefin als inszenierende/r Regisseur/in verstanden werden. Er/sie gibt ihren Angestellten vor, wie bestimmte Arbeitsprozesse ablaufen und wie beziehungsweise auch wann – bedingt durch den Dienstplan – sie in Erscheinung zu treten haben. Im Fall der Ordination sind die Chefs meist auch ordnierende Ärzte. Somit nehmen

---

<sup>18</sup> Fischer-Lichte 2004, 14.

<sup>19</sup> Heimerdinger 2005, 31.

<sup>20</sup> Vgl. Ebd.

<sup>21</sup> Fischer-Lichte 2004, 16.

<sup>22</sup> Vgl. Ebd., 16f.

sie gleichzeitig – in Anlehnung an Goffman – zwei Rollen ein, die nur gegenüber den Angestellten gleichzeitig sichtbar sind, für sie ist der/die Chef/in gleichzeitig Regisseur/in, der/die im Hintergrund tätig und für die Ordination verantwortlich, sowie behandelnde/r Arzt/Ärztin ist. Dem Publikum, sprich den Patient/innen, erscheinen sie nur in ihrer Rolle als Mediziner/in.

Ungeplante Handlungen, wie zum Beispiel laute Gespräche, schreiende Kinder, Ausfälle oder Kollapse von Patient/innen im Wartezimmer zeigen die Grenzen der Inszenierung auf. Sowohl Angestellte als auch wartende Patient/innen reagieren unterschiedlich auf die jeweilige Situation. Zeigt sich bei erfahrenen Ordinationsgehilfen/innen schon ein erprobter Umgang mit solchen Situationen, kann davon ausgegangen werden, dass solche Vorfälle nicht das erste Mal passiert sind und als inszenierte Handlung verstanden werden können. Anders ist dies zum Beispiel bei noch nicht erfahrenen Assistent/innen, da sie Unerfahrenheit und Unsicherheit ausstrahlen können. Unerwartete Handlungen können sie aus dem Konzept werfen und nicht selten schreitet das Publikum, also die wartenden Patient/innen, in die Handlung ein. Somit werden die Grenzen geweitet und es erfolgt eine Vermischung von Akteur/in und Zuseher/in. Außerdem zeigt die Ordination auf, dass es immer wieder Raum für neue, nicht geplante Handlungen gibt. Tagtäglich handeln Patient/innen verschieden, verdeutlichen ihren Frust oder ihre Freude stillschweigend oder lärmend, führen lautstark Gespräche am Telefon oder mit dem/der Sitznachbar/in, et cetera. Dies sind alles Handlungen, welche nicht geplant sind und immer wieder neu inszeniert werden.

### **1.2.3. Körperlichkeit**

Ausgehend von der Annahme, dass der „Körper sich nicht auf eine Kategorie der Biologie reduzieren lässt“<sup>23</sup>, rückt Körper/Körperlichkeit als Forschungsfeld immer mehr in den Blickpunkt diverser Disziplinen, darunter auch den Kulturwissenschaften. Im Zentrum der Forschungen steht dabei einerseits der Körper als soziales Symbol, als physisches Objekt und andererseits vertritt zum Beispiel Michel Foucault den Ansatz, dass der Körper ein Machtobjekt ist, in dem der kulturelle Habitus und die soziale Identität „buchstäblich [...]

---

<sup>23</sup> Antoni-Komar, Irene: Körper als Orte ästhetischer Erfahrung. In: Antoni-Komar, Irene [Hrsg.]: Moderne Körperlichkeit. Körper als Orte ästhetischer Erfahrung. Bremen 2001, 10.

eingeschrieben<sup>24</sup> sind. „Aber der Körper steht auch unmittelbar im Feld des Politischen; die Machtverhältnisse legen ihre Hand auf ihn, sie umkleiden ihn, markieren ihn, dressieren ihn, martern ihn, zwingen ihn zu arbeiten, verpflichten ihn zu Zeremonien, verlangen von ihm Zeichen.“<sup>25</sup> Dieses Zitat macht deutlich, dass Macht für Foucault über den Körper erfahrbar ist. Erika Fischer-Lichte geht sowohl von einem Vorhandensein eines phänomenalen Leibes als auch eines semiotischen<sup>26</sup> Körpers aus. Akteure/innen erscheinen stets in ihrer eigentlichen *Lebensrolle* und so schreibt Heimerdinger treffend: „der Körper selbst ist das Instrument des Schauspielers“<sup>27</sup>, sei es als Arzt/Ärztin, Student/in, Sportler/in oder Ordinationsgehilfe/in. Sie alle haben aufgrund „ihres spezifischen phänomenalen Leibes“<sup>28</sup> eine besondere Ausstrahlung, welche von anderen Personen wahrgenommen wird und gleichzeitig wirken die Akteur/innen auf die Zuseher/innen ein.<sup>29</sup> „Der phänomenale Leib von Akteuren und Zuschauern ist der existentielle Grund für jede Art von Aufführung – in der alltäglichen Lebenswelt, in den Künsten und in kulturellen Aufführungen.“<sup>30</sup> Die Autorin verweist an dieser Stelle daraufhin, dass in den kulturwissenschaftlichen Untersuchungen zu Aufführungen der Fokus vermehrt auf den semiotischen Körper der Beteiligten gerichtet und der tatsächliche Körper außen vor gelassen wurde. Für sie sind aber beide „Körperformen“ untrennbar miteinander verbunden. Kann der phänomenale Leib auch ohne semiotischen Körper gedacht werden, so ist dies umgekehrt nicht möglich. Ein/e Schauspieler/in kann nackt auf der Bühne stehen und strahlt ohne schauspielerische Leistung etwa Furcht aus, aber umgekehrt kann sie körperlos keine Furcht ausstrahlen. Fischer-Lichte versteht unter dem „Begriff der Verkörperung diejenigen körperlichen Prozesse, mit denen der phänomenale Leib sich immer wieder selbst als einen je besonderen hervorbringt und damit zugleich spezifische Bedeutungen erzeugt.“<sup>31</sup> Diese Prozesse können sich anhand diverser sozialer Rollen, Identitäten und dramatischer Figuren äußern. Die jahrelange Annahme des Dualismus von Körper und Geist wird anhand dieses Konzepts der Verkörperung außer Kraft gesetzt, da beide Elemente nur in Wechselwirkung miteinander existieren und in

---

<sup>24</sup> Kaschuba 2012, 156.

<sup>25</sup> Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M. 1976, 37.

<sup>26</sup> Mit dem semiotischen Körper können Bedeutungen, Zeichen übermittelt und ausgedrückt werden. Vgl. dazu: Fischer-Lichte 2004, 18 u. Heimerdinger 2005, 36.

<sup>27</sup> Heimerdinger 2005, 36.

<sup>28</sup> Fischer-Lichte 2004, 19.

<sup>29</sup> Vgl. Ebd., 19f.

<sup>30</sup> Ebd., 19.

<sup>31</sup> Ebd., 20.



Erscheinung treten können, nämlich „als verkörperter Geist, als *embodied mind*“<sup>32</sup>. „Inszenierung von Körperlichkeit für eine spezifische Wahrnehmung heißt also in diesem Sinne, eine Situation zu schaffen, in der der phänomenale Leib als *embodied mind* in Erscheinung treten und als solcher wahrgenommen werden kann.“<sup>33</sup> Phänomenaler Leib und semiotischer Körper stehen in einer speziellen Beziehung, welche alle Arten von Aufführungen charakterisieren. Durch die ständige Präsenz beider „Körper“ werden Verkörperungsprozesse ermöglicht.<sup>34</sup> Durch das Tragen von weißer, steril erscheinender Kleidung wird diese Symbiose von phänomenalem Leib und semiotischem Körper deutlich. Der/die Ordinationsgehilfe/in schlüpft bei Arbeitsbeginn in seine/ihre Rolle, wobei der phänomenale Leib ebenso zum Vorschein kommt, wie der semiotische Körper, welcher durch das Anziehen der Arbeitskleidung eine Bedeutung schafft.

#### **1.2.4. Wahrnehmung**

Die Wahrnehmung nimmt in Erika Fischer-Lichtes Ausführungen zur Theatralität eine besondere Stellung ein, denn eine Aufführung kann ohne Publikum, welches diese wahrnimmt, schlichtweg nicht stattfinden und es wird auch der Wert der Zuschauer/innen mit deren Teilnahme während der Aufführung gesteigert.<sup>35</sup> Wird etwas wahrgenommen, so wird diesem gleichzeitig eine Bedeutung, die sich auch in Form einer Gefühlsregung<sup>36</sup> zeigen kann, zugesprochen. Nicht nur die handelnde Person wird dabei beobachtet, sondern auch das Selbst. Somit bewirkt Wahrnehmung auch immer Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion.<sup>37</sup> Im Untersuchungsfeld ermöglichen standardisierte Arbeitsabläufe dem/der Ordinationsgehilfen/in sich selbst in seiner/ihrer Tätigkeit zu beobachten beziehungsweise durch Reaktionen der Patient/innen Rückschlüsse auf seine/ihre Arbeit machen zu können, was wiederum eine Selbstreflexion ermöglicht. Wie auch Fischer-Lichte erwähnt, kommt dem Publikum, in meinem Fall den Patient/innen im Warteraum, eine große Bedeutung zu. Sie zeigen ihre Gefühlsregungen durch ihre Gestik und Mimik, durch lautes Ausatmen, oder durch Wortmeldungen. Sie nehmen die Handlungen im Wartezimmer wahr, zeigen

---

<sup>32</sup> Fischer-Lichte 2004, 21.

<sup>33</sup> Ebd.

<sup>34</sup> Vgl. Ebd., 21f.

<sup>35</sup> Vgl. Ebd., 22ff.

<sup>36</sup> Ein Beispiel hierfür wäre die Wahrnehmung einer Nacktschnecke. Tritt eine Schnecke in Erscheinung, so muss dieses Objekt erstmals in ihrer Gegenwart wahrgenommen werden. Die wahrhaftige Präsenz löst individuelle Gefühlsregungen aus. So kann die Nacktschnecke für die Einen Ekel und für die Anderen Gleichgültigkeit oder Niedlichkeit auslösen. Vgl. dazu: Ebd., 22.

<sup>37</sup> Vgl. Heimerdinger 2005, 39f.

Reaktionen auf diese und schenken ihr somit Bedeutung. Timo Heimerdinger bringt die Vermischung der Rollen von Darsteller/innen und Zuseher/innen ins Spiel, welche im Alltag ständig präsent ist und die von Fischer-Lichte außer Acht gelassen wurde. „Im Alltag fallen die Rollen von Akteur und Zuschauer oft zusammen, die Menschen sind beides zugleich.“<sup>38</sup> Wichtig ist dabei nicht zu vergessen, dass Angestellte oftmals auch selbst Patient/innen sind, oder Patient/innen auch Ordinationsgehilfen/innen sein können. Sie nehmen also, wie Timo Heimerdinger deutlich macht, beide Rollen ein.

### **1.3. Goffmans Selbstdarstellung im Alltag**

Wie Fischer-Lichte verweist Erving Goffman auf die Interaktivität zwischen den Akteur/innen und geht davon aus, dass jedes Individuum im Alltag Mitwirkende/r eines Rollenspieles ist, freiwillig oder unfreiwillig. Sein Konzept analysiert, „wie in normalen Arbeitssituationen der Einzelne sich selbst und seine Tätigkeit anderen darstellt, mit welchen Mitteln er den Eindruck, den er auf jene macht, kontrolliert und lenkt, welche Dinge er tun oder nicht tun darf, wenn er sich in seiner Selbstdarstellung behaupten will.“<sup>39</sup> Goffman integriert das öffentliche und das berufliche Leben als einen Teil des Alltags, womit seine Annahmen auf einen Großteil sozialer Interaktionen und gesellschaftlicher Einrichtungen angewendet werden können, wie auch in meinem Fall – die Arztpraxis. Seine Arbeit soll ein Interpretationsversuch des menschlichen Verhaltens im alltäglichen Leben sein. Um dieses erklären zu können, verwendet Goffman Terminologien aus der Theaterwelt. Die Darstellung, welche von Goffman auch als *performance* bezeichnet wird, beschreibt den Handlungsspielraum einer Person in einer bestimmten Situation. Sie dient dazu, „die anderen Teilnehmer in irgendeiner Weise [...] beeinflussen“<sup>40</sup> zu können. Damit das Theaterstück gelingen und aufgeführt werden kann, ist es essentiell, dass die Schauspieler/innen innerhalb eines Ensembles kooperieren. Sie alle nehmen Rollen ein und sind Teil der Darstellung. „Das vorherbestimmte Handlungsmuster, das sich während einer Darstellung entfaltet und auch bei anderen Gelegenheiten vorgeführt oder durchgespielt werden kann“<sup>41</sup>, ist Goffmans Definition für die individuell angenommene Rolle. Das Individuum kann mehrere Rollen einnehmen und kann diese an unterschiedlichen Orten

---

<sup>38</sup> Heimerdinger 2005, 40.

<sup>39</sup> Goffman, Erving: Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München 1969, 3.

<sup>40</sup> Ebd., 18.

<sup>41</sup> Ebd.

different ausleben. Die eingenommene Rolle gibt vor, wer wir sein möchten oder wie wir gerne wären und wird im Laufe der Zeit auch zu einem Teil unserer Persönlichkeit. Während die eigene Rolle eingenommen wird, kann man sich diverser Mittel bedienen, um dem Publikum die Rolle möglichst glaubhaft zu verkörpern. Der Glaube an die eigene Rolle spielt dabei eine wesentliche, wenn nicht die wichtigste Rolle. Glaubt der/die Darsteller/in an seine/ihre Rolle, so stellt das Publikum auch keinen Authentizitätsanspruch. Tritt jedoch das Gegenteil ein und der/die Schauspieler/in ist nicht von seiner/ihrer Rolle überzeugt, so kann er aufgrund seines Wissens über die Notwendigkeit seiner/ihrer Rolle, die Zuseher/innen täuschen und dennoch überzeugen. Er/sie ist ein/eine *zynische/r Schauspieler/in* und diese/n kann man besonders im Dienstleistungssektor antreffen, so auch in der Arztpraxis.<sup>42</sup> Der/die Ordinationsgehilfe/in ist zu einem großen Teil ein/e *zynische/r Schauspieler/in*, da er/sie eine Rolle einnimmt, um eine/n Patient/in bezüglich seiner/ihrer Schmerzen zu beruhigen, indem er/sie sich verstellt und die in der Interaktion stehende Person täuscht. Dies geschieht deshalb, weil „ihr Publikum nicht gestattet aufrichtig zu sein.“<sup>43</sup> Damit die Rolle jedoch überzeugend gespielt werden kann, wird ein Hilfsmittel benötigt, welches laut Goffman die *Fassade* ist. Sie ist „das standardisierte Ausdrucksrepertoire, das der Einzelne im Verlauf seiner Vorstellung bewusst oder unbewusst anwendet.“<sup>44</sup> Diese lässt sich in das *Bühnenbild* und die *persönliche Fassade* unterteilen, welche in ständiger Wechselwirkung zueinander stehen. Die *persönliche Fassade* lässt sich jedoch nochmals in *Erscheinung* und *Verhalten* differenzieren. Das *Bühnenbild* umfasst alle Äußerlichkeiten, die sich im Umfeld des/der Schauspieler/in befinden, wie etwa Möbelstücke oder Dekorationsgegenstände. Die *persönliche Fassade* beinhaltet die persönlichen und individuellen Erkennungsmerkmale, also jene Ausdrucksmittel, welche nicht ortsgebunden sind. So können Kleidung, Alter, Geschlecht, Sprechweise, Haltung und dergleichen unter diese Kategorie gefasst werden. Kategorien wie Alter oder Geschlecht sind dabei relativ fixiert und kaum veränderbar, während Sprechweise oder Gestik flüchtig und wandelbar sind. Die *Erscheinung* verdeutlicht dem Publikum den sozialen Status einer Person, während das *Verhalten* dem/der Darsteller/in ermöglicht, eine Rolle anzunehmen und diese zu präsentieren.<sup>45</sup> Ich möchte dies kurz anhand eines Beispiels aus der Ordination verdeutlichen. Die Erscheinung einer/s

---

<sup>42</sup> Vgl. Goffman 1969, 19f.

<sup>43</sup> Ebd., 20.

<sup>44</sup> Ebd., 23.

<sup>45</sup> Vgl. Ebd., 23ff.

Arztes/ Ärztin besteht aus der weißen Kleidung, die er/sie zu ihren Ordinationszeiten trägt. Zu seinem/ihrem Verhalten zählt wie er/sie sich gegenüber den Patient/innen verhält, wie er/sie ihnen gegenüber auftritt.

Diese Ausführungen zeigen auf, dass sich sowohl Erika Fischer-Lichtes Verständnis von Theatralität als auch Erving Goffmans alltägliches Theater als Handlungskonzept für eine Arztpraxis anwenden lassen. Sowohl Schreibstundenkräfte als auch Ärzte nehmen diverse Rollen an, sind manchmal *zynische Schauspieler/innen*, aber glauben zum größten Teil an ihre Rolle und wechseln sie; sie stehen in ständiger Interaktion mit dem Publikum, den Patient/innen; es wird Raum für nicht geplante, spontane Handlungen gegeben, jedoch werden der Aufführung auch Grenzen gesetzt und es kommt sowohl der *semiotische Körper* als auch der *phänomenale Leib*, welche zueinander in Beziehung stehen, zum Vorschein – sozusagen ein gelungenes ärztliches Theaterstück.

## Der Schalterbereich

*Ich bin nun also eingetreten und habe mich dazu entschlossen, einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen. Vor mir stehen schon einige Menschen mit dem gleichen Ziel, nämlich von ihren Beschwerden erlöst zu werden. Ich reihe mich ein und warte bis ich an der Reihe bin, bis ich mit dem/der Ordinationsgehilfen/in sprechen kann, bis ich im System registriert bin, bis ich mich setzen kann, ja bis ich weiter warten darf. Nach einer gefühlten Ewigkeit – okay, es waren nur sechs Minuten, bin ich endlich an der Reihe. Meine verschränkten Arme lösen sich langsam und das nervöse Zappeln von meinen Beinen hat ein Ende. Ich trete an den Schalter heran, werde gefragt ob ich einen Termin habe und ob ich meine E-Card<sup>46</sup> dabei habe. Ich habe keinen Termin, meine Schmerzen sind akut. Mein Nacken ist steif, ich kann mich kaum bewegen. Gleichzeitig zücke ich meine E-Card. Da es mein erster Besuch ist, muss ich einen Aufklärungsbogen ausfüllen. Name, Adresse, Versicherungsnummer und diverse Grunderkrankungen werden abgefragt. Die Dame hinter dem Schalter fragt mich nach dem Grund meines Besuches, sie führt eine kurze Anamnese durch und tippt anschließend meine Daten in den Computer. Ist dies alles erledigt weist sie noch auf die mit Sicherheit lange Wartezeit hin, da ich ja keinen Termin vereinbart habe und bittet mich Platz zu nehmen. Ich suche mir einen Platz und das Warten beginnt.*

---

<sup>46</sup> Die E-Card, die Krankenversicherungskarte, ist die Bescheinigungskarte der Krankenkassen, um eine/n Arzt/Ärztin aufsuchen zu können. Neben Name und Versicherungsnummer sind auch Details zur Krankenversicherung und dem gültigen Anspruch auf der Karte gespeichert.

## **2. Die Bedeutung der Zeit und der Termin**

Untersuchungen zum Thema Zeit in der Europäischen Ethnologie sind seit zirka 30 Jahren, also seit einer relativ kurzen Zeitspanne, zu finden. Das Hauptaugenmerk dieser Forschungen liegt auf der Zeitwahrnehmung.<sup>47</sup> Durch Modernisierung und den technischen Fortschritt wird auch unsere Zeit beschleunigt, unser aller Alltag wird von der Zeit strukturiert und Zeitmanagement ist kein Fremdwort mehr. Somit verwundert es nicht, dass sich seit der Jahrhundertwende immer mehr Forscher/innen<sup>48</sup> mit der Zeit beschäftigen, ist sie doch präsenter denn je. Die „Handhabung der Zeit“<sup>49</sup> rückt immer mehr in den Forschungsfokus<sup>50</sup>, spricht das Interesse nicht nur an der Zeit, sondern auch am Umgang mit ihr steigt und an dieser Stelle kann das Forschungsthema der vorliegenden Arbeit – das Warten – verortet werden. Um das Warten jedoch näher betrachten zu können, bedarf es vorweg einer genaueren Beschäftigung mit der Zeit, sind diese beiden Komponenten Warten und Zeit, doch untrennbar miteinander verbunden. Hauptaugenmerk dieses Kapitels liegt auf den Ausführungen von Robert Levine, einem amerikanischen Sozialpsychologen, welcher sich in seinem 1998 erschienen Werk *Eine Landkarte der Zeit. Wie Kulturen mit Zeit umgehen* einerseits der Thematik der Zeit annähert und als einer der ersten Autoren, auch dem Warten einen Platz in seinen Ausführungen einräumt<sup>51</sup> und andererseits auf dem Berufsfeld des/der Ordinationsgehilfen/in, welche/r sozusagen über die Zeit der Patient/innen verfügt.

### **2.1. Zeit – eine Annäherung**

Zeit – ein noch komplexeres Thema ist nicht leicht zu finden. Zeit, die in wunderschönen Momenten einfach still stehen kann und nur wenige Augenblicke später schon wieder hastig rennt. Zeit kann knapp sein, kann verfliegen, kann und will manchmal einfach nicht vergehen oder zieht sich. Was aber festgehalten werden kann ist, dass sie vergeht und zwar auf eine sehr individuelle Art und Weise, nämlich in einem eigenen Tempo.

---

<sup>47</sup> Vgl. Schilling 2002, 9.

<sup>48</sup> Karlheinz Geißler, Stefan Hirschauer, Andrea Köhler, Robert Levine und Heinz Schilling sind nur einige der zahlreichen Autor/innen, welche sich mit der Zeit-Thematik und dem daraus resultierenden Umgang beschäftigt haben. So ist es nur eine logische Konsequenz, dass sich die Arbeiten dieser Forscher/innen auch in dieser Arbeit wieder finden.

<sup>49</sup> Schilling 2002, 9.

<sup>50</sup> Vgl. Ebd., 9f.

<sup>51</sup> Vgl. Ebd., 10.

*Tempo*, ein Begriff welcher aus der Musikwissenschaft stammt und die Geschwindigkeit, in der ein Musikstück gespielt wird, beschreibt.<sup>52</sup> Für Robert Levine ist der „Takt des Lebens“<sup>53</sup> das Medium mit dem Zeit erfahren werden kann. Dieser Takt ist von Rhythmen (Arbeits- und Ruhezeiten), Abfolgen (zuerst die Arbeit, dann das Vergnügen) und Synchronisierungen geprägt.<sup>54</sup> Aber vor allem ist er eine „Sache des Tempos.“<sup>55</sup> Das Tempo ist sowohl individuell als auch kulturell geprägt und so gibt es auf der ganzen Welt Probleme aufgrund des differenzierten Tempos.<sup>56</sup> Levine hat mit seiner Forschungsgruppe eine Reihe von Studien angefertigt, welche weltweit in 31 unterschiedlichen Ländern durchgeführt wurden. Diese Studien sollten aufzeigen, welche Faktoren „Orte und Kulturen schneller oder langsamer“<sup>57</sup> machen. In den untersuchten Ländern wurden Städte unabhängig von ihrer Größe aufgesucht und anhand dreier Experimente wurde das *Lebenstempo* ermittelt. Als erstes wurde meist am Vormittag auf einer ebenen Strecke von 20 Metern die durchschnittliche Gehgeschwindigkeit von Passanten gemessen. Das zweite Experiment beschäftigte sich mit der „Schnelligkeit am Arbeitsplatz“<sup>58</sup>. Hierbei wurde die Zeit gemessen, die ein Postbeamter benötigte, um eine Briefmarke zu verkaufen. Als letztes wurden in Geschäftsvierteln 15 zufällig ausgewählte Uhren, welche an Bankgebäuden angebracht waren, analysiert. Die angezeigten Uhrzeiten wurden mit der Telefonansage verglichen und sollten Aufschluss über „das Interesse der jeweiligen Stadt an der Uhrzeit“<sup>59</sup> aufzeigen. Anhand dieser drei Forschungen konnten fünf Faktoren ermittelt werden, welche das Tempo beeinflussen.<sup>60</sup> Der *Wohlstand*, der *Grad der Industrialisierung*, die *Einwohnerzahl*, das *Klima*, und die *kulturellen Werte*. „Menschen in Regionen mit einer blühenden Wirtschaft, einem hohen Industrialisierungsgrad, einer größeren Einwohnerzahl, einem kühleren Klima und einer auf den Individualismus ausgerichteten kulturellen Orientierung bewegen sich tendenziell schneller.“<sup>61</sup> Wenn dieses Zitat auf die Stadt Wien transformiert wird, welche ja auch für meine Forschung von zentraler Bedeutung ist, so muss festgehalten werden, dass Zeit in dieser Stadt – wie jeder westlichen Großstadt – eine wesentliche Bedeutung zugeschrieben

---

<sup>52</sup> Vgl. Levine, Robert: Eine Landkarte der Zeit. Wie Kulturen mit Zeit umgehen. München 1998, 31.

<sup>53</sup> Ebd.

<sup>54</sup> Vgl. Ebd.

<sup>55</sup> Ebd.

<sup>56</sup> Vgl. Ebd., 35.

<sup>57</sup> Ebd., 37.

<sup>58</sup> Ebd.

<sup>59</sup> Ebd., 38.

<sup>60</sup> Vgl. Ebd., 37f.

<sup>61</sup> Ebd., 38.

wird. Wien kann auf eine blühende Wirtschaft verweisen, ist in Bezug auf Industrialisierung am Puls der Zeit, hat ca. 1,76 Mio. Einwohner/innen<sup>62</sup> und weist ein gemäßigtes Klima auf, welches von den vier Jahreszeiten geprägt ist. Bis auf das gemäßigte Klima, sind dies alles Faktoren, welche laut Levine für ein schnelles Lebenstempo stehen. Besonders der Fakt, dass Zeit sich historisch gesehen, zu einem „Produkt einer globalen Beschleunigungs-Ökonomie“<sup>63</sup> entwickelt hat, darf nicht außen vor gelassen werden.

Maxi Ratzkowski, die sich in ihrer Diplomarbeit mit der Dramaturgie des Wartens näher auseinandergesetzt hat, kommt zum Schluss, dass Zeit mit einer Ware verglichen werden kann.<sup>64</sup> Sie verweist an dieser Stelle auf Barbara Adam, die sich meiner Meinung nach sehr treffend<sup>65</sup> zu diesem Aspekt äußert.

„Geschwindigkeit und Kurzlebigkeit sind die ökonomisch inspirierten Zeitziele der modernen Wirtschaft. Aber nicht nur dort, sondern auch im Sport, im Schulwesen und in der Medizin hat sich die Einstellung zur Zeit durchgesetzt, dort ist Geschwindigkeit als Zeichen von körperlicher und geistiger Überlegenheit und als Ersparnis von Geld hochgepriesen.“<sup>66</sup>

Es erscheint der Eindruck, als ob durch Zeit auch Geld gewonnen werden würde und in gewissen Fällen ist dies auch der Fall, man müsse nur – und um bei meinem Thema zu bleiben – an das Beispiel eines/einer Privat- im Gegensatz zu einem/einer Kassenpatienten/Kassenpatientin bei einem Arzt/einer Ärztin denken. Auch Robert Levine zeigt auf, dass in Ländern, in denen die Kultur von einem zentralen Individualitätsanspruch<sup>67</sup> geprägt ist, der Fokus vermehrt auf Leistung ausgerichtet ist. Und somit kommt die „Zeit-ist-

---

<sup>62</sup> Vgl. Registerzählungen - Statistik Austria: Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/index.html) (Stand: 16.06.2014).

<sup>63</sup> Köhler, Andrea: Die geschenkte Zeit. Über das Warten. Frankfurt am Main u. Leipzig 2011, 64.

<sup>64</sup> Vgl. Ratzkowski, Maxi: Die Dramaturgie des Wartens. Diplomarbeit (Theater-, Film- und Medienwissenschaft), Wien 2013, 25.

<sup>65</sup> Treffend deshalb, da die Autorin einmal mehr nicht nur auf den ökonomischen Zeitwert eingeht, sondern auch auf das Zeitmanagement im Gesundheitswesen. Krankheiten dürfen nicht mehr morgen, sondern sollen am besten schon heute vom Arzt/von der Ärztin abgeklärt und behandelt werden. *Zeit ist Geld*, oder besser hier, Zeit ist Gesundheit.

<sup>66</sup> Adam, Barbara zitiert nach Ratzkowski 2013, 25.

<sup>67</sup> Unter solchen Ländern können zum Beispiel die Vereinigten Staaten von Amerika angeführt werden. Gegensätzlich dazu ist in Teilen Asiens eine kollektiv geprägte Kultur vorherrschend. So ist es nicht selten, dass sich mehrere Menschen ein Haus mit nur einer Küche teilen. Auch ist in diesen Ländern der Familiensinn durchaus ausgeprägter und teilweise auch auf das ganze Dorf ausgeweitet. Vgl. dazu Levine 1998, 48f.



Geld-Einstellung<sup>68</sup> zum Vorschein, welche die Vorstellung mit sich zieht, es müsse jeder Augenblick genützt werden, Zeit dürfe nicht nutzlos verstreichen.<sup>69</sup>

Auch wenn diese Faktoren Aufschluss über die Bedeutung der Zeit geben, so muss an dieser Stelle Kritik an Levine geübt werden. Der Sozialpsychologe lässt außen vor, dass das menschliche Zeitempfinden durchaus komplex ist. Kein Sinnesorgan hilft dabei, die Gegenwart klar von der Vergangenheit und der Zukunft zu trennen. Karl Decker schreibt dazu in seinem Aufsatz *Biologische Uhren. Zeit in biologischen Systemen*, dass „Zeit intuitiv als eine Sequenz von ‚Vergangenheit‘, ‚Gegenwart‘ und ‚Zukunft‘“<sup>70</sup> beschrieben wird. Was wir ihm zufolge wahrnehmen, sind Ereignisse, welche zueinander in Verbindung stehen, eine gewisse Dauer haben und mit einer gewissen Geschwindigkeit hintereinander oder parallel ablaufen.<sup>71</sup> Eine Minute richtig einschätzen, ohne dabei auf die Uhr zu sehen oder die Sekunden mitzuzählen ist beinahe ein Ding der Unmöglichkeit. Für den Einen/die Eine ist eine Minute schon nach 45 Sekunden gefühlt zu Ende, für den Anderen/die Andere erst nach 75 Sekunden. Deshalb sind Instrumente, um die Zeit messen zu können, von großer Bedeutung. Nur sie können uns exakt angeben, wie viele Sekunden, Minuten oder Stunden bereits vergangen sind.

Die Geschichte der Uhrzeit führt uns über 5000 Jahre zurück. Schon damals begannen die Menschen sich am Himmel und dessen Wechselspiel von Sonne und Mond zu orientieren, um die Zeit beobachten zu können. Verschiedenste Methoden wurden entwickelt, um die Zeit zu messen, wie zum Beispiel die Sonnenuhr, Anlagen wie Stonehenge und Wasseruhren.<sup>72</sup> Auslöser für diese Entwicklung waren von religiöser Natur geprägt, galten doch die Götter als Verantwortliche für die Bewegungen am Himmel.<sup>73</sup> Auch wenn im antiken Griechenland eine Loslösung von dieser Vorstellung hervortrat, so nahm die Zeit doch eine zentrale Stellung in ihrem Weltbild ein. Da sich die messbare Zeit grundlegend von der gefühlten unterscheidet, und nicht von Situationen, unserem Befinden und der Umgebung beeinflusst wird, wurden diese beiden Komponenten getrennt. Die Gottheiten

---

<sup>68</sup> Levine 1998, 49.

<sup>69</sup> Vgl. Ebd., 48f.

<sup>70</sup> Decker, Karl: *Biologische Uhren. Zeit in biologischen Systemen*. In: Baumgartner, Hans Michael [Hrsg.]: *Zeitbegriffe und Zeiterfahrung*. Freiburg u. München 1994, 45.

<sup>71</sup> Vgl. Ebd.

<sup>72</sup> Vgl. Lenz, Hans: *Kleine Geschichte der Zeit*. Wiesbaden 2012, 22f.

<sup>73</sup> Vgl. Levine 1998, 24.

Chronos und Kairos stehen für deren Unvereinbarkeit und wurden von den alten Griechen verehrt. Chronos, der Gott der Zeit, welcher meist mit einer Sanduhr dargestellt wird, symbolisiert die Vergänglichkeit des Lebens. Zeit sollte genutzt werden, damit man nicht „im Dunkel der Zeit“<sup>74</sup> verloren geht. Die Wortwendung jemand sei „chronisch krank“ kann auf diese Gottheit zurückgeführt werden, ist doch auch hier die betreffende Person konstant von einem gesundheitlichen Unbehagen betroffen und nicht im Stande, dies zu ändern.<sup>75</sup> Ihm gegenüber steht Kairos, ein jüngerer Mann, dessen Füße mit Flügeln versehen sind. „Während Chronos die Quantität der Zeit und die Erfahrung der Vergangenheit repräsentiert, ist Kairos das Jetzt, der dimensionslose Punkt der Gegenwart.“<sup>76</sup> Er steht dafür, dass der Augenblick genützt und Gelegenheiten *am Schopf gepackt* werden sollen. Somit kann keine Zeit verloren gehen und demzufolge verkürzt sich auch der Weg zum Ziel.<sup>77</sup> Erst im 13. Jahrhundert revolutionierte die Konstruktion der ersten mechanischen Uhr in Europa die bis dato betriebene Zeitrechnung. Vorweg noch an öffentlichen Räumen angebracht, passt sich die Uhr auch dem Fortschritt und dem Menschen an und wird im 17. Jahrhundert erstmals als Taschenuhr präsentiert und schon zwei Jahrhunderte später manifestierte sich die Armbanduhr anfänglich noch als Luxusgut in einigen wenigen Haushalten.<sup>78</sup> Dieser kurze historische Abriss verdeutlicht, dass unser Alltag erst seit geringer Zeit von der Uhrzeit geprägt ist<sup>79</sup>, was auch der Psychologe Robert Levine in seiner Untersuchung bestätigt. Dadurch, dass das 20. und auch das 21. Jahrhundert von einer zunehmenden Beschleunigung des Alltags<sup>80</sup>, bedingt durch den technischen Fortschritt, gekennzeichnet sind, bekommt die Uhrzeit einen neuen Stellenwert in der Gesellschaft, prägen und strukturieren doch Termin und Fristen unseren Alltag.

## **2.2. Zeitwahrnehmung**

Die gefühlte Zeit folgt anderen Gesetzen als die messbare, denn für Menschen ist es nicht einfach, die Dauer von Zeitabschnitten ohne Anhaltspunkt genau bestimmen zu können.

---

<sup>74</sup> Weinelt, Hannes: Chronos und Kairos. Die zwei Gesichter der Zeit. In: Abenteuer Philosophie, 4/2005, 19. Online unter: [http://www.abenteuer-philosophie.com/artikel/102\\_artikel1\\_zeit.pdf](http://www.abenteuer-philosophie.com/artikel/102_artikel1_zeit.pdf) (Stand: 18.06.2014)

<sup>75</sup> Vgl. Ebd.

<sup>76</sup> Ebd., 20.

<sup>77</sup> Vgl. Ebd., 20f.

<sup>78</sup> Vgl. Lenz 2012, 146ff.

<sup>79</sup> Vgl. Levine 1998, 89.

<sup>80</sup> Vgl. Lenz 2012, 151.

Robert Levine verweist auf diverse Studien, die dies bestätigen.<sup>81</sup> Psychische und physische Faktoren, wie zum Beispiel Umgebung, Unterhaltung oder tagesabhängige Verfassung, sowie Alter nehmen Einfluss darauf, wie wir Zeit wahrnehmen.<sup>82</sup> Das Warten, welches immer mit Zeit in Verbindung gesetzt wird und von einer gewissen Dauer bestimmt ist, ist das prädestinierteste Beispiel dafür, wie eine verzerrte Zeitwahrnehmung verdeutlicht werden kann. Laut Levine beeinflussen mindestens fünf Faktoren die Wahrnehmung der Zeitdauer: die *angenehme Erfahrungen*, der *Grad der Dringlichkeit*, der *Grad der Aktivität*, die *Abwechslung* und die *zeitfreien Aufgaben*. Diese Merkmale werden im Folgenden kurz erläutert.

**Angenehme und unangenehme Erfahrungen:** Jede/r kennt die Situation, dass an einem schönen Sommerabend mit Freunden/innen die Zeit in Windeseile vergeht, ganz im Gegensatz zu einem Arztbesuch. Man sitzt im Wartezimmer, die Sekunden verwandeln sich in Minuten und Minuten fühlen sich beinahe wie Stunden an. Es scheint, als würde die Zeit still stehen. Dabei kann die Zeit, welche mit Freunden/innen verbracht wird, von gleicher Dauer wie der Arztbesuch sein und trotzdem fühlt sich das Warten deutlich länger an. Auch Levine bestätigt diese Beobachtung. Er führt weiters aus, dass allgemein Tätigkeiten, bei denen ein Erfolg erzielt worden ist, im Nachhinein kürzer eingeschätzt wurden, als jene, bei denen versagt wurde. Zurückzuführen sei dies darauf, dass positive Erfahrungen in der Erinnerung nachdrücklich präsenter sind, als negative. Somit erscheint die Zeitdauer verkürzt, da anscheinend weniger Zeit aufgebracht wurde.<sup>83</sup> Auch der Psychologe Michael Stefan Metzner verweist in seiner Diplomarbeit darauf, dass die „negativ emotionale Bewertung einer Situation“<sup>84</sup> zu einer verzerrten Wahrnehmung der Zeit führen kann, bei der die Dauer tendenziell länger geschätzt wird. Gleiches gilt für Angst auslösende Situationen,<sup>85</sup> wie ein Arztbesuch es sein kann, denn Schmerzen beinhalten häufig auch Ungewissheit und Angst vor der Behandlung.

---

<sup>81</sup> So hat zum Beispiel Elizabeth Loftus, eine US-amerikanische Gedächtnisforscherin, herausgefunden, dass Personen, welche eine Videosequenz von einem Banküberfall vorgespielt bekamen, nach 48 stündiger Pause, die Dauer der Aufzeichnung deutlich höher schätzten, als sie wirklich war. Auffällig bei dieser Studie, dass beide Geschlechter zwar die Dauer erhöht einschätzten, Frauen jedoch noch ungenauer waren im Vergleich zu den Männern. Vgl. dazu Levine 1998, 64.

<sup>82</sup> Vgl. Ebd., 60.

<sup>83</sup> Vgl. Ebd., 72.

<sup>84</sup> Metzner, Michael Stefan: Zeiterleben und Empfindungsqualität. Zeitpsychologische Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. Diplomarbeit (Psychologie), München 1999, 18.

<sup>85</sup> Vgl. Ebd., 18f.

**Der Grad der Dringlichkeit:** Je dringender etwas benötigt wird, desto intensiver ist auch die Zeitwahrnehmung. Levine führt das Beispiel der Mutter an, die ihr verletztes Kind ins Krankenhaus fährt. Dabei erscheint ihr die Fahrt viel länger, als normalerweise.<sup>86</sup> Dies trifft auch bei Schmerzen zu, die am besten heute und nicht morgen behandelt werden sollten und die Notwendigkeit der Behandlung an erster Stelle steht.

**Der Grad der Aktivität:** Bei Beschäftigung vergeht die Zeit schneller. Wird man aber dazu gezwungen, nur dazusitzen und zu warten, so kann sich das Gefühl einer nicht enden wollenden Ewigkeit ausbreiten. Und wenn wir ehrlich sind, wer ist nicht schon einmal gefühlte fünf Stunden beim Arzt/bei der Ärztin gesessen und hat gedacht, die Zeit kann eigentlich nur rückwärts laufen? In unserer eher kurz getakteten Gesellschaft wird das Bild vorgelebt, das nur effektiv genützte Zeit positiv besetzt ist. Oftmals scheint es regelrecht so zu sein, als würde verzweifelt versucht werden, eine Beschäftigung zu suchen, da man mit der aufgezwungenen Pause nichts anzufangen weiß. Pausen sind eigentlich positiv konnotiert, nicht aber wenn sie einem aufgedrängt werden, sie zwingen uns regelrecht zur Passivität. Besonders heute wird Zeit häufig mit Geld gleichgesetzt und somit kann Pause auch mit Geldverlust gleichgesetzt werden. Trotz dem Fakt, dass wir durch eine Pause Zeit gewinnen, Zeit in der wir endlich das Buch lesen könnten, welches wir uns vor vier Monaten gekauft haben und welches immer noch ungelesen im Bücherregal steht, Zeit in der wir eigentlich einem Freund/einer Freundin eine SMS schreiben könnten, der/die seit geraumer Zeit schon auf unsere Antwort wartet, können wir sprichwörtlich nicht wirklich was damit anfangen. Nichtstun kann mit „nicht handeln, unproduktiv sein, Zeit vertun, Zeitverschwendung, tote, leere, ineffiziente, wertlose Zeit“<sup>87</sup> gleichgesetzt werden. Nichtstun<sup>88</sup> in Freizeitstress umzumünzen ist unser Hauptanliegen, wird doch dieses Nichtstun oft mit Verschwendung sowie Leere in Verbindung gebracht.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> Vgl. Levine 1998, 73.

<sup>87</sup> Heisitz, Iris u. Lutkat, Jette: Wunderland. In: Schilling, Heinz [Hrsg.]: Welche Farbe hat die Zeit. Recherchen zu einer Anthropologie des Wartens. Frankfurt am Main 2002, 164.

<sup>88</sup> Vgl. dazu Liesenfeld, Gertraud u.a. [Hrsg.]: nichts tun. vom flanieren, pausieren, blaumachen und müßiggehen. Begleitbuch und Katalog zur gleichnamigen Sonderausstellung (=Kataloge des Österreichischen Museums für Volkskunde, Bd. 75). Wien 2000. Die Herausgeber/innen Gertraud Liesenfeld, Klara Löffler, Christian Rapp und Christian Weese beschäftigen sich in diesem Werk mit dem Nichtstun und dem Freizeitstress.

<sup>89</sup> Vgl. Levine 1998, 75f.

**Die Abwechslung:** „Je größer die Abwechslung, desto schneller scheint die Zeit zu vergehen.“<sup>90</sup> Ist das Angebot nicht ausreichend, so breitet sich Langeweile aus. Das Individuum ist ständig auf der Suche nach Veränderung,<sup>91</sup> so auch im ärztlichen Wartezimmer. Zeitschriften werden durchgeblättert, Prospekte überflogen, das Handy überstrapaziert und der Sitznachbar/in analysiert. Momente, in denen sich Langeweile in den eigenen, individuellen Alltag einschleichen, sind für niemanden unbekannt. Die eigene Vorstellung ist nicht ausreichend um mit der „gewonnenen“ Zeit etwas anfangen zu können. Sekunden erscheinen wie Minuten und Minuten wie Stunden. Ist man einmal von der Langeweile gefangen, so verliert man schnell jegliches Interesse an Handlungen.<sup>92</sup> „Die Langeweile kontrolliert das Zeitgefühl.“<sup>93</sup>

**Zeitfreie Aufgaben:** Auch bei Aktivitäten, bei denen die rechte Gehirnhälfte<sup>94</sup> stimuliert wird, hat man Schwierigkeiten die Zeit einzuschätzen, da gegensätzlich zur linken, die rechte ohne zeitlichen Rahmen, intuitiv und ganzheitlich arbeitet.<sup>95</sup>

Diese fünf Faktoren differenzieren individuell und nehmen Einfluss auf das Warten. Einige Auffälligkeiten in Bezug auf das Warten beim Arzt wurden bereits erwähnt, werden jedoch im Kapitel *Warteraum* näher erläutert. Dass auch das Alter die Zeitwahrnehmung beeinflusst, erwähnt Levine nur kurz, in meiner Arbeit wird dieser Aspekt jedoch noch ausführlicher behandelt, da ich in meiner Forschung davon ausgehe, dass das Alter Einfluss auf das Warten hat.

**Alter:** Der Psychologe Marc Wittmann vom *Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene* in Freiburg zeigt in seinem Werk *Gefühlte Zeit. Kleine Psychologie des Zeitempfindens* auf, dass mit steigendem Alter auch die Zeit gefühlsmäßig schneller vergeht. Diese Annahme kann durch zwei groß angelegte Studien bestätigt werden, welche in Österreich, Deutschland, den Niederlanden und Neuseeland durchgeführt wurden. Dabei wurden insgesamt über 2000 erwachsene Proband/innen aller Lebensalter sowohl in Land-

---

<sup>90</sup> Levine 1998, 79.

<sup>91</sup> Vgl. Ebd., 80.

<sup>92</sup> Vgl. Ebd., 69f.

<sup>93</sup> Ebd., 70.

<sup>94</sup> Im Gegensatz zur linken Gehirnhälfte, welche für das analytische Denken verantwortlich ist, ist die Rechte für nonverbale Vorgänge verantwortlich. Tätigkeiten welche besonders die rechte Gehirnhälfte beanspruchen sind im künstlerischen, kreativen Bereich angesiedelt. So wird zum Beispiel beim Musizieren oder beim Malen schnell der Zeitbezug verloren. Vgl. dazu: Ebd., 81f.

<sup>95</sup> Vgl. Ebd., 81.

als auch Stadtregionen zu ihrem Zeitgefühl im jeweiligen Lebensabschnitt befragt. Je älter die befragten Personen waren, desto kürzer erschienen ihnen die vergangenen zehn Jahre ihres Lebens. Erst ab dem Pensionsalter von zirka 65 Jahren kann wieder eine Verlangsamung der subjektiven Zeitwahrnehmung verzeichnet werden. Dies kann damit erklärt werden, dass Geschehnisse, die zum ersten Mal erlebt werden, rückblickend die Zeit dehnen.<sup>96</sup> Solche Situationen, wie der erste Kuss, die erste Autofahrt im Alleingang oder der erste Besuch im Kino passieren im Normalfall in einem jüngeren Alter. Sind wir einmal gefangen in der Alltagsroutine und Familie sowie Job haben uns vereinnahmt, so passiert selten etwas Neues. Und wie bereits erwähnt, verlängern besonders schöne Erinnerungen unseren Zeitraum in unseren Erinnerungen, denn sie dienen uns als Zeitmarker. Als Bezugspunkt ermöglichen sie Vergangenes, zu strukturieren und so kann der letzte Urlaub im Rückblick deutlich länger erscheinen, als die vergangenen Arbeitswochen, welche sich nicht deutlich voneinander unterscheiden lassen. Man nimmt tagtäglich dieselbe U-Bahn, trifft dieselben Personen und widmet sich denselben Aufgaben. Im Gegensatz dazu stehen die Ereignisse, welche im Urlaub erlebt werden beziehungsweise wurden. Da wir aus unserer Alltagsroutine ausbrechen, muss unser Gehirn mit neuen Umständen, wie ein anderer Tagesablauf oder eine neue Sprache zurechtkommen.<sup>97</sup> Erscheinen die ersten Urlaubstage subjektiv noch lange, so vergehen sie im Laufe der Aufenthaltsdauer schneller, da der „Gewöhnungseffekt“<sup>98</sup> eintritt. Aufregende und neuartige Situationen dehnen die Zeit. „Wird das Neuartige aber Routine, vergeht die Zeit wieder schneller.“<sup>99</sup> Ebenso wie Wittmann zeigt auch Metzner auf, dass Lebenserfahrung und Alter aufeinander Einfluss nehmen. Bestimmte Situationen wurden wegen des höheren Alters schon öfters durchlebt und aufgrund des Habitus können Veränderungen in den verschiedensten Wartesituationen erkennbar werden.<sup>100</sup>

---

<sup>96</sup> Vgl. Wittmann Marc: Gefühlte Zeit. Kleine Psychologie des Zeitempfindens. München 2013, 97ff.

<sup>97</sup> Vgl. Ebd., 100f.

<sup>98</sup> Ebd., 101.

<sup>99</sup> Ebd.

<sup>100</sup> Vgl. Metzner 1999, 22.

„Ältere Menschen schätzen Zeitstrecken deshalb immer kürzer ein, weil sie aufgrund der Anforderungen der Umwelt gelernt haben, die Welt mehr und mehr als Ansammlung von gewohnten Vorstellungen wahrzunehmen, bis hin zu dem Gefühl, daß ‚immer alles dasselbe‘ ist. Dem sorglosen Kind, das gar nicht anders kann, als in der Gegenwart zu leben, erscheint die Welt noch so reichhaltig, daß die Dauer von einem Geburtstag zum nächsten fast unvorstellbar lange ist.“<sup>101</sup>

Fakt ist, dass das Alter ebenso wie andere psychischen und physischen Faktoren, wie Krankheit und Tagesverfassung, Einfluss auf die Zeitwahrnehmung nehmen.

### **2.3. Zeitmanagement – der Termin**

Wie bereits aufgezeigt, hat die Zeit eine besondere Stellung in der heutigen Gesellschaft. Sie wird nicht nur individuell wahrgenommen, sie ist auch zu einem Produkt transformiert worden. Um nicht sinnlos Zeit zu verlieren, werden besonders bei Arztbesuchen Termine ausgemacht. Termine werden dabei aus mehreren Gründen vereinbart; der wesentlichste Faktor ist sicherlich, weil man Schmerzen hat, oder weil etwas von einem/einer Arzt/Ärztin, einem/einer medizinischen Fachmann/frau, abgeklärt werden soll. Gleich danach folgt aber ein rein ökonomischer Grund. Man möchte mit einem Termin die Wartezeiten verringern. „Zeit ist eine Ressource, die nicht vergeudet werden darf und eigens ‚gemanagt‘ werden muss. Keine Minute soll ungenutzt bleiben, jede Verspätung ist legitimierungsbedürftig.“<sup>102</sup> Genau aus diesem Grund werden auch Terminvereinbarungen immer wichtiger. Wird ein Termin vereinbart, so kann der eigene Tagesplan strukturiert und der Wartezeit aus dem Weg gegangen werden. „Die Leitvorstellung von Effizienz und Reibungslosigkeit, die Pausen nur als zeitliche Puffer zuläßt, ist über das Funktionieren moderner Organisationen hinaus längst das zentrale Strukturierungsprinzip des Alltags der Mittelschichten und damit zum prägenden Lebensstil unserer Gesellschaft geworden.“<sup>103</sup> Termine stehen aber nicht nur für Zeitersparnis, sondern auch für die Integration in den Alltag, für ängstliche Patient/innen als mentale Vorbereitung und als Sicherstellung, dass der/die Arzt/Ärztin auch wirklich anwesend ist. Termine liegen oftmals in der Ferne, sind nicht schnell zu bekommen. Die beiden Ethnologinnen Iris Heisitz und Jette Lutkat führten im Rahmen eines Forschungsprojektes am Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie an der

---

<sup>101</sup> Metzner 1999, 34.

<sup>102</sup> Paris, Rainer: Warten auf Amtsfluren. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 2001 (53), Heft 4, 712.

<sup>103</sup> Ebd., 713.

Universität Frankfurt eine Untersuchung durch, welche aufzeigen soll, wie das Warten in der kommerziellen Werbung transportiert wird. Gleich wie Robert Levine machen sie deutlich, dass die Nichtverfügbarkeit einer Ware die Attraktivität und den Wert dieses steigen lässt.<sup>104</sup> Ähnlich ist es bei einem Arzttermin. Hier lässt sich eine deutliche Parallele zur Werbeindustrie aufzeigen. Sind Termine bei einem Arzt nur rar zu bekommen, so zeugt dies von erfolgreicher Arbeit und Akzeptanz. Ein großer Patientenstamm erweckt den Anschein, dass es sich um ein/e gute/r Mediziner/in handelt, dem/der gerne Vertrauen entgegengebracht wird. So kann gesagt werden, dass zumindest in der Wahrnehmung Masse für Qualität spricht. Doch oft sind die Schmerzen so akut, dass nicht wie in meinem Untersuchungsfeld zirka zwei Wochen<sup>105</sup> auf einen Termin gewartet werden kann und will. So muss als Akut-Patient/in einen/eine Arzt/Ärztin aufgesucht und die Dringlichkeit des Besuches verdeutlicht werden, um eingeschoben werden zu können. Dieses „eingeschoben werden“ geht mit einer Ungewissheit einher und genau an diesem Beispiel zeigt sich die Bedeutung der Organisation im ärztlichen Betrieb. Es ist einem bewusst, dass man genau in so einem Fall warten muss, trotzdem überkommt einem ein Gefühl der Ungewissheit. Es kann keine Auskunft über die Wartezeit gegeben werden und auch das Individuum selbst kann nicht sagen, wann es drankommt. Der/die Ordinationsgehilfe/in nimmt hier eine besondere Stellung ein, ist er/sie doch die Person, mit der man Termine vereinbaren kann und der/die darüber entscheiden kann, ob als Akut-Patient/in Platz genommen werden darf oder nicht.

#### ***2.4. Einer/Eine hat immer die Zügel in der Hand – der/die Ordinationsgehilfe/in***

Der/die Ordinationsgehilfe/in, oder auch Schreibstundenhilfe genannt, ist die erste Anlaufstelle bei einem Arztbesuch. Er/Sie erledigt administrative Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Terminvergabe und das Anmelden der Patient/innen und unterstützt den Arzt/die Ärztin bei seiner/ihrer Tätigkeit. Zusammengefasst lässt sich daraus folgern, dass ohne ihm/ihr eine Ärztepraxis nicht funktionieren könnte.

---

<sup>104</sup> Vgl. Heisitz u. Lutkat 2002, 173 u. Levine 1998, 151.

<sup>105</sup> Verglichen mit anderen Ländern muss festgehalten werden, dass Wartezeiten auf einen Termin im deutschsprachigen Raum relativ gering sind. Wartezeiten von ca. zehn Wochen auf einen Arzttermin in Skandinavien sind keine Seltenheit. Vgl. dazu: Roll, Kathrin; Stargardt, Tom u. Schreyögg, Jonas: Warten auf einen Arzttermin. In: Deutsche Gesellschaft für Zeitpolitik [Hrsg.]: Zeitpolitisches Magazin, 2012 (9), Ausgabe 20, 15.



Wie in allen sozialen Bereichen ist auch hier der Frauenanteil überdurchschnittlich hoch<sup>106</sup> und durch Gespräche mit meinen Arbeitskolleginnen, welche alle weiblich und zwischen 25 und 45 Jahren sind, konnte ich herausfinden, dass sich in den Ausbildungskursen<sup>107</sup> höchstens zwei oder drei Männer unter den zirka 25 Frauen befanden. Sozialität, Umsorge, Großherzigkeit, Einfühlsamkeit und Fürsorge sind Zuschreibungen, welche durch den tagtäglichen Kontakt zu Menschen, als Voraussetzung für den Job gesehen werden können. Diese Attribute unterstreichen die sozialen Fähigkeiten des weiblichen Geschlechts. Männer hingegen werden noch immer mit den Attributen Aufstieg, Karriere und Familienversorger behaftet. Eine durchgeführte Studie vom österreichischen Arbeitsmarktservice zeigt auf, dass „Frauen in Berufen mit niedrigem bis mittlerem Qualifikationsniveau stark überpräsentiert sind, während in Berufen mit höherer Qualifikation die Männer zumeist überwiegen.“<sup>108</sup> Erklärt wird dieser Fakt nicht, jedoch unterschätzen sich Frauen im Gegensatz zu Männern immer noch deutlich selbst, was einige Studien<sup>109</sup> aus der Psychologie belegen können. Dieses Bild jener klassischen Geschlechterrollen, wo der Mann das Geld nach Hause bringt und die Frau ihn dabei unterstützt beziehungsweise den Haushalt regelt, ist immer noch sehr präsent, auch wenn die meisten Frauen dies doch abstreiten würden, wenn man sie direkt darauf ansprache. Auch wenn der Trend minimal abnimmt, so entscheiden sich doch in den meisten Fällen Frauen für die Familie und diese Entscheidung ist oftmals einfacher mit einem sozialen Beruf zu vereinbaren, da es die Möglichkeit einer Teilzeitanstellung gibt und nur in den wenigsten Fällen die Tätigkeit in

---

<sup>106</sup> Laut AMS-Statistik kann im Berufssektor „Gesundheit und Medizin“ eine Frauenquote von über 79 % aufgezeigt werden. Vgl. dazu: Frauen und Männer am Arbeitsmarkt. Gesundheit und Medizin. Online unter: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/gender.php?id=71>. (Stand: 25.06.2014).

<sup>107</sup> Die Ausbildung in Österreich zur Ordinationsgehilfin umfasst 650 Stunden, gesplittet in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Die Theorie, welche ein Drittel der Ausbildung einnimmt, muss in einem entsprechenden Lehrgang oder in einer Schule für medizinische Assistenzberufe mit einer Abschlussprüfung abgelegt werden. Der praktische Teil wird mit der Anstellung absolviert. Vgl. dazu: Medizinische Assistenzberufe (MAB). Online unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/0/9/CH1338/CMS1355146400234/mab\\_119\\_amsaerztliche\\_fortbildungsveranstaltung.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/0/9/CH1338/CMS1355146400234/mab_119_amsaerztliche_fortbildungsveranstaltung.pdf) (Stand: 25.06.2014).

<sup>108</sup> Frauen und Männer am Arbeitsmarkt. Gesundheit und Medizin. Online unter: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/gender.php?id=71>. Stand: (25.06.2014).

<sup>109</sup> Die beiden Psychologinnen Susanne Annes u. Kerstin Bongerts zeigen als ein Beispiel in ihrem Aufsatz *Ausgebremst? Warum die Karriereleiter für Frauen oft zu kurz ist* auf, dass Frauen zu einer Unterschätzung ihrer Fähigkeiten neigen, während bei Männern eine Überschätzung auffällig ist. Dies verdeutlicht sich auch in Körperhaltung und Kommunikationsstil der Frauen, welche von Zurückhaltung und Emotionalität geprägt sind. Zurückzuführen sei dies auf die geringere Ausprägung von Erfolgsorientierung und Durchsetzungsvermögen des weiblichen Geschlechts. Vgl. dazu: Annes, Susanne u. Bongaerts, Kerstin: *Ausgebremst? Warum die Karriereleiter für Frauen oft zu kurz ist*. Veröffentlichung für den Newsletter Unternehmenskultur/CSR vom 07.04.2008, 4f. Online unter: <http://www.2competence.de/resources/bertelsmann-stiftung.pdf> (Stand: 18.11.2014).

einem Vollzeit-Ausmaß ausgeübt wird,<sup>110</sup> was auch in meinem Untersuchungsfeld ersichtlich ist. Einer Vollzeitbeschäftigung gehen nur jene Kolleginnen nach, welche selbst noch keine Familie haben.

Ich kehre nochmals zurück zur Einleitung des Kapitels, zu dem Feldforschungstagebucheintrag, jener Interaktion, wo ich endlich an den Schalter gelange und an der Reihe bin. Der/die Ordinationsgehilfe/in fragt nach der E-Card. Durch das Stecken der E-Card werde ich personalisiert, ob gewollt oder nicht und gleichzeitig schließe ich einen Vertrag<sup>111</sup> ab. Dieser Vertrag wird von mir, dem/der in Anspruch zu nehmenden Arzt/Ärztin und dem Versicherungsträger unterzeichnet. Wenn alle damit einverstanden sind, ist dieser rechtskräftig. Der Name und der Versicherungsträger erscheinen am Display. Nach Ausfüllen des Aufklärungsbogens kommen noch Adresse, bestehende Erkrankungen und eventuelle Infektionsrisiken hinzu. Informationen, welche eigentlich nicht gerne weitergegeben werden, in diesem Fall aber ein Muss ist. Die Schreibstundenkraft erfährt womöglich Details, die selbst die engsten Vertrauten nicht wissen. Er/Sie fragt nach den aktuellen Beschwerden und die Beschwerden werden nicht nur ihm/ihr sondern auch gleichzeitig einigen der wartenden Patient/innen mitgeteilt. Durch eine Bodenmarkierung und einem „Bitte Abstand halten“-Schild wird Diskretion vermittelt, doch die vorgegebene Architektur verweist auf Indiskretion. Der/die Ordinationsgehilfe/in sitzt, der/die Patient/in steht, sie befinden sich nicht auf gleicher Höhe und es muss automatisch lauter gesprochen werden, damit eine sprachliche Interaktion entstehen kann. Schon Georg Simmel, einer der bekanntesten Philosophen und Soziologen, beschäftigte sich Anfang des 20. Jahrhunderts mit der „Psychologie der Scham“. „Die Aufmerksamkeit der anderen empfindet der Betroffene als eine Indiskretion, sie dringen damit in die Sphäre seiner Persönlichkeit, in dasjenige ein, was nur ihn allein angeht.“<sup>112</sup> Seine/ihre persönlichen Probleme und Krankheiten sind auch wirklich nur Belange, die ihn/sie und gegebenenfalls noch den/die Arzt/Ärztin etwas angehen, nicht aber die Person hinter dem Schalter oder andere anwesende Patient/innen.

---

<sup>110</sup> Die Teilzeitquote bei Frauen steigt latent an und liegt laut Statistik Austria derzeit bei 44, 9 %. Vgl. dazu: Statistik Austria. Erwerbstätigkeit: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/index.html) (Stand: 25.06.2014).

<sup>111</sup> Auch Marc Augé beschäftigt sich in seinem Werk „Ein Ethnologe in der Metro“ mit diesem Vertragscharakter. In meinem Fall durch die E-Card hergestellt, so liefert dies in seinem Fall die Fahrkarte, welche zu einer Fahrt mit der Metro berechtigt. Vgl. dazu: Augé, Marc: Ein Ethnologe in der Metro. Frankfurt am Main u. New York 1988, 64f.

<sup>112</sup> Simmel, Georg: Schriften zur Soziologie. Eine Auswahl. Herausgegeben von Dahme, Heinz-Jürgen u. Rammstedt, Otthein. Frankfurt am Main 1995 (5. Auflage), 144.

Und schnell entsteht aus Indiskretion Scham. Scham über sich selbst, dass Intimes einer außenstehenden Person mitgeteilt werden muss. Scham, welche laut Simmel „absolutes Privateigentum ist“<sup>113</sup>, da die Persönlichkeit jedes Individuums von einer Sphäre umgeben ist, welche „Reserve und Unnahbarkeit“<sup>114</sup> vermittelt. Durch die Frage nach den eigenen Beschwerden, wird diese Sphäre durchbrochen, offenbart. Nach näherer Betrachtung der Aufsätze „Psychologie der Diskretion“ und „Psychologie der Scham“ sollte noch festgehalten werden, dass Diskretion und Scham in einer Wechselwirkung stehen, denn wie schon aufgezeigt wurde, kann aus Diskretion Scham entstehen und aus dem Erfahren von Scham in zukünftigen Situationen Diskretion entstehen. Doch nochmals zurück zur Anmeldesituation. Nachdem die Beschwerden geschildert wurden, kommt die entscheidende Frage. Haben Sie einen Termin? Es wird entweder mit ja oder nein geantwortet und die Schreibstundenhilfe fragt nach der Uhrzeit beziehungsweise verweist auf die Wartezeit. Mit einem Klick versetzt er/sie den/die Patienten/in nicht nur physisch in den Warteraum sondern auch virtuell auf die Warteliste. Mit der Uhrzeit des Termins gekennzeichnet – wenn vorhanden – werden die Patient/innen eingereiht. Nur die Angestellten und Ärzte/innen haben Einblick auf diese Warteliste. Ab nun sind sie die Verwalter/innen der Patient/innen, ihrer Körper und auch ihrer Zeit. Sie entscheiden wer dran kommt und wer noch weiter warten muss.

Der Schalterbereich offenbarte uns eine Annäherung an die Zeit. Doch warum ist hier eine Beschäftigung mit der Zeit angebracht? Warten kann nur in Verbindung mit dieser verstanden werden, verstreicht doch während wir warten Zeit. Das Warten ist von einem Anfang und einem Ende gekennzeichnet und das was dazwischen verloren beziehungsweise gewonnen wird, ist Zeit. Zeit welche genützt oder vergeudet werden kann. Es wurde jedoch nicht nur die Zeit analysiert, sondern auch die Stellung des/der Ordinationsgehilfen/in. Er/Sie ist der /die Assistent/in des Arztes/der Ärztin und zu seinen/ihren Aufgaben zählt, Menschen warten zu lassen. Macht spielt in Wartesituationen eine wesentliche Rolle, ist doch die Abhängigkeit von jemandem präsent, so auch in der Arztpraxis. Wie sieht dies im ärztlichen Wartezimmer aus? Wie gehen Menschen mit Wartesituationen um? Das nun folgende Kapitel – der Warteraum – soll anhand einiger Fallbeispiele diese Fragen näher analysieren.

---

<sup>113</sup> Simmel 1995, 142.

<sup>114</sup> Ebd.

## Der Warteraum

*Ich habe mir einen Platz in einem Eck gesucht, um Überblick über den Warteraum zu haben. Ich stelle meine Handtasche auf den Platz neben mich und lehne mich zurück. Ein Blick auf die Uhr verrät mir, dass schon zwei Minuten vergangen sind. Ich brauche eindeutig Beschäftigung. Auch wenn ich mir schon denken konnte, dass ich wahrscheinlich warten muss, hab ich natürlich nichts mit, was meine Wartezeit erleichtern könnte. Ich halte Ausschau nach Zeitschriften und finde einen Berg davon auf einem schwarzen Tisch liegen. Die vorhandenen Zeitschriften decken eine große Bandbreite ab und so schnappe ich mir ein Magazin zum Thema Reisen. Ja, das interessiert mich. Ich nehme es, gehe zurück an meinen Platz und beginne zu blättern. Kein Artikel spricht mich wirklich an, ich lese die Überschriften und muss mir eingestehen, dass ich mich gar nicht konzentrieren kann. Zu leicht lasse ich mich vom läutenden Telefon oder von den kommenden und gehenden Personen ablenken. Ich blicke wieder auf die Uhr, erst elf Minuten vergangen – kann das wirklich sein? Es fühlt sich schon mindestens wie eine halbe Stunde an. Ich blicke in den Warteraum und sehe in ausdruckslose Gesichter und angespannte Körper. Der Blick ist leer und die verschränkten Oberarme zeigen mir, dass diese Personen genauso wenig wie ich hier sein wollen. Ich rede mir selbst ein, dass ich da jetzt durch muss, schließlich will ich nicht länger mit meinen Schmerzen leben. [...] Ich blicke wieder auf den Fernseher. Zum zirka fünften Mal zeigt sich mir die Präsentation und doch erscheint sie mir neu. [...] Wieder ein Blick auf die Uhr – 56 Minuten sind schon vergangen. Am Schalter ist gerade wenig los, also nütze ich die Chance und frage die Dame am Schalter, wie lange es noch dauern wird. Sie kann mir keine genaue Wartezeit sagen, verweist aber darauf, dass ich heute Glück habe und es nicht mehr so lange dauern wird, da heute relativ wenig los ist. Ich bedanke mich und gehe zurück zu meinem Platz. Ich habe Glück? Eine Stunde Warten - ist das normal? Fragen über Fragen schwirren in meinem Kopf. Die Langeweile kehrt schnell zurück. Was kann ich jetzt machen? Ich suche in meiner Handtasche und zücke erneut mein Smartphone. Auf Facebook hat sich in den letzten 15 Minuten sicherlich einiges abgespielt und neue Mails sind sicher auch gekommen – natürlich alles beim Alten. Im Sudoku-Spielen am Handy finde ich eine neue Beschäftigung. [...] Eine männliche Stimme reißt mich aus meinen Rätselkünsten und ruft meinen Namen. Blicke der Patient/innen schwirren durch den Raum und suchen mich. Fast schon verwundert, packe ich schnell meine Sachen zusammen und folge der Stimme.*

### **3. Zum Warten verdonnert**

Unser Alltag ist geprägt von Wartesituationen. Wir warten in der Früh auf den Kaffee, am Weg zur Arbeit auf den Bus, in der Mittagspause auf unser Essen, am Nachmittag auf Bekannte und am Abend auf den Beginn des Hauptabendprogrammes. Warten nimmt somit einen großen Teil unserer Tagesaktivitäten ein. Haben wir Schmerzen beziehungsweise denken, etwas ist mit unserem Körper nicht in Ordnung, so müssen wir im Wartezimmer eines/r Arztes/Ärztin Platz nehmen und warten. Warteräume verdeutlichen nicht nur durch ihren Namen, sondern auch durch ihre Präsenz, dass sie geschaffen wurden, um Menschen einen Ort zu geben, an denen sie warten können. Dieses Kapitel behandelt den Ort des Warteraums, eingeleitet durch allgemeine Erläuterungen zum Warten und zum Raum. Hauptteil dieses Kapitels bildet die empirisch durchgeführte Raumanalyse, welche Aufschluss über die Konzeption des Raumes und über den Umgang mit dem Warten der sich im Raum befindenden Patient/innen geben soll. Gestützt werden die Auffälligkeiten und die daraus entwickelten Erklärungsansätze durch diverse Studien, welche ebenfalls Wartesituationen in den Fokus genommen haben, wobei die Studien der deutschen Soziologen Rainer Paris und Stefan Hirschauer hervorzuheben sind. Rainer Paris untersuchte Wartezimmer und Flure in Berliner Amtshäusern und Stefan Hirschauer analysierte eine Fahrstuhlfahrt. Ebenso soll aufgezeigt werden, wie Menschen mit dem Warten im ärztlichen Wartezimmer umgehen. Hierbei stellt sich die Frage, inwiefern kollektive Muster und Praxen des Wartens aufgezeigt werden können.

#### **3.1. Zwei Begriffsanalysen**

##### **3.1.1. Das Warten**

Bei einer näheren Beschäftigung mit dem Warten wird schnell klar, dass es sich um ein sehr individuell differenziertes Alltagsphänomen handelt. Für jeden/jede kann warten unterschiedlich definiert werden. In diesem Kapitel soll versucht werden, den Begriff des Wartens offen zu legen. Ebenso sollen die wesentlichsten Charakteristika aufgezeigt werden. Doch zu allererst soll herausgefunden werden, was allgemein unter dem Warten verstanden werden kann. Blickt man in das *Deutsche Wörterbuch* der Brüder Grimm, welches im

Zeitraum zwischen 1838 und 1961<sup>115</sup> entstanden ist, so kann folgende Definition gefunden werden: „verb. schauen, seine Aufmerksamkeit [sic!] auf etwas richten, versorgen, pflegen, einem dienen, anwartschaft [sic!] haben, harren, usw.“<sup>116</sup> Der *Duden*, das Deutsche Universallexikon, welches 2011 in der 7. Auflage erschienen ist, liefert zwei Erklärungsansätze. Einerseits wird vom „Eintreffen einer Person, einer Sache, eines Ereignisses entgegensehen, wobei einem oft die Zeit besonders langsam zu vergehen scheint; sich auf jemanden, etwas wartend, an einem Ort aufhalten und diesen nicht verlassen; etwas hinausschieben, zunächst noch nicht tun“<sup>117</sup> gesprochen, und andererseits vom „(veraltend) sich um jemanden, etwas kümmern, für jemanden, etwas sorgen; pflegen, betreuen; (an etwas) Arbeiten ausführen, die zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit von Zeit zu Zeit notwendig sind“<sup>118</sup>. Ähnlich wie bei den Brüdern Grimm wird auf den positiven Aspekt der Aktivität des Wartens eingegangen, jedoch zeigt sich auch durch die Verwendung des Begriffes „veraltend“, dass es im Begriffsverständnis zu einer Wende gekommen ist. „Warten ist für die Grimms eine lebendige Zeitqualität, ist Lust an der Zeit, ein Geschenk der Zeit“<sup>119</sup>, so der Zeitforscher Karlheinz Geißler. Dieses Zitat macht die damals noch vorherrschende positive Konnotation des Begriffes deutlich. Heute wird Warten durchwegs als „Defekt, [...] Fehler im System, [...] Makel, [...] Ergebnis misslungener Planung“<sup>120</sup>, „Verschwendung von Lebenszeit“<sup>121</sup> und als „Krankheit der Zeit“<sup>122</sup> angesehen. Warten im positiven Sinne, wird nur mehr dann verwendet, wenn es um die Instandhaltung von „toten Gegenständen“<sup>123</sup> geht: Maschinen werden gepflegt und gewartet<sup>124</sup>, jedoch nicht mehr der Mensch. Zugespitzt spricht Geißler sogar davon, dass „dem Toten den Vorzug vor dem Lebendigen“<sup>125</sup> gegeben wird. Heutzutage erscheint es regelrecht so, als ob Menschen intensivere Beziehungen zu Gegenständen aufbauen können, als zu ihren Partner/innen. Das

---

<sup>115</sup> o.V.: A bis Zypressenzweig. In: Der Spiegel, 20/1961. Online unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43161101.html> (Stand: 15.11.2014).

<sup>116</sup> Grimm, Jacob u. Grimm, Wilhelm: Deutsches Wörterbuch. Band 27. W-Wegzwiesel. München 1984 (Nachdruck der Erstausgabe), 2125.

<sup>117</sup> o.V.: Warten. In: Duden. Deutsches Universallexikon. Online unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/warten> (Stand: 15.11.2014).

<sup>118</sup> Ebd.

<sup>119</sup> Geißler Karlheinz: Last und Lust des Wartens. In: Deutsche Gesellschaft für Zeitpolitik [Hrsg.]: Zeitpolitisches Magazin, 9 (2012), Ausgabe 20, 5.

<sup>120</sup> Geißler 2012 (wie Anm. 1), 70.

<sup>121</sup> Küng, Max: Nur die Ruhe. In: Süddeutsches Magazin. Stil Leben, 01/2014, 12.

<sup>122</sup> Geißler 2012 (wie Anm. 119), 4.

<sup>123</sup> Ebd., 5.

<sup>124</sup> Vgl. Ebd.

<sup>125</sup> Ebd.

Handy ist nicht ersetzbar, der/die Partner/in aber schon. Natürlich muss betont werden, dass dieses Statement nicht für die Allgemeinheit gültig ist, nur wird durch die Medien beinahe solch ein Anschein vermittelt – doch wieder zurück zum Warten. Es wurde bereits aufgezeigt, dass es im Verständnis des Wortes im Laufe der Zeit einen Negativwandel gegeben hat. Obwohl „Warten [...] eine der elementarsten und häufigsten seelischen Erfahrungen“<sup>126</sup> unseres Alltags ist, wird es in unserer heutigen Gesellschaft als Zeitverschwendung verstanden, aber warum? Wird nicht durch bewusstes Warten einem ein neuer Blickwinkel eröffnet? Kann es nicht als bewusste Auszeit vom doch oft so hektischen Alltag verstanden werden? Vielleicht hilft eine nähere Beschäftigung mit dem Text von Rainer Paris um dieser Frage auf den Grund gehen zu können. In seiner teilnehmenden Beobachtung in Berliner Amtshäusern, versucht er als einer der wenigen Autor/innen, eine Struktur des Wartens aufzuzeigen. Laut dem deutschen Soziologen kann das Warten anhand fünf struktureller Merkmale definiert werden. Diese sind die *Zentralität der Zeit*, die *Zielgerichtetheit/Ereignisorientierung*, die *erzwungene Passivität*, die *Isolation/Selbstbezogenheit*, die *Abhängigkeit und Kontingenz*, welche im Folgenden näher betrachtet und ergänzt werden sollen.

**Zentralität der Zeit:** Egal welcher Tätigkeit nachgegangen wird, das Vorschreiten der Zeit, der Zeitverlust, ist in der Wartesituation konstant präsent. Warten wird als eine langweilige Tätigkeit eingeschätzt und deshalb soll die Zeit vergehen und das Ereignis eintreffen. Durch die unbewusste und doch wieder bewusste Beschäftigung mit der Zeit, wird „Zeit [...] überpräsent“<sup>127</sup> und stellt sich in den Mittelpunkt. Auch Robert Levine konnte in seinen Untersuchungen festhalten, dass Zeit schneller vergeht, wenn einer Aktivität nachgegangen wird.<sup>128</sup> Da beim Warten aber das Vergehen der Zeit im Mittelpunkt steht, wird diese scheinbar gedehnt. „Die Zeit wird den Wartenden [...] deutlich präsent“<sup>129</sup> so Gregor von der Helden, Kommunikationswissenschaftler an der Universität Duisburg-Essen, welcher an Paris

---

<sup>126</sup> Bellebaum, Alfred: Warten. Über Umgang mit Zeit. In: Bellebaum, Alfred u. Hettlage, Robert: Unser Alltag ist voll von Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge. Wiesbaden 2014, 231.

<sup>127</sup> Paris 2001, 706.

<sup>128</sup> Vgl. Levine 1998, 75.

<sup>129</sup> Heiden von der, Gregor: Wer zu spät kommt, den bestraft der Wartende. Zur Funktion des Wartens in zwischenmenschlicher Verständigung. Aachen 2003, 11.

anschließt, für den „die scharfe Bewusstheit von Zeitfluss und Dauer“<sup>130</sup> das bedeutungsvollste Charakteristikum des Wartens ist.<sup>131</sup>

**Zielgerichtetheit/Ereignisorientierung:** „Warten ist kein Selbstzweck.“<sup>132</sup> Warten wird immer mit dem Eintreffen eines Ereignisses oder eines Geschehens impliziert. Es wird auf den Bus gewartet, auf eine sich öffnende Kassa im Supermarkt, auf eine Geburt oder - im Falle dieser Untersuchung - auf den/die Arzt/Ärztin. Tritt das Ziel ein, so ist auch das Warten zu Ende. Der wesentlichste Grund, warum Wartezeiten entstehen, ist sicherlich, dass mehrere Menschen zur gleichen Zeit das Gleiche tun beziehungsweise das Gleiche vorhaben. Um es zu bekommen, muss gewartet werden.<sup>133</sup> So auch in der Arztpraxis. Die anwesenden Personen sind alle aus dem gleichen Grund hier – sie haben Schmerzen. Damit sie eine/n Arzt/Ärztin konsultieren können, müssen sie warten.

**Erzwungene Passivität:** Beim Warten wird man von außen zum Nichtstun verpflichtet und die eigene Geduld wird, wie Gerhart Husserl, ein Rechtsphilosoph, es treffend formuliert „auf eine harte Probe gestellt“<sup>134</sup>, denn „[d]ie Tätigkeit des Wartens weist als solche keinerlei Produktivität auf.“<sup>135</sup> Wird trotzdem einer Tätigkeit nachgegangen, wie zum Beispiel dem Lesen, so geschieht dies aus einem rein pragmatischen Grund, nämlich zur Ablenkung, zum Zeitvertreib, um sich selbst die Wartezeit zu verkürzen.<sup>136</sup> An einem Ort gebunden, kann den sonstigen anfälligen Tätigkeiten, wie zum Beispiel dem Wäsche waschen oder Einkaufen, nicht nachgegangen werden.<sup>137</sup> Für mich liefert diese Ortsgebundenheit einen der Hauptgründe, warum Warten durchwegs negativ konnotiert ist, da man dem Warteraum regelrecht ausgeliefert ist und sich erst mit der vorherrschenden Stimmung zu Recht finden muss.

**Isolation/Selbstbezogenheit:** Auch wenn in einem Warteraum mehrere Personen anwesend sind, wird doch alleine gewartet. Paris verweist an dieser Stelle auf eine Studie von Jean-Paul

---

<sup>130</sup> Paris 2001, 706.

<sup>131</sup> Vgl. Ebd.

<sup>132</sup> Ebd.

<sup>133</sup> Vgl. Ebd., 706f.

<sup>134</sup> Husserl, Gerhart: Person, Sache, Verhalten. Zwei phänomenologische Studien. Frankfurt am Main 1969, 210.

<sup>135</sup> Paris 2001, 707.

<sup>136</sup> Vgl. Ebd., 707f.

<sup>137</sup> Vgl. Ratzkowski 2013, 26.



Sartre, welcher 1967 in seinem Werk *Kritik der dialektischen Vernunft. Theorie der gesellschaftlichen Praxis* eine Studie über das Warteverhalten an einer Bushaltestelle veröffentlichte.

„Jeder wartet für sich. Obwohl alle das gleiche tun, ist der andere präsent nur als Nebenmensch, ein abstraktes, austauschbares Individuum. Trotz der räumlichen Nähe kommt es kaum zu Kontakten; keiner kümmert sich um den anderen, jeder ist um sich selbst bekümmert. Das gemeinsame Ziel, die Ankunft des Busses, vergemeinschaftet die Menschen keineswegs.“<sup>138</sup>

Anonymität und Distanziertheit prägen nicht nur Bushaltestellen, sondern auch den ärztlichen Warteraum – wie etwas später noch aufgezeigt wird. Die Anwesenheit von mehreren Menschen lässt folgern, dass der später eintretende Mensch auch selbst länger warten muss. Durch die Präsenz der *Mitwartenden* werden die eigenen Sorgen präsenter, denn durch die Isolations- und Abkapselungsversuche, welche vorgenommen werden, steigen Sinnesfragen in den Kopf.<sup>139</sup> „Es ist, neben der Langeweile und Dehnung der Zeit, vor allem dieser Aspekt des furchtlosen In-sich-Kreisens der Affekt- und Gedankenströme, der viele Situationen des Wartens so beklemmend und auftreibend macht.“<sup>140</sup>

**Abhängigkeit und Kontingenz:** Warten entsteht aus einem reinen Selbstzweck. Wir warten um etwas zu bekommen<sup>141</sup>. „[E]ine Vergegenwärtigung des Gegenstandes“<sup>142</sup> wird herbeigesehnt und somit wird das Warten mit der Erwartung auf etwas Zukünftiges in Verbindung gesetzt. Dieses zu Erwartende kann positiv oder negativ oder von kurzer oder langer Dauer geprägt sein<sup>143</sup> und ist gleichzeitig von der Intensität des Verlangens abhängig.<sup>144</sup> Jedoch kann nicht darüber bestimmt werden, wann das Warten zu Ende ist. „Nicht wir beenden das Warten, sondern das Ereignis, auf das wir gewartet haben.“<sup>145</sup> Es liegt außerhalb der eigenen Handlungsmacht, die Wartezeit zu verkürzen. Es kann bloß nachgefragt werden, wie lange die Wartezeit in etwa noch dauern wird, wodurch eine bewusste Auseinandersetzung mit der Situation stattfinden. Oder der/die Patient/in kann *aufgeben*, was auch in der Ordination des Öfteren zu verzeichnen ist. „Dem einen wird die Wartezeit beim Arzt zu lang, und er geht verärgert nach Hause; dem anderen bleibt wegen

---

<sup>138</sup> Sartre, Jean Paul zitiert nach Paris 2001, 708.

<sup>139</sup> Vgl. Ebd., 709.

<sup>140</sup> Ebd.

<sup>141</sup> Vgl. Ebd.

<sup>142</sup> Husserl 1969, 209.

<sup>143</sup> Vgl. Bellebaum 2013, 231.

<sup>144</sup> Vgl. Husserl 1969, 209.

<sup>145</sup> Paris 2001, 709.

starker Schmerzen gar nichts anderes übrig, als im Wartezimmer auszuharren.“<sup>146</sup> Das Aufgeben impliziert den Verlust des Ereignisses/des Gegenstandes auf das/dem gewartet wurde. Zeit wurde vergeudet und der Soziologe Rainer Paris spricht sogar davon, dass „die bereits verstrichene Zeit ‚umsonst‘ gewartet“<sup>147</sup> wurde. Auch Husserl spricht von einer Sinnesverfehlung, wenn das Warten abgebrochen wird.<sup>148</sup> „Entscheiden wir uns aber dafür, dass wir warten, so ist dies eine bewusste Entscheidung – da auch keine Alternative zur Verfügung steht, wie das vorhergegangene Zitat verdeutlicht. Trotz bewusster Entscheidung wird nach einem/r Schuldigen gesucht, welche/r für die Wartesituation verantwortlich ist.“<sup>149</sup> Schuldige „machen das Widerfahrnis erträglich, indem es in nachvollziehbarer Motive und Handlungen rückübersetzt und so in handlichen moralischen Kategorien erklärbar wird. Art und Einfärbung unseres Wartens hängen wesentlich davon ab, wen wir dafür verantwortlich machen, dass wir warten müssen.“<sup>150</sup> Am Beispiel eines Arztbesuches sind laut Patient/innen Ordinationsassistent/innen oder die Ärzt/innen schuld daran, dass gewartet werden muss. *Schuld* ist meiner Meinung nach hier zu negativ beladen, versuchen doch alle Angestellten in der Arztpraxis Wartezeiten so gut es geht, verhindern zu können. In einigen Fällen nehmen Patient/innen eine längere Wartezeit freiwillig in Kauf und erscheinen früher zu einem Termin, um diesen nicht zu verpassen. Auffällig ist, dass diese Wartezeit für die Patient/innen kein Problem darstellt. Kritisch wird es erst, wenn der Termin überschritten wird. Durch meine Beobachtungen konnte bei diesen Fällen festgestellt werden, dass schon nach wenigen Minuten Aussagen wie „Ich warte jetzt schon seit einer halben Stunde“ geäußert werden, welche darauf aufmerksam machen, dass der eigene Termin überpünktlich eingehalten wurde und dies auch vom Arzt/von der Ärztin verlangt wird. Verständnis von Seiten der Patient/innen kommt hier nur selten zum Vorschein.

Aus diesen fünf Merkmalen kann die mitschwingende Negativität des Wartens gezogen werden und auch die aufgezeigte heutige Definition des Wartebegriffs wird ungemein erleichtert. Die nicht vergehen wollende Zeit, die von außen aufgedrängte Passivität, das auf sich selbst bezogen sein und die Abhängigkeit von jemand anders verdeutlichen diese vorherrschende Wertung deutlich. Rainer Paris lässt jedoch außen vor, dass das Warten auch

---

<sup>146</sup> Bellebaum 2013, 233.

<sup>147</sup> Paris 2001, 709.

<sup>148</sup> Vgl. Husserl 1969, 209.

<sup>149</sup> Vgl. Paris 2001, 709f.

<sup>150</sup> Ebd. 710.

von der Umgebung und von den persönlichen Empfindungen geprägt ist. Wird ein Raum voller Menschen betreten, einer selbst hat Schmerzen und eventuell schreit noch ein Kind, so gehe ich davon aus, dass die Wartesituation deutlich verzerrter wahrgenommen wird, als wenn die Ordination ohne Sorgen betreten wird. Damit der Warteraum in seiner Gänze behandelt und analysiert werden kann, darf nicht nur das Warten thematisiert werden. Es bedarf auch einer Beschäftigung mit dem Raumbegriff, um anschließend eine Analyse vornehmen und Auffälligkeiten aufzeigen zu können.

### **3.1.2. Der Raum**

#### **3.1.2.1. Eine Einführung**

Räume zu definieren ist nicht einfach, wenn eine genauere Beschäftigung mit dem Forschungsstand der Raumtheorien durchgeführt werden soll. Dem ersten Anschein nach werden Räume durchwegs dreidimensional wahrgenommen. Sie beziehen sich zum Beispiel auf Regionen, Städte oder Häuser und so verwundert es nicht, dass sich die verschiedensten Fachrichtungen mit dem Raum beschäftigen und auch die Stadt- und Raumplanung sich als Disziplin etabliert hat, wobei eine mehrdeutige Definition des Raumbegriffes vorhanden ist.<sup>151</sup> Die Historikerin Susanne Rau versucht mit ihrem Werk *Räume. Konzepte, Wahrnehmungen, Nutzungen* aufzuzeigen, wie der Raumbegriff in den verschiedensten Disziplinen eingeordnet wird. Dabei berücksichtigt sie besonders die Geschichtswissenschaften und verdeutlicht, dass „diese anderen Dimensionen, die bei Räumen berücksichtigt werden müssten, nämlich ihre Konstruiertheit, ihre Wandelbarkeit, ihre Imaginiertheit, ihre Virtualität und ähnliche Modalitäten“<sup>152</sup> herausgearbeitet und von einem breiteren Spektrum abgehandelt werden müssen.

In den Geistes- und Kulturwissenschaften kann, ausgehend vom *spatial turn*<sup>153</sup>, eine vermehrte und vor allem neue Zuwendung zum Raum verzeichnet werden<sup>154</sup> und auch der französische Philosoph Michel Foucault spricht in seinem kurz vor seinem Tod im Jahre 1984

---

<sup>151</sup> Vgl. Rau, Susanne: *Räume. Konzepte, Wahrnehmung, Nutzung* (= Historische Einführungen, Bd. 14). Frankfurt am Main 2013, 7.

<sup>152</sup> Ebd., 8.

<sup>153</sup> Unter dem *spatial turn* können, ausgehend von den Sozialwissenschaften, die neuen Zugänge des Raumverständnisses im 20. Jahrhundert verstanden werden. Vgl. dazu: Ebd.

<sup>154</sup> Vgl. Seifert, Manfred: Raum als Forschungskategorie. Zu Wegen und Zielsetzungen ethnografisch-kulturwissenschaftlicher Raumanalyse. In: *Österreichische Zeitschrift für Volkskunde*, LXIII/112 (2009), Heft 4, 470.

veröffentlichten Vortrag<sup>155</sup> *Andere Räume*, in dem er sich erstmals explizit dem Raumbegriff zuwandte<sup>156</sup>, von einer „Epoche des Raumes.“<sup>157</sup> Wurde der Raum einst noch als natürliche Gegebenheit erfasst und war ein territorialer Raumbegriff „[i]n der volkskundlichen Kulturraumforschung“<sup>158</sup> vorherrschend, welcher „die zu erforschenden Phänomene: die Sachen und Kulturgüter, die Gewohnheiten, Bräuche und Erzählungen“<sup>159</sup> automatisch mit dem Raum verband, so kommt Mitte des 20. Jahrhunderts ein Umdenken auf. Subjekte, welche in Beziehung mit den erforschten Kulturphänomenen stehen, wurden früher noch außen vor gelassen, rücken jedoch immer mehr ins Zentrum der Forschungen.<sup>160</sup> Ausgehend von den Facherneuerungsdiskussionen in den 1970er Jahren, trat aus der Volkskunde die Europäische Ethnologie mit ihrem empirischen Zugang hervor, welche „alles Tun aus der Perspektive des handelnden Menschen begreift.“<sup>161</sup> In dieser Zeit bildete sich einerseits ein neues abstraktes, vierdimensionales Raumverständnis heraus und andererseits wurde ein Subjektivierungsanspruch an den Raum gestellt, indem der Raum erst durch den Körper erfahren werden kann.<sup>162</sup> Heute ist der Raumbegriff für die Europäische Ethnologin Johanna Rolshoven zu „einem unentbehrlichen Instrument wissenschaftlicher Analyse geworden [...] Als Zeit-Raum-Begriff steht er Seite an Seite mit weiteren Grundbegriffen des Faches, wie Alltag, Identität, Kultur, Fremdheit und Geschichtlichkeit.“<sup>163</sup> Die Entwicklung „von einem als objektiv und stetig definierten dreidimensionalen Ding- und Vorstellungsraum zu einem komplexen aktionsrelevanten und relationalen Orientierungsraum“<sup>164</sup> hat sich in der Disziplin der früheren Volkskunde und heutigen Europäischen Ethnologie vollzogen, welche nicht nur das Subjekt in die Forschung mit einbezieht, sondern sich auch „komplexe Situationen“<sup>165</sup>, wie Globalisierung und ähnlichem, zu analysieren erlaubt.

---

<sup>155</sup> Vgl. Rau 2013, 89.

<sup>156</sup> Vgl. Ebd.

<sup>157</sup> Foucault, Michel: *Andere Räume*. In: Barck, Karlheinz u.a. [Hrsg.]: *Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik*. Leipzig 1991, 34.

<sup>158</sup> Seifert 2009, 474.

<sup>159</sup> Rolshoven, Johanna: *Von der Kulturraum- zur Raumkulturforschung*. In: *Zeitschrift für Volkskunde*, 99 (2003), 191.

<sup>160</sup> Vgl. Seifert 2009, 474ff.

<sup>161</sup> Rolshoven, Johanna: *Zwischen den Dingen: der Raum. Das dynamische Raumverständnis der empirischen Kulturwissenschaften*. In: *Schweizer Archiv für Volkskunde*, 108 (2012), 161.

<sup>162</sup> Vgl. Ebd.

<sup>163</sup> Rolshoven 2012, 156.

<sup>164</sup> Rolshoven 2003, 190.

<sup>165</sup> Seifert 2009, 479.

Mit dieser kurzen Zusammenfassung wurde versucht, einen kurzen Überblick über die Raumdebatten, unter Berücksichtigung der Kulturwissenschaften, zu schaffen. Vertreter/innen aus verschiedensten Disziplinen beschäftigten sich mit dem Raumverständnis und zeigten neue Ansätze zu dieser Thematik auf. Um jedoch eine Verbindung zum Thema dieser Arbeit herstellen zu können, musste die bestehende Literatur auf die Frage hin, welche/r Theoretiker/in ein Verständnis von Raum in Verbindung mit der Arztpraxis gebracht hatte, sondiert und unter der Vielzahl der Theorien ausgewählt werden. Nach langer und intensiver Durchsicht wurde der Fokus auf Michel Foucault gelegt, welcher mit seinem Werk *Die Geburt der Klinik* eine Verräumlichung in drei Schritten (mental, körperlich und institutionell) aufgezeigt hat. Für meine Arbeit ist, wie im folgenden Unterkapitel aufgezeigt wird, der letzte Schritt, die institutionelle Verräumlichung die Essentiellste, da sie die Herausbildung von Orten wie Kliniken beziehungsweise Arztpraxen hervorbringt.

### **3.1.2.2. Michel Foucaults „Geburt der Klinik“**

Das Werk von Michel Foucault<sup>166</sup> *Die Geburt der Klinik* ist 1963 erstmalig auf Französisch unter dem Originaltitel *Naissance de la Clinique* erschienen und liefert einen wesentlichen Beitrag zur Raumdebatte in den Sozial- und Kulturwissenschaften. Interessanterweise hat der Philosoph dazu explizit keine Theorie entwickelt. In diversen Beiträgen behandelt er jedoch die räumliche Struktur einer Gesellschaft<sup>167</sup>, unter anderem in *Die Geburt der Klinik*. „In diesem Buch ist die Rede vom Raum, von der Sprache und vom Tod. Es ist die Rede vom Blick“<sup>168</sup>, so der Autor. Allgemein behandelt das sehr komplex verfasste Werk die Veränderungen des französischen Medizinwesens vom 18. zum 19. Jahrhundert, also im Kontext der Französischen Revolution. Susanne Rau, Professorin für *Geschichte und Kulturen der Räume in der Neuzeit* an der Universität Erlangen, versucht mit ihrem Werk *Räume* einen Überblick über die diversen raumtheoretischen Ansätze zu verschaffen und beschreibt Foucaults Ansätze in Bezug auf den Raum folgendermaßen: „So beschreibt er in *Die Geburt der Klinik* nicht nur den Übergang vom mittelalterlichen Spital zur modernen Klinik im späten 18. Jahrhundert, sondern sieht mit der neuen Institution eine Praxis der Lokalisierung

---

<sup>166</sup> Michel Foucault kann neben Pierre Bourdieu und Claude Lévi-Strauss, um nur einige zu nennen, zu den großen französischen Philosophen gezählt werden. Ebenso ist er der Begründer der Diskursanalyse.

<sup>167</sup> Vgl. Rau 2013, 89f.

<sup>168</sup> Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München 1973, 7.

verbunden, bei der Krankheiten mit Ursachen und Wirkungen zuerst auf dem Körper, dann in einem dreidimensionalen Raum angesiedelt werden.“<sup>169</sup> Laut Foucault wurde im 18. Jahrhundert Krankheit noch als etwas verstanden, was außerhalb des Körpers liegt, denn „Krankheit und Körper haben keinen vorgängig definierten gemeinsamen Raum.“<sup>170</sup> *Tableaus*, welche geprägt von biologischen Merkmalen, wie zum Beispiel Familie sind und trotz ihrer Topologie Ähnlichkeiten aufweisen, ermöglichen die Wahrnehmung einer Krankheit. Daraus lässt sich schließen, dass Krankheiten als Abweichungen des Normalzustandes, des Ideals zu definieren sind.<sup>171</sup> Krankheiten werden somit systematisch aufgrund ihrer ähnlichen *Tableaus* erfasst und dieser Prozess kann als erster von drei Schritten der Verräumlichung bei Foucault verstanden werden.<sup>172</sup> Der zweite Schritt beschäftigt sich mit der Krankheitsprojektion auf den Körper.<sup>173</sup> „Hat die Krankheit ihre wesentlichen Koordinaten auf dem Tableau, so findet sie ihre sinnliche Erscheinung im Körper.“<sup>174</sup> Der Körper, von Foucault als „Raum von Volumen und Masse“<sup>175</sup> bezeichnet, bietet der Krankheit Platz zur Entfaltung.<sup>176</sup> „[D]er Kranke ist die mit individuellen Zügen ausgestattete Krankheit; er ist ihr Porträt, gegeben im Relief, mit Schatten, Modulationen, Nuancen, Tiefe. Und die Arbeit des Arztes bei der Beschreibung der Krankheit besteht darin, diese lebendige Dichte wiederzugeben.“<sup>177</sup> Dem/der Mediziner/in ist es dadurch nun möglich, eine Diagnose, Festschreibung und eine Namensgebung der Krankheit vornehmen zu können. Dritte und letzte Art der Verräumlichung bei Foucault ist „schließlich eine institutionelle, die Orte und Institutionen wie die Klinik hervorbringt“<sup>178</sup>, so die Geschichtswissenschaftlerin. Diese Veränderung, dass die Krankheit auch auf einen Ort bezogen werden kann, versteht Foucault als *tertiäre Verräumlichung*. „Als tertiäre Verräumlichung sei die Gesamtheit der Gesten bezeichnet, durch die die Krankheit in einer Gesellschaft umstellt und festgestellt wird, durch die sie in ihre medizinische Würde eingesetzt und eingeschlossen wird, durch die sie isoliert wird, durch die sie in privilegierte

---

<sup>169</sup> Rau 2013, 90. Vgl. dazu auch Foucault 1973, 19ff.

<sup>170</sup> Foucault 1973, 27.

<sup>171</sup> Vgl. Ebd., 22ff.

<sup>172</sup> Vgl. Rau 2013, 90.

<sup>173</sup> Vgl. Ebd.

<sup>174</sup> Foucault 1973, 26.

<sup>175</sup> Ebd.

<sup>176</sup> Vgl. Ebd., 26f.

<sup>177</sup> Ebd., 32.

<sup>178</sup> Rau 2013, 90.

und geschlossene Bereiche verwiesen oder auf Heilstätten verteilt wird.“<sup>179</sup> Das Spital kann als Beispiel für tertiäre Verräumlichung verstanden werden, ebenso, wie in meinem Fall, die Arztpraxis. Die Krankheit wird an einen „künstlichen Ort“<sup>180</sup> verbannt, obwohl sie dort aus ihrem familiären Kontext gerissen wird und gegensätzlich dazu, nicht ihre „wahre Natur“<sup>181</sup> entfalten kann. Auch spreche der Kontakt zu anderen Patient/innen gegen eine Unterbringung im Spital, da diese sich gegenseitig anstecken und somit Krankheiten erzeugen.<sup>182</sup> Dieses Verständnis wurde jedoch durch aufkommendes medizinisches Interesse der Bürger/innen und der Vorherrschaft diverser Epidemien im Frankreich des 18. Jahrhunderts reformiert.<sup>183</sup> Ein neuer medizinischer Blick, welcher von Offenheit geprägt ist, spricht sich für ein allgemeines Bewusstsein über medizinisches Wissen aus.<sup>184</sup> Nicht mehr an einen geschlossenen Raum fixiert, fließt medizinisches Wissen in den politischen Raum<sup>185</sup> über und ebnet somit die Wege für medizinische Institutionen. In Foucaults Fall dem Spital, in meinem Fall, der Arztpraxis, welche nun im Folgenden näher analysiert werden soll.

### 3.2. Raumanalyse – der Warteraum

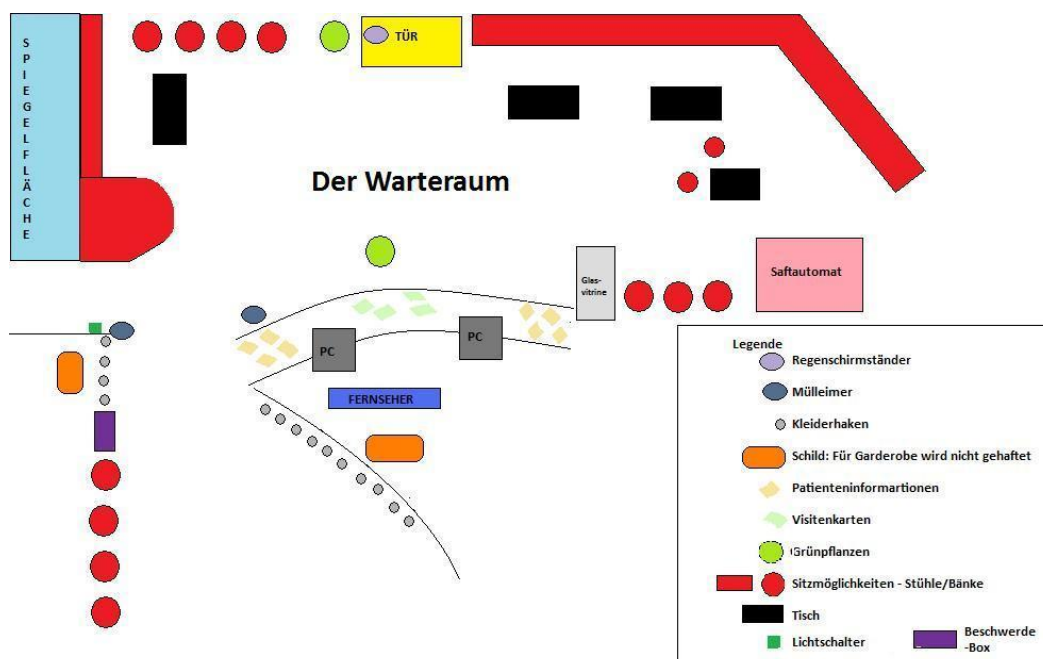


Abbildung 1: Skizze des Warteraums (eigene Darstellung)

<sup>179</sup> Foucault 1973, 32f.

<sup>180</sup> Ebd., 33.

<sup>181</sup> Ebd.

<sup>182</sup> Vgl. Ebd., 34.

<sup>183</sup> Vgl. Ebd., 38.

<sup>184</sup> Vgl. Ebd., 48.

<sup>185</sup> Vgl. Ebd., 46.

Mit der abgebildeten Skizze des Warteraums, meines Untersuchungsobjektes, soll nun im Anschluss an die Erläuterungen des Raumverständnisses in der Europäischen Ethnologie und den Ausführungen zum Hervortreten von medizinischen Institutionen durch Michel Foucault, eine Raumanalyse im kulturwissenschaftlichen Sinne vollzogen, in der Partizipation und Beobachtung verdeutlicht werden. Gleich vorweg stellt sich die Frage, was eigentlich unter einem *Warteraum* verstanden werden kann. Allgemein gesehen ist ein Warteraum ein von Grenzen definierter, öffentlich zugänglicher Raum, welcher zur Verfügung gestellt wird, damit Menschen sich bis zu ihrem nächsten Vorhaben dort aufhalten können.<sup>186</sup> Rainer Paris untersuchte in seiner Studie Flure und Warteräume von Berliner Amtshäusern, in welchen sich Parallelitäten zum ärztlichen Wartezimmer finden können. Gleich wie Flure gehören Wartezimmer „allen und keinem. Jeder benutzt sie, aber niemand reklamiert sich für sie.“<sup>187</sup> Jede/r Patient/in hat Anspruch darauf, sich einen Platz im Wartezimmer zu suchen und dort bis zum Drankommen zu verweilen. Dadurch, dass Warteräume erst durch die Klient/innen erlebbar werden, können sie als „Stätten der Begegnung“<sup>188</sup> bezeichnet werden, finden doch in ihnen Interaktionen statt.

In meinem Fall ist der Warteraum, ein geschätzter 55 Quadratmeter großer lichtdurchfluteter Raum, welcher durch den integrierten Schalterbereich, die Spiegelfront und die zahlreichen roten Sitzbänke und Stühle charakterisiert wird. Dieser Raum ist von seiner Offenheit, seinem Mobiliar und seiner gleichzeitig vorherrschenden Leere geprägt. Er erweckt erst zum Leben, wenn sich Leute darin aufhalten, beziehungsweise wird er erst dann seiner Bezeichnung als Warteraum gerecht. Würde der Anthropologe Marc Augé an dieser Stelle von einem typischen *Nicht-Ort* sprechen, einem Ort ohne Identität und Historie<sup>189</sup>, so geht der Berliner Historiker Karl Schlögel einen Schritt weiter und fügt diesen *Nicht-Orten* Temperaturen hinzu. Schlögel unterscheidet „zwischen heißen und kalten Orten“<sup>190</sup> und geht davon aus, dass diese von Kälte oder Hitze geprägten Orten in jeder Stadt vorzufinden sind.

---

<sup>186</sup> Vgl. Pusic, Tomislav: Schalensitzwelten. Drei Warte-Orte in Frankfurt. In: Schilling, Heinz [Hrsg.]: Welche Farbe hat die Zeit? Recherchen zu einer Anthropologie des Wartens. Frankfurt am Main 2002, 351.

<sup>187</sup> Paris 2001, 716.

<sup>188</sup> Ebd.

<sup>189</sup> Vgl. Augé, Marc: Nicht-Orte. München 2012 (3. Aufl., Orig. 1994), 83.

<sup>190</sup> Schlögel, Karl: Im Raume lesen wir die Zeit. Über Zivilisationsgeschichte und Geopolitik. München 2003, 294.



„Heiße Orte sind überall, wo etwas passiert, wo vieles passiert, wo vieles passieren kann. [...] [W]o Menschen in großer Zahl aufeinandertreffen, wo Anstrengung notwendig ist, die Bewegung zu koordinieren und so verlaufen zu lassen, daß es zu keiner Strömung und zu keinem Zusammenprall kommt.“<sup>191</sup>

Auch wenn Schlögel von Bahnhöfen und Flughäfen spricht, so kann auch der Warteraum als *heißer Ort* bezeichnet werden. Was diese drei Orte aber alle gemein haben, dass sie alle Orte des Wartens sind. Im Warteraum passiert einiges, auch wenn es oft nicht diesen Anschein erweckt: Menschen treffen aufeinander, passen ihre Bewegung den vorgegebenen Richtlinien an, treten in Interaktion oder bleiben in sich gekehrt, um nur einige Beispiele zu nennen. Im Warteraum steigt oder sinkt wie an den von Schlögel beschriebenen *heißen Orten* die Anspannung der Durchreisenden.<sup>192</sup> Somit strahlen Räume, bedingt durch die anwesenden Personen, bestimmte Stimmungen und, im Sinne von Schlögel, Temperaturen aus.<sup>193</sup>

„Enge und Weite, Heiterkeit oder Bedrückung, Opulenz oder Nüchternheit sind gleichermaßen Raumqualitäten wie Empfindungen. Indem wir Räume erleben, beleben wir sie zugleich. Ebenso wie die Zeit ist auch der Raum Resultat einer Perspektive, die wir ihm gegenüber einnehmen und der insofern immer schon durch aktuelle oder vorgängige Gemütszustände eingefärbt ist.“<sup>194</sup>

Dieses Zitat von Rainer Paris lässt sich auf die Situation ummünzen, wenn die Ordination betreten wird. Der/die Patient/in tritt in einen Raum, der von Schmerz, Frust, Angst, Überforderung, aber auch von Neugierde und Freude geprägt ist. Die Luft kann regelrecht geschnitten werden und eine Stille ist vorherrschend, welche durch vereinzelte Gespräche zwischen den Patient/innen oder am Schalterbereich unterbrochen wird. Man hört den Radio, welcher für leise Hintergrundmusik sorgt, das Tippen der Assistent/innen am Computer, das Rollen des Schreibstuhlsessels, das Klingeln des Telefons, den Drucker, das Räuspern und Niesen vereinzelter Patient/innen und das Rascheln von Kleidung, wenn die Sitzposition verändert wird. Alles Geräusche, die den Raum definieren. Ebenso wird durch die weiße Wandfarbe Sterilität und Reinheit vermittelt, gebrochen wird dies aber durch die anwesenden, von Schmerzen klagenden Patient/innen.

Wie bereits erwähnt, erweckt der Warteraum erst durch die anwesenden Personen zum Leben. Aber nicht nur Individuen, sondern auch das Inventar prägt den Ort des Wartens. Nachdem allgemein auf den Warteraum an sich eingegangen wurde, werden nun im

---

<sup>191</sup> Schlögel 2003, 296f.

<sup>192</sup> Vgl. Ebd., 297.

<sup>193</sup> Vgl. Paris 2001, 718.

<sup>194</sup> Ebd.

Anschluss jene Auffälligkeiten angeführt, welche sich in der Erhebungswoche herauskristallisiert haben. Gegenstände im Warteraum werden ebenso wie vom Individuum geprägte Auffälligkeiten und Situationen, welche den Warteraum und den Akt des Wartens verdeutlichen und prägen, analysiert. An dieser Stelle soll nochmals betont werden, dass diese Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Die vorliegende Arbeit ist eine Fallstudie, welche in einer Wiener Arztpraxis durchgeführt wurde. Die Erhebungswoche bestand aus sechs Forschungstagen und die daraus gezogenen Erkenntnisse lassen sich nicht auf andere Arztpraxen anwenden.

### **3.3. Allgemeine Auffälligkeiten<sup>195</sup>**

#### **3.3.1. Sitzplatzwahl**

Nachdem sich ein/e Patient/in einmal angemeldet hat, beginnt die Suche nach dem *perfekten* Sitzplatz, dem Platz, wo die Wartezeit verbracht werden kann. Individuelle Kriterien spielen hier ebenso eine Rolle wie soziale Muster. In meiner Feldforschungswoche konnte ich ähnliche Muster und Verhaltensweisen wie Stefan Hirschauer in seiner Untersuchung zum Fahrstuhlfahren vermerken. Mit seiner analytischen Fallstudie, welche sich auf einen Standardfall einer Liftkabine für zirka sechs bis zehn Personen bezieht, versuchte er herauszufinden, wie „Individuen das `nichts tun' tun [...], wie sie einander `nichts tun' [...] und schließlich: wie sie es schaffen, nichts miteinander zu tun zu haben.“<sup>196</sup> Wie im Fahrstuhl spielt auch die Reihenfolge des Eintretens im Warteraum eine wesentliche Rolle. „Die Reihenpositionen des Einsteigens bestimmen auch die Standortwahl im Fahrstuhl: Wer zuerst eintritt, kann den Platz frei wählen, wer später kommt, wählt aus dem Rest und wird nicht um einen Platzwechsel bitten.“<sup>197</sup> Kann sich der/die erstbetretende Patient/in noch den Platz nach seinen/ihren eigenen essentiellen Kriterien<sup>198</sup> aussuchen, müssen die später Kommenden sich Plätze aussuchen, die noch übrig sind<sup>199</sup> und dies ist auch meistens der Fall. Nur selten ist man der/die erste/r, welche/r eine Ordination als

---

<sup>195</sup> In meinem empirischen Teil der Arbeit lassen sich einige Parallelen zu den Forschungsergebnissen von Rainer Paris und Stefan Hirschauer finden. Beide beschäftigten sich mit Orten, welche von Wartesituationen geprägt sind. Diese Ähnlichkeiten verweisen auf kollektive Muster und Praxen des Wartens.

<sup>196</sup> Hirschauer, Stefan: Die Praxis der Fremdheit und die Minimierung von Anwesenheit. Eine Fahrstuhlfahrt. In: Soziale Welt, 50 (1999), 221.

<sup>197</sup> Ebd., 229.

<sup>198</sup> Nähe zu den Behandlungszimmern; Entfernung zur Eingangstüre, da man der Zugluft nicht ausgesetzt sein möchte; Übersicht und Kontrolle durch Eckplätze; Abgeschiedenheit und Blickschutz durch Plätze hinter der Rückbank; et cetera - nur einige individuelle Faktoren, welche Einfluss auf die Sitzplatzwahl nehmen können.

<sup>199</sup> Vgl. Hirschauer 1999, 229f.

erste/r betritt. Auffällig ist, dass Plätze bevorzugt werden, an denen quasi *anonym* gewartet werden kann, wo nicht jeder/jede Anwesende/r sehen kann, dass man anwesend ist. Blickschutz bietet die Rückwand der Sitzinsel oder der Platz hinter dem Saft-Automaten oder der Gang zu den Physiotherapeuten. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür wäre – man erinnere sich zurück an die fünf Charakteristika des Wartens –, dass Diskretion geschaffen werden sollte. Durch die Anwesenheit im Wartezimmer wird vermittelt, dass etwas mit der eigenen Gesundheit nicht stimmt. Es wird so gut es geht versucht, anonym zu warten, auch wenn – im Angesicht des Wartezimmers – alle Anwesenden auf einer gleichen Ebene angesiedelt sind. Auch Rainer Paris verweist in seinem Aufsatz *Warten auf Amtsfluren* auf die besondere Bedeutung von Eckplätzen hin, da „sie uns Ruhe und Zuflucht gewähren.“<sup>200</sup> Weitere beliebte Plätze sind jene, welche genau gegenüberliegend dem Schalter sind. Diese Platzwahl könnte damit erklärt werden, dass die Tätigkeiten der Angestellten Ablenkung von der eigenen Wartesituation ermöglichen und durch die Beschäftigung wird gleichzeitig vermittelt, dass etwas in Bewegung ist. Ich denke auch, dass einige Patienten diese Plätze wählen, um Kontrolle über die Angestellten zu gewinnen. Und aus meiner Arbeitsrolle gesprochen: Nicht vorstellbar, was Patient/innen alles mitbekommen, wenn nur mit einer/einem Kollegen gesprochen oder etwas zu einem/einer anderen Patient/in gesagt wird. Die Ohren der anderen hören stets mit und schließlich sollen die Angestellten auch keine Fehler machen und ihrer Arbeit nachgehen. So gehe ich davon aus, dass nichts für den/die Patient/in frustrierender ist, als wenn auf still sitzende, wartende und unterbeschäftigte Ordinationsgehilf/innen geschaut werden kann, schließlich wird diesen Tätigkeiten schon selbst nachgegangen – unbezahlt.

Gleich wie im Fahrstuhl gibt es im Wartezimmer „die Regel der Distanzmaximierung.“<sup>201</sup> Diese Regel besagt, dass Plätze bevorzugt im gegenüberliegenden Eck von der bereits anwesenden Person ausgesucht werden. Es werden Plätze gewählt, welche die größtmögliche Distanz zu den anderen Anwesenden bieten. Da Nähe auf mögliche „Beziehungszeichen“<sup>202</sup> deuten könnte, wird versucht, so viel Platz wie möglich dazwischen zu schaffen. Schwierig wird dies natürlich, wenn nur mehr einige vereinzelte Plätze frei sind. Patient/innen besetzen in drei von vier Fällen einen Platz neben sich, entweder mit ihrer

---

<sup>200</sup> Paris 2001, 719.

<sup>201</sup> Hirschauer 1999, 230.

<sup>202</sup> Ebd.

Jacke, indem sie die Garderobe nicht benützen oder mit der mitgebrachten Handtasche, dem mitgebrachten Rucksack. Unbewusst ist unser Handeln so ausgelegt, dass wir niemanden zu nahe rücken wollen.<sup>203</sup> Durch diese Geste wird Distanz zu seinen Sitznachbarn geschaffen und gleichzeitig werden die eigenen Grenzen verdeutlicht, der individuell definierte Wartebereich aufgezeigt. Um eine Veranschaulichung der Sitzplatzwahl aufzeigen zu können, sind in der unterhalb angefügten Skizze jene Sitzplätze mit einem schwarzen Punkt farblich hervorgehoben, welche am häufigsten frequentiert werden. Wie zu sehen ist, sind es jene Sitzmöglichkeiten, die Überblick über das Wartezimmer verschaffen, die Abgeschlossenheit und Distanz von den ebenfalls Wartenden markieren und die Blick auf die Ordinationsgehilf/innen gewähren. Auch werden die Sitzbänke den Stühlen bevorzugt. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür wäre, dass im Gegensatz zu den Stühlen die Sitzbänke keine Armlehnen besitzen und somit der individuelle Warteraum selbst definiert werden kann.

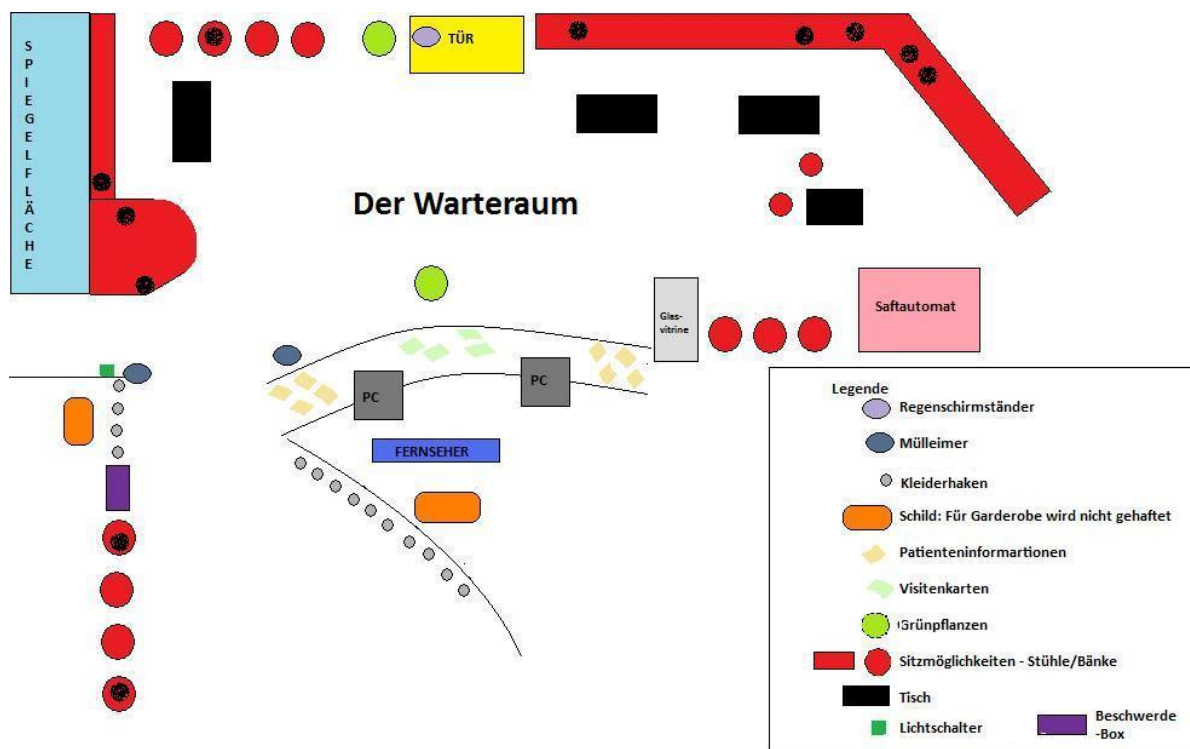


Abbildung 2: Häufig gewählte Plätze im Warteraum (eigene Darstellung)

### 3.3.2. Blickkontakte

Im Warteraum ist unser Auge als Sinnesorgan durch die begrenzte Vielfalt frustriert, denn ziemlich schnell sind alle anwesenden Personen, Objekte und Gegenstände betrachtet. Und

<sup>203</sup> Vgl. Paris 2001, 725.

gleich wie im Fahrstuhl bei Hirschauer werden „Blicke [...] selbst vorrangig zum Objekt, zu etwas das Platz braucht anstatt andere Objekte zu verorten.“<sup>204</sup> Entstehen Blickkontakte, so ist dies laut Hirschauer „der Kollisionsfall.“<sup>205</sup> Im Wartezimmer ist der Wunsch der Isolation vorherrschend. So gut es geht, möchte alleine gewartet werden und doch treffen sich öfters die Blicke, gewollt oder ungewollt, was auch auf die Konzeption des Warteraums zurückzuführen ist.<sup>206</sup> Wie die vorher gezeigte Skizze veranschaulicht, sind in meinem Untersuchungsfeld die meisten Plätze so ausgerichtet, dass man keiner Person gegenüber sitzt. Sitzt dem/der Patient/in jedoch eine Person gegenüber, treffen sich die Blicke statistisch öfters, als wenn ein abgeschiedener Platz gewählt wird. Auffallend ist, dass wenn sich die Blicke treffen, diese meist leer, von Desinteresse und einem sofortigen Abwenden gekennzeichnet sind. Auch Paris konnte diese Auffälligkeit in seiner Untersuchung feststellen. „Der Blick ist eigentlich leer und leicht nach unten gerichtet: die Aufmerksamkeit scheint zurückgenommen, obwohl in Wirklichkeit jede Veränderung sofort registriert wird.“<sup>207</sup> Alle Patient/innen schwenken während ihrer Wartezeit mit ihren Blicken durch den Warteraum. Diese Anwendung des *Panoramablicks*<sup>208</sup> ermöglicht die Erfassung der Anwesenden und gleichzeitig kommt Bewusstsein über die eigene Beobachtung zustande.<sup>209</sup> Menschen im Warteraum sehen sich kaum in die Augen, wenden die Blicke seitlich voneinander ab und die meisten verdeutlichen mit ihrer Körperhaltung, in dem sie den Kopf nach unten gesenkt halten, dass sie keinen Kontakt zu anderen suchen oder sie halten den Kopf gesenkt, da sie in Zeitschriften schmökern oder in ihrem Smartphone vertieft sind. Wird jedoch der Blick erhoben, so richtet sich dieser meist sofort auf den Fernseher oder die Uhr. Dieser Blick signalisiert „eine Inkongruenz von innerer und äußerer

---

<sup>204</sup> Hirschauer 1999, 232.

<sup>205</sup> Ebd.

<sup>206</sup> Vgl. Hirschauer 1999, 232. Ich kann an dieser Stelle nur zu einem gewissen Maße dem Autor zustimmen, denn Blickkontakte kommen nicht nur zufällig zustande, sind also nicht immer Kollisionsfälle. Blicke werden oftmals bewusst gesucht, so etwa von Patient/innen die ratlos sind, die etwa mit der Wartesituation überfordert sind, oder die auf etwas Aufmerksam machen möchten. Oder auch beim Flirten, was auch im Wartezimmer vorkommen kann. Sicherlich entstehen Blickkontakte meist zufällig, jedoch würde ich nicht von Kollisionsfällen sprechen, ist dies meiner Meinung nach, von einer Negativität umhüllt. Besser würde ein „Treffen der Blicke“ passen.

<sup>207</sup> Paris 2001, 725.

<sup>208</sup> Wolfgang Schivelbusch manifestierte in seinem Werk *Geschichte der Eisenbahnreise* den Begriff des panoramatischen Blickes. Aufgrund des technischen Fortschritts im Eisenbahnbereich sind die Reisenden dazu gezwungen worden, einen Blick zu entwickeln, welcher es ermöglicht, in die Ferne zu schweifen und die schnell vorbeiziehende Landschaft aufnehmen zu können. Diese Einübungsform kann im Wartezimmer auch beobachtet werden. Vgl. dazu: Schivelbusch, Wolfgang: *Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert*. München, Wien u. Frankfurt am Main 1977, 53ff.

<sup>209</sup> Vgl. Paris 2001, 724.

[...] Zeit. Er markiert also eine Zeitspanne, eine Befristung des Stillstandes als vorübergehende Untätigkeit. Zugleich distanziert er den Blickenden von diesem Ort: Er ist [...] auf ein Anderswo gerichtet [...]: *Hier* hat man ‚nichts verloren‘, man ist ‚unterwegs‘.<sup>210</sup> Unterwegs zum Arzt/zur Ärztin, nur noch Gefangener/e im Warteraum. Auch will damit Kontrolle über die bereits verstrichene Zeit gewonnen werden, kann doch das Gefühl des Stillstandes aufkommen. Wird jedoch ein/e Patient/in beim Namen aufgerufen, so heben sich die Köpfe und die Blicke richten sich Richtung Drankommenden/er und Aufrufendem/er. Der/die Ordinationsgehilfe/in durchbricht die Wartesituation mit dem Aufrufen eines Namens und liefert somit einen Grund, den Blick auf die entsprechende Person zu werfen.

### **3.3.3. Wortwechsel**

Auch wenn das Individuum es vielleicht im Warteraum geschafft hat, von den anderen Anwesenden nicht wahrgenommen zu werden, so kommt es aber nicht den Gesprächen aus. Durch die Anwesenheit im selben Raum, können die „in Hörweite“<sup>211</sup> geführten Gesprächen nicht ausgewichen werden. Durch die Nähe wird der/die Patient/in quasi dazu gezwungen, Gespräche mitzuhören, welche eigentlich nicht für einen selbst bestimmt sind. Auch im umgekehrten Sinne, wenn selbst Gespräche geführt werden, muss ein Bewusstsein über das unfreiwillige Mithören aller anderen herausgebildet werden. Um dies, wenn auch nur in einem geringen Maße verhindern zu können, ist bei den Patient/innen auffällig, dass sie oft die Hand vor den Mund nehmen, wenn sie mit jemanden sprechen. Diese Geste symbolisiert, dass die Worte nicht nach außen dringen, nicht für alle zugänglich sein sollen. Ebenso wird die Intimität der Situation deutlich. Jedoch versuchen nicht nur die Patient/innen ihre Worte vor der Allgemeinheit zu schützen, sondern auch die Ordinationsgehilfen/innen wie ich bei meinen Beobachtungen und aus meiner Arbeitserfahrung feststellen konnte. Möchten sie sich untereinander austauschen, so nehmen sie wie die Patient/innen häufig eine Hand vor den Mund und flüstern seitwärts ihrem/ihrer Arbeitskolleg/in etwas zu oder sie gehen in eine nach vorne gebückte Haltung, sodass sie hinter ihrer Schaltertheke verschwinden und sozusagen die Schalterwand als Schutzschild verwenden. Diese Gesten nehmen aber mit steigender Personenzahl im Wartezimmer ab. Wie auch Hirschauer in seiner Studie deutlich macht, nimmt auch in der

---

<sup>210</sup> Vgl. Hirschauer 1999, 233.

<sup>211</sup> Ebd., 234.

Ordination die Gesprächsfreudigkeit durch die Anzahl der anwesenden Personen<sup>212</sup> und dem Bekanntschaftsgrad<sup>213</sup> zu. Je mehr Patient/innen anwesend sind, desto eher werden Gespräche gesucht und das „konzentrierte Schweigen“<sup>214</sup> kann entspannen. Treffen sich zufällig zwei bekannte Patient/innen im Wartezimmer oder kommen schon in Begleitung, so findet ein nicht konstanter, aber latenter Wortwechsel zwischen diesen beiden statt. Auch Rainer Paris konnte dieselbe Auffälligkeiten auf den Fluren und Wartezimmern von Berliner Amtshäusern verzeichnen. Er konnte kaum einen Wortwechsel zwischen den Anwesenden verzeichnen, außer wenn Bekannte oder Begleitpersonen anwesend waren.<sup>215</sup> Allgemein ist zu sagen, dass Gespräche zwischen Bekannten mit zugewandten Oberkörpern stattfinden, bei Fremden kann ein starrer Blick nach vorne und keine Zuwendung der Oberkörper aufgezeigt werden. Dies symbolisiert einerseits die Vertrautheit zwischen den Beteiligten aber auch im anderen Fall, die Distanz welche noch vorherrschend ist. Werden Gespräche zwischen noch einander Unbekannten begonnen, so entstehen diese meist aus der Situation heraus. Ein Beispiel hierfür wäre die leise Äußerung einer Person über die Wartesituation. Vielmehr spricht er/sie zu sich selbst und doch wird er/sie gehört. Ein/e andere/r steigt darauf ein und schon ergibt sich eine Interaktion. Ebenso ermöglichen Kinder durch ihr unbefangenes Verhalten Gesprächschancen. Sie sind noch unbefangen, ihnen kann nicht zugemutet werden, für längere Zeit still zu sitzen und somit laufen sie durchs Wartezimmer und bleiben bei Personen stehen, welche mit ihnen verbal, als auch nonverbal kommunizieren. Die Diskrepanz um ein Gespräch zu eröffnen ist wesentlich geringer, wenn ein Kind beteiligt ist. In meinen Beobachtungen zum Wortwechsel stachen besonders ältere Menschen, welche alleinstehend sind, heraus. Sie sehen im Wartezimmer ihren sozialen Kontakt zur „Außenwelt“. Da sie niemanden mehr haben, sind sie auf solche Räume angewiesen, damit sie unter Leute kommen und Gespräche führen können; damit sie nicht noch mehr vereinsamen, was in einer Großstadt wie Wien leicht möglich ist, wenn die eigene Familie nicht mehr hier lebt und der Bekannten- und Verwandtenkreis aufgrund des Alters immer kleiner wird. Auch wenn der Warteraum den Anschein hat, kommunikationsfördernd<sup>216</sup> zu sein, so ist er dies nur zu einem gewissen Grad.<sup>217</sup> Gespräche

---

<sup>212</sup> Vgl. Hirschauer 1999, 236.

<sup>213</sup> Vgl. Ebd., 234.

<sup>214</sup> Ebd., 236.

<sup>215</sup> Vgl. Paris 2001, 725.

<sup>216</sup> Kommunikationsfördernd deshalb, weil alle mit dem gleichen Ziel hier sind und man seine bereits gesammelten Erfahrungen teilen kann.

können nämlich nicht zu einem selbstgewählten Zeitpunkt beendet werden, dies erledigen die Mitarbeiter/innen durch das Aufrufen des Namens. Ein/e Gesprächsteilnehmer/in ist nun gezwungen, das Gespräch zu beenden, auch wenn es noch längst nicht zu Ende ist beziehungsweise wäre. Wie Hirschauer bin ich der Meinung, dass neben dem individuellen Streben nach Anonymität<sup>218</sup> dies der essentiellste Grund ist, warum Gespräche beim Arzt/bei der Ärztin zum größten Teil nur von Bekannten geführt werden. Auch wenn alle Patient/innen im Wartezimmer das gleiche Ziel verfolgen, ähneln sie sich und trotzdem kommt es kaum zu einer Verständigung zwischen ihnen und so schreibt Rainer Paris treffend: „statt dessen herrscht eine sprachlose Mechanik von Ansteckung und Isolation: Die Bekümmerung jedes Einzelnen teilt sich den anderen mit und sondert ihn gleichzeitig von ihnen ab.“<sup>219</sup>

### **3.3.4. Körperhaltung**

Einige Aspekte der Körperhaltung der Patient/innen in Bezug auf das Warten wurden schon vorhergehend behandelt. In meiner empirischen Erhebung konnte verzeichnet werden, dass wohl die beliebteste Sitzposition einen aufrechten Oberkörper und vor der Brust verschränkte Arme aufweist. Die körperliche Haltung von Personen in Wartesituationen ist „eher in sich gekehrt. Die Hände werden ineinander gelegt und bleiben trotzdem angespannt, als hielte man sich gleichsam an sich selber fest.“<sup>220</sup> Angespannt deshalb, da Distanz zu seinen Sitznachbarn gehalten werden möchte. Hirschauer spricht in Anlehnung an Goffman, welcher sich ebenfalls mit dem individuellen Verhalten in bestimmten Situationen beschäftigt hat<sup>221</sup>, von „Distanzierungsäquivalente“<sup>222</sup>. Diese sagen aus, dass durch gewisse Körperhaltungen auch Nähe von Fremden ertragen werden kann. Durch Abwendung des Gesichts oder des Oberkörpers, durch starr in eine Richtung schauen<sup>223</sup> oder durch Verschränkung der Oberarme wird zwar ein Eingriff in die individuelle Privatsphäre markiert, aber es wird geduldet. Wie bei Paris prägt auch im ärztlichen Wartezimmer die Ungeduld die Sitzposition. Schon nach kurzer Zeit findet eine Veränderung der Sitzposition statt, die Körperhaltung wird neu angespannt und der Oberkörper wird entweder leicht nach vorne

---

<sup>217</sup> Vgl. Hirschauer 1999, 235.

<sup>218</sup> Vgl. Ebd.

<sup>219</sup> Paris 2001, 718.

<sup>220</sup> Ebd., 725.

<sup>221</sup> Vgl. dazu Goffman, Erving: Das Individuum im öffentlichen Austausch. Frankfurt 1974.

<sup>222</sup> Hirschauer 1999, 230.

<sup>223</sup> Vgl. Ebd.



oder nach hinten gebeugt. Waren anfangs noch die Arme verschränkt, so lösen sich diese, ein Handrücken stützt nun den Kopf ab, welcher immer schwerer zu werden zu, oder die Ellbogen stützen sich nun auf Knie oder Oberschenkel ab.<sup>224</sup> Diese Gestik symbolisiert, dass der/die Patient/in jederzeit bereit ist, aufzustehen und den Warteraum zu verlassen.

### **3.3.5. Inventar**

**Sitzmöglichkeiten:** Durch eine nähere Betrachtung der Einrichtung des Wartezimmers in der untersuchten Arztpraxis lässt sich ein Wohnzimmercharakter erkennen. Möbel eines bekannten schwedischen Möbelhauses, Fernseher, Pflanzen, Tische, Stühle und Sitzbänke vermitteln Vertrautheit. Sie sollen diesen Ort freundlicher und nicht mehr fremd erscheinen lassen. Fast erscheint der Eindruck, als ob die eigenen vier Wände mit in die Ordination gebracht worden sind. Tomislav Pusic beschäftigte sich im Rahmen eines Forschungsprojektes des Instituts für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main mit Orten des Wartens und versucht, das Warten als Verknüpfung zwischen Zeit und Ort deutlich zu machen. Er suchte drei verschiedene Warte-Orte auf, die sich aufgrund ihrer „Qualität des Wartens“<sup>225</sup> unterschieden. Er wählte die Frankfurter Hauptwache, den Frankfurter Hauptbahnhof und den Rhein-Main-Flughafen. Am Flughafen konnte er verzeichnen, dass je länger die Passant/innen auf den schwarzen Ledersitzmöglichkeiten saßen, desto eher überkam „dieses lockere Gefühl von Urlaubsstimmung, welches von den meisten Menschen hier ausgeht.“<sup>226</sup> Diese positiven Gefühle kommen in der Ordination nur individuell auf und dann auch nur, wenn der eigene Name gerufen wird. Auch wenn die roten Stühle und Sitzbänke modern aussehen, sie sind nicht bequem und laden nicht zum Verweilen ein. Durch ihre Unbequemlichkeit werden einerseits die eigenen Beschwerden verstärkt, nicht selten hört man von einem/einer Patient/in „ich geh mal raus, ich kann hier nicht mehr sitzen“ und andererseits wird ein Übergang markiert, da die Möbel nicht dazu ausgerichtet sind, länger darauf zu sitzen, zu warten. Sie vermitteln die Absicht, nur kurz an diesem Ort zu verweilen, was aber gleichzeitig eine Ambivalenz mit sich zieht. Dieses „nur kurz“ verweilen, wird in manchen Fällen auf mehrere Stunden ausgedehnt und kann relativ gedeutet werden.

---

<sup>224</sup> Vgl. Paris 2001, 729.

<sup>225</sup> Pusic 2002, 351.

<sup>226</sup> Ebd., 358.

**Fernseher:** Was vielleicht früher das Aquarium in einer Ordination war, ist heute der Fernseher. Er soll Beruhigung und Ablenkung vermitteln. An einer zentralen Position befestigt, welche von geschätzten zirka 85 Prozent der Sitzplätze aus sichtbar ist, informiert er über den Ordinationsbetrieb. Behandelnde Ärzt/innen und Therapeut/innen, mögliche Behandlungsvorgehen, empfehlenswerte Medikamente und Patienteninformationen flimmern in einer 10:19 Minuten dauernden Präsentationsschleife durch das Wartezimmer. Es kann regelrecht von einem *Patient/innenmagneten* gesprochen werden, richten sich doch fast alle Blicke mindestens einmal für kurz oder lang auf den Fernseher. Erstens liefert er Ablenkung vom standardisierten Ordinationsbetrieb und zweitens können ungewollte Blickkontakte vermieden werden.

**Das Fehlen der Uhr:** In der Ordination ist kein Hilfsmittel angebracht, welches die aktuelle Uhrzeit anzeigt. Wie bereits erwähnt wurde, ist das Warten von einem Anfang und einem Ende gekennzeichnet. Einmal in der Warteschleife gefangen, kommen alle möglichen Empfindungen und Gefühlszustände auf einen zu.<sup>227</sup> So kann es leicht möglich sein, dass sich die anfängliche Motivation in Unbehagen wandelt, von einer Phase von Zuversicht und Vorfreude gefolgt und schlussendlich mit Frustration abgerundet wird. Dies zeigt auf, dass Warten „der Rhythmik von Zyklus und Wiederholung“<sup>228</sup> enthoben wurde und deshalb fühlt es sich laut Paris „so anstrengend und ermüdend“<sup>229</sup> an. „In der Zeiterfahrung des Wartens schrumpft die Zeit auf ihren linearen Verlauf.“<sup>230</sup> Durch das Vorhandensein einer Uhr wird dieser lineare Verlauf demonstriert, gleich wie das Voranschreiten der Zeit, auch wenn es nicht so empfunden wird.<sup>231</sup> Wie schon erwähnt, ist in meinem Untersuchungsraum keine Uhr angebracht – eher untypisch für einen Warteraum. Trotzdem eine taktisch kluge Entscheidung, denn die Konfrontation der Wartenden mit der fortschreitenden Wartezeit wird vermieden. Wäre eine Uhr angebracht, so würden sich die Blicke auf diese richten und die abzusitzenden Minuten wären präsenter denn ja. „Wartende achten auf die verrinnende Zeit und registrieren penibel, wie lange sie schon gewartet haben.“<sup>232</sup> Die Uhr konstant im

---

<sup>227</sup> Vgl. Paris 2001, 714.

<sup>228</sup> Ebd.

<sup>229</sup> Ebd.

<sup>230</sup> Ebd.

<sup>231</sup> Vgl. Ebd., 714f.

<sup>232</sup> Ebd., 706.

Auge zu haben, ist „eine Technik des Zeitmanagements“<sup>233</sup>, welche angewandt wird, um sicher zu stellen, dass sie auch wirklich vergeht, auch wenn einem das Gegenteil erscheint.<sup>234</sup> Auch würde das Ticken einer analogen Uhr die vorherrschende Stille durchbrechen, beziehungsweise würde der Raum von einem Takt gefüllt werden. Dem Takt der nicht vergehen wollenden Sekunden. Aber dieses Nicht-Anbringen einer Uhr zeigt meiner Meinung nach auch auf, dass sich die Eigentümer von diesem zeitverschwendenden Gedanken abwenden wollen und der Versuch gestartet wurde, einen Ort zu schaffen, an dem Zeit nicht von vorrangiger Bedeutung ist, wo bewusst eine Pause geschaffen werden soll, die sich in einen häufig stressigen Alltag integrieren soll.

**Beschwerde-Box:** In der Ordination ist eine Beschwerde-Box angebracht. Sie ermöglicht den Patient/innen die Chance, sich über ihren Aufenthalt zu äußern, sowohl negativ als auch positiv. Durch die Bezeichnung „Beschwerde-Box“ wird ausgegangen, dass Patient/innen vorwiegend Kritik üben möchten. Doch dies ist nicht immer der Fall, denn neben Verbesserungsvorschlägen und gemachten Erfahrungen, finden sich auch Danksagungen in der Box. Neben der Bezeichnung ist auch ihre Position höchst interessant. Da sie sich am Gang zu den Behandlungszimmern befindet, wo jeder/jede vorbeigehen muss, ist es diskret möglich, seine Anmerkungen in die Box werfen zu können. Da sich dieser Durchgang hinter dem Schalterbereich, durch eine Wand getrennt, befindet, ist es für die die meisten Patient/innen und Mitarbeiter/innen nicht ersichtlich, wer sie benutzt.

**Saftautomat:** Gibt es in einigen Ordinationen einen Wasserspender, so kann in meinem Untersuchungsobjekt ein Saftautomat vorgefunden werden. Neben Mineralwasser, können diverse Limonaden zu je einem Euro erworben werden. Iris Heisitz und Jette Lutkat, beide aus der Europäischen Ethnologie kommend, beschäftigen sich in ihrem Aufsatz mit der Vermittlung von Warten in der Werbung. Besonders in der kommerziellen Werbung sind jene Produkte präsent, welche die Wartezeit verkürzen sollen. Diese Produkte, welche „alles für den schnellen Konsum“<sup>235</sup> verdeutlichen, kommen zum größten Teil aus der Lebensmittel- und Unterhaltungsindustrie, wo auch der Saftautomat angesiedelt werden kann. Die Säfte welche von ihm ausgegeben werden, sind aufgrund der beinhaltenen

---

<sup>233</sup> Paris 2001, 706.

<sup>234</sup> Vgl. Ebd., 706.

<sup>235</sup> Heisitz u. Lutkat 2002, 176.

Kohlensäure zum schnellen Verzehr gedacht und können durch ihre Beschaffenheit überall mithin genommen werden. Das Vorhandensein des Automaten verdeutlicht erneut das Bewusstsein der Eigentümer über auch längere Wartezeiten. Ebenso wird damit versucht, etwas mehr Komfort in den Raum zu bringen. Ist man durstig, gibt es nicht nur Wasser, sondern eine Auswahl an diversen Säften, welche einerseits den Durst stillen und andererseits auch den Zuckerspiegel anheben und für neue Energie sorgen.

### **3.3.6. Warte-Hilfsmittel**

**Zeitschriften:** Am spezifischen Untersuchungstag befanden sich insgesamt 43 Magazine und diverse Informationsbroschüren im Warteraum der Arztpraxis, welche keine ausgeprägte Geschlechtsspezifität aufzeigten. Die vorgefundenen Zeitschriften befassten sich mit den Themen Kochen, Reisen, Auto, Haushalt, Wissenschaft, Biologie, Gartengestaltung, Sport und Forschung. Themen die sowohl das weibliche, als auch männliche Geschlecht ansprechen. Hieran wird ersichtlich, dass man sich in keiner geschlechtsspezifischen Praxis befindet. In einer gynäkologischen beziehungsweise urologischen Ordination erscheint ein weniger differenziertes Zeitschriftenspektrum, da zum überwiegenden Anteil nur Frauen beziehungsweise nur Männer zum Klientel gehören und sich im Warteraum aufhalten. Kindermagazine konnten in der untersuchten Praxis keine vorgefunden werden, jedoch lagen am Kindertisch Papier und Stifte zum Malen bereit. Das Vorhandensein von Zeitschriften, Malvorlagen als auch des Fernsehers macht deutlich, dass Ärzt/innen sich sehr wohl darüber bewusst sind, dass im Wartezimmer etwas zur Zeitüberbrückung benötigt wird und dass alle Alters- und Geschlechtergruppen angesprochen werden sollten.

**Smartphones, Bücher, Tablets, IPODs, E-Reader, ...:** Durch den technischen Fortschritt ist es möglich geworden, unabhängig von Ort und Zeit noch ausstehenden Aufgaben erledigen zu können. Besonders Smartphones nehmen im ärztlichen Wartezimmer eine beachtliche Stellung ein. Laut einer Studie der *Statistik Austria* benutzen über 64 Prozent der Europäer/innen außerhalb des Haushalts oder der Arbeit ein Smartphone mit mobilem Internetzugang.<sup>236</sup>

---

<sup>236</sup> Vgl. dazu: Statistik Austria: Personen mit Nutzung tragbarer Geräte für den mobilen Internetzugang außerhalb des Haushalts oder der Arbeit 2014. Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/022210.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/022210.html) (Stand: 12.11.2014).

Auch Iris Heisitz und Jette Lutkat zeigen in ihrer Forschung auf, dass besonders Handys während der Wartezeit genutzt werden. „Wer nichtstehend irgendwo wartet, greift sicher schneller mal zu diesem, um entweder zu telefonieren, oder um eines der gespeicherten Spiele zu spielen.“<sup>237</sup> Und so verwundert es nicht, dass der Großteil der Patient/innen sein Mobiltelefon oder Tablet während der Wartezeit verwendet. Nachrichten lesen, Musikclips anschauen, E-Mails beantworten, Telefonate führen, Texte überarbeiten, Social-Media-Status updaten und dergleichen. Tätigkeiten welche ansonsten zuhause erledigt werden, können nun während der eigenen Wartezeit ausgeführt werden. Der Versuch, immer beschäftigt zu sein, wird auch hier wieder verdeutlicht. Karlheinz Geißler, emeritierter Wirtschaftspädagogikprofessor an der Universität der Bundeswehr in München und Zeitforscher, nimmt in einem Interview mit der Tageszeitung *Die Presse* zu dieser Thematik Bezug. Er spricht davon, dass bei der Auswahl des Urlaubs immer mehr durchgeplante Reisen gebucht werden. Diese Touren sind gekennzeichnet von aufeinanderfolgenden Aufhalten an verschiedensten Orten, am besten ohne Pausen. Wie im Alltag, aus dem man im Urlaub ja ausbrechen möchte, folgt ein Termin dem anderen. „Nichtstun ist das Wichtigste, weil man so zu sich selbst kommt“<sup>238</sup> betont der Zeitforscher. Auch Klara Löffler, Professorin am Institut für Europäische Ethnologie der Universität Wien, betont, dass Menschen es gar nicht mehr gewöhnt sind, einfach mal nichts erledigen zu müssen.<sup>239</sup> Aufgrund zahlreicher Entwicklungen im gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Sektor im letzten Jahrhundert<sup>240</sup> ist es heutzutage kaum mehr möglich, seine Freizeit auch wirklich genießen zu können. Zu viele Möglichkeiten gibt es, um nicht nichts zu tun und um es mit den Worten von Margot Schindler, Ausstellungsorganisatorin der Sonderausstellung *nichts tun* im Jahre 2000 im Volkskunde Museum Wien, auszudrücken, „[d]och Nichts ereignet sich selten. Irgendetwas ist immer.“<sup>241</sup> Unter diesem Blickpunkt kann die Wartezeit im ärztlichen Wartezimmer mit Freizeit gleichgesetzt werden, da ein Ausbruch aus dem strukturierten Alltag stattfindet und mit diesem Verständnis nehmen nicht nur elektronische Wartehilfsmittel eine besondere Stellung ein, sondern auch mitgebrachte Bücher und

---

<sup>237</sup> Heisitz u. Lutkat 2002, 177.

<sup>238</sup> Geißler, Karlheinz zitiert nach Leidinger, Jürgen: Sommerurlaub. Den Mut zum Nichtstun finden. In: Die Presse, 01.07.2011. Online unter: <http://karrierenews.diepresse.com/home/karrieretrends/674289/Den-Mut-zum-Nichtstun-finden->. (Stand: 13.11.2014).

<sup>239</sup> Vgl. Löffler, Klara: Nur Mut zum Nichtstun. Online unter: <http://www.rolanddreger.net/index.php?id=78> (Stand: 13.11.2014).

<sup>240</sup> Vgl. Schindler, Margit: Zum Geleit. In: Liesenfeld 2000, 12.

<sup>241</sup> Ebd., 13.

Terminkalender, welche gleichermaßen präsent sind. Das Mitbringen von Gegenständen, welche bei der Zeitüberbrückung helfen sollen, lassen auf ein Bewusstsein über die mögliche Wartezeit schließen. Aufgrund früherer Erfahrungen in ärztlichen Wartezimmern, will nicht der gleiche „ Fehler“ erneut begangen werden. Der/die Patientin bereitet sich vor, soll doch die Zeit sinnvoll überbrückt werden und um nochmals zurück zu kommen, um nicht nichts tun zu müssen.

### **3.3.7. Geschlechtsspezifische und altersspezifische Unterschiede<sup>242</sup>**

Obwohl ich anfangs noch davon ausging, dass es sicherlich spezifische Unterschiede in Bezug auf Alter und Geschlecht geben muss, so konnte ich im Laufe der Erhebungswoche feststellen, dass diese nur in minimaler Ausprägung vorhanden sind. Darauf konnte ich folgern, dass das Warten vielmehr von individuellen Erfahrungen und vom biografischen Hintergrund der wartenden Person geprägt ist, als vom Alter und Geschlecht. Jene Auffälligkeiten, welche ich entdecken konnte, wurden im folgenden Unterkapitel in einzelne Szenarien eingearbeitet.

## **3.4. 5 Szenarien aus der Ordination<sup>243</sup>**

### **3.4.1. „Sie haben mich eh nicht vergessen?“**

Auch wenn im Behandlungszimmer alle gleich sind, die gleichen Vor- und Nachteile genießen und die gleichen Erfahrungen machen, gibt es immer wieder Jene, welche sich hervorzuheben versuchen. Durch Sätze wie „Sie haben mich eh nicht vergessen?“ oder „Bin ich schon aufgerufen worden?“, möchte der/die Patient/in darauf verweisen, wie kostbar die eigene Zeit ist und, dass er/sie auch wirklich anwesend ist. Dieses Phänomen erkannte auch der Soziologe Stefan Hirschauer in seiner Fahrstuhl-Forschung. Er spricht davon, dass die „Dimension, auf der sich eine Sozialstruktur der Fahrstuhlfahrer darstellen läßt [sic!], [...] der Umgang mit der *eigenen* Zeit [ist]: Am unteren Ende stehen jene ‚Bummelanten‘, die viel Zeit verbrauchen, oben stehen die ‚Drängler‘, die auch hier zeigen können, daß *ihre* Zeit

---

<sup>242</sup> In meiner Forschung wurden Kinder nicht berücksichtigt, da sie sich noch in der Sozialisationsphase befinden und noch keine geschlechtstypischen Ausprägungen aufgezeigt werden können.

<sup>243</sup> Alle verwendeten Zitate stammen von Patient/innen, welche in der Erhebungswoche geäußert wurden. Aufgrund des Anonymitätsanspruches habe ich darauf verzichtet, diese Namentlich hervorzuheben beziehungsweise ihre Namen unkenntlich zu machen.

kosbar ist.“<sup>244</sup> Auffällig in der Ordination ist, dass besonders Frauen und besonders jene mit einem akademischen Titel und Rentner/innen als „Drängler“ bezeichnet werden können. Allgemein verweisen Frauen sehr oft darauf, dass sie zuhause noch Familie beziehungsweise Kinder haben, die auf sie warten oder noch ein wichtiges Meeting/ein wichtiger Termin bevorsteht. Dies verdeutlicht die individuell angenommene Wichtigkeit der Person. Da zuhause oder im Beruf auf die Anwesenheit der Person gewartet wird, kommt – wie im nachfolgenden Kapitel noch aufgezeigt wird – die Macht zum Vorschein. Auch wenn sie es vielleicht gewöhnt sind, dass sie selbst Personen auf sich warten lassen, so müssen sie nun selbst auf jemanden warten, was zu einer Störung in der Wahrnehmung führt. Ebenso konnte ein konstantes Schreiben in den persönlichen Kalendern verzeichnet werden. Die verbal geäußerten Aussagen werden von der nonverbalen Tätigkeit des Kalenderschreibens unterstrichen. Damit wird neben der eigenen Wichtigkeit auch die notwendige Tagesstrukturiertheit verdeutlicht. Auch Pensionist/innen verdeutlichen durch die vorher erwähnten Aussagen, ihre Dringlichkeit. Erklären lässt sich dies meiner Meinung nach damit, dass aufgrund ihrer Biografie bereits negative Erfahrungen im Wartezimmer gesammelt wurden. Ein Patient um die 80 Jahre erzählte mir einst davon, dass er in einer anderen Ordination schon vergessen wurde und erst nach drei Stunden trotz Termin drangekommen ist. Vergisst der/die Ordinationsgehilfe/in einen Klick am Computer, so erscheint die Person nicht im virtuellen Warteraum und ist trotz physischer Anwesenheit nicht da. Zugegen ist nur, wer auch am PC erscheint. Diese Tatsache legitimiert das Nachfragen und eröffnet Verständnis. Ein weiterer Erklärungsansatz basiert auf dem Zusammenhang zwischen Alter und Zeitwahrnehmung. Wie schon im Schalterbereich-Kapitel erläutert, kann durch psychologische Studien belegt werden, dass das Alter Einfluss auf die Zeitwahrnehmung<sup>245</sup> hat und dass Lebenserfahrung und Alter einander beeinflussen. Je älter die Person ist, desto eher wurden bestimmte Situationen schon öfters erlebt und die Zeitstrecken geringer eingeschätzt. Dies trifft vielleicht auf die Zeitwahrnehmung zu, nicht aber auf das Warten, auch wenn das Warten nur mit der Zeit einhergehen kann. Im Gegensatz zu den Drängler/innen, die vorwiegend Frauen sind, beschwerten sich deutlich mehr Männer im Warteraum schon nach einer geringen Wartezeit, über die Dauer des Aufenthaltes. Der Psychologe Michael Stefan Metzner versucht einen Erklärungsansatz für die differente Zeitwahrnehmung zwischen den Geschlechtern zu finden und musste feststellen, dass zwar

---

<sup>244</sup> Hirschauer 1999, 238.

<sup>245</sup> Vgl. dazu Kapitel 2.2. Zeitwahrnehmung.

in früheren Studien noch davon ausgegangen wurde, dass Frauen im Vergleich zu Männern Zeitstrecken länger einschätzten, aktuellere Untersuchungen den geschlechtsspezifischen Unterschied jedoch außen vor lassen, was auf die unterschiedliche Lerngeschichte beider Geschlechter zurückzuführen ist.<sup>246</sup> Auch in der Psychologie ist somit die individuelle, biografische Prägung in Bezug auf die Zeitwahrnehmung in das Forschungsfeld gezogen worden. Die Biografie des Individuums gibt darüber Aufschluss, warum sich Patient/innen wegen der Wartezeit negativ äußern. Früher gesammelte Erfahrungen in der gleichen, oder einer anderen Arztpraxis kommen in der neuen Wartesituation erneut zum Vorschein und der Wunsch, diese Situation nicht noch einmal durchleben zu müssen, wird präsenter denn je.

### **3.4.2. „Das ist ja eine Frechheit!“**

Beim Warten im Wartezimmer passiert eigentlich nicht viel, „die allgemeine Ereignisarmut“<sup>247</sup> prägt die Wartesituation. Personen betreten und verlassen den Raum, wechseln den Sitzplatz, blättern durch Zeitschriften, schauen auf ihr Smartphone oder den Fernseher, beobachten andere Wartende, führen ab und zu Gespräche, melden sich an oder holen nach der Behandlung noch Rezepte und Überweisungen ab. Wie gesagt, es passiert nicht viel beziehungsweise gibt es nur geringe Abwechslung. Und doch sind die meisten, vor allem Akut-Patient/innen, mit der Situation überfordert, denn hier sind sie einmal weniger Herr beziehungsweise Frau über die eigene Zeit. Unterstrichen wird diese Überforderung durch das Vorhandensein von Schmerzen. An dieser Stelle wage ich es zu sagen, dass meiner Meinung nach, Schmerzen jegliches Zeitempfinden und das Umfeld ausblenden und so kommt es in der Ordination auch des Öfteren vor, dass sich Patient/innen verbal als auch nonverbal zur Situation äußern, denn um es mit den Worten von Rainer Paris zu sagen, „Leid sucht Schuld.“<sup>248</sup> Schuld warum man noch nicht dran gekommen ist, warum man eigentlich Schmerzen hat und warum die Zeit still zu stehen scheint. Häufig reicht nur ein Blick, ein Räusperer oder ein Aufstöhnen um auf das eigene Leid aufmerksam zu machen.<sup>249</sup> In einigen wenigen Fällen können die eigenen Empfindungen nicht mehr kontrolliert werden und sie müssen nach außen transportiert werden. „Das ist eine bodenlose Frechheit mich so lange

---

<sup>246</sup> Vgl. Metzner 1999, 22f.

<sup>247</sup> Paris 2001, 726.

<sup>248</sup> Ebd.

<sup>249</sup> Vgl. Ebd.



warten zu lassen“, „Ich habe andere Sachen zu tun, als hier zu sitzen“ oder „Warum mache ich einen Termin aus, wenn ich sowieso warten muss?“ verdeutlichen den angestauten Frust. „Unverständlich führt uns das Warten vor Augen, wie sehr wir *nicht* die Herren unseres Schicksals sind. Es zerlegt das Tun und das Widerfahrnis. Ja, es ist gerade das Nichtstun, zu dem uns das Warten verdammt, was uns die Abhängigkeit umso deutlicher spüren lässt.“<sup>250</sup> Hat man sich einmal selbst nicht mehr unter Kontrolle, so „schließt die Einsamkeit“<sup>251</sup> laut Marc Augé diese Person endgültig ein. Ähnlich wie in der U-Bahn führen Ausfälligkeiten in der Ordination zu verwirrenden Blicken unter den Patient/innen und das bekannte Augenverdrehen kommt vermehrt zum Vorschein.<sup>252</sup> Die Einsamkeit des/der Agierenden wird durch das Peinlich-berührt-sein und dem Unverständnis der Anwesenden nochmals verstärkt.

Besonders Migrant/innen können vergleichsweise schlecht mit Wartesituationen umgehen. Einen der beiden möglichen Erklärungsansätze liefert Robert Levine. Dieser – wie schon im vorhergehenden Kapitel aufgezeigt – geht davon aus, dass die Zeitwahrnehmung durch den Wohlstand, den Grad der Industrialisierung, der Einwohnerzahl, das Klima und die kulturellen Werten des Herkunftslandes geprägt ist.<sup>253</sup> Dies soll mit einem Beispiel verdeutlicht werden. In Indien vollzieht sich ein deutlich differenzierter Umgang mit der Zeit als in Österreich. So werden zum Beispiel in Indien Termine in nur wenigen Fällen pünktlich eingehalten. Auch ist die Lebenseinstellung zum Warten viel positiver, als in westlichen Ländern. Abwarten und Chai trinken steht an der Tagesordnung. Mit diesem eingprägten Zeithabitus entschließt sich ein Inder nach Wien zu ziehen. In Wien angekommen, merkt er schnell, dass hier ein anderes Zeiterleben stattfindet. Zeit sollte intensiv genützt werden, ist sie – wie bereits aufgezeigt wurde – mit Geld gleichzusetzen. Auch Pausen, welche in Indien noch präsent waren, sollen nun aus dem Alltag verbannt werden. Er muss sich also erst an die „Schnelligkeit“ der Stadt gewöhnen und sich dementsprechend versuchen anzupassen. Deshalb verwundert es nicht, dass es zu einer Störung in seiner Zeitwahrnehmung kommen kann. Auch wenn biografisch ein anderer Zeitumgang erlernt wurde, ist er deutlich schneller mit der Situation überfordert, auch da alles neu und anderswertig erscheint und trägt seinen

---

<sup>250</sup> Paris 2001, 730.

<sup>251</sup> Augé 1988, 52.

<sup>252</sup> Vgl. Ebd.

<sup>253</sup> Vgl. Levine 1998, 37f.

Unmut nach außen. Der zweite Erklärungsansatz kann erneut auf die bereits gemachten Erfahrungen zurückgeführt werden. Das Verhalten der Menschen mit Migrationshintergrund ist geprägt von bereits durchlebten Situationen in Ämtern oder Ordinationen. Diese Institute stellen neue Herausforderungen für die Personen dar, da in ihrem Herkunftsland womöglich anders als in Österreich vorgegangen wird und sie sich erst mit den gängigen Verhaltensweisen in den Ämtern und Ordinationen vertraut machen müssen. Oder auch, weil sie bereits schon häufig mit Wartesituationen im Zusammenhang mit ihrer Migration konfrontiert wurden. Zum Beispiel könnten sie in Auffanglagern, in Flüchtlingsheimen oder auf einen Auswanderungsbescheid oder auf die angestrebte Staatsbürgerschaft gewartet haben, um nur einige Beispiele aufzuzählen.

Besonders Migrant/innen der ersten Generation fühlen sich schnell mit der eigenen Anwesenheit im Wartezimmer überfordert und möchten so schnell es geht diesen wieder verlassen. Nur in den wenigsten Fällen ist dies auch möglich, denn aufgrund der vorherrschenden Sprachbarrieren und der Unwissenheit über der Möglichkeit und Notwendigkeit einer Terminvereinbarung, kommen die meisten ohne Termin als Akut-Patient/in. Die Kombination aus Unsicherheit, Angst und Frust lässt die Wogen hochgehen und der angestaute Ärger muss abgeladen werden, meist bei den Schalterkräften. Dies soll jedoch nicht als Legitimationsgrund von Ausfälligkeiten von Migrant/innen verstanden werden, kommt es doch auch des Öfteren zu Wutausbrüchen von Menschen ohne Migrationshintergrund. Die beiden Ansätze sollen jedoch nur Erklärung liefern, warum es zu solchen Tätigkeiten kommen kann.

### ***3.4.3. „Wann komme ich jetzt endlich dran?“***

Andrea Köhler, eine deutsche Philosophin und Germanistin, spricht von einer „Dramaturgie des Wartens“<sup>254</sup>, spielt sich doch in unserem Kopf ein regelrechtes Drama ab, wenn wir auf jemanden warten. Ist die ausgemachte Zeit überschritten, beginnen zahlreiche Fragen in unseren Köpfen zu schwirren. Haben wir tatsächlich um 15.30 Uhr ausgemacht und nicht um 16.00 Uhr? Heute ist Montag, oder? Wurde unser Treffen vergessen? Gibt es wieder eine Störung bei den Wiener Linien? Die Liste könnte mit unzähligen Beispielen weitergeführt werden. Wo früher noch das nichts wissende Abwarten angesagt war, wird heute schnell

---

<sup>254</sup> Köhler 2011, 19.

das Handy gezückt und der Verspätung auf dem Grund gegangen. Aber was, wenn einmal der Akku leer ist und nur die Mailbox beziehungsweise eine Nichterreichbarkeitsdurchsage am anderen Ende der Leitung erscheint? Schnell macht sich Panik bereit. Es kann ja nur etwas passiert sein, normalerweise hat die Person immer sein/ihr Handy eingeschaltet. Die Angst reagiert unser Denken und Ablenkung wird nun großgeschrieben. Umso größer dann aber die Freude und Erleichterung sein, wenn die schon für verschollen geglaubte Person plötzlich vor einem steht.<sup>255</sup> Im Wartezimmer ist es nicht möglich, schnell sein Handy zu zücken und den Arzt/die Ärztin anzurufen, um zu fragen, warum der Termin nicht pünktlich eingehalten werden kann, aber es kann am Schalter nachgefragt werden. Standardisierte Sätze wie „der Arzt ist heute leider in Verzug“ oder „es hat leider einen Notfall gegeben“ sollen versuchen, den/die Patient/in wieder zu beruhigen. Die Frage nach dem Warum schwirrt vermutlich jedoch immer noch in den Köpfen der Patient/innen. Für die Ordinationsgehilfen/innen sind Verzögerungen im Ordinationsbetrieb eine größere Belastung, denn sie verursachen den Verzug nicht, sind schuldlos, müssen sich aber gleichzeitig dafür entschuldigen und Erklärungen abgeben. Eine weitere Erschwernis für die Angestellten ist, dass in der Ordination keine genauen Angaben über die Wartedauer gegeben werden können. Aufgrund dieser Tatsache fragt von den durchschnittlich 180 Patient/innen am Tag zirka ein Drittel nach, wann er/sie „endlich“ drankommt oder „wie lange dauert es denn noch?“. Das „endlich“ im Satz verweist auf die schon abgessene Wartezeit und impliziert eine Forderung nach dem/der Arzt/Ärztin, auf das Ende der Wartesituation. Das „wie lange noch“ macht den Frust, den Ärger und die Ungeduld der wartenden Person deutlich. Auch schwingt die Unterstellung mit, dass die Angestellten den/die Patient/in bewusst warten lassen beziehungsweise nicht ihrer Arbeit nachkommen. Reagiert der/die Ordinationsgehilfin zum Beispiel mit „bitte haben Sie noch etwas Geduld. Sie sehen ja, dass hier einiges los ist bei uns. Wir bemühen uns ja eh.“, wird versucht hervorzuheben, dass einiges los ist. Durch das „wir bemühen uns“ wird eine persönliche Ebene aufgebaut und versucht Vertrauen zum/zur Patient/in zu gewinnen. Besonders Akut-Patient/innen, welche keinen Termin haben, sind der Ungewissheit über die Wartezeit ausgeliefert. Hat man einen Termin, so kann zwar von einer Verzögerung ausgegangen werden, aber diese ist in einem überschaubaren Rahmen. Einzige Information, die die Akut-Patient/innen erhalten, ist, dass sie noch am selben Tag behandelt werden, aber nicht genau

---

<sup>255</sup> Vgl. Köhler 2011, 19f.

gesagt werden kann, wie lange die Wartezeit beträgt. Dadurch, dass in der Ordination ein ständiges Kommen und Gehen vorherrscht, wird der Überblick schnell verloren. Gesichtsausdrücke der Akut-Patient/innen verdeutlichen ihre Überforderung mit der Situation. Sie wissen, dass sie behandelt werden, aber nicht wann sie drankommen. Diese Überforderung begründet der Psychologe Michael Stefan Metzner damit, dass wenn konkrete Vorinformationen zur Wartezeit erläutert werden könnten, würde einerseits die Begierde abschwächen, sich vom Ort entfernen zu wollen und andererseits „die Nähe zum Erleben“<sup>256</sup> wieder gesteigert werden.<sup>257</sup>

#### **3.4.4. „Was? Jetzt schon?“**

In der Erhebungswoche fiel auf, dass sich bei manchen Patient/innen schon eine gewisse Routine beim Warten eingeschlichen hatte. Marc Augé befasste sich in seinem Werk *Ein Ethnologe in der Metro* auch mit dem Verhaltensweisen der Passagiere und konnte durch seine Beobachtungen den „erfahrenen Fahrgast“<sup>258</sup> klassifizieren. Typisch für diesen, gegensätzlich zu einem nicht routinierten, ist, dass „seine Sinne hellwach“<sup>259</sup> sind und aufgrund seiner Erfahrung sein Bewegungsablauf auch schon darauf abgestimmt ist.<sup>260</sup> Hier offenbart sich eine Parallele zum/r routinierten Patient/in im Wartezimmer. Bevor die Schalterkraft nach der E-Card fragen konnte, wird diese ihr entgegengestreckt und der Termin mit Name und Uhrzeit gesagt. Anschließend wird zielgerichtet ein Sitzplatz anvisiert, die Jacke an der Garderobe aufgehängt und ein Buch aus der Tasche gezückt. Sobald er/sie aufgerufen wird, steuert er/sie auf die/den Aufrufende/n zu, ohne auch nur den Blick durch den Raum schweifen zu lassen, die Stelle suchend, wo die Stimme herkommt. Aus diesem Verhalten kann geschlossen werden, dass diese Person nicht zum ersten Mal in der Ordination ist und sich deshalb schon an den Ablauf gewöhnt hat. Doch es gibt eine Situation, welche sowohl unerfahrene als auch routinierte Wartende aus dem Konzept bringen kann, nämlich wenn sie vor dem Termin oder nach einer nur kurzen Wartezeit aufgerufen werden. Aussagen wie „Was? Jetzt schon? - , Jetzt bin ich aber überrascht!“ oder „Kann das wirklich sein?“ werden nach dem Aufrufen des Namens geäußert. Diese Statements machen die Überraschung deutlich. Da sich die meisten von ihnen „genau

---

<sup>256</sup> Metzner 1999, 32.

<sup>257</sup> Vgl. Ebd.

<sup>258</sup> Augé 1988, 12.

<sup>259</sup> Ebd.

<sup>260</sup> Vgl. Ebd., 12f.

heute“ auf das Warten vorbereitet haben, kommt es häufig zu einem regelrechten Unverständnis. Aber genau dieses „genau heute“ macht deutlich, dass ein Legitimierungsgrund gesucht wird, warum nicht auch heute bis auf die letzte Minute oder länger noch auf den Arzt/die Ärztin gewartet werden muss.

### **3.4.5. „Streichen Sie mich von der Liste!“**

Nicht nur einmal am Tag bekommen die Schalterkräfte den Satz „Streichen Sie mich von der Liste!“, oder „Nehmen Sie mich aus dem System!“ zu hören. Durch diese Aussagen wird das Aufgeben der Patient/in deutlich. Sie wollen nicht länger im Wartezimmer sitzen und auf den/die Arzt/Ärztin warten. Wie bereits unter dem Definitionsversuch des Begriffs Warten aufgezeigt wurde, hat Warten auch immer etwas mit Sehnsucht und Verlangen zu tun. Fand anfänglich noch eine bewusste Auseinandersetzung mit der Situation statt und die Wartezeit wurde toleriert, so kann dies im Warteprozess kippen. Wo zuvor die Schmerzen dominierten, ist nun die vergeudete Zeit präsenter denn je. So kann gesagt werden, dass die Schmerzen, der eigentliche Hauptgrund des Besuches, in den Hintergrund geraten und das individuelle Zeitempfinden zum Vorschein kommt. Daraus lässt sich auch folgern, dass die Schmerzen dementsprechend nicht akut sind, da eine Abwendung von einer absehbaren Behandlung stattfindet. Das Verlangen, das anfänglich noch vorherrschend war, wurde minimiert und Zeit wurde quasi als sinnlos abgesessen. „Tritt das erwartete Ergebnis nicht ein, so hat mein Verhalten seinen Sinn verfehlt. Ich habe vergeblich gewartet. Man wartet nicht um des Wartens willen. Warten ist niemals Selbstzweck“<sup>261</sup>, so der Rechtsphilosoph Gerhard Husserl, Sohn von Edmund Husserl, Begründer der Phänomenologie, welcher ebenfalls von einer Sinnesverfehlung schreibt.

Die empirische Analyse des Wartens durch eine teilnehmende Beobachtung anhand des Beispiels eines Warteraums einer Arztpraxis zeigt interessante Merkmale auf. Der erst durch die Patient/innen zum Leben erweckte Warteraum offenbart zwar nicht unbedingt neue, aber interessante Handlungsstrategien des Wartens. Sitzplatzwahl, Körperhaltung, Blickkontakte und Wortwechsel deuten darauf hin, dass Patient/innen bewusst Distanz zu den Anwesenden suchen und anonym warten wollen. Nicht nur den Patient/innen ist bewusst, dass eine gewisse Zeit im Warteraum verbracht werden muss, sondern auch den

---

<sup>261</sup> Husserl 1969, 207.

Eigentümern/innen der Ordination. Somit herrscht bei beiden Gruppen ein Bewusstsein über die Wartezeit. Ebenso sind beide Gruppen darum bemüht, die Wartezeit so schön oder besser gesagt, so gut wie möglich überbrücken beziehungsweise gestalten zu können, was zum Beispiel durch das Mitbringen eines Buches eines/r Patient/in oder der Anschaffung eines Saftautomaten der Besitzer verdeutlicht wird. Individuell getätigte Aussagen veranschaulichen die Überforderung mit der Wartesituation der Subjekte. Die Angst, vergessen worden zu sein, die Furcht um den Verlust der eigenen, als wertvoll gedeuteten Zeit und das individuelle Scheitern prägen die Gedankengänge der Patient/innen im Warteraum. Wird allerdings davon ausgegangen, dass das Warten zu Ende ist, sobald der eigene Name von dem/der Ordinationsgehilfen/in aufgerufen wurde, so ist dies ein Trugschluss, denn das Warten geht weiter, doch mehr dazu im folgenden Kapitel, dem Behandlungszimmer.

## Das Behandlungszimmer

*Ich folge dem mit einer weißen Hose und einem blauen Polo-Shirt bekleideten Mann in Richtung Behandlungszimmer. Auf dem Weg wird mir bewusst, dass es nicht nur ein Behandlungszimmer gibt. Insgesamt drei Türen auf dem Gang sind mit einer Nummer versehen. Schlussendlich lande ich im Zimmer Nummer drei. Der Ordinationsgehilfe fragt mich, wo ich die Schmerzen habe und bittet mich, den Oberkörper in der Zwischenzeit schon frei zu machen. Er betont auch, dass der Arzt gleich kommen wird. Nun gut, ich ziehe mein T-Shirt aus und setze mich auf den Sessel neben dem Glastisch, auf den sich ein Computer befindet. Ich blicke durch den Raum und erkenne auf einem kleinen Tisch, neben der Behandlungsliege, kleine Boxen, die mit Pflastern, Nadeln, Tupfern gefüllt sind. Daneben liegen diverse Medikamente und eine Vielzahl an Spritzen. Beim Anblick der Spritzen fröstelt es mich, hoffentlich bekomme ich keine. Gleich ist mittlerweile vorbei, wo ist der Arzt? Nach einer gefühlten Ewigkeit höre ich durch die Türe eine Stimme. Es scheint so, als ist er gerade im vorhergehenden Behandlungszimmer. Bald bin ich also an der Reihe. Ich sitze und warte und warte. Immer wieder höre ich einen Wortwechsel zwischen zwei Personen - vermutlich Arzt und Patientin. Der Arzt nimmt sich wirklich Zeit, denn mittlerweile sitze ich schon fast eine Viertelstunde im Behandlungszimmer, ohne dass ich behandelt wurde und das Inventar kann ich mittlerweile auch schon fast auswendig. Was wird der Arzt mit mir machen? Muss ich zum Röntgen gehen? Fragen über Fragen schwirren in meinem Kopf. Und gerade als ich mit meinem Blick einmal wieder bei den Spritzen hängen bleibe, öffnet sich die Türe und ein ganz in weiß gekleideter Mann tritt herein und streckt mir seine Hand entgegen. „Grüß Gott, was kann ich für Sie tun?“*

## **4. Und das Warten geht weiter**

Im Kapitel Schalterbereich wurde bereits angedeutet, dass Warten mit Macht einher geht. Demonstrierten dort noch die Ordinationsgehilfen/innen ihre Macht gegenüber den Patient/innen durch die Entscheidung, wer als nächste/r an der Reihe ist, so kommt die Macht des/der Arztes/Ärztin im Behandlungszimmer am deutlichsten zum Vorschein. Aus der „Wartephase“<sup>262</sup> gerissen, aufgerufen, sich im Behandlungszimmer befindend und mit dem Vorsatz, dass das Warten nun zu Ende ist, tritt die Erkenntnis ein, dass weiterhin auf den/die Mediziner/in gewartet werden muss. Da aus reinem Selbstzweck gewartet wird, muss dieser Fakt akzeptiert werden, schließlich ist der/die Arzt/Ärztin eine der wenigen Personen, die in diesem Falle helfen können.

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Machtdemonstration des/der Ordinationsgehilfen/in und des/der Arztes/Ärztin in der von mir untersuchten Ordination. Einleitende Worte zu „Warten und Macht“ sollen das Potential dieser Thematik verdeutlichen. Anschließend wird anhand der Analyse dreier Zeit-Weg-Diagramme, Statements und Beobachtungen aufgezeigt, wie die ärztliche Macht im Untersuchungsfeld zum Vorschein kommt.

### **4.1. Warten und Macht**

Warten hat oft mit Macht zu tun, denn häufig entscheiden nicht wir über das Warten, sondern jemand anderes. Für den Zeitforscher, Karlheinz Geißler ist diese Form des Wartens die „Ärgerlichste“<sup>263</sup>, denn hierbei wird über die eigene Zeit einer anderen Person bestimmt. Dies zeigt das Potential der Machtdemonstration beziehungsweise „der Manifestation mehr oder weniger feiner Unterschiede – im Soziologenjargon: der Produktion und der Reproduktion sozialer Ungleichheit“<sup>264</sup> auf, welcher sich hinter dieser Thematik verbirgt. Lässt jemand auf sich warten, so zeigt er/sie seine/ihre soziale Vorrangstellung auf und dieser Habitus hat eine lange Geschichte. Schon Könige und Kaiser entschieden darüber,

---

<sup>262</sup> Geiger Ehrengard: Das Wartezimmer des Zahnarztes in der Sicht des Patienten. Inaugural-Dissertation (Zahnmedizin), Tübingen 1964, 3.

<sup>263</sup> Geißler 2012 (wie Anm. 119), 4.

<sup>264</sup> Ebd., 4.



wen sie wann zu sich kommen ließen.<sup>265</sup> Der deutsche Soziologe Rainer Paris schreibt vom „seine Zeit aufprägen“<sup>266</sup> und auch Geißler<sup>267</sup> spricht vom „vermeintlichen Privileg von Mächtigen und Vorgesetzten“<sup>268</sup>. Beide Zitate heben den sozialen Status hervor, welcher anhand des Wartenlassens deutlich wird. Der/die Ordinationsgehilfe/in nimmt sich das Privileg der Machtausübung heraus, beziehungsweise ist es ihm/ihr von seinem/ihrer Arbeitgeber/in verliehen worden. Er/Sie darf nun über das Warten der Patient/innen bestimmen. Der Arzt/die Ärztin selbst ist in Bezug auf das Warten in seiner Praxis ein/eine „Außenstehender“<sup>269</sup>.

Durch Gespräche mit Kolleginnen kann aufgezeigt werden, dass nur in den wenigsten Fällen ein Bewusstsein über die Machtausübung vorherrschend ist. Patient/innen bewusst warten zu lassen, ist „echt anstrengend das man das über hat. Am liebsten würd ich sie ja alle gleichzeitig ins Behandlungszimmer setzen. Aber ja, warten gehört halt mal dazu, mehr kann ich da auch nicht machen.“<sup>270</sup> Der/die Ordinationsgehilfe/in ist sich bewusst, dass er/sie dafür zuständig ist, Personen zum Warten zu verpflichten und sie später davon wieder zu erlösen. Ebenso zeigt das vorhergehende Zitat eine Selbstverständlichkeit für das ärztliche Warten auf. Möglicher Erklärungsansatz für diese Selbstverständlichkeit ist, dass er/sie tagtäglich mit Wartesituationen konfrontiert ist und für ihn/sie als Angestellten/e das Warten ein Teil seines/ihrer Jobs ist. In einigen Fällen, wenn aber Patient/innen ausfällig geworden sind, oder aufgrund ihres „Stammpatient/innenstatus“<sup>271</sup> die Annahme vertreten, sie müssen auch ohne Termin nicht warten, so kann es vorkommen, dass mit dem Gedanken gespielt wird, diese Person bewusst länger warten zu lassen. Hier zeigt sich, dass der/die Angestellte persönlich angegriffen wurde, und deswegen mit dem Gedanken spielt, seine/ihre Macht auszuspielen. Und in einigen, aber wenigen Fällen wird nicht nur mit dem Gedanken gespielt, er wird auch ausgeführt, als Strafe gegen die verletzenden Worte, die unmögliche Umgangsform, et cetera. Abschließend möchte ich nochmals festhalten, dass

---

<sup>265</sup> Vgl. Paris 2001, 710f.

<sup>266</sup> Ebd., 711.

<sup>267</sup> Karlheinz Geißler, ein emeritierter Wirtschaftspädagogikprofessor der sich intensiver mit der Zeitthematik beschäftigte, widmet in seinem Werk „Lob der Pause“ ein Unterkapitel dem Warten und geht hier, gegensätzlich zu anderen Autoren, vermehrt auf die Positivität des Wartens ein.

<sup>268</sup> Geißler 2012 (wie Anm. 1), 72.

<sup>269</sup> Geiger 1964, 3.

<sup>270</sup> Zitat Arbeitskollegin X. vom 15.04.2014.

<sup>271</sup> Unter Stammpatient/innen können jene Patient/innen gezählt werden, die schon seit Jahren die Ordination aufsuchen und zu denen aufgrund ihrer häufigen Präsenz, schon eine emotionale Bindung aufgebaut wurde.

sich die Machtposition hier auf eine emotionale, individuelle Ebene verlagert und nicht mehr rational gedacht werden kann.

#### **4.2. Die Macht des/der Arztes/Ärztin**

Die vorhergehenden Ausführungen beschäftigten sich zum größten Teil mit der Machtausübung der Ordinationsgehilfen gegenüber den Patient/innen im Warteraum. Im Behandlungszimmer übernimmt diese Stellung aber der/die Arzt/Ärztin. Wie bereits erwähnt, kann Warten mit dem sozialen Status einher gehen. Ärzte sind gegenüber den Patient/innen höher gestellt, denn sie können sie von ihren Schmerzen befreien. „Je höher der Status in der Hierarchie, umso größer die institutionelle Unzugänglichkeit und damit die Möglichkeit, andere auf sich warten zu lassen.“<sup>272</sup> Dieses Zitat macht deutlich, dass sich auch in dieser Hinsicht im Wandel der Zeit nichts geändert hat. So gehe ich davon aus, dass Ärzt/innen in der heutigen Zeit zwar immer noch als „Götter/innen in Weiß“ angesehen werden, auf die gewartet wird, auch wenn ihr Image, durch Medienberichte und dergleichen, im Vergleich zu früher abgeflaut ist. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist sicherlich auch, dass durch gewisse Plattformen wie zum Beispiel *netdoktor.at* es dem Laien möglich wird, eine medizinische Selbstdiagnose durchführen zu können. Eine erste Hilfestellung wird durch die genaue Erklärung ermöglicht, jedoch auch oft das Gegenteil damit bewirkt. Nur allzu oft wird nicht bedacht, dass die gleichen Symptome für mehrere Krankheiten vorhanden sind und es nicht immer sofort ein bösartiger Tumor oder ähnliches ist. Um seinen Befürchtungen entgegenwirken zu können beziehungsweise um Klarheit zu bekommen, wird trotz Selbstanamnese ein/e medizinische/r Fachmann/frau aufgesucht. Der/die Patient/in ist auch trotz der Möglichkeit der Selbstdiagnostik abhängig vom/von der Arzt/Ärztin, ebenso wie dessen/ihre Angestellten, denn durch sie kann er/sie schlussendlich von seinen/ihren Schmerzen befreit werden.

Ist die von schmerzen klagende Person endlich im Behandlungszimmer gelandet, beginnt das Warten wieder von vorne. Von dem/der Ordinationsgehilfen/in meist viel zu früh ins Zimmer gebracht, kommt das Gefühl zum Vorschein, dass es nicht mehr lange dauern kann. Doch die Realität sieht anders aus. In der untersuchten Praxis gibt es drei Behandlungszimmer für die ein/eine Arzt/Ärztin zuständig ist. Somit verwundert es nicht, dass es zu einer Wartezeit

---

<sup>272</sup> Paris 2001, 711.

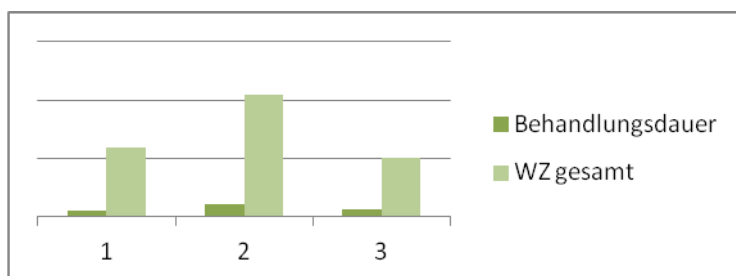
kommt, wenn zum Beispiel die aufgerufene Person in Behandlungszimmer drei gebracht wird, und der/die Arzt/Ärztin sich noch auf Zimmer eins befindet. Aber warum ruft der/die Angestellte den/die Patient/in schon so früh auf? Erklärt kann dieses Vorgehen damit werden, dass es zu keinem Stillstand in der Ordination kommen soll. Diese Handlung offenbart eine Ambivalenz. Einerseits soll der Anschein erweckt werden, dass alle in der Praxis, und vor allem der/die Mediziner/in, in Bewegung sind und andererseits kommt es hinter der geschlossenen Behandlungszimmertüre wieder zum Stillstand. Im Zimmer gelandet ist das Subjekt wieder auf sich alleine gestellt, niemand der restlichen Anwesenden im Wartezimmer bekommt mit, dass es wieder warten muss. Diese Wartezeit ist demzufolge nicht auf die Machtdemonstration des/der Mediziners/in, sondern auf die architektonischen Gegebenheiten zurückzuführen. Anhand dreier durchgeführter Zeit-Weg-Protokolle soll nun aufgezeigt werden, inwiefern sich die Wartezeit im Warteraum (kurz WZ im WR) und die Wartezeit im Behandlungszimmer (WZ im BZ) in Relation setzen können. Drei Termin-Patient/innen, jeweils als Fall 1, 2 oder 3 betitelt, wurden an einem spezifischen Untersuchungstag in Bezug auf ihre Wartezeit beobachtet. Es wurde der Zeitpunkt der Anmeldung, der Aufruf des Namens durch eine/n Angestellte/n, das Erscheinen des/der Arzt/Ärztin im Behandlungszimmer und das Ende der Behandlung aufgezeichnet, was die unterhalb angeführte Tabelle verdeutlicht.

	An-meldung	Aufruf	Erscheinen Arzt/Ärztin	Behandlung Ende	WZ im WR	WZ im BZ	Behandlungs-dauer	WZ gesamt
Fall 1	08:14 Uhr	08:29 Uhr	08:48 Uhr	08:51 Uhr	00:15	00:19	00:03	00:34
Fall 2	14:08 Uhr	14:54 Uhr	15:08 Uhr	15:14 Uhr	00:46	00:14	00:06	01:00
Fall 3	09:03 Uhr	09:07 Uhr	09:32 Uhr	09:36 Uhr	00:04	00:25	00:04	00:29

**Abbildung 3: Zeit-Weg-Protokoll (eigene Darstellung)**

In zwei der drei Fälle zeigt sich, dass die Wartezeit im Warteraum von kürzerer Dauer war, als im Behandlungszimmer. Die Bezeichnung „Behandlungszimmer“ deutet darauf hin, dass der/die Arzt/Ärztin sich den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Person widmet und diese bestmöglich behandelt, nicht aber, dass dies ein Ort zum Verweilen ist. Besonders bei Termin-Patient/innen bildet sich eine kürzere Wartezeit im Warteraum ab. Erklärt kann dieser Fakt dadurch werden, dass der Termin den Patient/innen Auskunft gibt, wann sie in

der Ordination sein sollen und ebenso ist eine ungefähre Abschätzung des Drankommens möglich. Daraus kann gefolgert werden, dass sobald ein Termin vorhanden ist, es in kürzerer Zeit ermöglicht wird, für sich alleine, in Distanz zu den anderen Patient/innen warten zu können – und wie bereits aufgezeigt wurde, müsste dies sehr wohl im Interesse der Patient/innen sein. In nur einem Fall war die Wartezeit im Behandlungszimmer deutlich kürzer als die Zeit im Warteraum. Der/die Arzt/Ärztin hat sich verspätet, viele Akut-Patient/innen waren anwesend, es gab ein technisches Problem bei der Anmeldung, et cetera – mögliche Erklärungsansätze, welche auf die längere Wartezeit im Wartezimmer hindeuten und das Einhalten des Termins nicht ermöglichten. An dieser Stelle muss noch einmal betont werden, dass diese Untersuchung eine Fallstudie ist und die angeführten Beispiele nicht allgemein gültig sind. Aus meiner Erfahrung als Ordinationsgehilfin kann ich deshalb sagen, dass es, vor allem bei Akut-Patient/innen, nicht der Normalfall ist, dass im Behandlungszimmer länger gewartet wird, als im Warteraum. Zurückzuführen ist dies auf das Nicht-Vorhandensein des Termins. Akut-Patient/innen können erst dann drankommen, wenn es eine Lücke im Zeitplan der Ärzte gibt. Erscheint jemand nicht zu seinem Termin, oder ist kein/e Termin-Patient/in anwesend, so ist der/die Akut-Patient/in an der Reihe. Diese Tatsache erklärt, warum es in manchen Fällen zu einer Wartezeit von vier bis fünf Stunden kommen kann. Der Vergleich der Wartezeit von Wartezimmer und Behandlungszimmer gibt keinen Aufschluss auf die Machtpositionierung des/der Mediziner/in. Deshalb darf die Relation von Wartezeit und Behandlungsdauer nicht außen vor gelassen werden.



**Abbildung 4: Relation Wartezeit und Behandlungsdauer (eigene Darstellung)**

Wie die angeführte Grafik verdeutlicht, gibt es gravierende Differenzen zwischen passiver und aktiver Zeit. Passiv soll in diesem Sinne als Wartezeit, als Zeit des Absitzens verstanden werden, aktiv als handelnde Zeit. Durch die entstehende Interaktion, sind sowohl Patient/in als auch Arzt/Ärztin während der Behandlung aktiv. Wird nochmals das Zeit-Weg-Protokoll

betrachtet, lässt sich feststellen, dass bei Fall eins die Behandlungsdauer drei Minuten, die totale Wartezeit jedoch 34 Minuten betrug, noch gravierender ist der Unterschied bei Fall zwei. Hier betrug die Wartezeit genau 60 Minuten, die Behandlungszeit nur sechs Minuten. Fall Nummer drei weist die geringste Differenz von einer Wartezeit mit 29 Minuten und einer Behandlungsdauer von vier Minuten auf. In allen drei Fällen ist demzufolge die Behandlungsdauer um ein wesentliches kürzer, als die totale Wartezeit und dies ist dem/der Arzt/Ärztin nicht unbekannt. Dadurch, dass jede/r Patient/in mit seiner/ihrer Anmeldezeit am PC, auf der virtuellen Warteliste erscheint, kann der/die Mediziner/in daraus folgern, wie lange die Person schon auf die Behandlung wartet.

Der Wunsch jedes/r Patienten/in ist es, dass sich der/die medizinische Fachmann/-frau genügend Zeit für die Behandlung nimmt. Die Medizinsoziologen Jutta Begenau, Cornelius Schubert und Werner Vogd beschäftigten sich in ihrem Werk *Die Arzt-Patient-Beziehung* mit den gegenseitigen Wünschen und Erwartungen von Ärzt/innen und Patient/innen. Sie konnten feststellen, dass einer der essentiellsten Wünsche der Patient/innen ist, dass der/die Mediziner/in sich auch trotz limitierter Zeit, ausreichend um sie kümmert. Sie sprechen auch davon, dass aufgrund des steigenden organisatorischen Aufwandes und der „beschleunigten ‚Drei-Minuten-Medizin‘“<sup>273</sup> es dem/der Mediziner/in kaum mehr möglich ist, sich ausreichend mit dem/der Patient/in beschäftigen zu können.<sup>274</sup> Dieser Wunsch ist auch vorhanden, wenn das Wartezimmer übertoll ist. Eine Studie über die Wartezeiten in Schweizer Hausarztpraxen aus dem Jahr 2001 zeigt auf, dass ein volles Wartezimmer Ärzte unter Druck setzt. Je mehr Patient/innen anwesend sind, desto schneller und effizienter muss beziehungsweise soll die Arbeit erledigt werden. Demzufolge können deshalb volle Wartezimmer nicht als Machtdemonstration gedeutet werden<sup>275</sup>, meiner Meinung nach sind sie das aber in einem gewissen Ausmaße doch. Da das Bewusstsein über die Anwesenheit der Patient/innen und auch deren individuelle Wartezeit vorhanden ist, gönnen sich Ärzte Pausen und Auszeiten während ihrer Ordinationszeit. Auch wenn sie unter Druck stehen, essen oder trinken sie etwas, checken ihre Mails oder gehen Telefonaten, auch privater

---

<sup>273</sup> Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius u. Vogd, Werner: Einleitung. Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht. In: Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius u. Vogd, Werner: Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart 2010, 8.

<sup>274</sup> Vgl. Ebd., 7f.

<sup>275</sup> Vgl. Künzi, Beate u. Oswald, Walter: Wartezeiten in der hausärztlichen Praxis. Antworten aus Quali-Doc-Evaluationen. In: PrimaryCare, 2001 (1), 736. Online unter: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/defr/2001/2001-24/2001-24-264.PDF> (Stand: 29.06.2014).

Natur nach. Sie lassen die wartenden Personen demzufolge bewusst warten, da sie zuvor noch etwas für sie wichtiger Erscheinendes, erledigen müssen. Am deutlichsten äußert sich aber die Machtpositionierung des/der Arztes/Ärztin, wenn er/sie bewusst ein Behandlungszimmer auslässt. Gerechtfertigt werden fragende Blicke der Mitarbeiter/innen mit Aussagen wie zum Beispiel „Der Patient auf Zimmer eins kann ruhig noch warten!“. In Frage gestellt wird dies auch von niemanden, sind die Ärzt/innen schließlich in der Ordinationshierarchie auch allen anderen Angestellten übergeordnet. Was sie verlangen beziehungsweise tun, wird auch gemacht. Noch deutlicher kommt dies zum Vorschein, wenn jemand, in den meisten Fällen Bekannte und Verwandte, sofort virtuell in ein freies Behandlungszimmer gesetzt werden. Nicht selten läutet am Schalter das Telefon und die Gegenstimme sagt „Bitte setzen Sie mir gleich Patientin X ins Zimmer zwei!“. Der/die Ordinationsgehilfin führt den gewünschten Auftrag aus und ohne Termin und von nur minimaler Wartezeit geht es für die bestimmte Person direkt zur Untersuchung, ohne sich wesentlich im Ordinationsbetrieb zu integrieren. Auch wenn den Ärzt/innen bewusst ist, dass Patient/innen schon länger im Behandlungszimmer sitzen, sollen sie weiterhin auf den/die Mediziner/in warten, auch wenn in diesem Moment sich eigentlich die Behandlungszimmertüre bei Ihnen öffnen sollte. Der/die Arzt/Ärztin entscheidet in diesem Fall selbst darüber, wer als Nächste/r an der Reihe ist und spielt bewusst seine Macht gegenüber den wartenden Patient/innen aus. Auch Andrea Köhler, Redakteurin der Neuen Zürcher Zeitung, beschäftigt sich in ihrem 2011 erschienenen Werk *Die Geschenkte Zeit. Über das Warten* mit dem Alltagsphänomen des Wartens und räumt ebenso dem Potential der Macht einen Platz in ihren Ausführung ein. Sie schreibt: „Wer uns warten läßt [sic!], zelebriert seine Macht über unsere Lebenszeit, und daß wir nie wissen können, ob er uns nicht aus genau diesem Grund zappeln läßt, gibt dieser Macht die bedrohliche Qualität.“<sup>276</sup> Dieses Zelebrieren der Macht könnte nicht besser auf die Ordination transformiert werden. Durch das Bewusstsein, dass Patient/innen bereits schon im Behandlungszimmer sitzen und jeden Moment von der Wartesituation erlöst werden könnten, behandelt der/die Medizinerin lieber noch eine/n Bekannte/n oder Verwandte/n oder holt sich zum Beispiel lieber noch einen Kaffee. Da Warten, wie bereits erwähnt, aus einem reinen Selbstzweck entsteht und das Subjekt von seinen Schmerzen befreit werden möchte, muss ein/e Arzt/Ärztin aufgesucht werden, denn nur sie können ihren Wunsch erfüllen. Dieser Fakt ist

---

<sup>276</sup> Köhler 2011, 35.

den medizinischen Fachmännern/-frauen nicht unbekannt, sie sind die Fachärzte und haben das medizinische Wissen über die Erstellung der Diagnose und der Behandlungsmöglichkeit. Es kann deshalb gesagt werden, dass die Ärzt/innen den Patient/innen übergeordnet sind und da nur sie das Verlangen der Patient/innen stillen können, wird die Wartezeit und das Zelebrieren beziehungsweise das Spielen mit der eigenen, individuellen Zeit toleriert und akzeptiert.

## Der Ausgang

*Der Arzt fragt mich nach meinem Grund des Besuches und ich erläutere ihm mein Anliegen und meine Beschwerden. Nachdem abgeklärt wurde, ob ich diese Beschwerden zum ersten Mal habe und ob ich auf irgendwelche Medikamente allergisch reagiere, bittet er mich auf der Untersuchungsfläche Platz zu nehmen. [...] Die Behandlung ist fertig und der Arzt verabschiedet sich von mir. Ich ziehe mich wieder an und verlasse das Behandlungszimmer. Gleichzeitig merke ich, wie meine Nackenbeschwerden schon etwas besser sind. Zwar ist mir noch etwas schwindlig von der Spritze, aber das wird schon wieder – ich denke jetzt einfach positiv. Wieder einmal kreisen die verschiedensten Fragen durch meinen Kopf. Was wurde jetzt eigentlich gemacht? Bringt diese angewandte Behandlungsmethode wirklich etwas? Wo ist die nächste Apotheke? In meinen Gedanken versunken, bin ich mittlerweile wieder im Warteraum und frage gleich am Schalter nach, ob ich noch etwas bekomme beziehungsweise soll ich laut Arzt in zwei Wochen wieder zur Kontrolle kommen. Die Ordinationsgehilfin fragt mich nochmals nach meinem Namen und schaut vertieft in den PC. Vermutlich sucht sie meine Kartei. Nach kurzer Zeit bittet sie mir diverse freie Termine an und ich entscheide mich für den Freitagnachmittag-Termin in zwei Wochen. Sie notiert den Termin auf einem Kärtchen, drückt es mir in die Hand und wünscht mir gleichzeitig einen schönen Tag. Ich bedanke mich, drehe mich um und verlasse die Ordination. Mein Arztbesuch ist zu Ende und im Nachhinein war ja alles nicht so schlimm.*



## 5. Fazit

Für den/die Patient/in ist der Arztbesuch nach der Behandlung beendet, jedoch nicht für den/die Wissenschaftler/in. Zu viele Beobachtungen und Erkenntnisse müssen noch verarbeitet und reflektiert werden. Als ständiger Begleiter im alltäglichen Leben ist das Warten nur schwer zu messen und auch zu beschreiben. Durch den Rückblick auf eine intensive Forschungswoche ist es nun möglich, auf das komplexe Alltagsphänomen des Wartens einzugehen und unter Berücksichtigung der zentralen Fragestellungen, es greifbarer zu machen.

Diese Arbeit wurde mit Ausführungen zum Begriff der Theatralität eingeleitet. Die Erläuterungen zu Erika Fischer-Lichtes Verständnis von Theatralität und Erving Goffmans alltäglichem Theater zeigen auf, dass diese sich als Handlungskonzept für eine Arztpraxis anwenden lassen. Ärzte und auch Ordinationsgehilf/innen nehmen während ihres Arbeitstages diverse Rollen an und wechseln sie. Auch zeigen die empirischen Ergebnisse auf, dass in der Ordination ein alltägliches Schauspiel mit Akteur/innen und einem Publikum stattfindet, welche in Interaktion treten.

Dem größten Teil der Arbeit wurde den beiden Komponenten Zeit und Warten gewidmet, welche nur in Verbindung miteinander verstanden werden können. Wenn wir warten, vergeht Zeit und ebenso ist das Warten von einem Anfang und einem Ende gekennzeichnet. Dieser entstandene Zwischenraum ist gefüllt von Zeit und diese Zeit rückt in den Fokus des Individuums. „Die Zeit wird den Wartenden [...] deutlich präsent, sie befinden sich in einer Form des ‚Noch-Nicht‘.“<sup>277</sup> Noch nicht bei der Behandlung, aber noch im Warteraum. Demzufolge kann das Warten auch als Schwellenzustand im Sinne von Victor Turner verstanden werden. Der Ethnologe Turner entwickelte das Schema der Übergangsriten von Arnold van Gennep weiter<sup>278</sup> und legt in seinen Untersuchungen ein verstärktes Augenmerk auf das „Nicht-mehr-und-noch-nicht“<sup>279</sup>, wie der Kulturanthropologe Heinz Schilling schreibt.

---

<sup>277</sup> Heiden 2003, 11.

<sup>278</sup> Vgl. Stollberg-Rilinger, Barbara: *Rituale* (= Historische Einführungen, Bd. 16). Frankfurt am Main 2013, 23f.

<sup>279</sup> Schilling 2002, 11.

Und diese Orientierungsphase auf etwas Kommendes<sup>280</sup>, kann demzufolge als Warten definiert werden. Dieses Erkenntnis wurde mir erst im Zuge der Reflexion der Forschungsergebnisse bewusst, soll nun aber nicht näher erläutert werden. Viel mehr liefert sie einen möglichen Ansatz, um die vorliegende Arbeit noch vertiefen zu können. Durch den/die Ordinationsgehilfen/in wird das von Schmerzen klagende Subjekt zum Warten gezwungen. Der/die Patient/in ist vom/von der Mediziner/in und seinen/ihren Angestellten abhängig, denn durch sie kann er/sie von seinen Schmerzen befreit werden. Beiden Seiten, sowohl den Ärzten als auch den Ordinationsgehilf/innen ist ihr Machtpotential bewusst. Die Analyse der drei Zeit-Weg-Protokolle verdeutlichte, dass die Relation von Warte- und Behandlungszeit gravierende Differenzen aufweist und Ärzte ihren Patient/innen deutlich weniger Zeit zuwenden, als diese auf sie warten. Durch die teilnehmende Beobachtung konnte festgestellt werden, dass Ärzte durch Handlungen und Aussagen ihre Macht gegenüber Angestellten und Patient/innen ausspielen. Dieses Machtpotential der Mediziner/innen wird jedoch von den wartenden Personen als auch von den Ordinationsgehilf/innen toleriert, da die Meinung vertreten wird, dass sie ihnen untergeordnet und von ihnen abhängig sind. Einerseits benötigen sie eine Behandlung und andererseits sind sie die Vorgesetzten der Angestellten.

Auch wenn von den Besitzer/innen der Praxis diverse Hilfsmittel wie Zeitschriften und Fernseher zur Verfügung gestellt werden, wird die „gewonnene“ Zeit differenziert individuell genutzt. Bereiten sich andere schon bewusst auf das Warten vor, sind andere wieder fast schon mit der Situation überfordert. Auch Rainer Paris macht deutlich, dass Warten eine sehr individuelle Erfahrung ist, die von Mensch zu Mensch variiert. Ist die Person sowieso schon ein nervöser, ungeduldiger Mensch, so erscheint das Warten als eine unüberwindbare Strecke, gegensätzlich zu jemand anders.<sup>281</sup>

Durch die teilnehmende Beobachtung im Warteraum konnten einige interessante Auffälligkeiten gesammelt werden. Der Warteraum, ein Ort, der zum Verweilen bis zu einem bevorstehenden Ereignis zur Verfügung gestellt wird, wird erst durch die in sich befindlichen Subjekte zum Leben erweckt. Die Sitzplatzwahl gibt Aufschluss darüber, dass jene Plätze bevorzugt werden, die Überblick, Ruhe und größtmögliche Distanz zu den anderen

---

<sup>280</sup> Vgl. Schilling 2002, 11.

<sup>281</sup> Vgl. Paris 2001, 713.

Anwesenden gewähren. Patient/innen zeigen durch mitgebrachte Utensilien ihre Sitzplatzgrenzen auf und wollen demzufolge nicht, dass ihnen jemand zu nahe rückt. Auch die Analyse der Blickkontakte verweist auf den Isolations-Wunsch der Patient/innen. Treffen sich einmal Blicke zweier Personen, sind diese von Leere, Desinteresse und von einem sofortigen Abwenden geprägt. Ebenfalls verdeutlichen die meist verschränkten Oberarme und die gesenkte Kopfhaltung den Distanzierungswunsch. Wird der Kopf jedoch gehoben, richtet sich der Blick meist sofort auf den Fernseher oder die Uhr. Diese „Blickmagneten“ liefern einen Anhaltspunkt, eine Möglichkeit seinen Blick an etwas festmachen zu können und geben gleichzeitig Auskunft über die Ordination beziehungsweise über das Fortschreiten der Zeit. Auch wenn das Individuum vielleicht im Warteraum unerkant bleiben konnte, ist es den Gesprächen der Anderen ausgeliefert und auch selbst sind die geführten Gespräche für die Anwesenden hörbar. Durch bestimmte Gesten werden erneut Distanz und Abschottung vermittelt. Nur selten werden in der Ordination Gespräche geführt, wenn dann nur bei gesteigerter anwesender Personenzahl, bei Bekannten und älteren Personen.

Wurde anfangs noch nach kollektiven Mustern und Praxen während des Warteprozesses gefragt, kann nun im Rückblick diese Frage mit einem deutlichen Ja beantwortet werden. Sitzplatzwahl, Blickkontakte, Körperhaltung und Wortwechsel geben Aufschluss darüber, dass der größte Wunsch der Patient/innen ist, alleine beziehungsweise distanziert zu den Anwesenden warten zu können. Dadurch, dass nicht nur im Warteraum, sondern auch auf Amtsfluren bei Rainer Paris und im Fahrstuhl bei Stefan Hirschauer ähnliche Auffälligkeiten entdeckt worden sind, kann daraus gefolgert werden, dass es kollektive Muster und Praxen des Wartens gibt. Ein weiterer Fakt ist, dass diese Auffälligkeiten individuelle Vorgehensweisen sind, um die Zeit zu überbrücken, jedoch markieren sie durch ihre Wiederholung eine kollektive Gültigkeit.

Ebenso wurde anfangs davon ausgegangen, dass es spezifische Unterschiede in Bezug auf Alter und Geschlecht geben muss, musste schon nach relativ kurzer Zeit eingestanden werden, dass diese nur im geringen Maß ausgeprägt sind. Diese Erkenntnis ließ daraus folgern, dass das Warten vielmehr von individuellen Erfahrungen und vom biografischen Hintergrund der wartenden Person geprägt ist, als von Alter und Geschlecht. Auch zeigt Marc Augé, ein französischer Anthropologe, in seinen Untersuchungen zum Metro-Fahren

auf, dass Wartesituationen „stets individuell, subjektiv erlebt“<sup>282</sup> werden. Ebenso zeigen die die fünf Szenarien aus der Ordination auf, dass beim Warten beim Arzt/bei der Ärztin die Subjekte individuell mit der Wartesituation umgehen und einmal weniger Herr/Frau über die eigene Zeit ist. Die daraus resultierenden Überforderungen führen zu Ausfälligkeiten und Unverständnis gegenüber den Angestellten sowie verweisen die Patient/innen vermehrt auch auf ihre Unverzichtbarkeit und die Dringlichkeit der eigenen Situation.

Bei Wartesituationen passiert nicht viel, deshalb wird neben der Zeit auch die Abhängigkeit von den Ordinationsgehilfen/innen präsenter denn je. Durch angewandten Ablenkungsstrategien, wie das Lesen von Büchern, das Benützen von Smartphones, das Blättern durch Zeitschriften, wird versucht, der Wartezeit entgegenzuwirken und gleichzeitig verdeutlicht es den bewussten Umgang mit dem Warten. Trotzdem muss eingestanden werden, dass niemand gerne wartet. Wenn wir ehrlich sind, wüssten wir immer etwas Besseres zu tun? Aber würden wir es dann auch wirklich machen? Darüber bin ich mir nicht sicher.

Wie im Kapitel drei aufgezeigt wurde, transformierte die Bedeutung des Begriffes Warten sich in der Historie ins Negative. Wurde früher noch der positive Aspekt des Wartens betont, so steht der Begriff heute für Zeitverlust oder eine schlechte Erfahrung. Das Warten ist von einem Anfang und Ende gekennzeichnet und oft wird vergessen, dass dieses Ende von einer Positivität geprägt ist. Nur wenige Autor/innen verweisen auf die Positivität des Wartens, ist doch – wie aufgezeigt wurde – die Vergeudung der Zeit durch aufgezwungene Wartezeiten in der heutigen Gesellschaft deutlich präsent. Jedoch sollte an dieser Stelle auch einmal von den positiven Seiten des Wartens gesprochen werden, kann doch durch das Warten auch ein Stück Zeit für sich gewonnen werden. „Näher aber – und das macht das Warten zu etwas wirklich Unverzichtbarem – kommt man nicht nur der Zeit dabei, sondern auch der Welt und vor allem sich selbst. Denn erst wenn er wartet, wird der Mensch zum Menschen“<sup>283</sup>, so der Zeitforscher Karlheinz Geißler. Neben Geißler spricht auch der Journalist Max Küng von den schönen Seiten des Wartens beziehungsweise davon, was uns entgeht, wenn wir der Wartezeit aus dem Weg gehen. So schreibt er: „Wer warten kann, der herrscht über seine

---

<sup>282</sup> Augé 1988, 44.

<sup>283</sup> Geißler 2012 (wie Anm.1), 81.

Zeit. Wer wartet, gewinnt.“<sup>284</sup> Durch bewusstes Warten wird einem ein neuer Blickwinkel geöffnet und dieser ermöglicht uns, dass wir „die Sensation des Alltags“<sup>285</sup> wahrnehmen können.<sup>286</sup> Nämlich die gewonnene Zeit. Niemand wartet gerne, auch ich nicht. Trotzdem vertrete ich gleich wie Karlheinz Geißler und Max Küng die Meinung, dass wenn man sich einmal auf diese Wartesituation einlässt und bewusst eine Auszeit vom hektischen Alltag nimmt, das Leben infolge bereichert wird. Und so möchte ich diese Arbeit mit den Worten von Karlheinz Geißler schließen. „Warten und Warten können bereichern das Leben, machen es bunter, vielfältiger, friedlicher, mit einem Wort: menschlicher.“<sup>287</sup>

---

<sup>284</sup> Küng 2014, 14.

<sup>285</sup> Ebd.

<sup>286</sup> Vgl. Ebd.

<sup>287</sup> Geißler 2012 (wie Anm. 1), 81.

## 6. Anhänge

### 6.1. Literaturverzeichnis

#### 6.1.1. Gedruckte Quellen

- Antoni-Komar, Irene: Körper als Orte ästhetischer Erfahrung. In: Antoni-Komar, Irene [Hrsg.]: *Moderne Körperlichkeit. Körper als Orte ästhetischer Erfahrung*. Bremen 2001, 10-15.
- Augé, Marc: *Ein Ethnologe in der Metro*. Frankfurt am Main u. New York 1988.
- Augé, Marc: *Nicht-Orte*. München 2012 (3. Aufl., Orig. 1994).
- Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius u. Vogd, Werner: Einleitung. Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht. In: Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius u. Vogd, Werner: *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart 2010, 7-33.
- Bellebaum, Alfred: Warten. Über Umgang mit Zeit. In: Bellebaum, Alfred u. Hettlage, Robert: *Unser Alltag ist voll von Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge*. Wiesbaden 2014, 231-258.
- Decker, Karl: Biologische Uhren. Zeit in biologischen Systemen. In: Baumgartner, Hans Michael [Hrsg.]: *Zeitbegriffe und Zeiterfahrung*. Freiburg u. München 1994, 45-74.
- Foucault, Michel: Andere Räume. In: Barck, Karlheinz u.a. [Hrsg.]: *Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik*. Leipzig 1991, 34 - 46.
- Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München 1973.
- Foucault, Michel: *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a.M. 1976.
- Fischer-Lichte, Erika: Theatralität als kulturelles Model. In: Fischer-Lichte, Erika u.a. [Hrsg.]: *Theatralität als Modell in den Kulturwissenschaften*. Tübingen und Basel 2004, 7-26.
- Geiger, Ehrengard: *Das Wartezimmer des Zahnarztes in der Sicht des Patienten. Inaugural-Dissertation (Zahnmedizin)*, Tübingen 1964.
- Geißler, Karlheinz: Last und Lust des Wartens. In: Deutsche Gesellschaft für Zeitpolitik [Hrsg.]: *Zeitpolitisches Magazin*, 9 (2012), Ausgabe 20, 4-5.
- Geißler, Karlheinz: *Lob der Pause. Von der Vielfalt der Zeiten und der Poesie des Augenblicks*. München 2012.

- Goffman, Erving: Das Individuum im öffentlichen Austausch. Frankfurt 1974.
- Goffman, Erving: Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München 1969.
- Grimm, Jacob u. Grimm, Wilhelm: Deutsches Wörterbuch. Band 27. W-Wegzwiesel. München 1984 (Nachdruck der Erstausgabe), 2125.
- Heiden von der, Gregor: Wer zu spät kommt, den bestraft der Wartende. Zur Funktion des Wartens in zwischenmenschlicher Verständigung. Aachen 2003.
- Heimerdinger, Timo: Der Seemann. Ein Berufsstand und seine kulturelle Inszenierung (1844-2003). Köln, Weimar u. Wien 2005.
- Heisitz, Iris u. Lutkat, Jette: Wunderland. In: Schilling, Heinz [Hrsg.]: Welche Farbe hat die Zeit. Recherchen zu einer Anthropologie des Wartens. Frankfurt am Main 2002, 160-198.
- Hirschauer, Stefan: Die Praxis der Fremdheit und die Minimierung von Anwesenheit. Eine Fahrstuhlfahrt. In: Soziale Welt, 50 (1999), 221-246.
- Husserl, Gerhart: Person, Sache, Verhalten. Zwei phänomenologische Studien. Frankfurt am Main 1969.
- Kaschuba, Wolfgang: Einführung in die Europäische Ethnologie. München 2012 (4. Aufl., Orig. 1999).
- Köhler, Andrea: Die geschenkte Zeit. Über das Warten. Frankfurt am Main u. Leipzig 2011.
- Küng, Max: Nur die Ruhe. In: Süddeutsches Magazin. Stil Leben, 01/2014, 12-16.
- Lenz, Hans: Kleine Geschichte der Zeit. Wiesbaden 2012.
- Levine, Robert: Eine Landkarte der Zeit. Wie Kulturen mit Zeit umgehen. München 1998.
- Metzner, Michael Stefan: Zeiterleben und Empfindungsqualität. Zeitpsychologische Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. Diplomarbeit (Psychologie), München 1999.
- Paris, Rainer: Warten auf Amtsfloren. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 2001 (53), Heft 4, 705-733.
- Pusic, Tomislav: Schalensitzwelten. Drei Warte-Orte in Frankfurt. In: Schilling, Heinz [Hrsg.]: Welche Farbe hat die Zeit? Recherchen zu einer Anthropologie des Wartens. Frankfurt am Main 2002, 351-360.
- Ratzkowski, Maxi: Die Dramaturgie des Wartens. Diplomarbeit (Theater-, Film- und Medienwissenschaft), Wien 2013.

- Rau, Susanne: Räume. Konzepte, Wahrnehmung, Nutzung (= Historische Einführungen, Bd. 14). Frankfurt am Main 2013.
- Roll, Kathrin; Stargardt, Tom u. Schreyögg, Jonas: Warten auf einen Arzttermin. In: Deutsche Gesellschaft für Zeitpolitik [Hrsg.]: Zeitpolitisches Magazin, 2012 (9), Ausgabe 20, 14-15.
- Rolshoven, Johanna: Von der Kulturraum- zur Raumkulturforschung. In: Zeitschrift für Volkskunde, 99 (2003), 189-213.
- Rolshoven, Johanna: Zwischen den Dingen: der Raum. Das dynamische Raumverständnis der empirischen Kulturwissenschaften. In: Schweizer Archiv für Volkskunde, 108 (2012), 156-169.
- Schilling, Heinz: Welche Farbe hat die Zeit? In: Schilling, Heinz [Hrsg.]: Welche Farbe hat die Zeit? Recherchen zu einer Anthropologie des Wartens. Frankfurt am Main 2002, 9-14.
- Schindler, Margit: Zum Geleit. In: Liesenfeld, Gertraud u.a. [Hrsg.]: nichts tun. vom flanieren, pausieren, blaumachen und müßiggehen. Begleitbuch und Katalog zur gleichnamigen Sonderausstellung (=Kataloge des Österreichischen Museums für Volkskunde, Bd. 75). Wien 2000, 12-15.
- Schivelbusch, Wolfgang: Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert. München, Wien u. Frankfurt am Main 1977.
- Schlögel, Karl: Im Raume lesen wir die Zeit. Über Zivilisationsgeschichte und Geopolitik. München 2003.
- Seifert, Manfred: Raum als Forschungskategorie. Zu Wegen und Zielsetzungen ethnografisch-kulturwissenschaftlicher Raumanalyse. In: Österreichische Zeitschrift für Volkskunde, LXIII/112 (2009), Heft 4, 469 – 480.
- Simmel, Georg: Schriften zur Soziologie. Eine Auswahl. Herausgegeben von Dahme, Heinz-Jürgen u. Rammstedt, Otthein. Frankfurt am Main 1995 (5. Auflage).
- Stollberg-Rilinger, Barbara: Rituale (= Historische Einführungen, Bd. 16). Frankfurt am Main 2013.
- Wittmann, Marc: Gefühlte Zeit. Kleine Psychologie des Zeitempfindens. München 2013.

### **6.1.2. Internetquellen**

- Annes, Susanne u. Bongaerts, Kerstin: Ausgebremst? Warum die Karriereleiter für Frauen oft zu kurz ist. Veröffentlichung für den Newsletter Unternehmenskultur/CSR vom 07.04.2008, 4f. Online unter: <http://www.2competence.de/resources/bertelsmann-stiftung.pdf> (Stand: 18.11.2014).



- Frauen und Männer am Arbeitsmarkt. Gesundheit und Medizin. online unter: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/gender.php?id=71>. (Stand: 25.06.2014).
- Künzi, Beate u. Oswald, Walter: Wartezeiten in der hausärztlichen Praxis. Antworten aus Quali-Doc-Evaluationen. In: PrimaryCare, 2001 (1), 736. Online unter: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/defr/2001/2001-24/2001-24-264.PDF> (Stand: 29.06.2014).
- Leidinger, Jürgen: Sommerurlaub. Den Mut zum Nichtstun finden. In: Die Presse, 01.07.2011. Online unter: <http://karrierenews.diepresse.com/home/karrieretrends/674289/Den-Mut-zum-Nichtstun-finden->. (Stand: 13.11.2014).
- Löffler, Klara: Nur Mut zum Nichtstun. Online unter: <http://www.rolanddreger.net/index.php?id=78> (Stand: 13.11.2014).
- Medizinische Assistenzberufe (MAB). Online unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/0/9/CH1338/CMS1355146400234/mab\\_119\\_amtsaerztliche\\_fortbildungsveranstaltung.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/0/9/CH1338/CMS1355146400234/mab_119_amtsaerztliche_fortbildungsveranstaltung.pdf) (Stand: 25.06.2014).
- o.V.: A bis Zypressenzweig. In: Der Spiegel, 20/1961. Online unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43161101.html> (Stand: 15.11.2014).
- o.V.: Warten. In: Duden. Deutsches Universallexikon. Online unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/warten> (Stand: 15.11.2014).
- Registerzählungen - Statistik Austria: Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/index.html) (Stand: 16.06.2014).
- Statistik Austria. Erwerbstätigkeit: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/index.html) (Stand: 25.06.2014).
- Statistik Austria: Personen mit Nutzung tragbarer Geräte für den mobilen Internetzugang außerhalb des Haushalts oder der Arbeit 2014. Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/022210.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/022210.html) (Stand: 12.11.2014).
- Weinelt, Hannes: Chronos und Kairos. Die zwei Gesichter der Zeit. In: Abenteuer Philosophie, 4/2005, 19. Online unter: [http://www.abenteuer-philosophie.com/artikel/102\\_artikel1\\_zeit.pdf](http://www.abenteuer-philosophie.com/artikel/102_artikel1_zeit.pdf) (Stand: 18.06.2014).

## **6.2.     *Abbildungsverzeichnis***

Abbildung 1: Skizze des Warteraums (eigene Darstellung) .....	47
Abbildung 2: Häufig gewählte Plätze im Warteraum (eigene Darstellung) .....	52
Abbildung 3: Zeit-Weg-Protokoll (eigene Darstellung) .....	75
Abbildung 4: Relation Wartezeit und Behandlungsdauer (eigene Darstellung) .....	76

### **6.3. Abstract**

Unser Alltag ist geprägt von Wartesituationen und somit verwundert es nicht, dass das Warten Einzug in die Alltagskulturforschung und somit auch in die Europäische Ethnologie gefunden hat. Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem alltagsweltlichen Phänomen des Wartens beim Arzt/bei einer Ärztin, seinen Eigenschaften und inwiefern Machtpositionierungen sich auf das Warten auswirken. Eingeleitet wird diese Arbeit durch das Konzept der Theatralität, welches als Handlungskonzept für eine Arztpraxis angewandt wird. Im Anschluss findet eine Auseinandersetzung mit der komplexen Begrifflichkeit der Zeit statt. Hauptteil bildet eine durchgeführte Fallstudie in einer Arztpraxis in 1010 Wien. Anhand einer teilnehmenden Beobachtung wird aufgezeigt, wie Patient/innen mit dem Warten umgehen und welche kollektiven Muster und Praxen des Wartens erforscht werden können. Ebenso wird das Verhältnis von Macht und Warten untersucht. Angefertigte Zeit-Weg-Protokolle geben Aufschluss darüber, ob und wie Ärzte/innen ihre Macht und ihren Status in ihrem beruflichen Alltag ausspielen. Unterstützt und belegt werden die Erkenntnisse durch diverse Studien, welche sich ebenfalls mit Warteräumen und -situationen beschäftigen.

## 6.4. *Curriculum Vitae*

### **Persönliche Daten**

---

Vor- und Nachname: Bettina Mair  
Geburtsdatum: 02.04.1988  
Geburtsort: Innsbruck

### **Schulbildung**

---

1994 – 1998 Volksschule Axams  
1998 – 2002 Musikhauptschule Axams  
2002 – 2007 Höhere Bundeslehranstalt für Wirtschaftliche Berufe  
(Ausbildungsschwerpunkt Medieninformatik)Innsbruck-West

### **Studium**

---

2007 – 2011 BA-Studium der Europäischen Ethnologie an der Universität Innsbruck  
2012 – 2015 MA-Studium der Europäischen Ethnologie an der Universität Wien

### **Berufstätigkeit**

---

seit 02/2012 Ordinationsgehilfin im Orthopädie Zentrum Innere Stadt, Wien