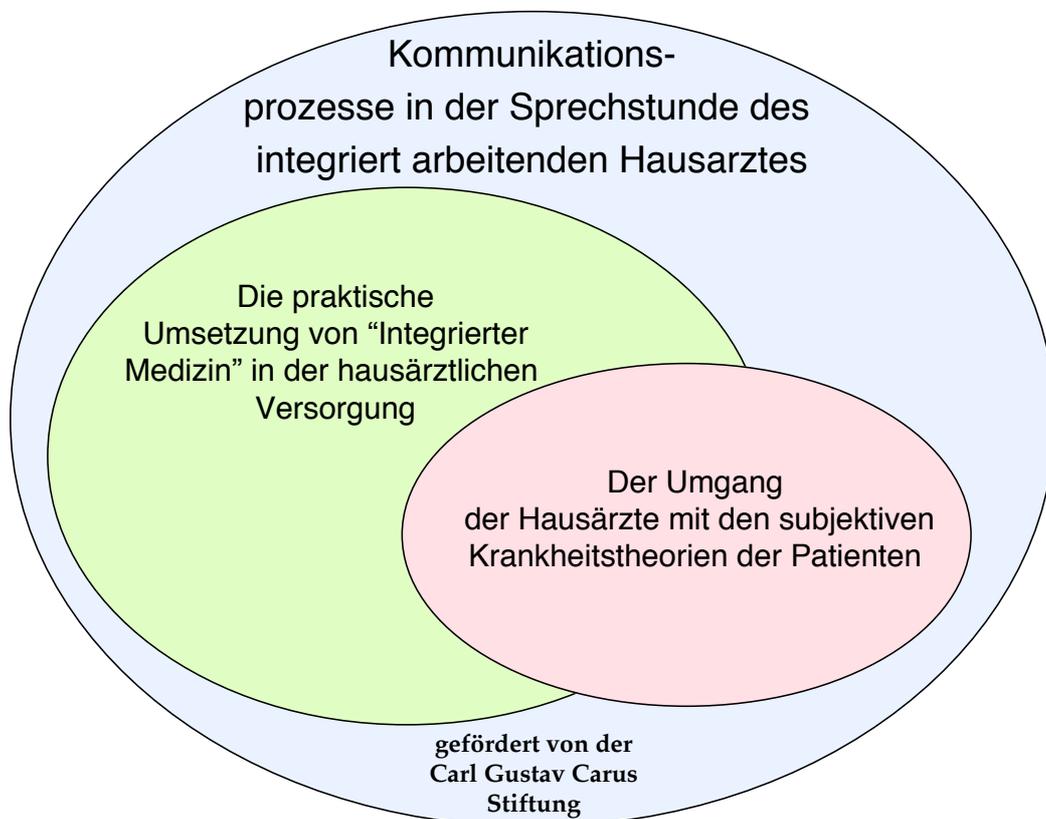


Abschlußbericht zum Projekt

Kommunikationsprozesse in der Sprechstunde des integriert arbeitenden Hausarztes



Dr. med. Sandra Dunkelberg

Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung am Fachbereich Medizin der Universität Hamburg

Vorwort

Für das Forschungsprojekt "Kommunikationsprozesse in der Sprechstunde des integriert arbeitenden Hausarztes" wird hiermit der Abschlußbericht vorgelegt. Der Berichtszeitraum ist Juni 1998 bis Oktober 2000.

Der Bericht beginnt mit der Darstellung von Problemhintergrund und Zielsetzung des Vorhabens (Kapitel 1) sowie einer Darstellung der methodischen Grundlagen und des methodischen Vorgehens (Kapitel 2). Daran schließt sich Kapitel 3 mit einer ausführlichen Darstellung der Projektorganisation an, in der die allgemeine Projektentwicklung und Konkretisierung sowie die Entwicklung der Erhebungsinstrumente behandelt werden. Vor der Darstellung der eigentlichen Ergebnisse werden in Kapitel 4 die aufgezeichneten Fälle näher beschrieben. Es wird auf die Auswirkungen der Untersuchungssituation auf die Patienten und die Ärzte eingegangen. Die folgenden beiden Kapitel stellen die Ergebnisse im engeren Sinne dar. Den zwei inhaltlichen Schwerpunkten entsprechend wird in Kapitel 5 zunächst der Themenkomplex subjektive Krankheitstheorien abgehandelt. Im Kapitel 6 wird dann die Frage des integrierten Arbeitens angerissen. Beide Kapitel enden jeweils mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. Kapitel 7 beinhaltet Diskussion und Ausblick. Für den eiligen Leser bzw. zur Orientierung wird zuletzt auf die Kurzbeschreibung in Kapitel 8 verwiesen.

Der sprachliche Umgang mit dem Vorhandensein von Mann und Frau bedarf einer kurzen Erläuterung. Die Entscheidung, bei zwei Ärztinnen und einem Arzt im Rahmen der Anonymisierung nur die männliche Form Arzt zu verwenden, ist mir nicht leicht gefallen, erschien mir aber die leserfreundlichste Alternative.

In diesem Projekt steckt nicht nur meine Arbeit. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei der Carl-Gustav-Carus Stiftung dafür bedanken, dass sie dieses Projekt finanziert und damit möglich gemacht hat. Mein Dank gilt außerdem Barbara Schleimer für Ihre zuverlässige Arbeit bei der Transkription, Isabel Wischmann für die Hilfe bei der Datenerhebung, Prof. Uwe Flick für die anregende methodische Supervision, sowie Antje Haag und den Mitarbeiterinnen des Arbeitsschwerpunktes Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung für ihre allgemeine Unterstützung. Prof. Rik van den Bussche danke ich vor allem dafür, dass er mich vertrauensvoll schalten und walten lässt, wie ich es für richtig halte. Für sorgfältiges und hilfreiches Korrekturlesen danke ich Rita Rodiger, Maike Frost und Johann-Christoph Quantz.

Vor allem aber möchte ich Ingeborg Müller, Beate Martius und Phillip Herzog dafür danken, dass sie sich haben beforschen lassen und ihre Zeit und Energie in dieses Projekt eingebracht haben.

Hamburg, im Oktober 2000

Dr. med. Sandra Dunkelberg

Vorwort	2
1 Einleitung.....	6
1.1 Medizinische Anthropologie.....	8
1.2 "illness" und "disease"	9
1.3 Laienkonzepte versus medizinische Konzepte	11
1.4 Begrifflichkeiten	13
1.5 Quellen und Funktionen von Krankheitskonzepten.....	15
1.6 Auswirkungen von Krankheitskonzepten.....	17
1.7 Umgang des Arztes mit Laienvorstellungen.....	19
1.8 Integrierte Medizin.....	23
1.9 Das Gespräch zwischen Arzt und Patient	26
1.10 Ziel der Studie und Fragestellungen	29
2 Methodische Grundlagen	31
2.1 Qualitative Forschung.....	31
2.2 Grounded Theory	33
2.3 Gesprächsanalyse.....	35
2.4 Geplantes methodisches Vorgehen.....	37
3 Organisation und Entwicklung des Projektes.....	39
3.1 Aktivitäten in der zeitlichen Abfolge.....	39
3.2 Grundsatzinterviews.....	42
3.3. Fallanalysen	43
3.4 Auswertung.....	51
4 Die Fallanalysen	58
4.1 Die aufgezeichneten Fälle.....	58
4.2 Auswirkungen der Untersuchungssituation	8
5 Subjektive Krankheitstheorien.....	2
5.1 Thematisierung von Krankheitskonzepten im Sprechstundengespräch.....	2
5.2 Einflußfaktoren auf die Offenlegung von Krankheitsvorstellungen im Sprechstundenkontakt.....	13
5.3 Der Umgang der Ärzte mit dem Krankheitskonzept	27
5.4 Der Umgang der Patienten mit ihren Krankheitskonzepten	52
5.5 Zusammenfassung.....	69
6 Der integriert arbeitende Hausarzt.....	72

6.1	Ergebnisse der Grundsatzinterviews.....	72
6.2	Ergebnisse der Fallanalysen.....	82
6.3	Zusammenfassung.....	87
7	Diskussion	88
7.1	Die geringe Bedeutung der Krankheitskonzepte für die Ärzte.....	88
7.2	Was beeinflusst den Umgang mit Krankheitskonzepten?.....	90
7.3	Die Scheu der Patienten vor dem Einbringen ihrer Krankheitsvorstellungen	91
7.4	Methodische Aspekte.....	93
7.5	Noch unbearbeitete Fragen	94
8	Zusammenfassung.....	96
9	Literaturverzeichnis.....	97

1 Einleitung

Der Hausarzt wird durch das Medizinstudium und durch die stationären Teile der Weiterbildung nur unzureichend auf seine tägliche Arbeit vorbereitet. Während er die Diagnostik und Therapie von somatischen Erkrankungen in der Regel ganz gut beherrscht, fehlen ihm vor allem Fähigkeiten zum Umgang mit den psychosozialen Aspekten des Krankseins. Diese Fähigkeiten sind aber in vielerlei Hinsicht unabdingbar: zur Erkennung der häufig vorkommenden psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, zur Schaffung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung, zur Sicherung der eigenen beruflichen Zufriedenheit. Exemplarisch für unzählige Autoren, die diesen Mangel diagnostizierten, wird hier Stewart zitiert:

"The conventional models and methods of medicine and medical education haven failed us, to some extent, in that they are incomplete and to narrow. The conventional biomedical approach ignores the person with the disease."¹

Ein Aspekt aus dem psychosozialen Bereich, auf den der Arzt in der Regel ebenfalls schlecht vorbereitet ist, soll hier besonders behandelt werden: die Krankheitskonzepte der Patienten, d.h. ihre eigenen Vorstellungen und Ideen zu ihren gesundheitlichen Problemen. Einem Hausarzt begegnen täglich Krankheitskonzepte von Patienten, die nicht zu dem passen, was er in seinem Medizinstudium und während der Weiterbildung an Krankenhäusern gelernt hat, sich mitunter beträchtlich von den medizinischen Auffassungen unterscheiden. Der Arzt kommt nicht daran vorbei, sich auf irgendeine Art und Weise mit diesen Vorstellungen auseinander zu setzen.

Solche Gedanken sind nicht neu. In der Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten ein langsamer, aber stetiger Wandel vollzogen. Die zunehmende Spezialisierung und Technisierung in der Medizin haben eine Gegenbewegung entfacht, in deren Mittelpunkt der Einbezug psychosozialer Inhalte steht. Michael Balint ist eine der Personen, deren Wirken dazu geführt hat, dass medizinpsychologische und medizinsoziologische Inhalte zunehmend als zur Medizin gehörig und wichtig angesehen werden. Der Aufsatz "The need for a New Medical Model" von Georg Engel², in dem das naturwissenschaftliche Denken als zu eng und unzureichend erkannt und der Einbezug psychosozialer Inhalte gefordert wurde, ist ein weiterer Meilenstein dieser Entwicklung. Konkurrenz und gegenseitige Ausgrenzung verändern sich langsam zum friedlichen Miteinander. Bis zu einer integrierten Medizin, wie Thure von Uexküll³, sie vorschlägt,

¹ Stewart et al. 1995 S. XV

² Engel 1977

³ v. Uexküll 1992 S. 17ff

in der die neben einander stehenden, einzelnen Elemente zu einem Gesamten zusammengefügt werden ist es noch ein weiter Weg. Auch wenn dieser Prozess noch lange nicht abgeschlossen ist, so entwickelt sich die Medizin deutlich spürbar weg von der reinen Naturwissenschaft.

Diesem Wandel fiel mit Veränderungen des traditionellen Rollenverständnisses von Arzt und Patient zusammen. Eine partnerschaftliche Auffassung von Beziehung löste das paternalistische Modell ab, in dem der Arzt als Experte zum Wohl des Patienten handelte und der Patient sich vertrauensvoll in die Hände des Arztes begab (falls nicht, galt er als "non-compliant"). In der partnerschaftlichen Beziehung besteht die Möglichkeit zu einer Verhandlung - neudeutsch - "contractual approach". Der Arzt ist zwar immer noch der medizinische Experte, er nimmt aber idealerweise die Ansichten und Wünsche des Patienten ernst und versucht, eine gemeinsame Sichtweise des Problems und des Vorgehen mit diesem zu verhandeln. Viele Forschungsprojekte zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient entstanden in diesem Zusammenhang (vgl. Abschnitt 1.9).

In den siebziger Jahren widmete man dem Laiensystem, als bislang kaum beachtetem Teil des Gesundheitssystems ("hidden health care system", wie Helman⁴ es nannte) mehr Aufmerksamkeit. Man stellte fest, wie groß der Anteil an der Versorgung ist, den es leistet⁵; wie häufig Abweichungen von Gesundheit im umfassenden Sinne des WHO-Konzeptes vorkommen und ein wie geringer Teil davon in ärztliche Behandlung gelangt.

Laienkonzepte zu Gesundheit, Krankheit und dem Körper wurden in Folge dieser Entwicklungen mit neuer Aufmerksamkeit und Wertschätzung betrachtet. Faltermeier schreibt zur Neubewertung der Laiensicht:

"Das Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit ist ein Erfahrungsschatz, der zu wenig wahrgenommen wird; in ihm können Erkenntnisse verborgen sein, die den wissenschaftlichen Theorien keinesfalls unterlegen sein müssen und die das Alltagshandeln organisieren. In der Tradition einer "Volksmedizin" wurde über viele Jahrhunderte hinweg Wissen angesammelt und weiter tradiert, das für die Lebensbewältigung und Gesundheit der Menschen eine große Bedeutung hatte..."⁶

Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen, vor allem die Anthropologie, die Psychologie und die Soziologie, aber auch z.B. die Sprachwissenschaften untersuchen die

⁴ Helman 1987

⁵ z.B. Elliot-Binns 1973

⁶ Faltermeier 1994 S. 185

Vorstellungen von Patienten zu ihren Krankheiten. Den verschiedenen Ansätzen entsprechend, geschieht dies mit sehr unterschiedlichen Herangehensweisen und unter vielerlei Namen, wie z.B. Volksmodelle, explanatory model, Krankheitskonzepte, subjektive Krankheitstheorien, naive Theorien, Laintheorien, Alltagswissen, soziale Repräsentationen.

Mein persönlicher Zugang zu diesem Thema erfolgte über die medizinische Anthropologie. Daher wähle ich diese als Einstieg in das Thema der subjektiven Krankheitskonzepte, die ausführlich behandelt werden. Im Anschluss daran gehe ich auf den Begriff integrierte Medizin ein, sowie kurz auf Untersuchungen zum Arzt-Patienten-Gespräch, um dann mit der Formulierung der Zielsetzung und der Fragestellungen des Forschungsprojektes diesen einleitenden Abschnitt abzuschließen.

1.1 Medizinische Anthropologie

Die medizinische Anthropologie befasst sich damit, wie Menschen in verschiedenen Kulturen und sozialen Gruppierungen sich Krankheit erklären, an welche Behandlungen sie glauben und an wen sie sich wenden, wenn sie krank werden. Sie befasst sich weiter damit, wie diese Annahmen und das Verhalten mit biologischen und psychologischen Veränderungen im menschlichen Organismus zusammenhängen.⁷

Das Interesse dieser Forschungsrichtung richtete sich ursprünglich vor allem auf fremde Kulturen und Minderheiten im eigenen Lebensraum. Betrachtet man den Begriff Kultur genauer, so leuchtet es ein, warum es sinnvoll ist, auch die "Normalbevölkerung" bzw. die eigene Gesellschaft in diese Forschung miteinzubeziehen. Helman vergleicht Kultur mit einer Linse, durch die eine Gruppe von Menschen die Welt betrachtet, wobei diese Linse aus von dieser Gruppe geteilten Ansichten und Regeln besteht:

"This [the concept of Culture] can be understood as an inherited "lens" of shared concepts and rules of meaning through which the members of a group or society perceive the world they live in, and which guides their daily behavior in relation to other people, to the natural environment, and to supernatural forces or gods. Culture is a set of guidelines, both implicit and explicit, which every individual inherits as a member of a particular society."⁸

Innerhalb von Kulturen gibt es Subkulturen, Gruppen von Menschen, die viele Aspekte der "übergeordneten" Kulturen teilen, sich aber durch bestimmte Merkmale von diesen

⁷ vgl. Helman 1991, Peter 1992

⁸ Helman 1991 S. 106

unterscheiden. Subkulturen gibt es wiederum auf verschiedenen Ebenen: religiöse, ethnische oder soziale Minderheiten, Institutionen wie Krankenhäuser, Clubs, Universitäten, die Anhänger bestimmter Lebensstile (z.B. Single), Berufsgruppen (z.B. Ärzte). In den meisten Gesellschaften haben Männer und Frauen eine eigene Subkultur; letztlich hat jede Familie ihre eigene kleine Subkultur.

Kulturelle Einflüsse wirken sich auf Gesundheit und Krankheit aus, und zwar sowohl pathogen (z.B. "Wer raucht ist cool") als auch salutogen (z.B. "Großfamilie schützt vor Einsamkeit im Alter"). Cassell beschreibt, wie der kulturelle Hintergrund den Umgang mit Krankheit beeinflussen kann:

"Culture defines what is meant by masculine and feminine, what clothes are worn, attitudes towards the dying and the sick, mating behavior, the height of chairs and steps, attitudes towards odors and excreta, where typewriters sit and who uses them, bus stops and bedclothes, how the aged and disabled are treated. These things, mostly invisible to the well, have an enormous impact on the sick and can be a source of untold suffering. They influence the behaviour of others towards the sick person and that of the sick towards themselves. Cultural norms and social rules regulate whether someone can be among others or will be isolated, whether the sick will be considered foul or acceptable, and whether they are to be pitied or censured"⁹

Die konventionelle Medizin ist nicht immun gegen kulturelle Einflüsse, sondern sie bildet - wie oben bereits erwähnt - in sich eine Subkultur. Sowohl das biomedizinische Modell als auch die herrschende wissenschaftliche Methode sind Produkte der westlichen Kultur.

Aus der medizinischen Anthropologie heraus entwickelte sich das Konzept einer Trennung in zwei Dimensionen von Krankheit, für die in der englischen Sprache die Begriffe "illness" und "disease" zur Verfügung stehen.

1.2 "illness" und "disease"

1976 führte Casell diese gedankliche Trennung von Krankheit in zwei Dimensionen ein. Er unterscheidet anschaulich das eine, was der Patient spürt, wenn er zum Arzt geht und das andere, was er "hat", wenn er vom Arzt kommt:

"From this point on, let us use the word "illness" to stand for what the patient feels when he goes to the doctor, and "disease" for what he has on the way home from the doctor's office. Disease, then, is something an organ has, illness is something a man has."¹⁰

⁹ Cassell 1991 S. 39 zitiert nach Stewart 1995 S. 52

¹⁰ Cassel 1976 S. 48

Die Ausführungen von Leon Eisenberg konkretisieren den Unterschied der Konzepte, in dem der Bezug auf die Erfahrung des Kranksein der einen Dimension und der Organbezug der anderen Dimension hervorgehoben werden:

"...illnesses are *experiences* of disvalued changes in states of being and in social function; disease, in the scientific paradigm of modern medicine, are *abnormalities* in the *structure* and *function* of body organs and systems."¹¹

Die deutsche Sprache bietet keine vergleichbaren Begriffe. Annäherungsweise könnte man die Begriffe Krankheit und Kranksein verwenden. Brähler und Scheer sprechen von der "objektiven Ebene der organisch-medizinisch feststellbaren Symptome und der subjektiven Ebene des Erlebens von Beschwerden bzw. von Krankheit"¹².

Auf Kleinmann ist die Verbreitung des Begriffs "explanatory model" (EM) zurückzuführen. Das "explanatory model" umfasst:

"the notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process."¹³

Kleinmann begreift beides, "illness" und "disease" als erklärende Modelle:

"Neither disease nor illness should be regarded as entities. Both concepts are explanatory models mirroring multilevel relations between separate aspects of a complex, fluid, total phenomenon: sickness."

Nach seiner Auffassung unterscheiden sich Patientenmodelle von ärztlichen dadurch, dass sie häufig vage oder mehrdeutig sind, weniger abstrakt als die medizinischen und die Trennung zwischen Ideen und Erfahrung unscharf ist. Sie sind möglicherweise widersprüchlich und können auf einer Fehleinschätzung von Beweisen beruhen. Darüber hinaus sind sie nur teilweise bewusst zugänglich und werden in der Regel weniger vollständig artikuliert. Patientenmodelle sind nicht statisch, sondern veränderbar, durch persönliche und kulturelle Faktoren stark beeinflussbar¹⁴.

Für Patientenmodelle, die nicht nur auf eine einzelne Krankheitsepisode bezogen, sondern genereller gültig und in einer Population häufig anzutreffen sind, werden die Begriffe "folk model", "popular model" oder "folk beliefs" benutzt.

¹¹ Eisenberg 1977 S. 11 Hervorhebungen original

¹² Brähler und Scheer 1984

¹³ Kleinman 1980 S. 104

¹⁴ Kleinman et al. 1978 S. 252

1.3 Laienkonzepte versus medizinische Konzepte

Krankheit nach dem Laienverständnis und Krankheit nach dem medizinischen Verständnis gehen nicht immer Hand in Hand.

Brähler und Scheer¹⁵ unterscheiden verschiedene Konstellationen von Befund (die medizinische Sicht) und Beschwerden (die Patientensicht):

- Personen ohne organischen Befund und ohne Beschwerden
- Personen mit Befund und mit Beschwerden
- Personen mit Befund aber ohne Beschwerden
- Personen mit Beschwerden, aber ohne organischen Befund
- Patienten mit atypischen Beschwerden
- Patienten mit chronischen Erkrankungen

Grade die Fälle, in denen beide scheinbar nicht im rechten Verhältnis stehen, machen in der Medizin Probleme. Die Trennung von Laienvorstellungen und medizinischen Vorstellungen erleichtert die Beschreibung dieser Zustände.

Dazu kommt, dass bei ein und der selben Diagnose - also aus medizinischer Sicht ähnlichen Zuständen - das Kranksein ganz unterschiedliche Formen annehmen kann. Zola beschrieb bereits 1966 außerordentlich verschiedene Beschwerdemuster bei Italienern und Iren mit der gleichen medizinischen Diagnose¹⁶. Umgekehrt kann das gleiche Symptom unterschiedlich gedeutet werden und nicht nur zu anderen Diagnosen führen sondern auch einmal als Kranksein definiert werden und ein anderes Mal nicht¹⁷.

Die obigen Beispiele zeigen, dass die Unterscheidung von Laienkonzepten und medizinischen Konzepten hilfreich ist. Dabei sollte jedoch nicht übersehen werden, dass es das Laienkonzept nicht gibt, sondern jeder Patient seine individuellen Ideen hat, die je nach Situation auch variieren können. Das gleiche gilt für das Fehlen eines verbindlichen medizinischen Konzeptes. Das biomedizinische Modell ist nicht homogen und konsistent, oft auch nicht rational und wissenschaftlich. Helman belegt anhand einer Patientengeschichte¹⁸ dass es in der Medizin ein Repertoire von

¹⁵ Brähler und Scheer 1984

¹⁶ Zola 1966

¹⁷ Helman 1994 S. 108 ff

¹⁸ Helman 1985b

Erklärungsmodellen (zum Beispiel das genetische, biochemische, immunologische, virale oder psychodynamische) gibt, die sich je nach

- Fachrichtung und persönlichen Merkmalen des Arztes
- Zusammenhang / Kontext
- Zuhörer
- Art des Problems
- Stellung des Arztes in der Hierarchie

erheblich unterscheiden können.

Zu differenzieren ist darüber hinaus noch zwischen dem offiziellen, wissenschaftlichem Modell und dem vom betreffenden Arzt im Alltag gegenüber dem Patienten benutztem, in dem sich wiederum die eigenen Laienvorstellungen des Arztes, die das Medizinstudium nicht modifizieren konnte, niederschlagen.

Medizinisches Wissen hat eine kurze Halbwertszeit und so befinden sich auch die Modelle in einem stetigen Wandel und unterliegen Zeitströmungen. Was gestern noch als wahr galt, ist heute unter Umständen widerlegt. Kein Arzt kann für die Richtigkeit und Wahrheit seiner medizinischen Vorstellungen garantieren. Ein aktuelles Beispiel dafür, wie neue Erkenntnisse eine Betrachtung verändern können, ist der Verdacht eines Zusammenhangs zwischen der Koronaren Herzkrankheit und einer Infektion mit Chlamydien. Mitunter sind die Laien klüger als die Ärzte: so waren z.B. Ansteckungstheorien unter Laien bereits verbreitet, als die Medizin dies noch für Aberglauben hielt¹⁹.

Inhalte von medizinischen Konzepten und Patientenkonzepten werden in beide Richtungen rege ausgetauscht. Die herrschende Wissenschaftstheorie beeinflusst gesellschaftliche Denkweisen und somit auch Patientenkonzepte. Die Medizinberichterstattung der Medien verbreitet neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, die manchmal schneller beim Patienten ankommen als beim Arzt. Der Informationsbedarf ist groß, weil Gesundheit ein wichtiges Gut ist. Verschiedene Autoren haben nachgewiesen, dass Ärzte Laienkonzepte partiell übernehmen, vor allem da, wo wissenschaftliche fehlen oder unbefriedigend sind²⁰. Dies dürfte in besonderer Weise auf den Hausarzt zutreffen. Fitzpatrick versteht den Allgemeinmediziner sogar als "system that is midway between hospital medicine and lay ideas"²¹.

¹⁹ Eirnbter 1997 S. 56

²⁰ Vgl z.B. Helman 1994

²¹ Fitzpatrick 1984 zitiert nach Hadlow 1991 S. 193

1.4 Begrifflichkeiten

Die unterschiedlichen Forschungsrichtungen benutzen unterschiedliche Bezeichnungen zur Beschreibung der Vorstellungen des Patienten, diese sollen im folgenden erläutert werden.

Das bereits angesprochene **explanatory model** nach Kleinmann²² wird vorwiegend zur Beschreibung der kognitiven Annahmen und Vorstellungen gebraucht. Kleinmann unterscheidet:

- 1 Ätiologie
- 2 Beginn /Ausbruch der Symptome
- 3 Pathophysiologie
- 4 Verlauf der Krankheit einschliesslich Typ der Krankenrolle - akut, chronisch, behindert - und Schweregrad der Störung
- 5 Behandlung

Eine etwas abweichende Einteilung haben Leventhal et al.²³ entwickelt, sie beschreiben vier Attribute:

- Identität (die Verknüpfung von körperlichen Symptomen mit einem Etikett)
- Kausalität (Annahmen über die Gründe für die Entstehung)
- Zeitverlauf (Erwartungen über den zeitlichen Verlauf und die Dauer)
- Konsequenzen (Erwartungen über die unmittelbaren und langfristigen Folgen)

Faltermeier kritisiert die Beschreibung von Patientenmodellen in medizinischen Dimensionen, da diese die Gefahr birgt, dass von den medizinischen Modellen abweichende Inhalte und Komponenten nicht erkannt werden²⁴.

Eine gebräuchliche Bezeichnung für die Gesamtheit der Vorstellungen eines Patienten zu Krankheit ist **Krankheitskonzept**. Linden versteht darunter:

"...die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich Störungen seines Gesundheitszustandes... Krankheitskonzepte sind Ausdruck des kulturellen Hintergrundes eines Patienten, seiner Weltanschauung, seines Wertesystems, seines Lebensstil und seiner persönlichen Lebenserfahrung."²⁵

²² Kleinman et al. 1978

²³ Leventhal et al. 1980 zitiert nach Faltermeier 1994 S. 90

²⁴ Faltermeier 1994 S. 90

²⁵ Linden et al. 1985a

Verres kritisiert an diesem Begriff, dass er "den Gegenstand meist zu puristisch-kognitiv und zu statisch erfasst" Er widmet seine Arbeit über **subjektive Krankheitstheorien** zu Krebs ausdrücklich dem Anliegen, diese "nicht nur als etwas rein kognitives oder gar durchweg rationales, sondern wesensmäßig als ein Wechselgeschehen zwischen Denken und Erleben zu begreifen"²⁶.

Der Begriff der subjektiven Theorie erfordert streng genommen einen höheren Grad an Komplexität, an in sich sinnvoller Verknüpfung: Groeben und Scheele definieren subjektive Theorien als:

"Aggregat (aktualisierbarer) Kognitionen der Selbst- und Weltsicht mit zumindestens impliziter Argumentationsstruktur, die eine (zumindestens) partielle Explikation bzw. Rekonstruktion [...] in Parallelität zur Struktur wissenschaftlicher Theorien erlaubt"²⁷.

In der vorliegenden Literatur wird der Begriff der subjektiven Theorie de facto häufig jedoch für Konzepte oder Konstrukte gebraucht, die das Merkmal der impliziten Argumentationsstruktur nicht aufweisen.

Wenn im folgenden von Krankheitskonzepten oder -theorien die Rede sein wird, so sollen diese folgenden Bereiche umfassen:

- Gedanken²⁸
 - Wahrnehmungen
 - Erwartungen
 - Bewertungen
 - Attributionen (=Vorstellungen über Ursache und Kontrollierbarkeit)
- Gefühle, Bilder, Phantasien
- Verknüpfungen von Gedanken (Konstruktionen) oder Verknüpfungen von Gedanken und Gefühlen

Bezüglich des Verhältnisses von Konzept und Theorie scheint mir die Aussage von Klusmann nützlich, der dieses so definiert:

"Die Begriffe Konzept und Theorie werden in vielen Fällen wie Synonyme gebraucht, und zwar nach der Regel: je elaborierter ein Konzept, desto eher verdient es den Namen Theorie."²⁹

Auf Konzepte zu Gesundheit, die ebenfalls in den letzten Jahren umfassend untersucht wurden, kann an dieser Stelle nur verwiesen werden³⁰.

²⁶ Verres 1986 S. 41. und S. 51

²⁷ Groeben et al. 1982 zitiert nach Flick 1991 S. 14

²⁸ Die Untergliederung der Gedanken erfolgt in Anlehnung an Verres 1986 S. 39

²⁹ Klusmann 1997 S. 29 (in einem etwas anderen Zusammenhang)

Auch nicht näher eingehen will ich auf den attributionstheoretischen Zugang, der sich einfach gesagt mit der Wahrnehmung von Kausalität und Kontrolle befasst und vor allem in der medizinischen Psychologie weite Verbreitung gefunden hat. Für den Hausarzt ist es nützlicher, auf einer weniger abstrakten Ebene zu verstehen, was der Patient denkt. Verres Kritik an der Verwissenschaftlichung passt hier gut:

"Die in den Elfenbeintürmen wissenschaftlicher Fachdisziplinen entwickelten kategorialen Begriffe zur immer feineren "Botanisierung" von Laien-Statements über Gesundheit und Krankheit sind oft zu lebensfern..."³¹

1.5 Quellen und Funktionen von Krankheitskonzepten

Zu unterscheiden ist grundsätzlich zwischen individuellen und gesellschaftlich-kulturellen Anteilen. Unter "kulturelle Einflüsse" fallen zum einen tradierte Ideen zu Kranksein und ungünstigen Ereignissen im allgemeinen, zum anderen aber auch die herrschende Wissenschaftstheorie.

Viele kulturell tradierte Ideen sind sehr hartnäckig, Tyrell drückt dies anschaulich aus:

"Wie Fossilien im Urgestein überleben manche dieser Ideen aus vergangenen Tagen in den Köpfen der Menschen"³²

Ein Ausschnitt aus einem Interview zu subjektiven Krankheitstheorien zu Erkältungskrankheiten aus einem anderem eigenen Forschungsprojekt mag illustrieren, wie sie selbst, wenn sie offensichtlich im Widerspruch zu neueren Erkenntnissen stehen, doch Teil der Krankheitskonzepte bleiben:

"Ich hab auch immer gedacht, wenn ich mit nassen Haaren aus dem Haus gehe, dann werde ich krank. Ich habe aber, ich glaube sogar von meinen Eltern gehört, dass das Unsinn ist. Wenn man sich Kälte aussetzt, kriegt man keinen grippalen Infekt, weil das eher eine Infektion ist, eher ein Virus ist, und dass man den halt nicht bekommt, wenn man einen Tag im Regen gestanden hat. Aber ich denke irgendwie schon, wenn ich mich wirklich mit nassen Haaren auf die Straße begeben, dann werde ich krank, irgendwie denke ich das schon, wenn ich mich nicht warm genug anziehe."

In diesen Bereich gehören auch magische Vorstellungen, die oberflächlich betrachtet, in unsere Gesellschaft keine große Rolle mehr zu spielen scheinen. Becker beschreibt, welche große Rolle solche magischen Gedanken, vor allem zu Schuld und Strafe, in

³⁰ Für eine Einführung in dieses Thema vgl. z.B. Faltermeier 1994

³¹ Verres 1991 S. 305

³² Tyrell 1996 S. 5

Krankheitskonzepten jedoch auch in unserer Gesellschaft spielen, wenn man nur hartnäckig nachfragt³³.

Die Gesundheitsberichterstattung in den Medien ist, wie bereits oben thematisiert, eine wichtige Quelle für Krankheitskonzepte. Durch die Bereitstellung von medizinischen Informationen im Internet verbessert sich die Zugänglichkeit zu diesen Informationen für die Patienten, die in der Lage sind, mit dieser neuen Technologie umzugehen, immens. Ob sich deshalb die Laienkonzepte an die medizinischen Konzepte annähern, bleibt zu bezweifeln.

Im Bereich der individuellen Einflussfaktoren sind an erster Stelle eigene Krankheitserfahrungen zu nennen. Es ist evident, dass diese eigenen, aber auch Erfahrungen mit Krankheiten im persönlichen Umfeld, den Inhalt von Krankheitskonzepten maßgeblich prägen. Neben der sozialen Interaktion mit Kranken im persönlichen Umfeld, spielt auch die mit Ratgebern aus dem Laiensystem, mit dem Arzt und anderen Akteuren im Gesundheitssystem eine Rolle.

Neue Informationen, egal aus welcher Quelle, werden unter Berücksichtigung der vorbestehenden Vorstellungen aufgenommen und verarbeitet. Hartog prägte für diesen Vorgang den Begriff "Amalgamierung von wissenschaftlichen und laienhaften Erkenntnissen"³⁴.

Die Funktionen von subjektiven Theorien lassen sich in Anlehnung an Flick³⁵ folgendermaßen beschreiben.

- Sie dienen der "Situationsdefinition", "Lagekodierung" und "Orientierungsgewissheit". Eirnbter drückt es so aus:

"Die Bedeutung von Alltagstheorien liegt nämlich weniger in der Produktion von "richtigem" Wissen, als vielmehr darin, eine komplexe Welt sinnhaft zu strukturieren."³⁶

- Sie ermöglichen die nachträgliche Erklärung eingetretener Ereignisse sowie die Vorhersage künftiger Ereignisse.
- Sie ermöglichen eine Handlungsleitung und die Entwicklung von Handlungsempfehlungen.

³³ Becker 1984

³⁴ Hartog 1993 S. 131

³⁵ Flick 1991 S. 15

³⁶ Eirnbter 1997 S. 35

- Sie dienen der emotionalen Entlastung, der Bewältigung von Emotionen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden³⁷ und der Stabilisierung des Selbstwertes. Dazu ein Beispiel: Hasenbring³⁸ zeigte, dass Krebskranke die Ursache ihrer Krebserkrankung häufiger als von außen kommend und somit unvermeidbar ansehen, während Gesunde Krebs häufiger als durch das eigene Verhalten beeinflussbar betrachten. Diese unterschiedliche Wahrnehmung ist für die Abwehr von Schuldgefühlen hilfreich.

1.6 Auswirkungen von Krankheitskonzepten

Die Symptombewertung durch den Patienten beeinflusst maßgeblich, ob er ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt und in dem deutschen Nicht-Primärarztsystem auch, welche Art von ärztlicher Hilfe er sucht. Linksthorakale Schmerzzustände führen z.B. häufig zum Arztkontakt als rechtsthorakale, weil der Zusammenhang zwischen Schmerzen in der linken Brust und Herzinfarkt vielen Menschen bekannt ist.

Andererseits kann die Deutung eines Symptoms als "potentiell gefährlich" aus Angst vor den Konsequenzen zu einer Unterinanspruchnahme führen. Vermutet ein Mensch zum Beispiel, dass er Krebs hat und verbindet er Krebs ausschliesslich mit Tod (hält also eine Heilung für unmöglich), dann wird ihm ein Aufsuchen des Arztes nicht sinnvoll erscheinen.

Hat der Patient sich zu einer Inanspruchnahme des professionellen Sektors entschlossen, so wird er seine Verdachtsdiagnose und seine Symptome so präsentieren, wie es seine Krankheitskonzepte nahelegen. Hier spielen anatomische und physiologische Vorstellungen eine wichtige Rolle: sicher hat jeder Hausarzt Magenschmerzen schon im Unterbauch wiedergefunden. Oft übernehmen Patienten auch ärztliche Ausdrücke, die aber mit einer anderen Deutung belegt werden können. Hinter dem Satz: "Ich habe eine Bronchitis" können sich ganz verschiedene Sachverhalte verbergen³⁹.

Kleinman⁴⁰ fasst die Konsultation als eine Transaktion zwischen dem "explanatory model" des Patienten und dem des Arztes auf. In der Auffassung der partnerschaftlich

³⁷ Bischoff und Zenz 1989 S. 13

³⁸ Hasenbring 1989 S. 33

³⁹ weitere Beispiele und Auführungen zum unterschiedlichem Verständnis medizinischer Begriffe finden sich bei Hadlow 1991 sowie Boyle 1970

⁴⁰ Kleinman et al. 1978

orientierten Medizin wird der Erfolg einer ärztlichen Behandlung maßgeblich dadurch bestimmt, dass Arzt und Patient sich in Bezug auf das Problem, das Therapieziel und den Lösungsweg einig sind oder werden. Eine solche Übereinstimmung kann nur erzielt werden, wenn der Arzt die Patientenperspektive kennt und weiß, ob diese von der eigenen Sichtweise abweicht. Mathews beschreibt, dass eine Verträglichkeit der subjektiven Wirklichkeiten (vgl. dazu auch Abschnitt 1.8) von Arzt und Patient bedeutsam für erfolgreiche Kommunikation sind:

"The extent to which patients and practitioners successfully exchange information is affected by the degree to which their realities are mutually compatible."⁴¹

Eine der wohl wesentlichsten Auswirkungen von Patientenkonzepten ist die Beeinflussung der Compliance, wie das folgende Zitat von Alberti schön beschreibt:

"Was äußerlich als schlechte Kooperation (Non-Compliance) wirkt, ist meist eher ein Versuch, die Krankheitssituation im Sinne des eigenen Krankheitsmodells zu bewältigen"⁴²

Dies belegt beispielhaft eine Untersuchung von Leventhal und Neretz⁴³, die feststellten, dass Hypertoniker, die ihre Krankheit eher als akut denn als chronisch einschätzten, weniger zuverlässig ihre Medikamente einnahmen.

Die größere Nähe von Patientenkonzepten zu Konzepten vieler alternativer Heiler (Heilpraktiker, Homöopathen, chinesische Medizin) kann dazu führen, dass die Patienten dort eher ihr Heil erwarten als bei der Schulmedizin, insbesondere, wenn sie sich von dieser unverstanden fühlen.

⁴¹ Mathews 1983 zitiert nach Helman 1985a

⁴² Alberti et al. 1990

⁴³ Leventhal und Neretz 1982 zitiert nach Lau 1983

1.7 Umgang des Arztes mit Laienvorstellungen

1.7.1 Wahrnehmung von Laienvorstellungen

Helman⁴⁴ untersuchte bei psychosomatisch erkrankten Patienten erstens deren Sicht auf ihre Erkrankung; zweitens die ihrer Ärzte und drittens die Meinung der Ärzte von der Auffassung der Patienten. Dann bestimmte er die Übereinstimmung respektive Abweichung zwischen den drei Perspektiven. Je nach Thema variierte der Anteil an Fällen mit Übereinstimmung zwischen allen drei Perspektiven zwischen 21 und 69 Prozent. Wie gut kennt der Arzt die Vorstellungen des Patienten, selbst wenn er sie nicht teilt? Ebenfalls abhängig vom Thema schätzt der Arzt in 30 bis 75 Prozent richtig ein, was der Patient denkt. In ca. der Hälfte der Fälle schätzten die Ärzte das, was der Patient über die Diagnose denkt, falsch ein. Wenig wussten die Ärzte auch über die ätiologischen Vorstellungen (nur ein Drittel schätzten diese richtig ein). Die höchste Übereinstimmung gab es bezüglich der Beteiligung psychologischer Faktoren an der Erkrankung - hier schätzten die Ärzte die Meinung ihrer Patienten in drei Viertel der Fälle richtig ein. Ein höherer Bildungsstand des Patienten erleichterte es dem Arzt, seine Krankheitsvorstellungen richtig zu erfassen. Helman fasst die Ergebnisse so zusammen:

"The study also illustrated serious shortcomings in the clinicians knowledge of how their patients explained their ill-health - particularly its original aetiology, the causes of flare-ups and its social dimension."⁴⁵

Probleme bei der Wahrnehmung von Informationen können am Empfänger und am Absender der Nachricht liegen. Bereits Kleinmann beschrieb Schwierigkeiten bei der Äußerung von Laienvorstellungen:

"Patients often hesitate to disclose their models to doctors. Clinicians need to be persistent in order to show patients that their ideas are of genuine interest and importance for clinical management."⁴⁶

Was behindert oder erleichtert dem Arzt die Wahrnehmung von Laienvorstellungen? Die empirische Studie von Becker gibt auf diese Frage einige Antworten. So beschreibt er am Beispiel magischer Ideen sogenannte "Anpassungsantworten":

"Werden Patienten direkt nach ihrer Krankheitstheorie befragt, führt dies in der Regel zunächst zu Anpassungsantworten, d.h. Arzt und Patient einigen sich in den meisten Fällen auf einfache kausale Zusammenhänge, die aktuell gängigen Krankheitstheorien entsprechen. Magische Krankheitstheorien sind meist vorbewußte oder unbewußte

⁴⁴ Helman 1985a

⁴⁵ idem S. 930

⁴⁶ Kleinmann et al. 1978 S. 256

Vorstellungen, die in einem nondirektiven Gesprächsverlaufs deutlich werden und eine Wahrnehmungsbereitschaft des Arztes voraus setzt."⁴⁷

Vier Bedingungen werden hier angesprochen :

- Der Arzt ist bereit zur Wahrnehmung,
- der Arzt fragt nach,
- benutzt eine non-direktive Gesprächsführung und
- der Patient hat Vertrauen.

Becker zeigt weiter auf, wie in Interviews mit Patientinnen, die an Brustkrebs litten, die Inhalte der Antworten eine "spezifische Tendenz" aufwiesen: Anfangs standen rationale, äußere, sozial akzeptierte Inhalte im Vordergrund, im Laufe der Antworten traten mehr persönliche, irrationale, magische und psychodynamische Vorstellungen zu Tage.

Auch Verres⁴⁸ beschreibt die Erfahrung, dass bestimmte, als sozial eher nicht erwünscht eingeschätzte Vorstellungen, nämlich Ansteckungsphantasien bei Krebs, im Interview erst nach längerem und verständnisvollem Nachfragen geäußert werden.

1.7.2 Modifikation von Laienvorstellungen

Im Kontakt mit dem Arzt (bzw. im weiteren Sinne mit dem medizinischen System) werden Inhalte modifiziert. Es gehört zu den wichtigen Aufgaben des Arztes, Fragen wie: "Bin ich krank?", "Was für eine Krankheit habe ich?" "Was muss ich tun, um gesund zu werden?" und nicht zuletzt "Werde ich wieder gesund?" zu beantworten. Der Patient bringt eigene Ideen zu diesen Fragen mit, ist aber im allgemeinen bereit, diese unter Verarbeitung der Antworten des Arztes zu verändern.

Um den diesbezüglichen Bedarf auf Seiten der Patienten zu verstehen, sind die Ausführungen von Cassell⁴⁹ hilfreich. Er geht davon aus dass ein Erkrankten folgende Veränderungen für den Menschen mit sich bringt:

- **disconnectedness**, d.h. einen Verlust von Bezügen zur Welt auf verschiedenen Ebenen (z.B. Rückzug bei vermindertem Allgemeinzustand, Kreisen der Gedanken um Krankheit, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens)
- **loss of the sense of omnipotence and omniscience**, d.h. Verlust des Gefühls der Unversertheit

⁴⁷ Becker 1984

⁴⁸ Verres 1986

⁴⁹ Cassell 1986

- **loss of control**, d.h. Einschränkung der Verstehbarkeit und des Gefühls der Bewältigbarkeit des eigenen Lebens

Nach Cassels Auffassung ist es Aufgabe des Arztes, die Verstehbarkeit der Welt wieder herzustellen, um dem Patienten bei der Bewältigung der Angst, die durch den Kontrollverlust entsteht, zu helfen.

"Thus, the first thing the physician provides is the reassurance that what is happening to the patient is not part of the unknown, not beyond control, but part of the rational world."⁵⁰

Er beschreibt weiter, warum dem Patienten die Vorstellungen, die er selbst mitbringt, nicht ausreichen:

"It is not that the patient himself has no knowledge or theory. Everybody has some concept of anatomy and the working of the body parts, but the knowledge is certainly incomplete and maybe even incorrect. Incompleteness is the key problem because no conclusion about the meaning of symptoms can be reached that offers certainty... Thus the process continues, with the conclusions drawn from incomplete knowledge often proving more frightening than the facts."⁵¹

Folgt man diesen Gedankengängen, so scheint es auf der Hand zu liegen, dass der Arzt die Vorstellungen des Patienten korrigieren sollte. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt eine Untersuchung von Wilke und Grande über die Beeinflussung von Krankheitskonzepten im Kontakt mit dem Arzt in psychotherapeutischen Gesprächen. Sie fanden, dass in der strukturell asymmetrischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient der Therapeut im Aushandlungsprozess einen stärkeren Einfluss auf das Ergebnis hat, als der Patient. Dieses Ungleichgewicht sei im Sinne des Auftrags "Es wird erwartet, dass BeraterInnen ihre Klienten beeinflussen"⁵².

Wissen über Patientenvorstellungen lässt sich nutzen, um einen besseren Ansatzpunkt zur Vermittlung des medizinischen Konzepts zu haben. Je genauer der Arzt das Patientenkonzept kennt, desto besser kann er argumentieren, indem er auf bestehenden Gemeinsamkeiten aufbaut und Abweichungen gezielt entkräftet und korrigiert. Hartog beschreibt anhand ihrer Untersuchung über die Äußerung von Laienvorstellungen in genetischen Beratungsgesprächen, dass Ärzte es vermeiden, die Vorstellungen des Patienten direkt zu verwerfen, sondern versuchen, basierend auf dem Teil der Aus-

⁵⁰ idem S. 126

⁵¹ idem S. 127

⁵² Wilke und Grande 1991 S. 201

führungen, dem sie zustimmen können, ihre Modifikationen und Erweiterungen anzubringen⁵³.

Es wäre jedoch zu einfach, Laienvorstellungen lediglich als korrekturbedürftig anzusehen. Faltermeier stellt in Frage, ob sie nicht doch einen gewissen Wert haben:

"So weiß sie [die Forschung] auch nicht, ob die Aktivitäten von Laien wirklich so unangemessen, so "laienhaft" sind, wie häufig unterstellt wird. Die wenigen Untersuchungen aus neuerer Zeit zeigen zumindestens, daß Laien einen Großteil Ihrer gesundheitlichen Probleme selbst bewältigen..."⁵⁴

Wie bereits eingangs erwähnt, hat sich die Medizin in den letzten Jahren vom Paternalismus zur Partnerschaftlichkeit entwickelt. Eine ausschließlich belehrende Haltung, so berechtigt sie mitunter sein mag, erscheint heute wenig zeitgemäß. Zenz et al. formulieren das mit einer partnerschaftlichen Medizin verbundene Rollenverständnis wie folgt:

"In der Arzt-Patient-Beziehung stehen sich nicht ein allwissender und neutraler Experte und ein ahnungsloser Laien gegenüber, sondern zwei Interaktionspartner, die die Diagnose und den Therapieplan miteinander aushandeln."⁵⁵

Auch die geringe Halbwertszeit medizinischen Wissens spricht für einen vorsichtigen Umgang mit der Bewertung eines Laienkonzeptes als richtig oder falsch. Hilfreicher kann in diesem Zusammenhang der Begriff der "dysfunktionalen Kognitionen" sein. Linden versteht darunter

"...einzelne, zum Teil sehr individuelle Überzeugungen und Meinungen zum Krankheitsgeschehen, die eine optimale Behandlung behindern können. Beispiele hierfür sind etwa die Überzeugung, daß Medikamente nur so lange genommen werden dürfen, wie man selbst noch Krankheitssymptome verspürt oder daß Medikamente zu nehmen, ein Ausdruck persönlicher Schwäche ist. Solche Kognitionen [...] sind dysfunktional, weil sie zu einer reduzierten Compliance führen können."⁵⁶

Verres beschreibt aus seiner Perspektive als Forscher, wie er mit der Zeit einen immer stärker werdenden Respekt vor den Lientheorien entwickelte und immer zurückhaltender mit Hinweisen zur effektiven Beeinflussung dieser Theorien wurde. Er plädiert dafür, das Selbstbestimmungsrecht des Menschen zu akzeptieren und nicht zu vergessen, dass es neben den medizinischen Denkkategorien andere relevante Sichtweisen gibt. Als Beispiel führt er das berechtigte Interesse des Patienten an einer Krebs-

⁵³ Hartog 1993 S. 124

⁵⁴ Faltermeier 1994 S. 3

⁵⁵ Zenz et al. 1989 S. 148

⁵⁶ Linden 1985b S. 10

späterkennung an, das im krassen Gegensatz zu dem der Medizin an einer Früherkennung steht⁵⁷.

Ein verantwortungsbewusster Umgang mit dem Wissen um Krankheitskonzepte wird sich also nicht nur auf das Nutzen dieses Wissens zur leichteren Belehrung des Patienten beschränken, sondern erfordert eine Anerkennung des Patienten als gleichberechtigten Partner im Dialog.

1.8 Integrierte Medizin

Diese Studie widmet sich nicht dem Hausarzt im allgemeinen, sondern dem integriert arbeitenden Hausarzt. Was soll das sein? Sollte nicht jeder organische und psychosoziale Aspekte gleich ernst nehmen? Was genau bedeutet "integriert" in diesem Zusammenhang?

Thure von Uexküll und die von ihm und einem Kreis Mitarbeiter gegründete Akademie für Integrierte Medizin bilden den Bezugspunkt für meine Auffassung von integrierter Medizin. Von Uexküll definiert sie folgendermaßen:

"Integrierte Psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den heutigen Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und körperlose Seelen zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt."⁵⁸

Die Abgrenzung zu anderen Formen eines ganzheitlichen Vorgehens lässt sich einem Ausschnitt aus einem Flyer der Akademie entnehmen:

"**Integration**" meint "Ganzheitlichkeit", aber nicht im Sinne eines Begriffs, der durch seinen inflationären Gebrauch immer unschärfer wurde und inzwischen zu einem Schlagwort degeneriert ist. "**Integration**" setzt ein wissenschaftliches Modell voraus, dass sich in praktisches Handeln umsetzt und dort validieren lässt."⁵⁹

Dieses wissenschaftliche Modell, die theoretischen Grundlagen der integrierten Medizin wurden kontinuierlich weiter entwickelt und sind auf einem hohem Stand. Für eine ausführliche Darstellung dieser theoretischen Grundlagen wird auf die Originalliteratur verwiesen⁶⁰. Zur Orientierung mag die folgende Kurzdarstellung von Burger et al.⁶¹ dienen, die drei Punkte als "geistige Wurzeln" der Integrierten Medizin nennen:

⁵⁷ Verres 1991 S. 307

⁵⁸ v. Uexküll 1992 S. 18

⁵⁹ Flyer der AIM zur Information Stand Nov. 1999 Hervorhebungen im Original

⁶⁰ Vgl. z.B. v. Uexküll, Wesiack 1990

- Das Prinzip des thermodynamisch offenen, jedoch organisatorisch geschlossenen lebenden Systems
- Der radikale Konstruktivismus und die Biosemiotik
- Die philosophische Phänomenologie

Zum Prinzip des lebenden Systems und zur Phänomenologie führen die Autoren weiter aus:

"Anders als die "physikalistisch" orientierte konventionelle Medizin versucht die "Integrierte Medizin" in ihren theoretischen Grundlagen dem unbestreitbaren Faktum Rechnung zu tragen, daß der Mensch als lebendes System eben keine einfache Reiz-Reaktionsmaschine ist. Lebende Systeme sind "autonom" oder "selbstreferentiell". Damit soll ausgedrückt werden, daß ein Umweltereignis die Reaktion des Organismus nicht genau vorhersagen läßt. [...] Die philosophische Phänomenologie zielt auf eine möglichst authentische Beschreibung und Ordnung der Erfahrung menschlicher Existenz ab, so wie sie sich der unmittelbaren Anschauung und dem primären Erleben darstellt. Vermittels dieser Methode wird versucht, Stimmungen, Atmosphären und leibliche Empfindungen, die die Matrix menschlichen Lebensgefühls ausmachen, von Mensch zu Mensch mitteilbar zu machen."

Der Konstruktivismus ist für dieses Forschungsvorhaben von besonderer Bedeutung. Einfach gesagt, verbirgt sich hinter diesem Begriff der Gedanke, dass es keine für alle Menschen gültige "objektive" Realität gibt, sondern der jeweilige Organismus seine individuelle Umwelt konstruiert. Jeder Mensch, auch Arzt und Patient, besitzt daher eine eigene subjektive Wirklichkeit. Dies erfordert eine Verständigung im Sinne einer Abgleichung der unterschiedlichen Wirklichkeiten, ein Aufbauen einer gemeinsamen Wirklichkeit, wenngleich diese naturgemäß begrenzt sein wird. Krankheitskonzepte sind dabei als ein wichtiger Teil der subjektiven Wirklichkeit anzusehen.

Ein weiterer zentraler Anspruch der Akademie für integrierte Medizin, der diese von anderen ganzheitlich arbeitenden Ärzten unterscheidet, ist der der Reflektion, wie Burger et al. ausführen:

"Die Beschäftigung mit den skizzierten theoretischen Grundlagen ist für jeden Arzt, der für sich in Anspruch nimmt, integriert zu arbeiten, ebenso grundlegend, wie etwa die Beschäftigung mit den physiologischen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit. Die fundierte Reflektion der theoretischen Grundlagen des eigenen Denken und Handelns und der in der eigenen Arbeit verwendeten Modelle ist unverzichtbarer Bestandteil jeder integrierten Medizin."

Eine spezielle Form der Fallbesprechung, die reflektierte Kasuistik wurde zu diesem Zweck entwickelt.

⁶¹ Burger et al. 1999

Zuletzt genannt werden soll noch der Begriff der "Passung" bzw. "Passungsstörung" die sich nicht nur auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient bezieht, sondern auch auf verschiedene andere Ebenen:

Integrierte Medizin ist also das Bemühen, dieses Verständnis durch Entwicklung und Erprobung eines Modells zu erreichen, das den Menschen als biopsychosoziales System begreift, das auf "Passung" zwischen seinen Subsystemen und ihren Umwelten, sowie auf Passung zwischen seinen Systemebenen beruht. ... Es beginnt mit der Frage: "Wie kann ich die Probleme dieses Patienten unter dem Aspekt seiner biopsychosozialen Einheit verstehen"? Die Antwort versucht seine Passungsstruktur als lebendes System darzustellen:

- auf der somatischen Ebene (zwischen Zellen, Geweben, Organen und ihrem "milieu interieur"),
- auf der Ebene des Organismus (zwischen dem Körper und seiner physischen Umgebung),
- auf der Ebene des Individuums (zwischen dem Patienten und seinen psychischen Problemen) und
- auf der Ebene des Sozialen (zwischen dem Patienten und seiner menschlichen Umgebung, zu der auch die Patient-Arzt-Beziehung unter dem Aspekt der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse gehört).⁶²

Bezüglich der Umsetzung von integrierter Medizin in die Praxis gibt es noch eine Reihe offener Fragen. Bislang steht fest, dass es in Abhängigkeit von der jeweiligen konkreten Situation viele unterschiedliche Konzepte bzw. Arten und Weisen der Umsetzung geben sollte und wird. Einige dieser Umsetzungsformen sind bereits - in unterschiedlicher Ausführlichkeit - beschrieben worden. Dabei nehmen stationäre Modelle im Vergleich zu ambulanten einen größeren Raum ein Diese Modelle werden meistens durch maßgeblich Beteiligte, also aus einer Innensicht, beschrieben. Ein häufig verwendetes Mittel der Darstellung sind Fallbeispiele, es scheint jedoch schwierig zu sein, vom Fall abstrahiert zu beschreiben, wie integrierte Medizin in praxi bzw. noch konkreter in der Begegnung zwischen Arzt und Patient aussieht⁶³.

Mittlerweile wurden in der Akademie für integrierte Medizin Fragenlisten zur Durchführung von reflektierten Kasuistiken und zur Beurteilung der Qualität der "Passung" zwischen Arzt und Patient entwickelt, die hilfreich für die Fragen der Umsetzung sind und in diesem Projekt verwendet werden (vgl. Abschnitt 3.4.3).

⁶² <http://www.int-med.de/satzung/wasistdieaim.html> Stand 12.10.2000

⁶³ Adler et al. 1992. In diesem Buch stehen fünfzehn stationäre acht ambulanten Einrichtungen gegenüber, darunter vier hausärztliche Praxen.

1.9 Das Gespräch zwischen Arzt und Patient

Wesiack definiert das ärztliche Gespräch im weitesten Sinne als "Sammelbegriff für alle zwischen Arzt und Patient gewechselten Worte"⁶⁴. Löning weist darauf hin, dass es unmöglich ist, von dem Gespräch zu sprechen. Sie führt verschiedene Formen auf:

"Die einzelnen Formen ergeben sich aus seinem Charakter oder Zielsetzung (anamnestisches, diagnostisches, therapeutisches, prognostisches Gespräch) seiner Strategie (Eröffnungs-, Begleit- oder Abschlußgespräche), nach der Taktik (aufklärende, ermunternde, tröstende, fordernde und ermahnde Gespräche) und nach seinem Zeitpunkt (Erstbegegnung, Sprechstunde, Visite, Entlassung)."⁶⁵

Uexküll fasst das Arzt-Patient-Gespräch als Begegnung der jeweiligen subjektiven Wirklichkeiten auf. Er schreibt in einem Geleitwort zu den Gesprächsanalysen von Bliesener:

"In den wiedergegebenen Gesprächen wird immer wieder bestürzend deutlich, wie Arzt und Kranke in verschiedenen Perspektiven denken und in verschiedenen Welten leben. Erst auf diesem Hintergrund wird sichtbar, was ein Gespräch ist, das weder Monolog, noch Konversation, noch gegenseitiges Versteckspiel, sondern Instrument ist, um eine gemeinsame Wirklichkeit zwischen verschiedenen Menschen aufzubauen."⁶⁶

Koerfer et al. benutzen eine hilfreiche Unterteilung der Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation in eher empirisch-analytische und eher normativ-pädagogische Ansätze⁶⁷. Das Vorhandensein einer Vielzahl solcher Untersuchungen sprengt den Rahmen der Darstellbarkeit in diesem Zusammenhang bei weitem.

In Bezug auf die normativ-pädagogischen Ansätze wird beispielhaft auf die weiterführende Literatur verwiesen⁶⁸. Hervorzuheben ist, dass vielfach empfohlen wird, die Krankheitskonzepte des Patienten zu explorieren.

Auf einige wichtig erscheinende Aspekte deutscher empirischer Untersuchungen soll an dieser Stelle zumindestens kurz eingegangen werden. In Deutschland behandeln die meisten empirischen Untersuchungen Visitengespräche. Ihre Ergebnisse fasst Fehlenberg wie folgt zusammen:

⁶⁴ Wesiack 1990 S. 258

⁶⁵ Löning 1995

⁶⁶ Bliesener und Köhle 1986 S. 9 Geleitwort von Thure v. Uexküll, im Original vorhandene Anführungsstriche ausgelassen

⁶⁷ Koerfer et al. 1994 S. 54. In diesem Aufsatz findet sich ebenfalls eine zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Untersucherperspektiven und Themenschwerpunkte der relevanten Literatur.

⁶⁸ z.B. Adler 1989, Neighbour 1987, Pendelton 1984, u.v.m.

"Die Krankenvisite ist eine vergleichsweise oft und methodisch vielfältig untersuchte Form medizinischer Kommunikation. Das Gespräch mit dem Patienten kommt in ihr zu kurz. In dieser Feststellung lassen sich alle Ergebnisse medizinsoziologischer, medizinpsychologischer und kommunikationswissenschaftlicher Untersuchungen zusammenfassen."⁶⁹

Eine etwas genauere Problembeschreibung findet sich bei Westphale und Köhle:

Die Möglichkeiten der Visite für systematische Gespräche zwischen Arzt und Patient bleiben weitgehend ungenutzt; das wiederholt festgestellte hohe Informationsbedürfnis der Patienten wird nicht angemessen befriedigt; das medizinische Personal spricht vielfach mehr über als mit dem Patienten. Der Informationsfluß ist meist einseitig an der Bedürfnissen des Arztes orientiert; der Patient hat wenig Chancen, sich aktiv mit eigenen Interessen ins Gespräch einzubringen."⁷⁰

Ein Sonderfall der Visitenforschung sind Untersuchungen, die Krankenhausabteilungen mit einem integrierten psychosomatischem Ansatz mit traditionellen Abteilungen vergleichen. Es zeigte sich, dass in einer Abteilung mit integriertem Ansatz in Ulm viele Kritikpunkte an der Krankenvisite günstig beeinflusst werden konnten: die Dauer der Visite stieg an, die Patienten hatten eine längere Sprechzeit, nahmen aktiver am Gespräch teil und erhielten mehr krankheitsbezogene Informationen als die in anderen untersuchten Krankenhäusern⁷¹. Siegrist führte das geringere Ausmaß asymmetrischer Kommunikation in einer psychosomatisch orientierten Abteilung auf eine größere "ärztliche Rollentoleranz" zurück⁷².

Die Situation in der hausärztlichen Sprechstunde stellt sich ganz anders dar als während der Krankenhausvisite. Die Beschränkung auf zwei Gesprächspartner verunmöglicht viele Phänomene, die in Visiten beschrieben wurden. So ist es zum Beispiel nicht möglich, den Patienten aus dem Gespräch ganz oder überwiegend auszuschliessen, indem die anderen Gesprächsteilnehmer über ihn hinweg reden. Auch die teaminterne Koordinierungsfunktion der Visite entfällt. Der Patient hat die Chance, den Arzt zu wählen, ist die Kommunikation unbefriedigend, so kann er den Arzt wechseln. Oft besteht eine gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung, eine gemeinsam erlebte Anamnese und ein Vertrauensverhältnis. Trotz dieser günstigeren Voraussetzungen beschreibt auch die Forschung zu Sprechstundengesprächen viele Defizite⁷³.

Von besonderem Interesse sind Untersuchungen zum Umgang des Arztes mit subjektiven Krankheitstheorien. Zwei solcher Untersuchungen sollen hier näher behandelt werden.

⁶⁹ Fehlenberg 1990 S. 265f

⁷⁰ Westphale und Köhle 1982

⁷¹ idem

⁷² Siegrist 1982

⁷³ Exemplarisch Löning 1985

Jennifer Hartog untersuchte anhand von 32 genetischen Beratungsgesprächen aus linguistischer Sicht Struktur, Inhalt und Funktion von Laienvorstellungen. Sie unterschied dabei zwischen "elizitierten", also vom Arzt erfragten, und "nicht-elizitierten" Wissensbeständen der Patienten zu genetischen Krankheiten. In den von ihr analysierten Gesprächen beobachtete sie häufig Fragen der Berater nach den Laienvorstellungen, bevorzugt im Anschluss an eine misslungene Problemdarstellung durch den Klienten. Die Art, in der diese erfragt werden, ist vorsichtig und indirekt. Hartog geht davon aus, dass der Berater "heterogene Wissensbestände" erwarte und die Frage so formuliere, dass den Patienten selbst bei Eingeständnis eines niedrigen Wissensstandes kein Gesichtsverlust drohe. Der Klient nutze bei der Beantwortung verschiedene Strategien wie "Verzögerungsphänomene⁷⁴" oder Authentifizierung der Informationsquellen, um den laienhaften Charakter seiner Ausführungen zu unterstreichen. Er erwarte eine positive Bewertung seiner Vorstellungen und fürchte ein negative. Daher vermieden es die Ärzte, Vorstellungen direkt zu verwerfen und bevorzugten es stattdessen, sich an Teile der elizitierten Patientenperspektive anzuhängen, denen sie zustimmen können. Oft erleichtere es der Klient dem Berater, die geäußerten Vorstellungen zu relativieren. An die Exploration schliesse die Vermittlung von gewünschten Vorstellungen durch den Berater an.

Nicht von den Beratern elizierte Laienvorstellungen treten nach den Beobachtungen von Hartog vor allem an solchen Stellen auf, an denen die Klienten mit Informationen überfrachtet würden. Solche, von Patienten initiierte Aktivitäten seien seltener als von Beratern initiierte zu beobachten⁷⁵.

Diese Untersuchung bietet interessante Ansatzpunkte für das eigene geplante Vorhaben, wenn auch zu vermuten ist, dass die Unterschiede zwischen dem Setting einer genetischen Beratung und eines hausärztliche Sprechstundengesprächs die Gemeinsamkeiten überwiegen.

Die zweite Studie trägt den Titel "Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt" und stammt von Helmuth Zenz, Claus Bischoff und anderen. Zugrunde liegen 54 Aufzeichnungen von Sprechstundengesprächen, die nach acht Kriterien geratet wurden, sowie standardisierte Patientenfragebögen zu Krankheitstheorien und Behandlungserwartun-

⁷⁴ darunter fallen z.B. Selbstunterbrechungen oder Pausen

⁷⁵ Hartog 1993

gen. Es wird nach psychosozialen und naturalistischen Krankheitskonzepten unterschieden. Diese interessante Studie beschränkt sich auf eine recht quantitativ-formale Analyse. Es fand sich ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Krankheitstheorien und entsprechenden Behandlungserwartungen, während dies bei naturalistischen nicht der Fall war. Interessant ist auch, dass die Art der Gesprächsgestaltung durch den Arzt mit der Äußerung von Krankheitstheorien oder Behandlungserwartungen durch den Patienten übereinstimmte. Gemessen wurde die Gesprächsgestaltung mit einer von Tausch et al. entwickelten Skala zur Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE). Ein Eingehen auf die Gefühle der Patienten ging mit einer größeren Häufigkeit der Äußerung psychosozialer Krankheitstheorien einher. Ein unerwarteter negativer Zusammenhang fand sich mit der Zufriedenheit mit dem Arzt bzw. dem Gespräch: Patienten, die vergleichsweise viel über psychosoziale Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen sprechen, seien weniger zufrieden als solche, die dies nicht tun. Es wurde weiter eine Korrelation verschiedener Aspekte zum Alter festgestellt: Je älter die Patienten sind, desto mehr naturalistische Krankheitsvorstellungen würden geäußert, desto mehr sinke der Gesprächsanteil und sinke das Ausmaß der Empathie, die der Arzt dem Patienten entgegenbringe⁷⁶.

Auf der Basis dieser Überlegungen zu Krankheitskonzepten, integrierter Medizin und dem Arzt-Patient-Gespräch wurden im Antrag für das Forschungsvorhaben die Ziele und Fragestellungen formuliert. Diese werden im folgenden und letzten Abschnitt der Einleitung dargestellt.

1.10 Ziel der Studie und Fragestellungen

Es werden Kommunikationsprozesse in der hausärztlichen Sprechstunde von Ärzten und Ärztinnen, die sich selbst als integriert arbeitend verstehen, untersucht. Ziel ist eine aus der Realität abgeleitete Beschreibung von praktizierter integrierter Medizin in der hausärztlichen Versorgung. Diese komplexe Aufgabe wird auf Krankheitskonzepte fokussiert und in vier Teilfragestellungen gegliedert:

⁷⁶ Zenz et al. 1989

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten stellen sich die folgenden Fragen:

- Welche Aspekte von Patientenkonzepten kommen in der hausärztlichen Sprechstunde zur Sprache? Wie unterscheidet sich die Sicht des Patienten von der des Arztes?
- Wie geht der Arzt mit diesen Informationen um?

Unter sprachformalen bzw. kommunikationsanalytischen Gesichtspunkten interessiert:

- Wie ermutigt der Arzt den Patienten, seine Konzepte zu äußern? Welchen Anteil an den Gesprächsinhalten nimmt die subjektive Sicht des Patienten ein? Was äußert der Patient spontan bzw. auf Nachfrage? Lassen sich bestehende Modelle der Gesprächsführung hier anwenden?

Die Allgemeinmedizin zeichnet sich dadurch aus, dass zwischen Arzt und Patient häufig eine Langzeitbeziehung besteht. Der Arzt hat in der Regel Vorinformationen über den Patienten, die aus früheren Begegnungen resultieren. Diese müssen berücksichtigt werden, um zu verstehen, welche Inhalte in der konkreten Konsultation thematisiert werden und welche nicht. Es ist allerdings bekannt, dass gerade in diesem gewachsenen Wissen ("Erlebte Anamnese") auch häufig Missverständnisse und Fehler vorzufinden sind. Die Vorstellungen des Arztes über das, was der Patient denkt, decken sich häufig nicht mit dem, was der Patient äußert, wenn man ihn gesondert fragt. Somit ergeben sich als weitere Fragen:

- Was weiß bzw. denkt der Arzt neben dem, was angesprochen wird, über die subjektive Sicht des Patienten? Was äußert der Patient, wenn man ihn gezielt fragt? In wie weit stimmen diese Aussagen überein?

Diese Fragen wurden teilweise im Verlauf des Prozesses modifiziert. Gründe und Art der Modifikation werden im Abschnitt 3.4.3 beschrieben.

2 Methodische Grundlagen

Für die Fragestellung erscheint ein qualitativer Forschungsansatz angemessener als der klassisch naturwissenschaftliche quantitative. Dies wird im folgenden begründet. Da der quantitative Ansatz immer noch von vielen als Maß aller Dinge angesehen wird, erscheint es notwendig, des weiteren kurz auf die Methoden der qualitativen Forschung sowie deren Vor- und Nachteile einzugehen. Im Anschluss daran werden Ansätze und Prinzipien der Grounded Theory und der Gesprächsanalyse erläutert, die für dieses Projekt eine Rolle spielen und nicht als allgemein bekannt vorausgesetzt werden können. Es wird dann das im Antrag geplante methodische Vorgehen wiedergegeben. Weitere Informationen zu Änderungen und zur konkreten Ausgestaltung des methodischen Prozederes finden sich im Abschnitt 3.

2.1 Qualitative Forschung

Was ist qualitative Forschung? Es handelt sich dabei nicht um eine einheitliche Methode, sondern um eine Gruppe von Methoden, die in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen entstanden sind und auf unterschiedlichen theoretischen Annahmen basieren. Klusmann beschreibt es folgendermaßen:

”Der Begriff qualitative Forschung hat sich für eine Gruppe von Forschungsmethoden durchgesetzt. Dazu gehören qualitative Inhaltsanalyse, Gesprächsanalyse (synonym: Diskursanalyse, Konversationsanalyse), biographische Forschung, narratives Interview, objektive Hermeneutik, ethnographische Feldforschung, Ethnomethodologie, Grounded Theory und andere Verfahren. Diese Methoden haben gemeinsam, daß sie die sinnhafte Repräsentation der sozialen Wirklichkeit beschreiben und analysieren, divergieren aber darin, welche Aspekte sie herausgreifen, wie sie vorgehen und was sie darüber hinaus noch tun.”⁷⁷

Die Anwendung qualitativer oder auch induktiver Verfahren wird häufig mit den Grenzen quantitativer oder deduktiver Verfahren begründet⁷⁸. Wesentlicher Kritikpunkt an letzteren ist, dass sie mit ihrer standardisierten Vorgehensweise die Ergebnisse einengen und nur die Untersuchung begrenzter Fragestellungen ermöglichen. Es lassen sich lediglich vorher formulierte Hypothesen überprüfen. Qualitative Verfahren hingegen ermöglichen es, Neues zu entdecken und Hypothesen zu formulieren. Gerade für ein komplexes und wenig bearbeitetes Forschungsgebiet wie das vorliegende sind letztere besser geeignet. Der zu erwartenden großen Vielfalt an Patienten, Problemen und

⁷⁷ Klusmann 1997a S. 99

⁷⁸ Vgl. z.B. Flick 1996 S. 10ff

Situationen in der hausärztlichen Sprechstunde und der Vielfalt an ärztlichen Umsetzungsformen von integriertem Arbeiten kann durch das in der qualitativen Forschung grundlegende Prinzip der Offenheit besser begegnet werden.

Mit dieser Offenheit geht der Verzicht auf die vorherige Festlegung von Standards und Regeln einher; im Gegenteil, während des Forschungsprozesses werden sowohl Fragestellungen als auch das methodische Vorgehen immer wieder überprüft und gegebenenfalls modifiziert. Dadurch verringert sich die Überprüfbarkeit. Um der Gefahr der Beliebigkeit entgegenzuwirken, ist eine kontinuierliche Reflexion des Forschungsprozesses notwendig. Flick schreibt dazu:

”Anders als bei qualitativer Forschung wird bei qualitativen Methoden die Kommunikation des Forschers mit dem jeweiligen Feld und den Beteiligten zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis, statt sie als Störvariable so weit wie möglich ausschließen zu wollen. Die Subjektivität von Untersuchten und Untersuchern wird zum Bestandteil des Forschungsprozesses.”⁷⁹

Der mit der Entscheidung für diese Methode verbundene Verzicht auf die Formulierung allgemeingültiger Aussagen wird bewusst in Kauf genommen. Dennoch schließt ein qualitatives Vorgehen eine Quantifizierung nicht vollständig aus. Sie wird im folgenden dort bewusst eingesetzt, wo sie der konkreten Darstellung der Ergebnisse dient, sollte aber nicht mit allgemeingültigen Aussagen zur Häufigkeit bestimmter Phänomene gleichgesetzt werden.

Die beiden klassischen Verfahren der Datengewinnung in der qualitativen Forschung sind die Befragung sowie die (teilnehmende) Beobachtung. Die Ergebnisse beider werden anschließend in eine schriftliche Form gefasst, z.B. als Transkript oder Feldnotiz. Ebenfalls schriftlich festgehalten wird der Prozess der Datengewinnung und –auswertung (Interviewprotokolle, Memos, Forschungstagebuch).

Hinsichtlich der Auswertung der so gewonnen verbalen Daten gibt es eine Vielzahl von Verfahren. Eine anschauliche Übersicht findet sich zum Beispiel bei Flick⁸⁰.

Es werden im folgenden zwei qualitative Verfahren herausgegriffen, deren sich dieses Vorhaben bedient: die Grounded Theory und die Gesprächsanalyse. Vorher will ich jedoch noch kurz begründen, warum ich mich gegen den Einsatz des Struktur-Lege-Verfahrens entschieden habe.

⁷⁹ Flick 1996 S. 15

⁸⁰ Flick 1996 S. 186 ff

Das Struktur-lege-Verfahren wurde speziell für die Rekonstruktion subjektiver Theorien entwickelt. Es handelt sich um eine Weiterentwicklung des Leitfadeninterviews, das in einer zweiten Sitzung mit dem Interviewten ergänzt wird. In dieser Sitzung werden dem Interviewten seine Hauptaussagen auf kleinen Kärtchen vorgelegt und er wird gebeten, diese, basierend auf bestimmten Regeln, miteinander in Beziehung zu setzen. Dieser Vorgang ermöglicht eine Vertiefung sowie eine Überprüfung, ob der Interviewpartner richtig verstanden wurde⁸¹. Diese Methode erschien zunächst attraktiv, weil es in diesem Projekt um subjektive Theorien geht. Allerdings war das primäre Ziel nicht ihre genaue Rekonstruktion, sondern die Beschreibung des Umgangs mit ihnen. Ein weiteres Problem wäre die Produktion zusätzlichen Datenmaterials angesichts der Fülle der bereits vorliegenden Daten gewesen. Auch die mit der Methode verbundenen Anforderungen an die Interviewpartner (sowohl zeitlich als auch intellektuell, denn die Regeln zum Verbinden der Hauptaussagen sind nicht unkompliziert), wurden als Hindernis eingeschätzt.

2.2 Grounded Theory

Bei der Grounded Theory (auch als gegenstandsbezogene Theorie übersetzt) handelt es sich um ein klassisches Verfahren der qualitativen Forschung, das in der Soziologie in den sechziger Jahren in der sogenannten Chicagoer Schule entwickelt wurde. Grundlegendes Werk ist die Monographie von Glaser und Strauss: "The Discovery of Grounded Theory"⁸². Klusmann beschreibt die Vorgehensweise der Grounded Theory folgendermaßen:

"Die Strategie der Grounded Theory besteht darin, durch systematische Sammlung und fortwährenden Vergleich der gesammelten Beobachtungen, Konzepte und schließlich im Idealfall ganze Theorien zu bilden.[...] Konzepte oder gar einen zusammenhängende Theorie aus Beobachtungsmaterial zu schaffen, ist m.E. das schwierigste Problem der qualitativen Forschung und gleichzeitig das größte Versprechen."⁸³

Für den Vorgang der Theoriebildung gibt es mittlerweile eine Reihe von Anleitungen und Anregungen⁸⁴. Wichtigstes Prinzip ist die Suche nach Ähnlichkeiten und Unterschieden. Die Rohdaten werden in einem „Kodieren“ oder „Kodierung“ genannten Prozess verschlüsselt. Flick beschreibt diesen Prozess folgendermaßen:

⁸¹ Für weiterführende Informationen vgl. z.B. Flick 1996 S. 99ff oder Scheele 1992

⁸² Glaser und Strauss 1967

⁸³ Klusmann 1997a S. 100

⁸⁴ Besonders hilfreich: Lofland und Lofland 1984

”Kodierung wird dabei verstanden als die Operationen, mit denen Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Weise wieder zusammengesetzt werden. [...] Nach diesem Verständnis beinhaltet Kodierung den ständigen Vergleich zwischen Phänomenen, Fällen, Begriffen etc. und die Formulierung von Fragen an den Text. Der Prozeß des Kodierens soll, ausgehend von den Daten, in einem Prozeß der Abstraktion zur Entwicklung von Theorien führen. Dabei werden dem empirischen Material Begriffe bzw. Codes zugeordnet, die zunächst nahe am Text und später immer abstrakter formuliert sein sollen.”⁸⁵

Es werden drei Schritte des Kodierens unterschieden: offenes, axiales sowie selektives Kodieren.

Beim **offenen** Kodieren werden Begriffe (=Kodes) Textabschnitten zugeordnet. Dazu werden die Daten zunächst in Sinneinheiten zerlegt und dann mit Anmerkungen und vor allem Kodes versehen. Da auf diese Weise hunderte von Kodes entstehen können, kann dies nicht für den gesamten Text vorgenommen werden, sondern nur für ausgewählte Passagen. Diese Kodes werden im nächsten Schritt kategorisiert, d.h. geordnet und gruppiert. Beim **axialen** Kodieren werden die so entstandenen Kategorien weiter verfeinert und differenziert. Ausserdem werden sie reduziert, indem nur die wichtigsten ausgewählt und zu Achsenkategorien weiter bearbeitet werden. Es werden des weiteren Beziehungen zwischen den verschiedenen Kategorien hergestellt. Das **selektive** Kodieren zielt auf das Erarbeiten einer “Kernkategorie” oder eines zentralen Phänomens und auf die Formulierung einer Theorie. Diese wird dann an den Daten erneut überprüft⁸⁶.

Die drei Schritte sind in der Realität nicht immer strikt voneinander zu trennen. Sie müssen auch nicht klar getrennt und nacheinander durchlaufen werden, sind aber als Orientierung im Auswertungsprozess hilfreich.

Ein wichtiger Gedanke der Grounded Theory ist der der schrittweisen Fallauswahl, das "theoretical sampling". Zugrunde liegt ein hin- und herwechseln zwischen Datenerhebung und Auswertung: Die ersten erhobenen Daten werden gleich bearbeitet, und die Ergebnisse fließen in die Auswahl weiterer Datenquellen ein. Im Gegensatz zu herkömmlichen Verfahren wird die Größe und Art der Stichprobe also bewusst nicht vorher, sondern erst im Laufe des Forschungsprozesses festgelegt.

⁸⁵ Flick 1996 S. 197

⁸⁶ Flick 1996 S. 198 ff

2.3 Gesprächsanalyse

Verschiedene Begriffe beschreiben den Vorgang, Gespräche zu untersuchen, z.B. Gesprächsanalyse, Diskursanalyse oder Konversationsanalyse.

Dabei ist **Gesprächsanalyse** als Oberbegriff für viele Strategien der Untersuchung von Gesprächen - d.h. in natürlichen Kontexten produzierten Texten - anzusehen. Gesprochene Sprache zeichnet sich - in Abgrenzung von geschriebener oder Monologen - unter anderem durch die folgenden Merkmale aus⁸⁷:

- Sprechwechsel ("Turns")
- Äußerungen treten nicht isoliert auf, sondern sind von vorhergehenden geprägt und prägen wiederum die folgenden
- Äußerungen sind im Hinblick auf die Bedürfnisse des konkreten Empfängers zu diesem konkreten Zeitpunkt gestaltet

Konversationsanalyse bezeichnet eine Forschungsrichtung innerhalb der Soziologie, genauer der Ethnomethodologie, die sich mit der Herstellung sozialer Wirklichkeit befasst. Sie wurde vor allem in der Linguistik vorangetrieben. Stand primär die Untersuchung alltäglicher Gespräche im Vordergrund, so waren später spezifische Gesprächsformen wie z.B. das Arzt-Patienten-Gespräch, oder andere Beratungsgespräche Gegenstand von Untersuchungen.

Die Konversationsanalyse im klassischen Sinne konzentriert sich auf formale Strukturen des Gesprächsablaufs, auf die "technische Perspektive", wie Wolff es nennt⁸⁸. Bliesener spricht von der "Rekonstruktion des Entwicklungsprozesses eines konkreten Gespräches" anhand der Identifizierung von Gesprächstechniken, die (mehrheitlich unbewusst) benutzt werden, um übergeordnete Gesprächsziele zu erreichen⁸⁹. Gebräuchliche Beispiele für kurzfristige Gesprächsziele sind: am Wort bleiben, ans Wort kommen oder den Partner beeinflussen, z.B. bremsen, bestärken oder aktivieren. Langfristige Gesprächsziele wären zum Beispiel trösten, stärken oder überzeugen.

Innerhalb dieser Forschungsrichtung wird kontrovers diskutiert, in wie weit über die formale Beschreibung hinaus inhaltliche Interpretationen zulässig sind. Unbestritten dürfte sein, dass eine inhaltliche Analyse nur auf der Grundlage einer formalen sinnvoll ist. Der Begriff **Diskursanalyse** beschreibt eine Weiterentwicklung der Konversations-

⁸⁷ In Anlehnung an Flick 1989 S. 171

⁸⁸ Wolff 1986 S. 56

⁸⁹ Bliesener 1986 S. 25

analyse, die sich auf die Nachzeichnung von Diskursen⁹⁰ zu bestimmten Themen konzentriert.

Bestehende Untersuchungen haben nützliche Begriffe für die Beschreibungen des Ablaufs von Gesprächen erarbeitet, auf die in der vorliegenden Studie zurückgegriffen werden kann:

Die einfachste Einteilung von Gesprächen ist die in drei Phasen:

- Anfang oder Eröffnung,
- Mitte oder Hauptteil oder auch Themenphase und
- Ende oder Schlussphase.

Diese Phasen (vor allem die erste und die letzte) unterliegen jeweils bestimmten Regeln und Ritualen.

Unter einem Gesprächsschritt (auch "turn") wird ein beliebig langer Abschnitt der Rede einer Person verstanden, vor und nach dem diese Person schweigt⁹¹. Der Gesprächsschritt endet mit einem Sprecherwechsel. Dabei gelten "Hörersignale", d.h. kurze sprachliche Äußerungen einer anderen Person, die nicht auf eine Übernahme der Sprecherrolle zielen oder sie nicht erreichen, nicht als Gesprächsschritt.

Verbale Hörersignale (ein nicht verbales wäre z.B. Kopfnicken) sind meistens einzelne Worte oder kurze Äußerungen (z.B. "ja", "so", "mmh", "stimmt"). Sind sie länger, so bezeichnet man sie auch als Höreräußerungen (z.B. "das ist ja toll"). Hörersignale können der Bekundung der Aufmerksamkeit und oder der Einstellungsbekundung (Zustimmung bzw. Ablehnung) dienen. Hörersignale können vom Sprecher gefordert werden, etwa durch Vergewisserungsformeln (z.B. "nicht wahr") oder Pausen. Sie dienen dann als Rückmeldung. Mit Hörersignalen kann der Hörer darüber hinaus versuchen, das Gespräch zu steuern, zum Beispiel, indem er Themen, die ihn interessieren, stärker mit Hörersignalen begleitet als andere. Abzugrenzen von den Hörersignalen sind Gliederungssignale. Dabei handelt es sich um Worte oder Wendungen (z.B. "ja", "also", "und so weiter"), die in erster Linie dazu dienen, den Gesprächsbeitrag zu strukturieren⁹². Oft kommen sie am Beginn oder am Ende eines Beitrages vor, vielfach treten sie auch mehrfach auf. Mitunter kann ein Wort (z.B. "ja")

⁹⁰ Fremdwörterbuch: 1. Erörterung, Verhandlung 2. die von einem Sprachteilhaber auf der Basis seiner sprachlichen Kompetenz tatsächlich realisierten sprachlichen Äußerungen (Sprachwissenschaften)

⁹¹ Brinker und Sager 1996 S. 11 und S. 57

⁹² Brinker und Sager 1996 S. 66

beide Funktionen erfüllen, so dass zwischen Hörersignal und Gliederungssignal nicht eindeutig unterschieden werden kann. Gesprächsschritt beanspruchende Signale sind solche, mit denen der Hörer versucht, die Sprecherrolle zu erlangen, sich aber nicht durchsetzen kann⁹³.

2.4 Geplantes methodisches Vorgehen

Ein Arzt und zwei Ärztinnen, die sich selbst als integriert arbeitend bezeichnen, konnten vorab zur Mitarbeit gewonnen werden. In Grundsatzinterviews sollte das Selbstverständnis der beteiligten Ärzte und ihre Auffassung von integrierter Medizin erfasst werden. Mittels der Analyse von Konsultationen in den Hausarztpraxen dieser drei Ärzte und ergänzenden Interviews sollte, vom Fall ausgehend, eine Abstrahierung bzw. Theoriebildung erfolgen. In den Interviews mit dem Arzt über den Patienten und in Interviews mit den Patienten sollten vor allem die subjektive Sichtweise des Patienten und sein Krankheitskonzept im Vordergrund stehen. Tabelle 2.1 fasst die im Antrag beschriebene Erhebungsstrategie zusammen.

Tabelle 2.1 Übersicht über die Erhebungsstrategie

Datenquelle	Beteiligte
Grundsatzinterviews (Verständnis von integriertem Vorgehen)	3 Hausärzte
Tonbandaufzeichnungen von Sprechstundengesprächen	ca. 10 Patienten pro Arzt, 1-3 Gespräche pro Patient
Interviews mit den Ärzten über die subjektiven Krankheitskonzepte des betreffenden Patienten	3 Hausärzte à 10 Patienten
Interviews mit den Patienten über ihre subjektiven Krankheitskonzepte	30 Patienten

Es war vorgesehen, die mündliche Dokumente wörtlich zu verschriftlichen und einer qualitativen Textinterpretation zu unterziehen, die grundsätzlich nach den Prinzipien des theoretischen Kodierens (Kodierung und Kategorisierung mit dem Ziel der Theorieentwicklung im Sinne von Glaser und Strauss⁹⁴) vorgehen sollte, aber darüber hinaus der zusammenhängenden Darstellung und vertiefenden Analyse des Einzelfalls

⁹³ Einen Überblick über die umfangreiche Literatur und weitergehende Einteilung von Hörersignalen findet sich bei Henne und Rehbock 1995 S. 293ff

⁹⁴ Glaser und Strauss 1967.

verpflichtet sein sollte. Zur Sicherung des Erfolges wurde eine Supervision durch einen Wissenschaftler mit Erfahrung in qualitativen Methoden angestrebt.

Geplant war weiter, die beteiligten Ärzte in den Auswertungsprozess einzubeziehen, indem die Ergebnisse zu verschiedenen Zeitpunkten mit ihnen diskutiert und gemeinsam weiter entwickelt werden sollten.

3 Organisation und Entwicklung des Projektes

3.1 Aktivitäten in der zeitlichen Abfolge

Mit Schreiben vom 18.5.1998 wurde die Jurierung des im Dezember 1997 beantragten Vorhabens bekanntgegeben. Auch wenn die Finanzierung nicht in vollem Umfang gesichert war, konnte die Realisierung des Vorhabens begonnen werden.

Das erste Treffen mit den beteiligten Ärzten am 16. Juli 1998 diente der Sicherung der Mitarbeit der beteiligten Ärzte sowie dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Austausch der jeweiligen Vorstellungen über den Projektverlauf. In der Diskussion über die konkrete Ausgestaltung der Datenerhebung in den Praxen wurden sowohl Fragen des Datenschutzes als auch der Zumutbarkeit für Arzt und Patient berücksichtigt.

Das Vorgehen bezüglich der Patientenrekrutierung wurde daraufhin festgelegt und mit dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten endgültig abgestimmt. Eine Anfrage bei der Ethikkommission der Ärztekammer ergab, dass das Projekt nicht genehmigungspflichtig ist, sofern datenschutzrechtliche Belange gewährt werden, da es sich weder um klinische Forschung am Menschen noch um epidemiologische Forschung mit personenbezogenen Daten handelt.

Die drei Grundsatzinterviews mit den beteiligten Ärzten wurden zwischen Ende August und Oktober 1998 durchgeführt. Die Auswertung der Grundsatzinterviews erfolgte vorwiegend im November und Dezember des gleichen Jahres.

Am 24. September 1998 fand eine erste Methodenberatung durch Herrn Prof. Flick statt. Im Mittelpunkt standen das Projektdesign insgesamt sowie Vorüberlegungen zur Auswertungsstrategie. Herr Prof. Flick regte an, einzelne Aspekte in Diplom- bzw. Doktorarbeiten auszulagern. Im November 1998 konnte eine Medizinstudentin, Frau Isabel Wischmann, als Doktorandin gewonnen werden.

Anfang Januar 1999 wurden – zunächst bei einem Arzt - die ersten Sprechstundengespräche aufgenommen und zeitgleich die Auswertung begonnen.

Am 12. Januar 1999 fand das zweite Treffen mit allen beteiligten Ärzten statt. Es diente der Information der Ärzte über den Projektverlauf, insbesondere über die ersten Erfahrungen mit der Erhebung. Die Auswirkungen der Studie auf Arzt und Patient waren

ein wichtiges Thema der Diskussion. Die Auswahlstrategie für die zukünftigen Fälle wurde überdacht. Zweiter wichtiger Punkt war die Diskussion und Vertiefung der Auswertung der Grundsatzinterviews.

In der zweiten Methodenberatung am 14. Januar 1999 in Hamburg gab Herr Prof. Flick ein Feedback zum Interviewleitfaden, Interviewstil und zur Auswertung der Grundsatzinterviews. Der Zeitplan für die verbleibende Projektlaufzeit wurde diskutiert.

Im Januar und Februar 1999 wurden, angeregt durch auf die neuen Aspekte der beiden Treffen, die Auswertung der Grundsatzinterviews weiter entwickelt, die Leitfäden für die fallbezogenen Interviews erarbeitet, sowie die ersten Patienten- und Arztinterviews geführt.

Die Versendung und Ausarbeitung des Zwischenberichts fand im März 1999 statt. Er wurde positiv aufgenommen. Nach Eingang des Zwischenberichts erklärte sich die Carl-Gustav-Carus Stiftung dankenswerter Weise bereit, eine weitere Geldmenge zur Verfügung zu stellen.

Auf Einladung von Prof. Köhle konnte ich am 22. Juni 1999 das Projekt im Rahmen des regelmäßig stattfindenden Kolloquiums des Instituts für Psychosomatik und Psychotherapie in Köln vorstellen und anhand einer Gesprächsaufzeichnung Auswertungsansätze diskutieren. Das Projekt stieß auf Interesse und wurde lebhaft diskutiert. Vor allem hinsichtlich gesprächsanalytischer Methoden, sowie weiterer Literatur dazu, ergaben sich eine Reihe Anregungen.

Mit anderen am Universitätskrankenhaus Eppendorf angesiedelten qualitativen Forschungsprojekten fand zu mehreren Zeitpunkten ein informeller Austausch statt.

Im Mitteilungsblatt der Akademie für Integrierte Medizin von Juli/August 1999 (AIM-Telegramm) wurde das Projekt vorgestellt.

Ab September 1999 wurden die nächsten Fälle beim zweiten Arzt aufgezeichnet.

Anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in Dresden wurden die ersten Ergebnisse präsentiert.⁹⁵

⁹⁵ Dunkelberg S (1999) Der Umgang von Hausärzten mit subjektiven Krankheitsvorstellungen von Patienten. Vortrag auf dem 33. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Dresden, 22.-25.9.1999. Z Allg Med 75 Kongreß Abstracts

Am 13. Oktober 1999 erfolgte eine weitere persönliche und ausführliche Methodenberatung durch Herrn Prof. Flick. Im Mittelpunkt standen Verzögerungen im Zeitplan und der Umgang damit, die Überarbeitung der zu verfolgenden Fragestellungen und Prioritätensetzung sowie die Auswertungsstrategie.

Ab Januar 2000 begann auch der dritte Arzt mit den Fallaufzeichnungen.

Das dritte Treffen mit den beteiligten Ärzten am 4. April 2000 diente der Präsentation und Diskussion erster Ergebnisse der Fallanalysen. Die teilnehmenden Ärzte waren grundsätzlich einverstanden und konnten einige interessante Ergänzungen machen. Sie berichteten von bislang sehr positiven Erfahrungen mit der Akzeptanz bei den Patienten.

Die letzten Erhebungen für die Fallanalysen fanden von April bis Juli 2000 statt. Die Auswertung, die, wie bereits oben beschrieben, parallel zur ersten Datenerhebung im Januar 1999 begonnen hatte, wurde in den beiden letzten Projektmonaten vorläufig abgeschlossen.

Im September 2000 wurden weitere Ergebnisse auf der Jahrestagung der DEGAM präsentiert⁹⁶, sowie zwei Beiträge für das Mitteilungsblatt der Akademie für Integrierte Medizin (AIM-Telegramm) für die nächsten Ausgaben verfasst. Weitere Publikationen sind geplant, werden aber noch etwas auf sich warten lassen, da ich ab Oktober 2000 im Mutterschutz und anschliessend im Erziehungsurlaub sein werde.

Beim letzten und vierten Treffen mit den Ärzten am 12. Oktober 2000 ging es einerseits um einen Rückblick auf den Projektverlauf und andererseits um die Diskussion der Ergebnisse anhand erster Entwürfe für diesen Bericht. Was den Verlauf angeht, so überwog die Zufriedenheit aller Beteiligten deutlich kleinere Kritikpunkte. Das Projekt wurde als bereichernde Erfahrung angesehen. Die Diskussion der Ergebnisse führte zur Weiterentwicklung der Kategorie Arzt-Patient-Beziehung. Es flossen außerdem interessante Gedanken aus der theoretischen Fundierung integrierter Medizin in die Deutung der Ergebnisse ein.

⁹⁶ Dunkelberg S (2000) Die Scheu der Patienten vor dem Einbringen ihrer subjektiven Krankheitsvorstellungen. Vortrag auf dem 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Ulm, 21.-24.9.2000. Z Allg Med 76 Kongreß Abstracts

3.2 Grundsatzinterviews

In diesen Interviews sollte in erster Linie das Selbstverständnis der beteiligten Ärzte und ihre Auffassung von integrierter Medizin erfasst werden. Diese Informationen dienen der besseren Beschreibung des Kontextes, in dem die Untersuchung steht, aber auch der Entwicklung von konkreten Fragen bei der Auswertung der Fälle: so kann gezielt überprüft werden, ob sich das, was der Arzt als integriertes Arbeiten begreift, in den Fragestellungen wiederfindet.

3.2.1 Interviewleitfaden

Bei den nach dem inhaltlichen Aspekt als Grundsatzinterviews benannten Interviews mit den drei beteiligten Ärzten handelt es sich um Leitfadeninterviews, die mit Elementen aus verschiedenen Interviewformen arbeiten, unter anderem dem episodischen, dem Experten- und dem fokussierten Interview⁹⁷. Das fokussierte Interview wird hier ohne die Verbindung mit vorgegebenen Reizen (zum Beispiel der Vorführung eines Filmes) benutzt. Die Fokussierung bezieht sich in diesem Fall auf das Thema der Untersuchung.

Von einem episodischen Interview kann man in dem Sinne sprechen, dass sowohl narrativ-episodisches Wissen (Biographie, Fallbeispiele) als auch abstrahierte Annahmen erhoben wurden. Es wurde vorausgesetzt, dass die Interviewpartner Experten für das Thema sind, da sie sich als integriert arbeitende Ärzte bezeichnen. Dabei war allerdings unklar, inwieweit sie in der Lage sind, ihre Erfahrungen auf einem theoretischen Niveau abstrahiert darzustellen. Das Interview wurde daher so angelegt, dass mehrfach Beispiele erfragt wurden, um näher am Erfahrungshintergrund zu bleiben.

Anders als beim klassischen Experteninterview interessierte auch die persönliche Entwicklung der Experten, soweit sie von Bedeutung für das Thema war. Dieser Interviewform wurde vor allem die stufenweise Einengung der Offenheit der Fragen entnommen, die zu einzelnen Themenbereichen jeweils so gestaltet wurden, dass sie nach einem offenen Beginn zunehmend spezifischer und konkreter wurden. Neben allgemeinen und spezifischen Sondierungen wurden auch theoriegeleitete Fragen, die an der Literatur zum Thema orientiert sind, eingesetzt. Diese dienten zur Anregung, falls das unmittelbar verfügbare theoretische Wissen sehr schnell erschöpft sein würde, bzw. zur Vertiefung und zum Herausarbeiten von abweichenden Auffassungen.

⁹⁷ Für eine Zusammenfassung der Interviewformen vgl. Flick 1996 S. 94 ff

Der als Anlage angefügte Leitfaden gliedert sich in folgende Themen und Unterthemen:

- Beruflicher und persönlicher Werdegang
- Bedeutung der Akademie für Integrierte Medizin
- Theoretisches Konzept von integriertem Arbeiten
- Praktische Umsetzung
 - Kommunikationsstil
 - subjektive Wirklichkeit / Krankheitskonzepte
 - erlebte Anamnese

Die allgemeinen Grundlagen und Prinzipien qualitativer Interviews wie non-direktiver Gesprächsstil, Offenheit für neue Aspekte oder flexibler Umgang mit der Reihenfolge der Fragen wurden berücksichtigt. Es wurde zu jedem Interview ein Protokoll angefertigt.

3.3. Fallanalysen

Die Fallanalysen bestehen jeweils aus drei Teilen: einem Sprechstundengespräch, einem Interview mit dem Patienten sowie einem Interview mit dem betreffenden Arzt über diesen Patienten.

Entsprechend der Fragestellungen des Projektes verfolgten die Fallanalysen zwei Ziele: Zum einen sollte am konkreten Fall untersucht werden, welche Rolle die subjektiven Krankheitskonzepte des Patienten spielen und wie Arzt und Patient damit umgehen, zum anderen ging es um die Frage, was integriertes Arbeiten im einzelnen Fall bedeutet.

3.3.1 Aufklärungsverfahren und Datenschutz

An einem für den Arzt günstigen Tag wurden Patienten, die an diesem Tag in die Sprechstunde kommen, spontan um ihre Teilnahme am Projekt gebeten. Die Auswahlkriterien werden im nachfolgenden Abschnitt thematisiert. Die Aufklärung der Patienten vor der Aufnahme wurde auf das vertretbare Minimum begrenzt; die ausführliche Aufklärung im Anschluss an das Gespräch geführt.

Nach Eintritt in das Sprechzimmer, aber vor Beginn des Gesprächs, informierte der Arzt den Patienten kurz darüber, dass er an einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Kommunikation zwischen Arzt und Patient teilnimmt, und in diesem Zusammenhang das Gespräch aufnehmen möchte. Er stellte genauere Informationen nach dem Gespräch in Aussicht. Willigte der Patient ein, so bat er ihn, sich möglichst normal zu

verhalten. Nach der Aufzeichnung des Gespräches folgte ein kurzes Nachgespräch und die Aushändigung und Erläuterung des ersten der zwei Merkblätter⁹⁸. Wurde dieses Gespräch für die weitere Analyse ausgewählt, so rief der Hausarzt den betreffenden Patienten an und gab bei Zustimmung dessen Telefonnummer weiter. Die Interviewerin nahm dann telefonisch mit dem Patienten Kontakt auf, erläuterte die weiteren Schritte und vereinbarte bei Zustimmung einen Interviewtermin. Mit der Bestätigung des Interviewtermins wurde das zweite Merkblatt zugesandt. Vor der Durchführung des Interviews wurden die beiden schriftlichen Einwilligungen des Patienten eingeholt.

Es wurde im Aufklärungsprozess großer Wert darauf gelegt, dass die Teilnahme freiwillig ist, eine Ablehnung keine negativen Auswirkungen hat und die Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann.

Zur Anonymisierung wurden die Namen der Patienten durch Codenamen ersetzt, die Codeliste wird sicher verwahrt. Um eine Identifizierung der Ärzte und Ärztinnen zu erschweren, ist in diesem Bericht und der übrigen Außendarstellung nur von Ärzten die Rede. Interviewpassagen wurden dementsprechend verändert (aus "Ärztin" wird "Arzt" aus "sie" wird "er"), ohne die Veränderungen zu kennzeichnen.

3.3.2 Aufzeichnung der Sprechstundengespräche

Um nicht mehr Material zu gewinnen, als zu verarbeiten war und um die Präsenz der Aufzeichnung für die Interviewten in Grenzen zu halten, wurde auf die Verwendung von Videoaufnahmen bewusst verzichtet. Die Aufnahmen erfolgten mit kleinen Kassettenrecordern, die auf den Schreibtischen der Ärzte standen.

Die Aufzeichnung der Gespräche in den Praxen fand in "Serien" in jeweils einer Praxis statt, so dass bei jedem Arzt jeweils zwei Serien von drei bis fünf Aufzeichnungen durchgeführt wurden. Dabei wurden die zeitlichen Möglichkeiten der Ärzte für die Auswahl der Erhebungszeiträume berücksichtigt. Phasenweise auftretende stärkere Arbeitsbelastung der Hausärzte durch Grippewellen, Urlaubsvertretung oder personelle Probleme in den Praxen verzögerten immer wieder die geplanten Aufzeichnungen von Gesprächen. Ebenfalls zu den Verzögerungen beigetragen haben dürfte, dass es die Ärzte immer wieder aufs neue ein wenig Überwindung kostete, sich zum Subjekt der Forschung zu machen.

⁹⁸ Die beiden Merkblätter befinden sich im Anhang.

Wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, wurden insgesamt 27 statt der ursprünglich angestrebten 30 Fälle eingeschlossen, was zum einen auf zeitliche Probleme und zum anderen auf unerwartet viele Teilnahmeverweigerungen durch Patienten nach erfolgter Gesprächsaufzeichnung gegen Ende des Projektes zurückzuführen ist (vgl. 3.3.3.2).

Tabelle 3.1 Übersicht über die Gesprächsaufzeichnungen

Arzt	Zeitraum	Anzahl Fälle
1	Januar - März 1999	5
	April - Juni 2000	5
2	September - November 1999	5
	Januar - April 2000	5
3	Januar - Februar 2000	3
	Juni - Juli 2000	4

Das Untersuchungsdesign weist sowohl in Bezug auf die Ärzte als auch auf die Patienten eine erhebliche Selektion auf. Da diese nicht als Störfaktor angesehen wird, sondern als Kontext, der möglichst genau beschrieben werden sollte, wird im folgenden detailliert dargestellt, wie die Patientenstichprobe zustande kam.

Die Merkmale der Patienten und der Gespräche werden im Abschnitt 4.1 dargestellt. Hat man einen Patienten um die Teilnahme gebeten, so muss man damit rechnen, dass das Wissen um die Studiensituation sich zwar sowohl für den Arzt als auch für den Patienten auf das Gespräch auswirkt. Die damit verbundenen Aspekte werden daher ebenfalls ausführlich thematisiert (vgl. Abschnitt 4.2).

3.3.3 Zustandekommen der Patientenstichprobe

Für das Zustandekommen der Patientenstichprobe spielten zunächst die Einschlusskriterien eine wichtige Rolle. Im zweiten Schritt wird die Teilnahmebereitschaft der Patienten beschrieben. Drittens wurden einige - zunächst durch die Ärzte ausgewählte und teilnahmebereite - Patienten nicht in die Studie eingeschlossen.

3.3.3.1 Einschlusskriterien

Das Untersuchungsdesign sah vor, entsprechend der Methode des „theoretical sampling“ die Fallauswahl sukzessive und in Beziehung zu Hypothesen aus der sich parallel

entwickelnden Datenanalyse vorzunehmen (vgl. 2.2). Da es für die Ärzte wichtig war, sich mit der Untersuchungssituation wohlfühlen, wurden möglichst wenig Vorgaben gemacht (Kriterium der Annehmlichkeit nach Patton⁹⁹).

Die Ärzte wurden dahingehend instruiert, dass nicht nur gelungene Gespräche für die Untersuchung interessant waren. Überwogen bestimmte Situationen oder Patienten, so wurde der Arzt gebeten, gegen zusteuern. Nachdem z.B. die ersten beiden Gespräche eines Arztes Frauen mit funktionellen Störungen betrafen, bei denen es um die Besprechung von Befunden ging, bat ich den Arzt, auch einen Mann zu fragen und ebenfalls Patienten zu berücksichtigen, die mit akuten Beschwerden kommen.

Ausgeschlossen wurden Patienten,

- die der deutschen Sprache nicht fließend mächtig sind, (was in einer Praxis zu einem Ausschluss eines erheblichen Teils der Patienten führt),
- die durch das Interview intellektuell oder emotional überfordert wären (z.B. sehr alte, ängstliche, psychiatrisch kranke oder körperlich schwerkranke Patienten) und solche,
- die die Ärzte noch nie zuvor gesehen haben (Erstkontakte).

Die Auswahl der Patienten wurde mit den beteiligten Ärzten mehrfach thematisiert. Die Ärzte nahmen in der Regel Aufnahmen nur an Tagen ohne besonders hohen Arbeitsanfall vor; alle bevorzugten die Vormittagssprechstunde, ein Arzt vor allem den Beginn der Sprechstunde - alles in allem Situationen ohne zu lange Wartezeiten. Dadurch wurden gewisse Situationen nicht erfasst:

"Ich bin absolut sicher, dass wenn man hier 'n Tonbandgerät hier stehen hat, dass man sich anders verhält... ich würde z.B., wenn ich weiß, hier läuft 'ne Aufnahme, äh, nicht das machen, was ich sonst als Triage bezeichne, wenn es hier irgendwie richtig voll ist, dann kann ich auch mal die Leute in drei Minuten abfertigen und die wieder losschicken und sagen, kommen Sie noch mal wieder, heute hab ich keine Zeit ...ich bin dann sehr viel sortierter...wenn ich weiß, ich hab Zeit. Dann kann ich viel mehr meine Aufmerksamkeit drauf zentrieren, dass zu sortieren und nicht drei Sachen gleichzeitig zu machen sondern eins nach 'm anderen, äh, irgendwie klarer strukturieren, also das denk ich schon, dass ich dann auch von vorneherein die Bereitschaft hab, mir mehr Zeit zu nehmen. Vielleicht, wo ich vorher mit fünf bis zehn Minuten ausgekommen wär, das dann auf fünfzehn oder zwanzig Minuten ausdehn." (Arztinterview Frau Vogel)

Alle Ärzte gaben an, Patienten gewählt zu haben, bei denen sie davon ausgegangen sind, dass diese zustimmen würden.

"...weil ich spontan entschlossen hab, das nehm ich auf und ich war auch ziemlich sicher, dass sie das mitmachen würde, also das ist immer so'n Grundgefühl, was ich

⁹⁹ Flick 1996 S. 88

dann hab, so die erste Frage, wie, was für 'ne Beziehung hab ich zu den Patienten, das weiß ich dann einfach, dass die das macht. Und deswegen frag ich sie. "(Arztinterview Frau Wagen)

Für die Ärzte ist ein Vertrauensverhältnis unabdingbar, um den Patienten um seine Teilnahme zu bitten. Es wurden daher eher "treu ergebene" Patienten eingeschlossen, zu denen eine entspannte Beziehung ohne aktuelle Konflikte bestand als Problempatienten.

"Ja ich hab mir erstmal gesagt, die ist, die ist gut, die nehm ich auf, also als ich die Karte gesehen hab, hab ich gedacht, das, das geht problemlos, so war's ja auch." (Arztinterview Frau Vogel)

„Und trotzdem weiß ich, dass wir ,n gutes Vertrauensverhältnis haben, sonst hätte ich sie nicht gefragt, also so'ne Patientin, die so'ne niedrige Angstschwelle hat, ähm, würd ich nicht fragen, ob sie sowas mitmacht, wenn ich nicht wüßte, wir ha'm ,ne gemeinsame Basis.“ (Interview Frau Nashorn)

Ein Arzt beschrieb, dass er bei einem Patienten auf die Anfrage verzichtete, von dem er annahm, dass er bestimmt gerne mitgemacht hätte, weil er befürchtete, dass dieser Patient die besondere Situation der Aufnahme genutzt hätte, um sehr ausführlich zu reden und das Gespräch zu langwierig werden würde.

Die Datenanalyse ergab entgegen der ursprünglichen Erwartungen keine klaren Hinweise auf weitere Einschlusskriterien. Bei jedem Fall kam ein neuer Aspekt hinzu, und äußerliche Kriterien wie Geschlecht oder Situation spielten keine große Rolle. Angesichts der geringen Vorhersehbarkeit war es schwierig, den Ärzten sinnvolle Vorgaben für die Auswahl weiterer Fälle zu machen. Dies könnte darauf hinweisen, dass die "Sättigung" noch nicht erreicht ist und es sich lohnen würde, noch weiteres Material zu sammeln.

3.3.3.2 Teilnahmereitschaft der Patienten

Nur wenige Patienten lehnten die Teilnahme an der Studie ab, einige bereits vor der Aufnahme des Sprechstundengesprächs, andere danach. Nach Durchführung des Interviews zog kein Patient seine Einwilligung zurück.

Bei einem Arzt lehnten zwei oder drei Patienten die Teilnahme an der Studie ab, als der Arzt sie um die Aufzeichnung bat.

"...ein Coronarpatient hat's abgelehnt, der also zwei große Infarkte hinter sich hat mit jede Menge Risikofaktoren und auch sonst, äh, nicht soziale Belastung aber psychische Belastung, ... gleichzeitig auch noch, äh, aufgrund seines Übergewichts mit jeder Menge Störungen im Bewegungsapparat zu tun hat, ... und selber eher so depressiv das Ganze verarbeitet, der hat gesagt, ach wissen Sie, das möchte ich nicht auch noch machen. Wo ich ihm fast dankbar war, ne, wenn Leute das, äh, können, das ist schon ziemlich gut, dass er (...) und das hab ich dann auch, ja, ich hab dann gesagt, überhaupt

kein Problem, mal gefragt, und Sie dürfen das frei entscheiden." (Nachgespräch nach Arztinterviews am 5.11.99)

Ein zweiter Mann mit einer Herzerkrankung lehnte die Aufnahme ebenfalls, für den Arzt überraschend, ab. Beim dritten Treffen meinte dieser Arzt, sich an einen weiteren Patienten zu erinnern, war sich aber nicht sicher.

Bei einem anderen Arzt lehnten mehrere Patienten die Teilnahme an der Studie erst nach Aufzeichnung des Sprechstundengesprächs und Aushändigung des Merkblatts ab. Bei einem jungen Mann wurden im Gespräch spontan Weise sexuelle Probleme thematisiert, so dass der Grund für die nachträgliche Ablehnung darin zu vermuten ist, dass ihm diese Problematik doch zu intim erschien, um sie mit einer Fremden zu erörtern. Drei Patienten aus der letzten Serie, zwei Männer und eine Frau, zogen ihre mündliche Einwilligung ohne Begründung zurück. Der Arzt hatte bei allen dreien nicht mit dieser Ablehnung gerechnet; er gab an, es habe sich um ganz normale hausärztliche Gespräche gehandelt, bei denen keine besonders sensiblen Themen im Vordergrund gestanden hätten. Diese Fälle unterschieden sich durch die anderen lediglich dadurch, dass der Arzt an diesem Vormittag "unselektierter als sonst, jeden, der so kam", einschloss. Da es sich um die letzte Serie handelte und eine so hohe Ablehnungsrate aufgrund der Vorerfahrungen nicht vermutet werden konnte, reduzierte sich die Fallzahl angesichts der Notwendigkeit, die Datenerhebung im Juli abzuschliessen auf 27 statt der angestrebten 30 Fälle.

3.3.3.3 Nichteinschluss von teilnahmebereiten Patienten

Von den aufgezeichneten Gesprächen wurden nur sehr wenige nicht verwendet: Aus der ersten Serie von acht Gesprächen wurden fünf ausgewählt. Da sich herausstellte, dass grundsätzlich alle Gespräche brauchbar erschienen und der Nichteinschluss möglicherweise für die Patienten als Kränkung empfunden werden könnte, wurde beim zweiten Treffen mit den Ärzten beschlossen, zukünftig nur so viele Gespräche aufzuzeichnen, wie Verwendung finden würden. Daher kam es nur noch zweimal dazu, dass ein aufgezeichnetes Gespräch nicht verwendet wurde. In einem Fall war die Untersucherin, die in der einen Praxis als Assistentin arbeitet, selbst zu sehr in die ärztliche Behandlung dieser Patientin involviert. Dabei wäre der Fall insofern interessant gewesen, als die Patientin erst seit kurzem Patientin in der Praxis ist (was eher selten vorkam) und es überhaupt nicht um Krankheitskonzepte ging. Das Anliegen war eine Krankschreibung aus sozialen Gründen. Eine weitere Patientin war trotz mehrfacher Versuche durch den Arzt telefonisch längere Zeit nicht zu erreichen, so dass die Einwilligung nicht eingeholt werden konnte und die Aufnahme daher gelöscht wurde.

3.3.4 Interviewleitfäden

Ein grundsätzlicher Leitfaden wurde für jeden Fall in Abhängigkeit vom geführten Gespräch modifiziert¹⁰⁰. Die Fragen bezogen sich einerseits auf allgemeine Inhalte, andererseits auf den aufgenommenen Dialog im ganzen bzw. auf konkrete Passagen in diesem Gespräch. Es wurden zunächst offene Fragen gestellt, die dann durch spontan formulierte offene Nachfragen sowie Konfrontationsfragen ergänzt wurden. Zu jedem Interview wurde ein Protokoll angefertigt. Die folgenden Themenkomplexe wurden in den fallbezogenen Interviews sowohl mit den Ärzten als auch mit den Patienten behandelt:

- Subjektive Krankheitskonzepte des Patienten (soweit sie relevant für die in der Konsultation behandelten Probleme waren)
- Abweichungen zwischen Krankheitskonzepten des Patienten und denen des Arztes
- Kommunikation über Krankheitskonzepte (bezogen auf das konkrete Gespräch und generell)
- Arzt-Patient-Beziehung (Dauer und Art der Bekanntschaft, besondere Vorkommnisse, Kenntnis des Arztes vom Patienten)
- Das aufgezeichnete Gespräch (Beeinflussung durch Untersuchungssituation, Zufriedenheit mit dem Gespräch)

Der Arzt wurde darüber hinaus noch gefragt, woran er bei diesem Fall integriertes Handeln festmachen würde.

3.3.5 Aufzeichnung der Interviews

Die Interviews mit den Patienten und Ärzten fanden in der Regel innerhalb weniger Wochen nach der Gesprächsaufzeichnung statt. In drei Fällen verzögerten sich Interviews wegen Urlaub bzw. schwieriger telefonischer Erreichbarkeit des Patienten. Die Arztinterviews wurden grundsätzlich erst nach den Patienteninterviews geführt, was zu einem längeren zeitlichen Abstand zu der Aufnahme des Sprechstundenkontaktes führte. Aufgrund dieser zeitlichen Verzögerung und weil bei den Ärzten bei der Fülle an Gesprächen, die sie täglich führen, nicht damit gerechnet werden konnte, dass sie sich an das einzelne Gespräch noch ausreichend erinnern, wurden die Aufnahmen der Sprechstundengespräche je nach Länge ganz oder ausschnittsweise vor dem Interview gemeinsam angehört. Bei den Patienten trafen beide Gründe nicht zu, so dass hier direkt

¹⁰⁰ Ein konkreter Leitfaden findet sich als Beispiel jeweils für Arzt und Patient im Anhang.

das Interview geführt wurde, mit einer Ausnahme: Herr Berg bat darum, dass Gespräch noch einmal hören zu können, worauf die Interviewerin einging.

Den Patienten wurde freigestellt, wo das Interview stattfinden sollte; angeboten wurden die Praxis des betreffenden Hausarztes (13 mal ausgewählt), die Wohnung des Patienten (10 mal) und die Räume an der Universität (4 mal). Die Wahl des Interviewortes hatte keinen merklichen Einfluss auf die Atmosphäre oder die Inhalte der Interviews.

Die Patienteninterviews dauerten zwischen 20 und 60 Minuten und umfassten nach Transkription zwischen sechs und 17,5 DIN A4 Seiten. Die Arztinterviews waren in der Regel kürzer als die Patienteninterviews (vier bis 10, 5 DIN A4 Seiten).

In 10 Fällen wurden die Patienteninterviews (nach gemeinsamer Vorbereitung und mit anschließendem Feedback) von der Doktorandin, Isabel Wischmann, durchgeführt. Die übrigen 17 Interviews führte ich selbst. Die Arztinterviews wurden - bis auf eine Ausnahme - von der Person durchgeführt, die bereits die Patienten interviewt hatte. Da die Akzeptanz der Doktorandin bei den Ärzten unterschiedlich war, führte sie bei einem Arzt gar keine Interviews, bei einem weiteren vier von zehn und beim letzten Arzt die meistens, nämlich sieben von zehn Interviews. Die Akzeptanz der beiden Interviewerinnen bei den Patienten war gleich gut.

Durch die gemeinsamen Vorbesprechungen wurde gewährleistet, dass die Auswahl der Inhalte einheitlich erfolgte. Natürlich gab es dennoch Unterschiede hinsichtlich der Art, die Fragen zu formulieren und gewisse Schwerpunktsetzungen. Die Interviews der Doktorandin dauerten länger (sowohl Arzt als auch Patienteninterviews umfassten im Durchschnitt bei der Doktorandin zwei Seiten mehr). Beide Interviewerinnen unterschieden sich auch dadurch, wann sie auf welche Inhalte genauer eingingen bzw. wann sie nachfragten. Gravierend waren diese Unterschiede jedoch nicht.

Zu erwähnen ist noch die Doppelrolle der Untersucherin. Ich bin in der einen Praxis als Dauerassistentin in Teilzeit beschäftigt und habe so einige der Patienten bereits in der Rolle als Ärztin gesehen und bin ihnen bekannt. In einem Fall war der Kontakt so intensiv, dass sie zum Ausschluss der Patientin führte; in den anderen Fällen war er nicht so eng, dass eine gravierende Beeinflussung dadurch befürchtet wurde. Ich erlebte die Interviews mit den mir bekannten Patienten nicht anders als mit den unbekanntem und hatte das Gefühl, dass beide Seiten dadurch nicht merklich beeinflusst wurden. Die Doppelrolle wurde vor den Interviews mit den Patienten kurz thematisiert. Auch zu allen drei Ärzten hatte ich bereits vor dem Forschungsprojekt eine Beziehung, die in

allen drei Fällen anders aussah (Zusammenarbeit an der Universität, Arbeitgeber und Leiter der Balintgruppe). Diese bestehenden Beziehungen schufen eine gewisse Vertrautheit, die als dem Projekt eher förderlich denn hinderlich empfunden wurde.

Das Wissen darum, dass der Arzt Gesprächsinhalte aus dem Patienteninterview erfahren könnte, wirkte offensichtlich nicht hemmend, sondern wurde in einigen Fällen eher dazu genutzt, über diesen indirekten Weg dem Arzt etwas mitzuteilen (vgl. 4.2.1).

Eine Einschränkung der Weitergabe von Inhalten des Patienteninterviews an die Ärzte wurde allen Patienten am Ende des Interviews angeboten; kein Patient machte Gebrauch von diesem Angebot. Viele Patienten betonten an dieser Stelle eher das bestehende Vertrauensverhältnis und dass sie keine Geheimnisse vor dem Arzt hätten.

„Im Merkblatt haben wir ja geschrieben, dass [ihr Arzt] eventuell etwas von dem erfährt, was wir beide hier heute besprochen haben. Wenn das nicht so wäre, hätten Sie dann irgend etwas anders gesagt? Nö. Mhm, gibt es irgendwas, was Sie gesagt haben, von dem Sie nicht möchten, dass [ihr Arzt] das erfährt? Nö. Von mir aus kann er alles erfahren. Ich hab ja auch gedacht, dass er hierbei ist, hatt ich ihn letztens noch gefragt, wie (es denn war, jetzt am Montag). Nö, sagt er, ich bin nicht mit dabei, bei mir kommt das alles denn extra. Das war, von mir aus hätte er auch beisitzen können. Hab nix zu verbergen und er auch nicht.“ (Herr Drache)

Auch die Frage, ob die Patienten etwas anderes gesagt hätten, ohne die Information, dass die Ärzte es erfahren könnten, verneinten alle Patienten durchgängig. Die Interviewerinnen hatten auch nie den Eindruck, dass dies der Fall war, selbst wenn die Patienten als wenig mitteilbar erlebt wurden.

3.4 Auswertung

3.4.1 Aufbereitung der Daten

Die Überführung des gesprochenen Wortes in Text bildete die Grundlage für die weitere Bearbeitung. Ziel war dabei einerseits die möglichst vollständige Erfassung der Information, andererseits die bearbeitungsfreundliche Darstellung. Beide Ziele stehen im Widerspruch, denn je exakter die Transkription, desto schwerer wird die Lesbarkeit der Interviews. Für diese Untersuchung wurde dem Ziel der Leserfreundlichkeit Priorität vor dem der genauen Erfassung aller linguistischen Feinheiten eingeräumt. Daher erschien eine Textnotation am günstigsten, d.h. eine Wiedergabe der Rede in Textblöcken¹⁰¹. Alle Aufzeichnungen wurden von der studentische Hilfskraft wörtlich transkribiert. Bei den Dialogen zwischen Arzt und Patienten wurden Betonungen, Hörer-

¹⁰¹ Im Gegensatz zur Partiturnotation, vgl. zu Details Brinker und Sager 1996 S. 41

signale, Pausenlängen und gleichzeitiges Sprechen detaillierter erfasst als bei den Interviews. Die genauen Transkriptionskonventionen befinden sich im Anhang.

Die jeweilige Interviewerin verglich zur Klärung schwer verständlicher Stellen und zur Korrektur von Hörfehlern das Transkript mit der Bandaufnahme und anonymisierte den Teil der Personennamen, bei denen es sich nicht um öffentlich bekannte Personen handelte.

3.4.2 Analyse der Grundsatzinterviews

Die Einzelanalyse der Interviews begann mit der Verdichtung, das heißt der Entnahme der prägnantesten Textstellen und der nicht interpretierenden Zusammenfassung von Originaltext. Dabei wurde die chronologische in eine thematische Ordnung umgewandelt.

Die Transkripte und die Verdichtungen wurden den Ärzten vorgelegt, um ihnen Gelegenheit zur Rückmeldung und gegebenenfalls zur Korrektur zu geben.

Die Hauptaussagen zu integriertem Arbeiten wurden auf Karten geschrieben und mit einander in Beziehung gesetzt. So entstanden Schaubilder, die die zentralen Begriffe der Interviewpartner zu integriertem Arbeiten enthielten.

Im nächsten Schritt erfolgte eine vergleichende Darstellung der Kernaussagen der drei Ärzte in Tabellenform; dabei wurde besonderes Augenmerk auf Aussagen zu subjektiven Krankheitskonzepten gelegt. Diese Darstellung diente als Grundlage für die Vertiefung bzw. kommunikative Validierung im Rahmen des zweiten Treffens mit den Ärzten, bei dem die Ergebnisse und die sich daraus neu ergebenden Fragen präsentiert und diskutiert wurden. Die Notizen dazu gingen in die Ergebnisse ein.

3.4.3 Analyse der Fälle

Für die Auswertung der Fälle wurden zuerst verschiedene Vorgehensweisen ausprobiert. Besonders die ersten Fälle wurden gesprächsanalytisch genauer betrachtet, die Gesprächsverläufe wurden nachvollzogen und folgende Aspekte spielerisch an einem oder mehreren Gesprächen probiert:

- Betrachtung der Hörsignale
- Sprecherwechsel
- Wer bestimmt die Themen, wer dominiert im Gespräch
- Kennzeichnung der Gesprächsschritte
- Anfertigung der Beschreibung eines genauen Gesprächsablaufes

Es wurden an quantitativen Merkmalen bei allen Gesprächen die Gesprächsdauer in Minuten und die Wortanteile von Arzt und Patient bestimmt. Zu allen Fällen wurde eine Kurzbeschreibung angefertigt, aus der der Gesprächskontext, Patientenmerkmale und Besonderheiten zu entnehmen sind. Ebenfalls bei allen aufgezeichneten Dialogen wurden die Stellen identifiziert, aus denen etwas über das Krankheitskonzept der Patienten hervorging.

Die Daten aus den drei Teilen (Gespräch, Patienteninterview und Arztinterview) wurden in Segmente zerlegt und nach thematischen Gesichtspunkten zusammengefügt. Zu Beginn war die Vollständigkeit Hauptkriterium; im weiteren Prozess wurden dann lediglich die wichtigsten Aspekte gegenüber gestellt. Es wurden im Sinne des offenen Kodierens Notizen zu diesen Auswertungseinheiten verfasst, die neben zusammenfassenden inhaltlichen Darstellungen anhand von folgenden Leitfragen die thematischen Abschnitte interpretieren:

- **Abweichungen:** Wo weichen die Krankheitsvorstellungen von Arzt und Patient voneinander ab? Wieviel weiß der Arzt von diesen Verschiedenartigkeiten?
- **Strategie:** Was genau geschieht im Gespräch? Wie gehen Arzt und Patient an dieser Stelle mit den Krankheitsvorstellungen des Patienten um? An welcher Stelle im Gespräch findet dies statt? Wie bringt der Patient seine Vorstellungen ein? Wie reagiert der Arzt? Welche alternativen Handlungsweise wären zu erwarten gewesen?
- **Motive:** Was könnten die Gründe sein, dass Arzt und Patient sich so verhalten und nicht anders? Wozu könnte dieses Verhalten dienen?
- **Konsequenzen:** Was folgt aus diesem Verhalten und aus eventuell vorhandenen Abweichungen? Welche Folgen hätte eine alternative Vorgehensweise gehabt?

Es wurden außerdem neu entstandene Fragen für einen Vergleich möglicherweise lohnender Stellen aus anderen Fällen sowie Gedanken zur weiteren Auswertung festgehalten. Am Ende standen "Schlagworte" im Sinne von Codes. Auf den nächsten zwei Seiten folgt ein Beispiel, um das Vorgehen zu illustrieren:

Dialog

A27:So! Nun zu Ihnen!

P27: [Hustet] Ja, ob ich morgen eine Langspielplatte kaufen kann, morgen zum Geburtstag oder ob es nicht mehr lohnt?

A28: Ob Sie sich noch 'ne

P28: [lacht lange]

A29: Langspielplatte zum Geburtstag kaufen können? 29.9. haben Sie Geburtstag.

P29: Oder ob es nicht mehr lohnt. [lacht weiter]

A30: Doch, doch, können Sie, können Sie, können Sie. Das Problem war ja, dass Sie auch keine Luft kriegten.

Interview Patient

Ja, gut. Und dann sagten Sie ja so im Spass, Sie wollten wissen, ob Sie sich noch ,ne Langspielplatte kaufen sollen ...(lacht) Das hat ich gesagt, ja. Naja weil es, ich sag EKG und Lungenfunktion, sag ich, wenn es nun gar nicht mehr ist, dann brauch ich mir keine Langspielplatte mehr kaufen. Das war aber einen Tag vor meinem Geburtstag gewesen, dieses Gespräche, deshalb war das so. **Und aber jetzt mal so im Ernst, weg vom Scherz, was denken Sie über die, über den Verlauf, also rechnen Sie damit, dass das weggeht, dass das besser wird, dass das schlimmer wird?** Ach, ich sag mir immer, also das wird irgendwann vorbei sein, nech, (wobei ich noch ein, zwei Jahre hab und dann möcht ich sagen), es ist vielleicht vorbei oder auch nicht. Ich mein, aber ich hab auch schon wieder gehört, dass es wer weiß wie lange gehen kann, aber (ich sag mir immer, es ist keine Krankheit, ne), da muss ja jeder durch, also in dem Sinne empfinde ich das nicht als Krankheit. 2-37

Interview Arzt

...also sie hat so auf der einen Seite schnell panisches Denken, aber sie spielt das dann auch einfach weg, indem sie mit so 'nem trocknen Humor drüber weggeht, wie der eine Satz, ob ich mir noch 'ne Langspielplatte kaufen kann. Das hat ich erst gar nicht richtig verstanden, was sie damit meint, mit ihrer Eröffnung. **Ja. Das war bemerkenswert.** Ja. Naja, also das hat man ja häufig bei Leuten, die äh depressiv sind, das die so'ne fröhliche Oberfläche haben und wenn's dann hart auf hart kommt, dann äh kippen die plötzlich um und fangen an zu weinen, das könnte bei ihr auch passen ne. 1-32

...dass das sozusagen zu diesem Gesamtzusammenhang gehört, in dem ich sie kenne, das ist für manche Frauen 'ne Entlastung, wenn sie sagen können, naja, das sind die Wechseljahre. Ne, das ist dann 'ne Erklärung und damit geben sie sich zufrieden, in der Hoffnung, irgendwann geht's auch wieder vorbei. Wenn sie jetzt nicht von sich aus sagt, können wir da nich was gegen machen, ich bin nich einer von denen, die hier gleich immer die Hormonpillen durch die Gegend werfen, äh, lass ich das erstmal so stehen. Das ist für sie 'ne Erklärung und dann langt's. 6-21

Also ich denke, sie weiß, dass sie so reagiert und dass sie nicht mehr so verängstigt ist, wenn sie mal 'n Puls von über hundert hat oder wenn sie diese Luftnot kriegt, sondern dass sie dann eher guckt, was, was macht mir angst. Und dann, wenn sie da 'ne Lösung findet auf dem Bereich, ist das Körpersymptom nicht mehr so wichtig. Aber es kann gut sein, sie steht morgen oder am Montag hier in der Tür und sagt hah, mein Herz und ich hab kein, hab Angst oder ich krieg keine Luft (oder ich hab Angst um mein Herz und nicht aus einem andern Grund, ne.) **Und denkt sie, dass es besser wird, dass es schlimmer wird, dass es ...?** (...) Ich glaube, dass diese Patientin erstmal damit zufrieden ist, zu wissen, sie hat keine schwere Organkrankheit und sie hat 'ne psychische Reaktion, die sie jetzt kennengelernt hat, die körperliche Auswirkungen hat, das ist bei der Patientin, glaub ich, erstmal ausreichend. **Was denken Sie über die Prognose?** Das wird immer wiederkommen, also das wird auch immer wiederkommen, dass sie denkt, sie hat was Organisches und sie wird das immer wieder mal abklären und solange sie nicht dadran arbeiten will auf 'ner tieferen Ebene, hab ich keine Veranlassung, sie dazu zu nötigen, es sei denn, es eskaliert in die andere Richtung, also in Richtung Herzneurose oder sowas. 7-8

Prognose umfasst hier zwei Aspekte: ist es ernst? wie ist der zeitliche Verlauf? das ist zu trennen

a. ist es ernst

Kontext: Es ist beiden klar, dass es in dem Gespräch um die Besprechung der Befunde der technischen Untersuchung geht. Die Patientin leitet dieses Thema ein, nachdem der Arzt ein gesprächseröffnendes Signal gegeben hat. (nun zu ihnen)

Strategie: Wann? sehr früh, erste Äußerung in diesem Abschnitt = wichtig? Wie? Patientin ist initiativ; spricht ihre Angst vor schlechten Untersuchungsergebnissen auf scherzhafte Art und Weise an.

Reaktion Arzt: wiederholt ihre Aussage (mit einem ungläubigen Unterton), man könnte meinen, er geht auf ihren Scherz ein. Im Interview erklärt er allerdings, er habe erst gar nicht richtig verstanden, was die Patientin damit meinte. In seiner Antwort verneint er eine schlechte Prognose, wobei er die Worte mehrfach wiederholt (Bedeutung?). Er leitet dann auf die Sachebene über (das Problem war ja....)

vgl.: Herr Mönch- Chinese- ebenfalls scherzhafter Einwurf

Motive: Die Patientin scheint Angst zu haben und spricht diese versteckt an. Der Scherz bietet ihr die Möglichkeit, sich zu verstecken - ich hab ja nicht so ernst gemeint.

Aus Sicht des Arztes sind Fröhlichkeit und Humor für die Patientin eine wichtige Möglichkeit, ihre Angst zu bewältigen.

Konsequenzen: Unterschiedliche Erklärungsansätze (vgl. Angststörung / Wechseljahre) haben keine Auswirkungen auf Einschätzung der Prognose als günstig

Abweichungen: eher nein. das Fehlen einer organischen Ursache wird von beiden als gutes Zeichen bewertet

b. wie ist der Verlauf in der Zukunft

Abweichungen ja: Patientin rechnet damit, dass es irgendwann vorbei geht, Arzt damit, dass es immer wieder kommt, Arzt weiß zwar nicht im konkreten Fall um diese Überlegungen, aber aufgrund seiner generellen Erfahrungen mit dem Thema

wird im Gespräch nicht thematisiert, scheint auch nicht erforderlich

Scherz = Schutzstrategie

echte Patienteninitiative

Arzt geht ein, ohne Bedrängung Patientin

Zeitpunkt = Schilderung Anliegen

Im Verlauf wurden neben diesen eng an die Daten gebundenen Notizen zahlreiche weitere Memos mit möglichen Hypothesen, Auswertungsideen und Anmerkungen verfasst (theoretische Memos). Diese flossen in die Auswertung und die Überarbeitung der Fragestellungen ein.

Der Vergleich von ähnlichen sowie von gegensätzlichen Phänomenen der einzelnen Fälle erhielt im Laufe der Zeit eine immer größere Bedeutung. Im Sinne des axialen Kodierens wurden die Kodes zu Kategorien verfeinert und differenziert.

Im Laufe der neben der Datenerhebung stattfindenden Auswertung, der Beratungen durch Prof. Flick und der abschließenden Auswertung wurden die ursprünglichen Fragestellungen modifiziert. Viele der ursprünglichen Fragen enthielten den Anspruch einer Quantifizierung, die nicht durchführbar war. Sie wurden erweitert, überarbeitet, zum Teil auch verworfen und nach Prioritäten neu geordnet. Es zeigt sich, dass die Thematisierung der Auswirkungen der Teilnahme an der Studie für Patienten, Ärzte und deren Beziehung wichtig ist; diese Frage wurde daher mit aufgenommen. Mehr Aufmerksamkeit als anfangs gedacht erhielt auch der Umgang der Patienten selbst mit ihren Krankheitsvorstellungen.

Als Schwerpunkt der Fragestellung für die Dissertation von Isabel Wischmann wurde die Übereinstimmung der Krankheitskonzepte und der Problemsicht generell zwischen Arzt und Patient sowie die Auswirkungen von Diskrepanzen ausgewählt. Die Arbeit an dieser Teilfragestellung wird sicherlich noch einige Zeit in Anspruch nehmen und kann somit noch nicht Teil dieses Berichtes sein.

Es wurde darauf geachtet, bei der Kategorisierung einheitliche Kriterien anzuwenden und bei Weiterentwicklung dennoch ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten. Um es an einem Beispiel zu erläutern: Gegen Ende neigte die Untersucherin dazu, strikter mit der Zuordnung einer Äußerung zum Krankheitskonzept zu sein als zu Beginn. Darauf hin wurde die Definition überprüft und sichergestellt, dass diese auf alle Fälle gleichermaßen angewendet wurde.

Das selektive Kodieren als dritter Schritt im Vorgehen nach der Grounded Theory fand in erster Linie beim Verfassen dieses Berichtes statt.

Angesichts der Fülle des Materials wurde früh deutlich, dass das Ziel, zu beschreiben, was praktizierte integrierte Medizin in der hausärztlichen Versorgung konkret bedeutet, hinter der konkreten Beschäftigung mit den Krankheitskonzepten und den entsprechen-

den Teilfragestellungen zurückstehen musste. Es liegt wesentlich mehr Material zu integriertem Arbeiten vor, als in dieser Untersuchung zu bewältigen war. Aus Kapazitätsgründen wurde auch auf die ursprünglich geplante Aufzeichnung mehrerer Gespräche eines Patienten verzichtet, zumal die Arztinterviews reichhaltige Angaben über die Entwicklung der Beziehung enthalten. Bezüglich der übergeordneten Frage, was integriertes Arbeiten bedeutet, wurden basierend auf von der AIM mittlerweile entwickelten Fragenlisten erste Auswertungsansätze entwickelt. Die erste dieser Listen enthält Fragen, die für Fallvorstellungen im Rahmen der reflektierten Kasuistik empfohlen werden. Die zweite Liste stammt aus einer Arbeitsgruppe im Rahmen der Jahrestagung der Akademie für integrierte Medizin 1999, die sich mit der Qualität der Passung beschäftigt hat. Ausgehend von diesen Vorlagen wurden folgende Fragen zur Anwendung auf die Fälle des Projektes formuliert:

A. Systemebenen

- Welche Systemebenen (körperliche, seelische, psychosoziale oder andere Ebenen) wurden in diesem Gespräch beachtet, welche standen im Vordergrund?
- Gibt es Hinweise aus den Interviews, welche Systemebene im Laufe der Bekanntschaft zwischen Arzt und Patient besondere Beachtung fanden?

B. Behandlungsauftrag /Problemdefinition

- Hat der Arzt das Hauptanliegen des Patienten erfasst?
- Handelt es sich um ein neues oder bekanntes Problem? Unterscheidet sich die Problemdefinition aus Sicht von Arzt und Patient? Wenn ja, wie?
- Fand durch das Gespräch eine Veränderung der Problemsicht von Arzt oder Patient statt?

C. Lösungsweg

- Wie verhalten sich die ursprünglichen Erwartungen des Patienten bezüglich Behandlung oder Diagnostik und die des Arztes zum gefundenen Lösungsweg?

D. Arzt-Patient-Beziehung

Wie lässt sich die Beziehung zwischen Arzt und Patient beschreiben?

- herzlich, distanziert, eng, offen, vertraut, mißtrauisch, betont gut, freundlich aber nicht sehr nah, etc.
- Fühlt der Patient sich angenommen, als eigenständige Person verstanden?
- Fühlt der Arzt sich in der Beziehung zum Patienten wohl? Interessiert er sich für ihn, mag er ihn, fühlt er sich ein?

- Wie ist die Rollenverteilung? Welchen Grad an Mitbestimmung und Autonomie wünscht sich der Patient und wieviel hat er?
- andere Aspekte

Aus Kapazitätsgründen wurden diese Fragen bislang nicht systematisch auf alle Fälle angewendet, sondern nur exemplarisch. Eine Weiterverfolgen dieser Arbeit wird jedoch angestrebt.

3.4.3.1 Mitwirkung der Ärzte

Der vorgesehene Einbezug der Ärzte in die Auswertung war geringer als ursprünglich geplant. Das Bedürfnis nach einer Kenntnis der Inhalte der Patienteninterviews war bei den drei Ärzten unterschiedlich. Ein Arzt lehnte es ganz ab, etwas darüber zu erfahren, da er negative Auswirkungen auf die Beziehung zum Patienten durch diese Beeinflussung befürchte. Die anderen beiden Ärzte erhielten fallbezogene thematische Gegenüberstellungen aus den drei Datenquellen sowie darauf bezogene Auswertungen zu einigen Fällen. Die Fülle des Materials setzte auch hier Grenzen.

Im Januar 2000 fand eine probatorische Sitzung mit einem Arzt statt, mit dem Ziel, zu prüfen, wohin eine gemeinsame Diskussion des Materials führt. Der Arzt fand die Lektüre nach anfänglichem Zögern spannend und fühlte sich weitgehend richtig interpretiert. Er war beeindruckt von der Fülle des Materials und der Menge an Arbeit, die in der Auswertung steckte. Seinen möglichen Anteil sah er in der Beantwortung einzelner konkreter Fragen. Die Fälle inspirierten ihn zu weiteren Aussagen darüber, was integriertes Arbeiten beinhaltet.

Angesicht der Menge und Reichhaltigkeit des für die Auswertung zur Verfügung stehenden Materials entschied ich mich, die Möglichkeit der Vertiefung mit den Ärzten nicht weiter zu verfolgen. Die Ärzte wurden über den Stand der Untersuchung auf dem laufenden gehalten und ihre Zustimmung zur Vorgehensweise wurde eingeholt. Ihre inhaltliche Beteiligung war somit letztlich deutlich geringer als ursprünglich geplant.

4 Die Fallanalysen

4.1 Die aufgezeichneten Fälle

Im folgenden werden die aufgezeichneten Gespräche, die eingeschlossenen Patienten sowie die Gesprächssituationen näher beschrieben.

4.1.1 Gesprächsdauer und Gesprächsanteile

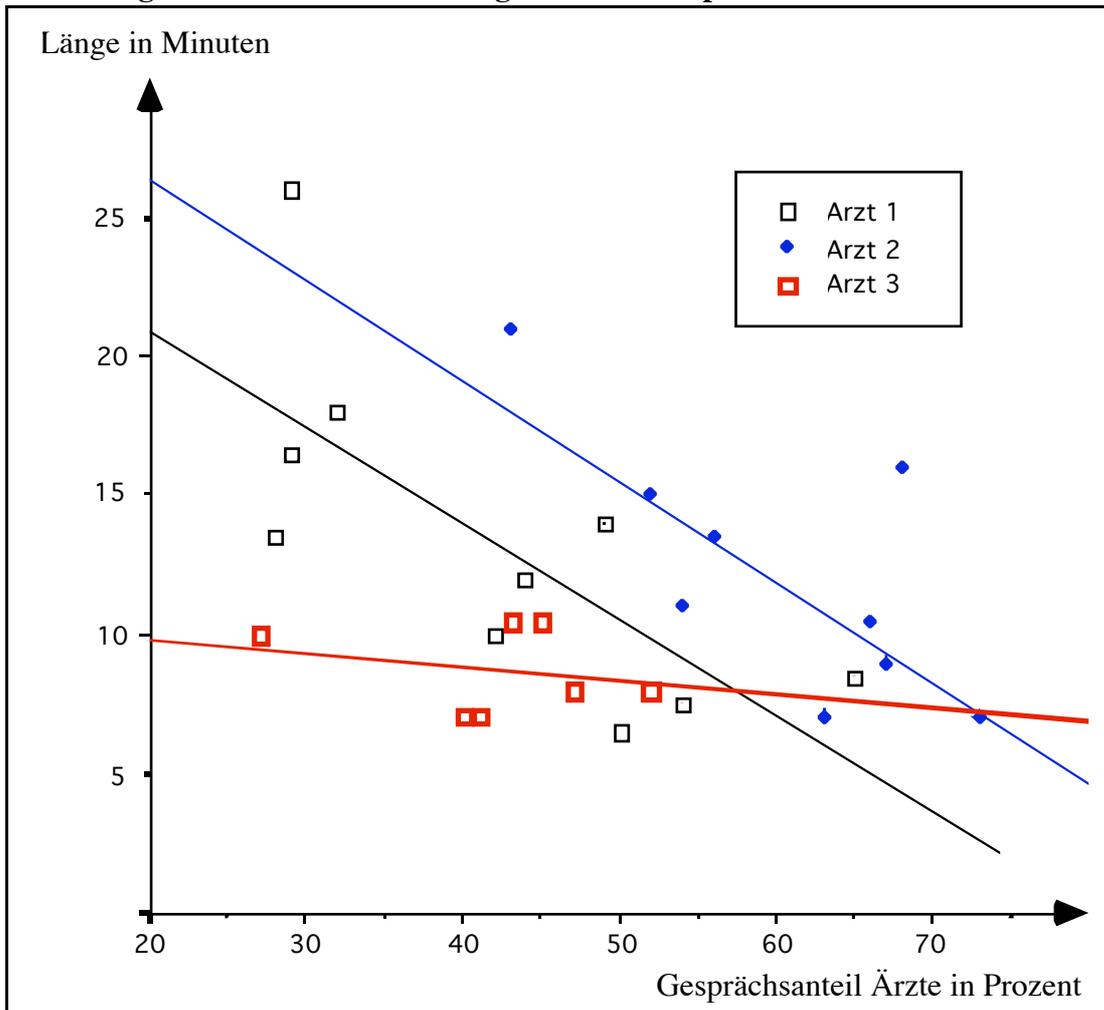
Die Länge der Gespräche variiert zwischen 6,5 und 26 Minuten. Die Dauer beträgt beim ersten Arzt durchschnittlich 13 Minuten, beim zweiten Arzt 11,5 Minuten und beim dritten Arzt 8,5 Minuten. Da diese Gespräche keine repräsentative Auswahl darstellen und sie überwiegend an Tagen ohne Arbeitsüberlastung aufgenommen wurden, ist zu vermuten, dass die durchschnittliche Kontaktzeit der Ärzte eher geringer ist. Auch kann nicht ohne weiteres darauf geschlossen werden, dass die Kontaktzeiten der Ärzte sich tatsächlich so unterscheiden, wie es hier der Fall ist. Erwähnenswert ist, dass die kürzesten Gespräche aus der Praxis mit den geringsten Patientenzahlen (gemessen an den Scheinzahlen pro Quartal) stammen.

Die Gesprächsanteile von Arzt und Patient wurden anhand der Zahl der Wörter beider ermittelt. Der Anteil der Ärzte beträgt minimal 27 und maximal 73 Prozent. Im Durchschnitt liegt der Wortanteil beim ersten und beim dritten Arzt bei 42 Prozent, beim zweiten Arzt war er mit knapp 60 Prozent deutlich höher.

Die Interviews mit dem zweiten Arzt sind ungefähr um ein Viertel länger als die mit den beiden anderen Ärzten, was darauf hinweist, dass er generell mehr redet.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Gesprächsanteilen und -dauer, vor allem bei den beiden Ärzten, bei denen beide stärker variieren. Je länger die Gespräche dauern, desto höher sind die Gesprächsanteile der Patienten und desto geringer die der Ärzte. In der nachfolgenden Abbildung sind die Dauer die Gespräche, die Gesprächsanteile und der Zusammenhang zwischen beiden getrennt nach Ärzten dargestellt.

Abbildung 4.1 Zusammenhang zwischen Gesprächsanteilen und -dauer



4.1.2 Patienten und Ärzte

Die Patienten sind zwischen 23 und 82 Jahren alt, das Durchschnittsalter unterschied sich zwischen den Ärzten um jeweils annähernd 10 Jahre: Die Patienten von Arzt 1 sind mit durchschnittlich 49 Jahren am jüngsten, gefolgt von Arzt 2 mit 57 Jahren. Die Patienten von Arzt 3 sind im Durchschnitt 67 Jahre alt.

14 Patienten sind berentet, zwei arbeitslos, eine ist Hausfrau, die übrigen zehn sind berufstätig, darunter sind zwei, die sich noch in Ausbildung bzw. im Studium befinden.

Alle Patienten sprechen fließend deutsch und leben seit Jahren in Deutschland. Herr Blau ist zur Hälfte brasilianischer Herkunft, Herr Distel stammt ursprünglich aus Polen und Frau Ruhe ist vor einigen Jahren aus den neuen Bundesländern nach Hamburg gekommen.

Es wurden beim ersten Arzt 10 Frauen eingeschlossen, beim zweiten Arzt sechs Frauen und vier Männer, und beim dritten Arzt vier Männer und drei Frauen. Dies weist einen gewissen Zusammenhang zu der Geschlechtsverteilung in den Praxen auf, deren Merkmale an dieser Stelle noch einmal kurz zusammengefasst werden.

Tabelle 4.1 Merkmale der beteiligten Praxen

	Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3
Praxisgröße	ca. 850 Scheine (mit Assistent)	ca. 800 Scheine (mit Assistent)	ca. 350 Scheine (ohne Assistent)
Anteil Privatpatienten	ca. zehn Prozent	unter einem Prozent	unter fünf Prozent
Besonderheiten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - breites Spektrum an Patienten aus der Mittelschicht - außergewöhnlich geringer Rentneranteil - hoher Anteil an Jungakademikern 	<ul style="list-style-type: none"> - sozial schwacher Stadtteil mit hohem Ausländeranteil, viele Patienten sprechen nur schlecht deutsch - viele Patienten sind bereits mit dem Gesetz in Konflikt geraten 	<ul style="list-style-type: none"> - ursprünglich Arbeitermilieu - viele Angestellte, untere Mittelschicht, Patienten eher arbeitsam und angepasst
Geschlechtsverhältnis	ca. 80 Prozent Frauen stehen nur 20 Prozent Männer gegenüber, von denen ca. die Hälfte homosexuell ist	Frauenanteil entspricht mit ca. 60 Prozent der in der hausärztlichen Praxis üblichen Verteilung	Frauenanteil entspricht mit ca. 65 Prozent ungefähr der in der hausärztlichen Praxis üblichen Verteilung
Beginn der Praxistätigkeit	1981	1986	1987

Es wurden keine Erstkontakte erfasst. Die minimale Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung beträgt ein dreiviertel Jahr, viele Patienten kennen die Ärzte seit dem Beginn ihrer Praxistätigkeit, also je nach Arzt zwischen 11 und 19 Jahren.

Die folgende Tabelle informiert über Alter, Beruf und Dauer der Praxiszugehörigkeit der Patienten im einzelnen.

Tabelle 4.2 Merkmale der Patienten

Arzt	Patient	Alter	Zugehörigkeit zur Praxis [Jahre]	Beruf
1	Frau Donner	31	5	Krankengymnastin
1	Frau Krabbe	57	14	arbeitslose Werbegraphikerin
1	Frau Schön	35	13	Pflegedienst in der Organisation
1	Frau Herz	47	10	Lehrerin
1	Frau Sturm	74	8	Rentnerin, früher Sekretärin
1	Frau Zahn	23	1,5	Azubi (Fotografin)
1	Frau Rot	82	5	Rentnerin, früher Angestellte
1	Frau Schatten	45	15	Sekretärin
1	Frau Schuh	65	seit Beginn	Rentnerin, früher Angestellte
1	Frau Kater	27	0,7	Erzieherin / Studentin
2	Frau Nashorn	67	seit Beginn	Rentnerin, früher Hausfrau
2	Frau Vogel	48	seit Beginn	Hausfrau, gelernte Bürokauffrau
2	Herr Blau	51	seit Beginn	Arbeiter
2	Frau Wagen	61	seit Beginn	Raumpflegerin
2	Frau Möve	26	1,5	ungelernt, arbeitslos
2	Frau Ruhe	49	6	Verkäuferin
2	Herr Distel	70	seit Beginn	Rentner, früher Fischer
2	Herr Drache	60	seit Beginn	Rentner, früher Chemiearbeiter
2	Herr Schuster	78	seit Beginn	Rentner, früher Schlosser
2	Frau Friseur	75	seit Beginn	Rentnerin, früher Buchhalterin
3	Herr Kirsche	46	seit Beginn	Laborant
3	Frau Rose	79	seit Beginn	Rentnerin, früher Arbeiterin
3	Herr Berg	61	seit Beginn	Frührente, vorher leit. Angestellter
3	Frau Esche	60	7	Rentnerin, früher EDV-Angestellte
3	Frau Klavier	82	3	Rentnerin, früher verschiedene Jobs
3	Herr Salz	64	seit Beginn	Rentner, früher Maler
3	Herr Mönch	77	seit Beginn	Rentner, früher Fußbodenverleger

4.1.3 Gesprächssituationen

Die drei nachfolgenden Beispiele sollen die Vielfalt der Gesprächssituationen demonstrieren.

Herr Drache hatte vor einigen Jahren eine Herzklappenoperation und erhält seither Marcumar. Er leidet unter Herzrhythmusstörungen, die mehrfach erfolglos elektrokonvertiert wurden sowie an einer chronischen Bronchitis. Er hatte ein stark blutendes Magengeschwür und eine medikamentös induzierte Hyperthyreose. Der Hausarzt sagt: "Er war phasenweise einer meiner kompliziertesten Patienten". Zur Zeit kommt er eher selten in die Praxis, sein Gesundheitszustand ist stabil, seinen Quickwert kontrolliert er selbst. Er ist in kardiologischer Mitbehandlung. Am Tag der Aufzeichnung handelt es sich um einen Routinekontakt. Themen waren der neueste kardiologische Bericht, das Befinden des Patienten und eine Erkältung.

Frau Rose leidet unter Diabetes mellitus, einer koronaren Herzkrankheit und chronischen Problemen am Bewegungsapparat. Auf die Frage nach besonderen Vorkommnissen erwähnt sie einen schon länger zurückliegenden Nervenzusammenbruch. Sie ist bei einem Orthopäden in Mitbehandlung. Sie gehe eigentlich nur zum Arzt, wenn sie Schmerzen habe und für die regelmäßige Verabreichung einer "Leberspritze". Das Anliegen am Tag des aufgezeichneten Gesprächs waren schon länger bestehende Schmerzen im Kniegelenk. Ähnliche Beschwerden sind der Patientin seit vielen Jahren bekannt, allerdings hielten sie früher nicht so lange an und waren nicht so stark wie dieses Mal.

Frau Schuh hat bis auf einen leichten Diabetes mellitus (den sie selbst nicht erwähnt) keine gravierenden Erkrankungen. Der aufgezeichnete Kontakt ist der zweite im Rahmen einer Krankheitsepisode mit Halsbeschwerden, die sich mit einem homöopathischen Mittel nicht ausreichend gebessert haben. Die Patientin plant eine Reise und möchte bis dahin beschwerdefrei sein.

Bei neun Patienten war der Anlass für den Arztkontakt ein aktuelles Problem, eine neue Krankheitsepisode oder der zweite Kontakt innerhalb einer neuen Krankheitsepisode. Bei neun Patienten handelte es sich um einen Routinebesuch im Rahmen regelmäßig vereinbarter Kontakte, ein weiterer Fall lässt sich dazuzählen, bei dem die Patientin sich nach einer Rehabilitationsmaßnahme vorstellte. Bei weiteren fünf Patienten erfolgte der Kontakt anlässlich der Besprechung von Untersuchungsbefunden. In drei Fällen hatten die Patientinnen schließlich mehrere, nicht akute Anliegen.

Sechs der Patienten lassen sich als grundsätzlich gesund betrachten, fünf weitere sind körperlich gesund, haben aber länger andauernde psychische oder psychosomatische Probleme. Bei zehn Patienten liegen eine oder mehrere chronische Erkrankungen vor, die aber nicht als sehr beeinträchtigend angesehen werden müssen; weitere sechs leiden unter eher schweren chronischen Krankheiten.

Die beiden nachfolgenden Tabellen fassen die Kontaktnlässe und den generellen gesundheitlichen Zustand zusammen.

Tabelle 4.3 Kontaktnlass

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
aktuelles Problem	1. oder 2. Kontakt bei neu aufgetretenen Beschwerden oder akutem Aufflammen bek. Beschwerden, z.B. Rückenschmerzen, Infekt	9	Frau Sturm, Frau Schuh, Frau Herz, Frau Kater, Frau Wagen, Frau Ruhe, Herr Kirsche, Herr Salz, Frau Rose
Routine	Kontakt im Rahmen einer dauerhaften oder zeitweisen regelm. Einbestellung, Vorstellung nach Ende der Reha	10	Frau Zahn, Frau Rot, Frau Krabbe, Frau Schön, Herr Blau, Herr Distel, Herr Drache, Frau Friseur, Herr Mönch, Herr Berg
Befundbesprechung	Einbestellung zur Besprechung von Befunden der Labor- oder anderer technischer Untersuchungen	5	Frau Nashorn, Frau Vogel, Herr Schuster, Frau Esche, Frau Klavier
nicht dringliche Anliegen	Vorbringen mehrerer, nicht dringlicher Patientenanliegen	3	Frau Donner, Frau Schatten, Frau Möve

Tabelle 4.4 Genereller Gesundheitszustand der Patienten

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
im Grunde gesund	nur banale oder ausgeheilte Erkrankungen (Dauermedikation für Schilddrüse), keine gravierenden chron. Erkrankungen	6	Frau Donner, Frau Schatten, Frau Möve, Herr Salz
chronische psychische Probleme	körperlich gesund, aber chronische oder rezidivierende, psychische oder psychosomatische Probleme	5	Frau Krabbe, Frau Schön, Frau Kater, Frau Nashorn, Frau Vogel
eher leicht chronisch krank	Vorliegen chron. Erkrankungen wie Hypertonus, Diabetes oder Adipositas, ggf. auch mehrere	10	Frau Schuh, Frau Wagen, Frau Ruhe, Frau Friseur, Herr Kirsche, Herr Mönch, Herr Berg, Frau Esche, Frau Klavier, Frau Rose
schwer chronisch krank	mindestens eine schwere chron. Erkrankung (M. Addison, Hepatitis C, Nierenversagen)	6	Frau Zahn, Frau Sturm, Herr Drache, Herr Blau, Herr Schuster, Herr Distel

Die Themen der Gespräche hängen naturgemäß sehr von der Art der Patientenprobleme ab. Es fällt allerdings auf, dass in den Aufnahmen bei Arzt 1 in allen bis auf einem Gespräch psychosoziale Inhalte in relevantem bis größerem Umfang behandelt werden, während dies bei Arzt 2 in ca. der Hälfte der Fälle und bei Arzt 3 so gut wie nie vorkommt. Ob dies durch Selektion bedingt ist oder Besonderheiten der Praxen widerspiegelt, kann nicht sicher gesagt werden.

4.2 Auswirkungen der Untersuchungssituation

Basierend auf den Beobachtungen der Interviewerinnen und der Ärzte wird zunächst beschrieben, wie die Patienten auf die Aufnahme in die Studie reagiert haben. Danach werden die von den Patienten und Ärzte selbst wahrgenommenen Einflüsse der Aufzeichnungssituation auf die Gespräche dargestellt. Zuletzt wird kurz der Frage nachgegangen, ob die Teilnahme an der Studie sich langfristig auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirkte.

4.2.1 Reaktion der Patienten auf den Studieneinschluss

Im Vorfeld hatten die Ärzte vor allem befürchtet, dass die Patienten verschlossener sind, sich weniger öffnen¹⁰². Interessanterweise gibt es eher Anhaltspunkte für das Gegenteil. Bei Frau Vogel und Frau Sturm wurden in den aufgezeichneten Gesprächen ausführlich psychosoziale Komponenten erörtert, was die betreffenden Ärzte in beiden Fällen bei langjähriger Somatisierung als Fortschritt werteten. Auch in vielen anderen Gesprächen spielten psychosoziale Themen eine wichtige Rolle.

Im Rahmen der Interviews mit den Patienten gab es folgende, wiederkehrende Fragen und Bemerkungen der Patienten hinsichtlich der Situation, nun Gegenstand einer wissenschaftlichen Untersuchung zu sein:

- Nachfragen nach Sinn und Zweck der Untersuchung; was geschieht mit den Ergebnissen?

Und das wird dann, äh, mit angehenden oder jungen Ärzten besprochen oder wie oder was? Ich mein, nur so... **Ja, es gibt eine Medizinstudentin, die direkt mitarbeitet, die das mit ihrer Promotion verknüpft, mit ihrer Doktorarbeit, und ansonsten bin ich ja an der Uni und mach da auch Lehre mit Medizinstudenten und, ähm, mache ein Seminar, das heißt Subjektive Krankheitstheorien von Patienten und da fließt das ein. Und es wird aber auch eben wissenschaftlich ausgewertet und das wird dann veröffentlicht in Fachkreisen, also bei, bei Hausärzten, die bereits hausärztlich tä-**

¹⁰² Vgl. Zwischenbericht Abschnitt 4.1.1

tig sind. Ach so, ja, dann ist... **Das dient dann auch der Weiterbildung und...** Ach so. (...) **aber nur in medizinischen, in medizinischen Fachkreisen, also nicht irgendwo** Ja, ich wollt das nur mal nur mal wissen, nech, wie das so und wieviel oder so, das ja. **Nicht in der Zeitung, ähm...** [lachend] Nein, nein. Das würd wohl auch wenige dann interessieren, man liest dann vielleicht über weg, nech. (Frau Esche)

- Vergewisserung, dass die Namen nicht weitergegeben werden.

Ja, vielleicht, hinterher hat man ja immer Ideen und sagt, warum hast Du das gesagt. Das wird wahrscheinlich heute mir genauso gehen, dass ich denke, also das hättest Du vielleicht anders sagen sollen oder gar nicht sagen sollen oder so. Aber wie gesagt, äh, ich denke ja, es kommt nicht in falsche Hände und deswegen, es ist ja nicht, nicht schlimm. (Frau Rot)

- Bitte um die Zusendung von Ergebnissen.

Kann man das irgendwann auch als, äh, Patient oder Verbraucher wiederfinden irgendwo. **Ähm, ich, es wird sicherlich Veröffentlichungen geben und wenn ich weiß, dass Sie das, äh, interessiert, dann kann ich Ihnen da was zuschicken.** Das, da würde ich drum bitten. (Herr Berg)

- Betonung, dass die Teilnahme an Untersuchungen bzw. Befragungen für den Betreffenden nicht neu oder sogar selbstverständlich sei.

"Ich bin immer schon sehr offen gewesen für solche Dinge, ich habe mich ja jahrelang für Demonstrationen zur Verfügung gestellt und, äh, das hat der Zahnarzt sehr gern gemacht, der hat Kurse gegeben und dann konnten seine Kollegen sehen, wie man auch im ziemlich aussichtslosen Fall noch was machen kann. Das war für mich selbstverständlich, dass ich da hingeh. Er hat viele Aufnahmen gemacht, der hat das auch in irgend einem Buch, äh, veröffentlicht und, ob man mich dabei erkannt hat, ach, das ist mir im Grunde ganz wurscht, ... Denn, die Medizin kann ja nur Fortschritte machen, wenn das verbreitet wird, was Erfolg hat. (Frau Klavier)

Also, sie hat mich gefragt, ob sie dies aufzeichnen dürfe und äh, da hab ich gesagt, ja. Das könnte Sie machen. Aber da ich auch schon mal im Fernsehen was gesagt hab und im Radio, ist mir das dann nicht so bewusst, dass das was ganz Besonderes ist, außer dass das für die Statistik was bringt, nech. (Frau Sturm)

- Nutzung als Gelegenheit, die Zufriedenheit mit dem Hausarzt auszudrücken. Dies geschah zweimal durch eine Bemerkung im Anschluss an das Patienteninterview, dass die falschen Ärzte bei so einem Projekt mitmachen würden, nämlich diejenigen, die es nicht nötig hätten, ihre Kommunikation zu verbessern.

Ja. Gibt es etwas, was Sie jetzt in diesem Zusammenhang noch sagen möchten, was ich vielleicht vergessen hab, zu fragen, was Ihnen noch wichtig erscheint? Ja also wa, wa, da haben wir aber auch zu Anfang drüber gesprochen, ich halte es nicht für gut, immer nur mit positiven Beispielen zu arbeiten, denn da kriegen Sie keinen Negativtypen, damit überzeugen Sie nicht. Die sind also wirklich, die halten sich für so, äh, für so *unnahbar* gut, äh, an die würde das nicht rankommen. Ich bin auch davon, ich glaube auch nicht, dass so krasse Negativbeispiele die unheimlich bewegen würde, weil sie ja einfach, äh, äh, offensichtlich ihre Patienten ja nur als halbe Untermenschen sehen. ... also ich weiß [...] dass 50 % der Ärzte sehr offen waren, sehr neuen Dingen zugewandt

waren, äh, auch gerade sehr viel auf Kommunikation zwischen ihren Patienten, sich selber, achten, und haben *alles* sich kommen lassen, was sie da, was ihnen da weiterhilft. Die andern 50 % waren eben halt jene Sturböcke. (Frau Krabbe)

Die Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, gingen fast alle gelassen mit der Untersuchungssituation um. Einigen Patienten war Aufregung angesichts der Interview-situation anzumerken, die sich aber im Laufe des Interviews meistens bald legte.

- Bei einigen Patienten hatten die Interviewerinnen den Eindruck, sie tun es dem Arzt zuliebe und fühlen sich nicht wirklich wohl in ihrer Haut (Frau Nashorn, Frau Rot, Frau Schuh).
- Mehrere Patienten schienen von dem ausführlichen Gespräch und der damit verbundenen Aufmerksamkeit eher zu profitieren und die Situation positiv für sich nutzen zu können. Diese Vermutung äußerten die Ärzte mehrfach und die Interviewerinnen hatten den gleichen Eindruck.

Ich glaube, dem hat, dem hat das sehr gut getan, ... dass er sozusagen doppelt beforstet wird und er hat ja mit den Eppendorfern in der Leberambulanz Probleme, weil die manchmal so zack-zack mit ihm umgehen und auf seine psychische Seite überhaupt keine Rücksicht nehmen, ... seine Idee ist, dass, wenn er hier so'n Interview macht, dass das in Eppendorf auch ankommt, die können ruhig mal wissen, wie das für mich ist, ja, also, auf so'ne ganz verwinkelte Art hat ihn das Interview sogar entlastet, er ist da was losgeworden, was er, wo er denkt, das muss denen noch mal gesagt werden. (Arztinterview Herr Blau)

Naja, also mir ist eben aufgefallen, äh, dass äh Frau Krabbe sehr gerne, also überhaupt nichts dagegen hatte, dass das Band läuft und dass sie die, diesen Zettel zur Unterschrift äh, am nächsten Tag wieder hier vorbei gebracht hat, also, ich glaube, dadurch dass ein Band läuft, hat sie ja mehr Aufmerksamkeit gekriegt und das hat ihr unheimlich gut getan. (Arztinterview Frau Krabbe)

Ähm, glauben Sie, dass die Aufzeichnung des Gesprächs irgendwelche Auswirkungen auf die Patientin hatte im Nachhinein? Ich weiß es nicht. Also es hat ihr in jedem Fall sehr gut getan und sie hat mir ja heute auch erzählt, dass sie das Gespräch mit Ihnen eben sehr angenehm fand und ich denke, die Erfahrung hab ich jetzt bei diesen ganzen Aufnahmen gemacht, allen Patienten tut es gut, wenn sie mal mehr Aufmerksamkeit bekommen und da gehört Ihr Gespräch ja eben auch dazu. Also das ist schon, das ist bei allen gewesen. (Arztinterview Frau Sturm)

- Einige schienen die Tatsache, dass der Arzt gerade sie ausgewählt hat, positiv zu bewerten.

Ist Ihnen jetzt noch was eingefallen, was für mich wichtig sein könnte, was Sie noch sagen möchten oder was Sie mich fragen möchten? --- Äh, Sie machen ja diese Erhebung, äh, wieviel machen da ungefähr mit und, und wie wird sowas...? **Dreißig.** Ach dreißig nur und dann hat sie mich da vorgeschlagen, das ist ja nun wieder... (Frau Esche)

- Mitunter stellte sich die Frage, ob die Patienten die Interviews nutzen, um dem Arzt etwas indirekt mitzuteilen. Zwei Patientinnen deuten dies selbst an:

Ich hab so im Nachhinein gedacht, das ist eigentlich gar nicht schlecht, dass ist irgendwie so'n, so'n Schicksalsgeschenk [...] dass ich ausgerechnet bei dem Gespräch mit ihr, ähm, das mit der Tonbandaufnahme hatten, eingewilligt habe, weil ich dachte so, mhm, gut wenn sie, wenn wir darüber dann so auf die Art auch 'n bisschen miteinander klarkommen oder so, vielleicht auch was darüber erfährt, was ich denke oder was mich einfach geärgert hat. (Frau Donner)

Vielleicht erfährt sie ja jetzt noch'n bisschen mehr. Ich, ich weiß nicht, ob ich ihr alles erzählt hab. (Frau Krabbe)

4.2.2 Wahrgenommene Auswirkungen auf die aufgezeichneten Sprechstundenkontakte

Sowohl die Patienten als auch die Ärzte wurden in den Interviews gefragt, ob sich die Aufzeichnung des Sprechstundengesprächs in irgendeiner Form auf die beiden Beteiligten ausgewirkt hat, ob sie sich im Gespräch anders als sonst verhalten hätten. Dies wurde von der überwiegenden Mehrheit der Patienten klar verneint. Oft sagten die Patienten, sie hätten die Tatsache der Aufnahme völlig vergessen.

Jetzt noch mal zu dem Gespräch, was aufgezeichnet ist [...] Können Sie noch sagen, wie Sie sich gefühlt haben bei diesem Gespräch? Vollkommen frei, das Gerät hab ich gar nicht gesehen, also gar nicht, äh, wahrgenommen. Also ich hab jetzt nicht Dinge gesagt, nur weil, weil der Apparat lief oder was, das ist, wenn sie mich nicht gefragt hätte und mir das hinterher, wär das Gespräch genauso gelaufen. (Herr Berg)

Lediglich drei Patientinnen berichtet von einer Beeinflussung durch die Aufnahmesituation: Frau Herz, Frau Donner und Frau Möve.

Frau Herz gibt an, dass ihr durch das laufende Tonband bewusster gewesen sei, was sie sagt, es sei ein bisschen ungewohnt gewesen, sie habe aber deshalb nichts anderes gesagt.

Frau Donner fühlte sich unter Druck gesetzt und war von ihrer eigenen Zustimmung etwas überrumpelt:

Ich hab zwar erst 'n bisschen überlegt, ich dachte, jetzt haste dies dringende Anliegen und jetzt ähm, kommt so was dazu, ist das wirklich so gut? Und dann bin ich aber dann doch so neugierig, dass ich dann doch zugestimmt habe, ähm, weil ich das dann auch sehr spannend finde und hab denn doch gemerkt, dass ich sehr aufgeregt war und im Nachhinein dachte ich dann so, na, ähm, ob ich's denn jetzt so, ja, ob das denn jetzt alles so toll war, also, ob ich mein Anliegen gut übergebracht habe oder ob es nicht letztendlich ähm, (da mich) das Band 'n bisschen gestört hat, dass es alles so'n bisschen verheddert hat und vielleicht sogar, ja, unser Verhältnis so'n bisschen verknotet hat. (Frau Donner)

Sie hält es darüber hinaus für möglich, dass sich auch der Arzt anders verhalten hat:

Als sie dann nachfragte, und auch mein, mich noch mal fragte, was mit meinen Rückenbeschwerden denn wäre, wie ich das einschätze und so, ähm, --- da, das hat mich schon irgendwie befremdet, weil ich irgendwie dachte, sagt sie das jetzt nur, weil jetzt dieses Band da mitläuft oder warum sagt sie das jetzt. (Frau Donner)

Der Arzt verneint eine Beeinflussung in diesem speziellen Moment, berichtet aber, dass es eine andere Stelle gab, an der das Bewusstsein, aufgenommen zu werden, ihn daran gehindert habe, schon früher eine Nachfrage zu stellen:

...im Gegenteil, also ich hab dieses mit der Osteopathie, ähm, wo ich wirklich nicht weiß, was das ist,[...] Naja, da hätte ich sie schon viel früher gefragt [...] als sie dieses Wort zum ersten Mal in den Mund genommen hat. Das hätte ich sie vielleicht gleich gefragt, wenn das Band nicht gelaufen wär, aber nachher konnt ich es mir nicht verkneifen. (Arztinterview Frau Donner)

Frau Möve äußert den Eindruck, ihr Arzt habe sich ein paar Minuten länger für sie Zeit genommen. In diesem Fall gibt der Arzt an, sich so verhalten zu haben wie immer.

Die drei Ärzte beurteilten das Ausmaß, in der die Aufnahmesituation sie beeinflusst habe, unterschiedlich.

Der erste Arzt berichtet bei sechs seiner zehn Patienten von einer Beeinflussung seines Verhaltens.

In den Fällen Blau, Nashorn und Drache berichtet er, auf Themen aus der Vorgesichte mehr eingegangen zu sein als er es normalerweise getan hätte:

Ich hab sie im Gespräch dann manchmal so ein bisschen dahin geführt, also dieses Gespräch ist vielmehr von diesem Tonband hier beeinflusst, als, als das andere war. [...] So der Rückgriff auf die Geschichte, die wir miteinander haben, ja. **Das ist in diesem Gespräch durch die Tonbandaufnahme [...bedingt]?** Glaub ich, dass ich, also dieser Rekurs, sie hat ja von ihren Herzbeschwerden gar nix gesagt, das hab ich ja reingebracht, sozusagen, um das Bild zu vervollständigen. (Arztinterview Frau Nashorn)

In anderen Fällen habe er sich insgesamt mehr Zeit genommen.

Wenn dieses Ding läuft, bin ich immer bereit, mehr, ,n bisschen mehr auf die Leute einzugehen. Wenn ich da z.B. so'n Tag nehme wie heute, wo die Assistentin ausfällt und der Anfall von akuten Notsituationen überdurchschnittlich häufig ist, da geh ich in so'ner Situation nicht so ausführlich auf, auf so was ein, sondern, ähm, versuch dann irgendwie so'ne Überleitung zu machen und zu sagen, also ich seh, da ist irgendwas noch zu besprechen, aber im Moment ist keine Zeit, wollen Sie nicht noch mal einen Termin machen? Und manche Patienten machen's und manche machen's dann nicht und für die Situation ist es dann eben beendet. Also als ich heute merkte, dass ich hier, äh, überhaupt nicht mehr durchkomme [...] da hätt ich so'n ausführliches Gespräch nicht geführt [...] Ich glaube nicht, wir wären an den Punkt gekommen mit dieser verschlumpten Versicherungspolice oder so, wenn das Gerät da nicht gelaufen wäre, äh, hätte ich das vielleicht auch vorher schon, professionell abgebogen. (Arztinterview Frau Wagen)

Die betreffenden sechs Patienten haben dies nicht bemerkt oder jedenfalls im Interview verneint.

In zwei Fällen hatte dieser Arzt den Eindruck, dass die Aufnahmesituation das Verhalten der Patienten beeinflusst habe: Frau Friseur sei sehr aufgeregt gewesen und Frau Nashorn sei am Anfang wesentlich weniger gesprächig gewesen als sonst. Bei diesen beiden Patientinnen hat der Arzt gegen Ende des Gesprächs das Band ausgestellt.

...ja also dieser Schluss, dass ich dann, als ich merkte, dass es ihr zuviel wird, hab ich gesagt, wir können das auch abschalten. Kam ja noch mal was hinterher, ich weiß jetzt nicht mehr, was es war. (Arztinterview Frau Nashorn)

Ich merkte das auch, dass sie aufgeregt war und dass sie immer wieder dieses etwas, äh, äh, imposante Mikrofon anguckte und, ähm, dass sie dann überhaupt sich traute, zu sagen, ich hab noch was, aber das frag ich ein andermal, das ist so ihre ganz versteckte Art, zu sagen, äh, jetzt reicht's mir aber, jetzt hören wir wieder auf damit, ähm. Sie würde nie so'n klaren Satz sagen, können Sie das Ding abschalten, ich will das doch nicht oder so. (Arztinterview Frau Friseur)

Beide Patientinnen berichteten im Interview bereitwillig, worum es in dem nicht aufgezeichneten Teil gegangen ist.

Auch der zweite Arzt vermutet - allerdings nur in einem von zehn Fällen - er habe sich bedingt durch die Aufnahme mehr Zeit genommen. Bei einer anderen Patientin fällt ihm auf, dass sie deutlich redsamer war als sonst und er schließt nicht aus, dass dies auf die Aufnahme zurückzuführen sein könnte.

Beim dritten Arzt berichten weder er noch seine Patienten über irgendeine Form der bemerkten Beeinflussung - obwohl er sich bei der Diskussion im Rahmen des zweiten Treffens die meisten Gedanken darüber gemacht hat.

Selbstverständlich ist nicht sicher auszuschließen, dass die Untersuchungssituation sich auf Gespräche ausgewirkt hat, auch wenn weder Arzt noch Patient dies berichten. In den Gesprächen selbst finden sich keine Anhaltspunkte dafür. Insgesamt dürfte davon auszugehen sein, dass die Verfälschung der Realität durch die Untersuchungssituation gering gewesen sein dürfte.

4.2.3 Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung

Bei vielen Patienten waren die Interviews so zeitnah an den Gesprächen, dass die Ärzte in den Interview noch nicht beurteilen konnten, ob die Studienteilnahme irgendwelche Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient hatte. In einigen Fällen wurde durch die Interviews die Reflektion über die Patienten gefördert bzw. weitergehendes Interesse geweckt, so bei Frau Rose und Frau Möve.

Bei Frau Rose berichtete der Arzt, dass sich die Patientin nach der Teilnahme an der Studie anders verhalte als vorher:

Also sie kam ja dann noch mal, äh, so und sie hat mir plötzlich ein Buch geschenkt. Das ist ganz ungewöhnlich, weil ich bisher es nur kannte, dass sie mir irgendwelche Süßigkeiten schenkt und an sich zu Anlässen. Äh und das war gar kein, gab gar keinen Anlass diesmal und es ist ,n Buch „Sorge Dich nicht, lebe!., und machte also ,n relativ teuren Eindruck auch, wobei ich schon das Gefühl hab, es ist eben, wie gesagt, eine der Patienten,[...] die schon auch, äh, in die teure Kategorie greift. Aber das fand ich sehr ungewöhnlich und ich hatte das Gefühl, so sie, dass so durch dies, dadurch dass das aufgenommen wurde und Du da warst, hat sich die Arzt-Patient-Beziehung seltsam etwas verbessert. Also vielleicht, weil ich mir etwas mehr Gedanken über sie gemacht hab, habe, und sie sich vielleicht auch mehr Gedanken über mich, das weiß ich nicht. So. Sie war jedenfalls mindestens einmal, wenn nicht zweimal seitdem da, so häufig kommt sie sonst nicht. (Arztinterview Frau Rose)

Beim letzten Treffen wurden die beteiligten Ärzte noch einmal explizit nach Auswirkungen des Forschungsprojektes auf die Beziehung zu den einzelnen Patienten gefragt. Der Arzt von Frau Rose berichtete über ein weiteres Buchgeschenk. Er habe außerdem bei einem anderen Patienten seinen Interaktionsstil geändert, nachdem ihm durch das Anhören des Bandes klar geworden war, dass der Tonfall, den er bislang benutzt hat, nicht angemessen war.

Die beiden anderen Ärzte berichteten übereinstimmend, dass die Teilnahme an der Studie keine Auswirkungen hatte und weder von Arzt- noch von Patientenseite darauf Bezug genommen werde. Einer der Ärzte gab weiter an, er sei froh darüber, denn es wäre ihm unangenehm, wenn die Patienten etwas „gut bei ihm hätten“ oder umgekehrt.

5 Subjektive Krankheitstheorien

Die Darstellung der Ergebnisse zu diesem Themenbereich beginnt mit der Beantwortung der Frage, welche Rolle die Krankheitskonzepte in der Sprechstunde des Hausarztes bzw. in den exemplarisch aufgezeichneten Gesprächen spielen. Es wird dargestellt, welche inhaltlichen Aspekte dabei besonders häufig angesprochen werden, von wem die Initiative ausgeht und ob bestimmte Zeitpunkte im Gespräch bevorzugt werden (5.1).

Es werden dann im Abschnitt 5.2 verschiedene Einflußfaktoren untersucht, die möglicherweise eine Rolle in Bezug auf die Äußerung von Krankheitsvorstellungen in den Sprechstundenkontakten spielen.

Die nächsten beiden Abschnitte widmen sich den Fragen: "Wie geht der Arzt mit den Krankheitskonzepten um?" (5.3) und "Wie geht der Patient damit um?" (5.4). Hier wird auch jeweils untersucht, was Gründe für diesen oder jenen Umgang sein könnten.

5.1 Thematisierung von Krankheitskonzepten im Sprechstundengespräch

Aus allen aufgezeichneten Gesprächen erfährt man etwas über die subjektiven Krankheitstheorien des Patienten, wenn auch auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Ausmaß.

Bei der Auswertung trat rasch das Problem auf, wie abzugrenzen ist, was zum Krankheitskonzept des Patienten gehört. Es wurde zunächst ein breites Vorgehen gewählt, indem alle krankheitsbezogenen Gedanken und Emotionen des Patienten, über die aus dem Gespräch etwas hervorging darunter verstanden wurden, selbst wenn sie nur am Rande oder reaktiv geäußert wurden. Symptomschilderungen des Patienten wurden nicht mit einbezogen. Auch zusätzliche Informationen zum Krankheitskonzept, die sich aus den Interviews ergaben, blieben ausgeschlossen. In Zweifelsfällen wurde das betreffende Thema eingeschlossen. Die dem Krankheitskonzept zugehörigen Themen wurden in den meisten Fällen von zwei Auswertern (mir selbst und der Doktorandin) identifiziert und Abweichungen wurden diskutiert.

An Hand von zwei Gesprächen, eines mit einem hohen Anteil und eines mit einem geringen Anteil an Aussagen zum Krankheitskonzept, wird das Vorgehen exemplarisch dargestellt.

Ein Gespräch, in dem subjektive Krankheitstheorien eine geringe Rolle spielen:

Frau Schön

Die 35jährige Sozialarbeiterin hatte beim vorangehenden Kontakt von sich aus angesprochen, dass sie ein Alkoholproblem hat. Im aufgezeichneten Gespräch geht es um das weitere Vorgehen; es wird eine stationäre Entgiftung vereinbart und in die Wege geleitet. Nachdem der Arzt sich einleitend nach dem kurz zuvor stattgefundenen Weihnachtsfest erkundigt, leitet er zum Trinkverhalten der Patientin über. Auf die Auskunft, sie habe weiter getrunken, reagiert der Arzt mit Verständnis. Es folgt eine kurze Sequenz zu dem wohl beim letzten Kontakt thematisierten Durchfall, der nach Absetzen eines Antidepressivum sistierte und von der der Arzt schnell zurück auf den Alkohol kommt. Der Arzt schlägt eine stationäre Entgiftung vor. In der Reaktion der Patientin auf diesen Vorschlag wird zum ersten Mal etwas von ihrem Krankheitskonzept, nämlich ihren Vorstellungen zum weiteren therapeutischen Vorgehen, sichtbar: Frau Schön, die zunächst nur mit Hörsignalen reagiert und überrumpelt wirkt, sagt, dass sie gemerkt hat, dass sie es nicht allein schafft, sondern Hilfe braucht. Der Arzt fragt nach Entzugssymptomatik; die Patientin berichtet. In der nächsten Sequenz geht es um die Organisation der stationären Therapie, hier werden keine eigene Vorstellungen der Patientin deutlich. Erst als der Arzt die Verlängerung der Krankschreibung anspricht, bringt Frau Schön eigene Vorstellungen ein; sie fragt, ob sie nicht auch wieder arbeiten gehen könne. Der Arzt stimmt einem Arbeitsversuch zu. Zum Schluss gibt er ihr die Telefonnummer und die Adresse der Klinik. Er betont die Notwendigkeit einer Wiedervorstellung bei ihm und die einer baldigen Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus.

In diesem Gespräch, das 8,5 Minuten dauert, ist der Gesprächsanteil des Arztes mit 65 Prozent im Vergleich zu den übrigen Gesprächen des Arztes hoch. Der Arzt dominiert die Themen und die Gestaltung des Gesprächs merklich, während die Patientin insgesamt sehr passiv ist und wenig Eigeninitiative zeigt. Der Hörer erfährt über die eigenen Vorstellungen der Patientin nur

- Frau Schön möchte gerne wieder arbeiten gehen und
- sie ist mit einer stationären Entgiftung einverstanden.

Ein Gespräch, in dem subjektive Krankheitstheorien eine große Rolle spielen:

Frau Vogel

Das Anliegen von Frau Vogel, einer 48jährigen Hausfrau, war die Besprechung von Untersuchungsbefunden, die aufgrund zeitweiliger Angstzustände und Herzrasen veranlasst worden waren. Ähnliche Beschwerden waren früher schon einmal aufgetreten und hatten unter anderem zu einer Kur geführt. Damals war die Patientin

nach Aussage des Arztes allerdings nicht bereit gewesen, eine psychosomatische Erklärung zu akzeptieren.

Im Gespräch geht es zunächst um den Vater der Patientin, der mit Verdacht auf Schlaganfall ins Krankenhaus kam und im besonderen um die Frage, ob die hohe Zahl an Blutdrucktabletten richtig gewesen sind. Dies wird vom Vater und der Patientin bezweifelt, vom Arzt hingegen verteidigt.

Es folgt der Hauptteil, dessen Thema die Angstzustände sind. Nach einem Scherz von Frau Vogel zur Prognose, auf den der Arzt eingeht, formuliert die Patientin selbst (zum ersten Mal, wie der Arzt im Interview sagt) die Bedeutung der Angst für die unangenehmen körperlichen Zustände und berichtet von einer kurz zurückliegenden Erfahrung, die diese Vermutung stützt. Der Arzt vertagt die Behandlung des von der Patientin angeschnittenen Themas und schiebt zunächst die Besprechung der Laborbefunde ein. Alle Werte sind völlig in Ordnung, daran könne es also nicht liegen. Danach nimmt er das Thema wieder auf. Frau Vogel schildert eine aktuelle Situation, in der die Angst auftrat, der Arzt unterstützt mit Erzählanregungen und stellt dann den Bezug zu früheren, ähnlichen Ereignissen her, dem die Patientin zustimmt. Als nächstes fragt er nach dem Umgang der Patientin mit dem Problem und nach der Häufigkeit des Auftretens, was die Patientin jeweils beantwortet. Es folgt ein Vorschlag des Arztes zu einer therapeutischen Maßnahme (Autogenes Training). Dabei bezieht er sich auf eine frühere Erfahrung der Patientin damit und erinnert an eine damals getroffene Vereinbarung, das Autogene Training fortzuführen.

Das nächste Unterthema betrifft die vom Arzt initiierte Frage nach Auslösern, wobei er eher an seelische Belastungen zu denken scheint, während die Patientin diese verneint und äußerliche Faktoren anführt. In diesem Zusammenhang kommt sie auch erstmals auf die Wechseljahre zu sprechen, auf die ihrer Meinung nach alles zurückzuführen ist. Im folgenden entspannt sich ein Dialog, den man als eine Art "Ping-Pong-Spiel" auffassen könnte: Während der Arzt mehrfach das Autogene Training vorschlägt, führt die Patientin mehrfach die Wechseljahre an; gegen Ende stimmen beide dem anderen halbherzig zu. Danach spricht die Patientin ein neues Thema an: ihre Knieprobleme. Ausgehend von der Bitte ihr eine Salbe zu verschreiben, wird eine Diskussion über die Notwendigkeit von diagnostischen Maßnahmen ausgelöst. Die Patientin signalisiert, dass sie diese ablehnt.

Dieser Abschnitt endet mit der Ausstellung des Rezeptes, und ähnlich wie oben ist es wieder Frau Vogel, die ein neues Thema anschneidet; diesmal den Husten. Mit der Frage nach möglichen Maßnahmen gegen den Husten weist die Patientin indirekt auf die Therapiebedürftigkeit hin. Nach einigem Hin und Her verordnet der Arzt schließlich ein Medikament. Im abschließenden Teil thematisiert der Arzt noch kurz die Teilnahme an der Studie, bevor endgültig der Abschied folgt.

In diesem gut 13 Minuten dauerndem Gespräch ist der Anteil des Arztes nur etwas höher als der der Patientin (56 Prozent). Die Patientin ist aktiv an der Themenwahl beteiligt und der Hörer erfährt an mehreren Stellen etwas über ihre eigenen Vorstellungen:

- Die Patientin zweifelt an der Richtigkeit der acht Blutdrucktabletten des Vaters,
- sie meint, dass Angst die körperlichen Symptome verursacht,
- sie macht sich Gedanken um die Prognose,
- sie glaubt, dass die Wechseljahre die zugrundeliegende Ursache für alles sind,
- sie meint, dass Mobilat für ihr Knie das beste ist und weitere diagnostische Maßnahmen nicht nötig sind,
- sie findet, dass etwas gegen den Husten getan werden sollte,
- sie sieht eine gewisse Abhängigkeit der Beschwerden von der Jahreszeit.

Im folgenden wird die Kategorisierung der so identifizierten Krankheitskonzepte nach Häufigkeit, thematischer Zuordnung, Initiative und Zeitpunkt der Äußerung beschrieben.

5.1.1 Häufigkeit

Eine exakte Quantifizierung der Äußerungen zum Krankheitskonzept lediglich nach Kriterien wie Anzahl der identifizierten Äußerungen oder gar Länge in Sekunden erscheint nicht sinnvoll. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

- Zusammenhang mit der gesamten Gesprächsdauer
- Breite der Abhandlung (thematisch bedeutend / am Rande)
- Bedeutung innerhalb des Gesprächs (zentrales Thema / Randthema)
- Initiative des Patienten oder des Arztes
- Einzelne Auswertungseinheiten sind oft nur schwer abzugrenzen

Für die Frage, wie groß die Bedeutung der Krankheitskonzepte der Patienten in den jeweiligen Gesprächen ist, werden daher umfassendere, in der folgenden Tabelle aufgeführte Kriterien genutzt:

Tabelle 5.1 Ausmaß der Thematisierung der Krankheitskonzepte in der Sprechstunde

Kategorie	Beschreibung	Anzahl der Fälle	Namen
eher groß	es werden 7 oder mehr Äußerungen zum KK identifiziert, von denen die meisten bedeutsam sind; das heißt, der Arzt geht zumindestens auf einige intensiver ein	7	Frau Donner, Frau Schatten, Frau Vogel, Frau Ruhe, Frau Rose, Herr Salz, Herr Berg
mittel	≥ 4 Äußerungen zum KK, von denen mindestens 4 eine Rolle im Gespräch spielen	5	Frau Sturm, Frau Friseur, Frau Nashorn, Frau Esche, Frau Klavier
gering	≥ 4 Äußerungen, von denen die meisten nicht weiter aufgegriffen werden oder nur reaktiv erfolgen	8	Frau Zahn, Frau Herz, Frau Krabbe, Frau Rot, Frau Wagen, Frau Möve, Herr Drache, Herr Mönch
minimal	2-4 Äußerungen, von denen keiner eine größere Bedeutung zukommt	7	Frau Kater, Frau Schuh, Frau Schön, Herr Blau, Herr Schuster, Herr Kirsche, Herr Distel

5.1.2 Thematische Zuordnung

Nach inhaltlichen Gesichtspunkten stellten sich im Verlauf der Auswertung die folgenden Schwerpunkte heraus:

Tabelle 5.2 Inhalt der Krankheitsvorstellungen

Thema	Anzahl
Therapeutisches Vorgehen	54
- davon ärztl. Medikation	24
- nicht-medik. Therapie einschl. Krankschreibung	17
- davon medik. / nicht-medik. Selbstmaßnahmen	13
Ursache	41
Verlauf	16
Diagnostisches Vorgehen	12
Name	10
Angst	4
sonstiges / nicht sicher zuzuordnen	8
Gesamt	145

Die einzelnen Bereiche werden im folgenden näher definiert und mit Beispielen veranschaulicht.

Unter das Stichwort **therapeutisches Vorgehen** fallen medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen, die vom Patienten initiiert wurden oder die Einstellung des Patienten bezogen auf die vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahmen, sofern sie deutlich wurde. Dazu gehören außerdem vom Patienten selbst ergriffene Maßnahmen, sofern sie thematisiert wurden.

P119: Wenn Sie mir nur noch mal Mobilat für mein Knie aufschreiben? A120: Ja.
P120: Denn gestern abend konnt ich das wegschmeißen (...) A121: Aha P121: War ich den ganzen Tag auf den Beinen auch (Frau Vogel)

Man erfährt viel über die Einstellungen der Patienten zu Medikamenten; häufige Themen sind neben dem Wunsch nach einer Verordnung die Bewertung der Wirksamkeit, Einnahmemodalitäten sowie Neben- und Wechselwirkungen.

P26: [...] Ich hab auch gedacht, ob ich die mal, ich hab bald gesagt, getrennt nehme. Ich weiß das, von ner Bekannten, die nimmt morgens welche und nachmittags, A26: Ja.
P27: ob das vielleicht sich anders auswirkt oder (Frau Esche)

Wurden Nebenwirkungen lediglich im Rahmen von Symptomschilderungen erwähnt oder Einnahmemodalitäten nach Aufforderung des Arztes berichtet, so wurden sie nicht als Teil des Krankheitskonzepts angesehen.

Im Bereich der ärztlich verordneten nicht-medikamentösen Maßnahmen geht es zum Beispiel um Krankschreibung, Krankengymnastik, Autogenes Training oder stationäre Maßnahmen:

P90: Ich hab schon überlegt, gibt es sonst so was, irgendwie, wie ambulante Therapie oder so was? (Frau Kater)

Wenn es um Selbstbehandlung geht, spielen Medikamente in sechs der 13 zu diesem Thema identifizierten Äußerungen eine Rolle. Aber auch nicht-medikamentöse Selbstbehandlungen werden thematisiert.

Mit dem Stichwort **Ursache** sind Äußerungen zu Krankheitsursachen und Auslösern im engeren Sinne gemeint, aber auch Zusammenhangsvermutungen mit anderen gesundheitlichen Problemen fallen in diese Kategorie:

P19: und, äh, was aber mir mittlerweile, merk ich auch, dass es 'ne rein körperliche Ursache auch haben *kann*, wo ich denke, dass, das auch Vernarbungen von der Blinddarmnarbe sind, die ich, A19: Mhm P20: äh, seit meinem sechsten Lebensjahr eigentlich A20: Mhm P21: habe. (Frau Donner)

Mitunter handelt es sich um recht einfache Bilder im Sinne von Auslösern:

P83: Ich bin ja, war das vor Weihnachten? Da bin ich ja einmal umgeknickt mit dem rechten Knie, ne. A84: Ja P84: Und das tat so wahnsinnig weh. A85: Mhm. P85: Aber ob das damit zu tun hat, das (Frau Rose)

Andere Patienten beschreiben kompliziertere pathophysiologische Sachverhalte:

P31: Und diese Entzündung, äh, verursacht, äh, eben durch Stress, die schützt sich im Auge, so hat man mir das erklärt, indem es eine A31: Mhm. P32: Wasserblase bildet, A32: Mhm. P33: das sind irgendwie so Blutgefäße, die sich da A33: Ja. P34: entzünden und dann schützt sich das Auge automatisch mit dieser Blase. A34: Mhmhm. P35: Und ich gucke jetzt immer durch eine Wasserblase. Und deswegen ist es auch verschwommen. (Frau Schatten)

Der Begriff **Verlauf** umfasst neben der Prognose im engeren Sinne Therapieziele und die Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung:

P45: wollen wir mal sehen, ich meine, also, das, hab schon gedacht, wenn das nun chronisch ist, dass das irgendwie sich gar nicht beheben läßt. (Herr Mönch)

P61: Ja. – Nee, ich will ja auch nicht, dass der Zucker so hoch ist. (Herr Distel)

Analog zum Begriff therapeutisches Vorgehen werden unter dem Stichwort **Diagnostik** alle diagnostischen Maßnahmen, bei denen sich die Sicht des Patienten offenbart, erfasst:

P130: Ich wollte Sie eigentlich bitte, mir 'n Blutdruck mal zu messen, A130: Ja. P131: denn als ich vorgestern so schlimme Kopfschmerzen auf'm Kopf hatte, da hatte ich das Gefühl, mein Kreislauf war A131: Mhm. P132: äh, ziemlich runter. Hat man doch dann auch schon mal so wie Leere im Kopf, ne? (Frau Sturm)

Vier Äußerungen befassen sich unmittelbar mit **Angst** vor Krankheitsfolgen oder diagnostischen Maßnahmen:

P18: Ja, ich hab ja jetzt wieder ne Erkältung A18: Aha P19: über die Luftwege, A19: Ja. P20: aber die kann ich abhusten abends, abends denk ich immer, ich ersticke.
A20: Und dann merken Sie das sofort?
P21: Ja. Denn hab ich Luftmangel, noch weniger Luft als A21: Ja, also vorher P22: Da hab ich Angst, dass ich erstick. (Herr Drache)

Unter dem Stichwort **Name** sind Informationen zusammengefasst, die sich auf die Diagnose bzw. den Namen oder die Bezeichnung von Krankheitsentitäten aus der Sicht des Patienten beziehen. Hier gibt der Patient Auskunft darüber, was das Problem ist und wie er es benennt:

P44: Das ist sehr wahrscheinlich diese, eine Art *Hypersensibilität*, die ich mir als Kind wohl angewöhnen mußte, A44: Mhm. P45: um auch einen gewissen Schutz aufzubauen. (Frau Krabbe)

Häufig klingen in diesen Begriffen Vermutungen über Ursachen mit, wie ein weiteres Beispiel erläutern soll:

P4: ... das inzwischen *viel* schwerwiegendere Problem ist, meine Bandscheiben haben sich gestern zurückgemeldet. (Frau Herz)

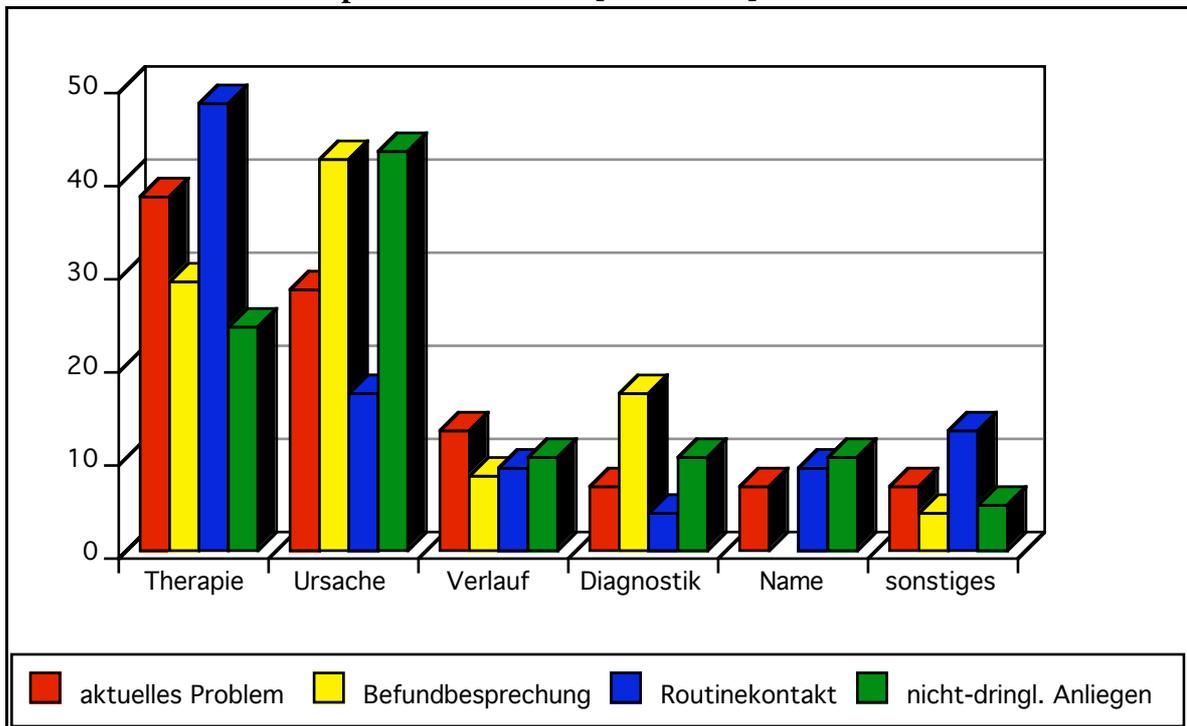
Auch die Abgrenzung zu Symptomschilderungen ist mitunter nicht eindeutig möglich.:

P89: Auch manchmal hab ich so meine Depressionen und so weiter, dann sag ich ja auch, wenn er nur dasitzen würde. (Frau Wagen)

Einige Äußerungen sind nicht klar einem dieser Oberthemen zuzuordnen (z.B. die Überzeugung, nie Fieber zu bekommen).

Um der Frage nachzugehen, ob die Gesprächssituation die Themen beeinflusst, wurden in der folgenden Abbildung die prozentualen Themenanteile an den vier Kategorien von Gesprächssituationen abgebildet. Es gibt gewisse Schwerpunkte; so erfährt man in den Routinekontakten mehr über die Vorstellungen der Patienten über die Therapie, während Ursachenvermutungen dort eine geringere Rolle spielen. Weiter fällt auf, dass Diagnostik in Kontakten, die primär der Befundbesprechung dienen, mehr thematisiert wird, während die Patientendiagnose dort keine Rolle spielt.

Abbildung 5.1 **Anteile der Themen an den vier Kategorien von Gesprächssituationen [in Prozent]**



5.1.3 Initiative

Den weitaus größeren Teil der Krankheitskonzepte schneiden die Patienten spontan und ungefragt an, einen kleineren Teil äußern sie reaktiv auf eine Frage oder Äußerung des Arztes.

Die Gesprächsanalyse unterscheidet zwischen initiierenden und respondierenden (oder auch reaktiven, reagierenden) Gesprächsschritten:

"Mit einem initiierenden Gesprächsschritt fordert der Sprecher den Hörer zu einer bestimmten Reaktion auf. Es gehört zu den Basisregeln der Kommunikation, daß der Angesprochene antwortet."¹⁰³

Die Gesprächsabschnitte, in denen Patienten spontan das Thema Krankheitskonzept ansprechen, haben allerdings keineswegs alle einen initiierenden Charakter in dem obigen Sinne. Die Art, wie die Patienten dies tun, reicht von einer beiläufigen Erwähnung inmitten anderer Themenangebote bis hin zur direkten Frage, die eindeutig als initiierender Gesprächsschritt zu deuten ist. Die Form der Frage wird gerne genutzt, ist aber oft als vorsichtige Formulierung zu verstehen und nicht als eine Antwort fordernde Initiative.

¹⁰³ Brinker und Sager 1996 S. 69ff

Häufig sind Patientenäußerungen zu ihren Krankheitskonzepten als indirekte Entgegnungen zu vorangegangenen Äußerungen der Ärzte zu interpretieren (vgl. 5.4.3.5). Es folgen Beispiele für Aufforderungen, "echte" Fragen und beiläufige Äußerungen.

Die **Aufforderungen** an den Arzt unterteilen sich in Bitten und Wünsche. Während Frau Donner einen klaren, wenn auch höflich formulierten Wunsch äußert, greifen andere Patienten wie Herr Salz auf indirektere Formulierungen zurück:

P9: Das war Nummer 1. [lacht kurz] Dann hab ich die Pille abgesetzt. A9: [lacht] Ja. P10: ...letztes Jahr und, äh, ich wollt da gern einfach noch mal eine Blutuntersuchung machen lassen, weil ich ja auch mit der Leber da mal so'n Infekt hatte und erhöhte Leberwerte hatte und ich möcht das einfach gern noch mal überprüfen lassen. (Frau Donner)

P35: Und der Blutdruck, sagten Sie, war ja auch etwas hoch, ne. (...)

A35: Ja, machen wir alles gleich noch mal. So, mal mit offenem Mund atmen bitte.[13 Sekunden Atemgeräusche] Gut, prima, ich mach jetzt eben die Spritze.

...[Spritze wird verabreicht]...

P44: Wollen Sie'n Blutdruck noch mal messen?

A44: Ja, natürlich. (Herr Salz)

Offenbar hatte Herr Salz trotz der Zusage des Arztes nicht den Eindruck, dass seine indirekte Erinnerung zum gewünschten Ziel führt, denn er erinnert erneut daran, diesmal deutlich mehr als Aufforderung formuliert. Auch Frau Vogel bringt die Aufforderung in einer Frage unter und teilt sie dem Arzt somit nur indirekt mit:

P136: Ja. Was kann man denn mal gegen den Husten machen, dass der endlich mal aufhört nach drei Wochen? (Frau Vogel)

"Echte" Fragen kommen seltener vor als in Fragen verpackte Aufforderungen:

P47: Jetzt hab ich aber no'mal, A48: Ja P48: ich hab manchmal so, so Schwächezustände, aber so total, A49: Ja P49: der ganze Körper, auch die Beine so, A50: ja, aha P50: ist das altersmäßig irgendwie, dass man mal so (Frau Nashorn)

Beiläufige Äußerungen sind häufig. Die Ärzte greifen sie selten auf (vgl.5.3.2.4):

P15: Ich weiß nicht, was ich dabei machen kann. Ich mein, ich muß ja ehrlich sagen, heute geht es mir etwas besser. Das ist wie, das Wetter is'n bisschen kühler, sag ich mal, die Luft ist ,n bisschen anders, nicht so, A16: mmh P16: aber die letzten Tage, über die Feiertage, das war schlimm.

A17: Er hat ja damals vorgeschlagen, dass man ,ne Szintigraphie macht, ist das gelaufen? (Frau Ruhe)

In ungefähr einem Viertel der Äußerungen lässt sich die Initiative dem Arzt zuordnen. Der geringste Teil davon sind jedoch explizite Fragen oder Nachfragen nach dem

Krankheitskonzept der Patienten; oft nutzt der Patient eine Aussage bzw. einen Vorschlag des Arztes dazu, um im Anschluß daran sein Krankheitskonzept zu thematisieren (Wie die Ärzte das Krankheitskonzept erfragen, wird im Abschnitt 5.3.2.1 ausführlich dargestellt).

5.1.4 Typische Zeitpunkte

Die Mehrzahl der Äußerungen zum Krankheitskonzept fällt irgendwann während des Hauptteils der Gespräche. Sie finden sich darüber hinaus auffallend oft am Anfang des Gesprächs oder zu Beginn neuer Themenabschnitte, also während der anfänglichen Schilderung des Patientenanliegens. Überzufällig häufig fallen sie ebenfalls nach ersten Anzeichen für ein nahendes Ende des Gesprächs.

Die Äußerungen, die während der initialen Schilderung des Anliegen fallen, bevorzugen keinen Themenbereich besonders. Die Art und Weise der Thematisierung sind vielfältig: Benennung am Rande, als Wunsch oder Bitte, explizit oder indirekt.

Geht das Gespräch zu Ende, was durch verbale Signale, aber auch durch Handlungen wie das Ausstellen eines Rezeptes signalisiert werden kann, teilen Patienten häufiger etwas von ihrem Krankheitskonzept mit: Zum einen bei der Einleitung eines neuen Themas, das noch behandelt werden soll oder bei Wiederaufnahme eines Themas, das aus Sicht des Patienten nicht ausreichend besprochen wurde. Zum anderen äußern Patienten an dieser Stelle häufig Wünsche zum diagnostischen oder therapeutischen Prozedere:

A129: Gut. [15 Sekunden Computergeräusche, Ausstellung des Rezeptes]

P130: Ich wollte Sie eigentlich bitten, mir 'n Blutdruck mal zu messen, A130: Ja. P131: denn als ich vorgestern so schlimme Kopfschmerzen auf'm Kopf hatte, da hatte ich das Gefühl, mein Kreislauf war A131: Mhm. P132: äh, ziemlich runter. Hat man doch dann auch schon mal so wie Leere im Kopf, ne? (Frau Sturm)

In vier Fällen erfolgt die Thematisierung des Krankheitskonzepts während der körperlichen Untersuchung. Im folgenden Beispiel spricht der Patient die Wetterabhängigkeit seiner Blutdruckwerte erst an, nachdem der Arzt begonnen hat, seinen Blutdruck zu messen. Dieser Zeitpunkt ist sicherlich ungünstig für etwas, für das man sich Beachtung wünscht, da der Arzt sich auf etwas anderes konzentriert. Andererseits könnte man es auch als geschickt genutzten Freiraum ansehen, da dies eine Zeit ist, in der der Arzt mit großer Wahrscheinlichkeit selbst nicht redet.

A35: [...] Ich mess jetzt erst mal.

P35: Ja. ----- Ich weiß nicht, manchmal hab ich das Gefühl. Aber das kann ja nicht *nur* am Wetter liegen, so wie Wetterumschwung Kälte und Wärme ist, dann krieg ich, gut, das sind eigene Gedanken jetzt, dass er da besonders ... Und wenn er dann, äh, [währenddessen Blutdruckmessung] A36: Ja, aber ja, (...) P36: (...) ändert sich das Wetter jetzt ja ständig, ne.

A37: Äh [7 Sekunden Pause] 160/95, das gefällt mir noch nicht. (Herr Berg)

5.2 Einflußfaktoren auf die Offenlegung von Krankheitsvorstellungen im Sprechstundenkontakt

Es soll nun beschrieben werden, inwieweit Merkmale der Patienten wie z.B. Alter oder Bildung und die Arzt-Patient-Beziehung mit der Rolle, die Krankheitskonzepte im aufgezeichneten Gespräch spielen, in Beziehung stehen. Die folgenden Variablen bzw. Merkmale wurden daraufhin untersucht, ob sie die Unterschiede erklären können:

Gespräch

- Gesprächsdauer
- Gesprächsanteile

Patientenmerkmale

- Alter
- Stadtteil / Praxis
- Beruf
- sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- allgemeine Redefreudigkeit
- Generelle Beschäftigung mit Krankheit / Vorhandensein von Krankheitskonzepten
- Bereitschaft, Krankheitskonzepte im Interview preiszugeben

Arzt-Patient-Beziehung

- Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient
- Konflikt- / Kritikbereitschaft

5.2.1 Gespräch

Die Gesprächsdauer hängt nicht mit der Bedeutung, die Krankheitskonzepten in den Gesprächen zukommt, zusammen. Zwischen den Gesprächsanteilen von Arzt und Patient ließ sich ebenfalls keine Korrelation feststellen. Ob Krankheitskonzepte im Gespräch eine Rolle spielen, hängt also weder von der Dauer noch von dem Raum ab, der dem Patienten zur Verfügung steht.

5.2.2 Patientenmerkmale

Das Alter der Patienten steht in keiner Beziehung zu dem Ausmaß dessen, was im Sprechstundengespräch über ihre Krankheitskonzepte offenbart wird. Auch in Bezug auf den Stadtteil, in dem die Patienten leben oder ihre berufliche Qualifikation lässt sich kein Zusammenhang finden. Ebenso sind die Patientinnen mit beruflichem Bezug zum Gesundheitswesen weder der Gruppe der eher großen noch der eher geringen Äußerungen zum Krankheitskonzept zuzuordnen.

Die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der Patienten variiert stark, ihre Kategorisierung ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 5.3 Die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der Patienten

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
gut	lange, vollständige, grammatikalisch richtige Sätze, komplexer Satzbau, sehr flüssiger Redestil, ausgesuchte Wortwahl, Benutzung von Fremdworten, Abstraktionsfähigkeit	3	Frau Schuh, Frau Schatten, Frau Rot
mittel	vollständige, grammatikalisch richtige Sätze, flüssiger Redestil	8	Frau Kater, Frau Donner, Frau Schön, Frau Herz, Frau Wagen, Frau Friseur, Herr Schuster, Herr Berg
gering	einfacher Satzbau, kurze Sätze, einfache Wortwahl	6	Frau Zahn, Frau Vogel, Frau Nashorn, Frau Rose, Frau Esche, Frau Klavier
sehr gering	kurze, bruchstückhafte Sätze, grammatikalisch falsch, stockender Redefluß mit vielen "äähs" und Stottern, häufige Wiederholungen, Wortenden verschluckt	10	Frau Sturm, Frau Krabbe, Herr Distel, Frau Ruhe, Frau Möve, Herr Drache, Herr Blau, Herr Mönch, Herr Kirsche, Herr Salz

Die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der Patienten und das Ausmaß, in dem im Gespräch mit dem Arzt subjektive Krankheitsvorstellungen eingebracht werden, korrelieren nicht miteinander. Es sind an den Gesprächen, in denen das Ausmaß der eingebrachten Krankheitskonzepte als eher groß kategorisiert wurde, Patienten mit sehr geringer sprachlicher Ausdrucksfähigkeit beteiligt, und umgekehrt; das heißt, solche Gespräche, in denen Krankheitskonzepte eine minimale Rolle spielen, führen auch Patienten mit gutem sprachlichem Ausdrucksvermögen.

Die allgemeine Redefreudigkeit der Patienten war sehr unterschiedlich: Einige redeten offensichtlich gerne und viel, schnell und lebhaft, andere waren bedächtiger oder gar wortkarg. Nimmt man die Länge des Patienteninterviews als annäherndes Maß für die Redefreudigkeit, so findet sich folgende Tendenz: Die Interviews mit den Patienten, bei deren Arztkontakten Krankheitskonzepte eine große Rolle spielten, waren im Durchschnitt 2,5 DIN A4 Seiten länger als die, in denen sie eine minimale Rolle spielten.

Tabelle 5.4 Zusammenhang zwischen der Redefreudigkeit der Patienten und der Thematisierung von Krankheitskonzepten

Ausmaß der Thematisierung der Krankheitskonzepte in der Sprechstunde		durchschnittliche Seitenzahl der Patienteninterviews
Kategorie	Beschreibung	
eher groß	es werden 7 oder mehr Äußerungen zum KK identifiziert, von denen die meisten bedeutsam sind, d.h. der Arzt geht zumindestens auf einige intensiver ein.	11,5
mittel	≥ 4 Äußerungen zum KK, von denen mindestens 4 eine Rolle im Gespräch spielen.	10,4
gering	≥ 4 Äußerungen, von denen die meisten nicht weiter aufgegriffen werden oder nur reaktiv erfolgen.	9,7
minimal	2-4 Äußerungen, von denen keiner eine größere Bedeutung zukommt.	8,9

Es gibt jedoch auch Gegenbeispiele für diese Tendenz. So gehört das Interview mit dem wortkargen Herrn Salz zu den kürzesten, über seine Krankheitskonzepte erfährt man im Sprechstundengespräch aber sehr viel. Umgekehrt erzählt Frau Krabbe im Interview sehr ausführlich und ist kaum zu stoppen, hinsichtlich ihrer Krankheitskonzepte erfährt der Arzt im Gespräch aber nur wenig.

Es wäre logisch, zu vermuten, dass das Ausmaß der Thematisierung der Krankheitskonzepte in der Sprechstunde maßgeblich davon abhängt, wie sehr der Patient sich generell mit seiner Krankheit befasst. Es ist nicht davon auszugehen, dass jeder Patient im gleichen Maße über Krankheitskonzepte verfügt. Ebenso stellt sich die Frage, wie diese beschaffen sind. Als Untersuchungsgrundlage für diese Fragen diene das Patienteninterview und das Verhalten des Patienten auf die Fragen der Interviewerin.

Alle eingeschlossenen Patienten machen sich eigene Gedanken über ihre gesundheitlichen Probleme. Dabei unterscheiden sie sich zum einen hinsichtlich des Ausmaßes, in dem sie sich damit befassen, zum anderen hinsichtlich der Differenziertheit, der logischen Konsistenz ihrer Krankheitskonzepte und der Fähigkeit und Bereitschaft, sie zu verbalisieren.

Herr Kirsche stellt die eine Seite des Extrems dar, er scheint sich nur in sehr geringem Ausmaß eigene Gedanken zu seiner Krankheit zu machen. Er versichert im Interview glaubhaft, er habe vorher nicht darüber nachgedacht, was der Arzt verordnen würde und ob er ihn krankschreiben würde; er würde sich ganz auf den Arzt verlassen und hätte keine eigene Meinung. Er ist der einzige, der sich so wenig damit befasst.

Ein weiterer Teil der Patienten befasst sich nur mit einigen Aspekten: Frau Wagen hat zum Beispiel keine eigenen Ideen zu Ursachen, dafür aber sehr klare Vorstellungen von Therapieformen, die für sie akzeptabel sind. Frau Friseur beschäftigt sich ebenfalls intensiv mit der Behandlung, gibt aber im Gegensatz zu vielen anderen Patienten an, bewusst keine Beipackzettel zu lesen.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten hat deutlich ausgeprägte eigene Krankheitskonzepte. Einem Teil scheinen sie weniger wichtig zu sein, andere befassen sich intensiv damit. Einige Patienten grenzen sich ab, so sagt zum Beispiel Frau Esche, dass sie sich schon dafür interessiere, sich aber nicht damit verrückt mache.

Eine ganze Reihe von Patienten erzählt im Interview ausführlich über ihre Krankheitsvorstellungen und scheint sich damit ausgiebig befasst zu haben; zum Beispiel Frau Rose, die sich viel informiert und darüber nachdenkt, was mit ihr ist und was ihr helfen könnte. Herr Blau und Herr Berg betonen beide, wie wichtig ihnen das eigene Wissen über ihre Krankheit ist:

... mein Wissensdrang mit der Zielrichtung für meine eigene Sicherheit, äh, zu groß ist, also ich frage schon, auch wenn ich dem Arzt vielleicht auf den Geist geh, aber was ich wissen will, das frag ich schon, auch wenn es andere vielleicht nicht tun würden, aber das, das muß ich einfach wissen. (Herr Berg)

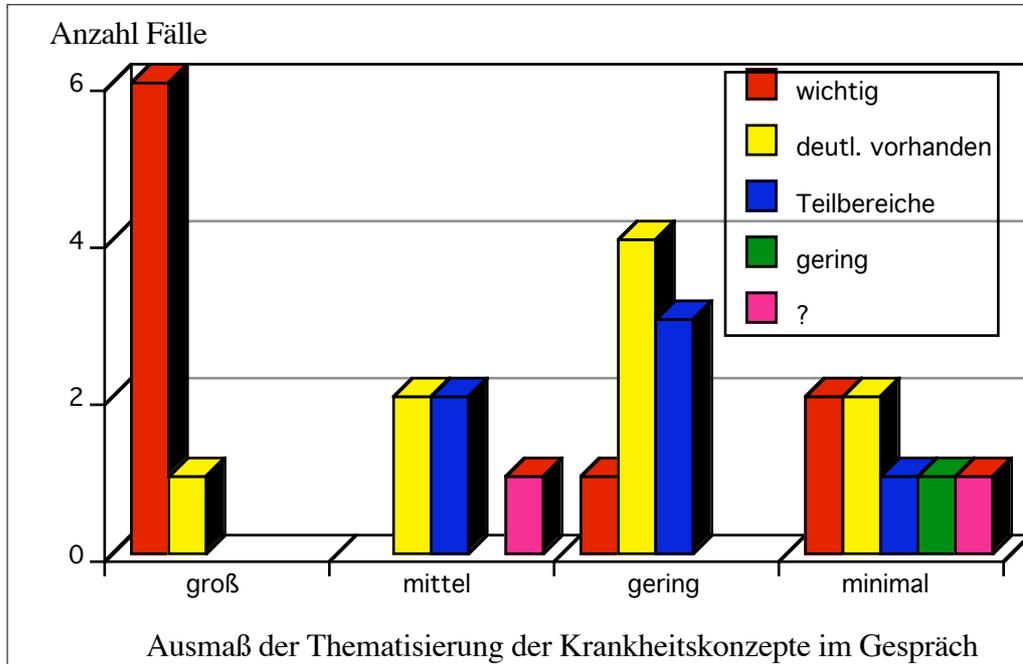
Ja, Sie haben ja unheimlich viel gelernt über Hepatitis und über diese Tabletten [...] Ja, weil, weil das ja wichtig ist für mich, weil, was nützt mir das, wenn mir einer sagt, Sie ha'm Gelbsucht und sie wissen nicht was äh Gelbsucht, chronische, sie wissen nicht, was das ist und sie nehmen was, dann, dann sagt ja jeder Mensch, ja was soll ich denn damit? (Herr Blau)

Tabelle 5.5 **Das Ausmaß, in dem sich Patienten mit Krankheitskonzepten befassen**

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
wichtig	viele eigene Vorstellungen vorhanden, (fast) alle diesbezüglichen Fragen im Interview werden beantwortet, großes Interesse daran wird deutlich	9	Frau Donner, Frau Zahn, Frau Schatten, Herr Blau, Frau Ruhe, Herr Schuster, Frau Rose, Herr Berg, Herr Salz
deutlich vorhanden	viele eigene Vorstellungen vorhanden, (fast) alle diesbezüglichen Fragen im Interview werden beantwortet, aber scheinen für den Patienten keine große Rolle zu spielen	9	Frau Krabbe, Frau Schön, Frau Herz, Frau Kater, Frau Vogel, Herr Drache, Frau Esche, Frau Klavier, Herr Mönch
in Teilbereichen	zu einigen Bereichen sind Vorstellungen vorhanden, zu anderen nicht	6	Frau Sturm, Frau Rot, Frau Wagen, Frau Möve, Herr Distel, Frau Friseur
in sehr geringem Ausmaß	glaubhaftes Verneinen eigener Vorstellungen	1	Herrn Kirsche
nicht genau beurteilbar	laut Arzt vorhanden, im Interview werden sie nicht oder nur sehr wenig mitgeteilt	2	Frau Schuh, Frau Nashorn

Inwieweit Patienten eigene Krankheitsvorstellungen haben und inwieweit sie diese dem Arzt gegenüber thematisieren, hängt zusammen: Die Patienten, denen sie besonders wichtig zu sein scheinen, bringen sie auffallend häufig ins Sprechstundengespräch ein (Frau Rose). Es gibt aber auch drei Patienten, die sich damit häufig befassen; im aufgezeichneten Gespräch ihre Krankheitskonzepte aber nicht thematisieren (z.B. Herr Blau). Die nachfolgende Abbildung zeigt diesen Zusammenhang auf.

Abbildung 5.2 Zusammenhang zwischen der Auseinandersetzung des Patienten mit Krankheitskonzepten und ihrer Thematisierung im Gespräch



Bei wenigen Patienten wirken die Krankheitsvorstellungen flüchtig oder oberflächlich (z.B. Herr Salz), bei mehreren scheinen sie sich durch eine hohe Dauerhaftigkeit und Resistenz gegenüber Modifikation durch den Arzt auszuzeichnen. Manche Patienten benutzen medizinische Fachbegriffe geübt und richtig, andere haben Probleme, sie auszusprechen oder verändern sie fälschlicher Weise. Mehrere Patienten beherrschen die Namen ihrer Dauermedikamente nicht, machen sich aber dennoch viele Gedanken über die Wirkungen oder Nebenwirkungen dieser Medikamente. Vier Patienten berichten elaborierte Ideen zur psychodynamischen Erklärung ihrer medizinischen Probleme.

Frau Schuh und Frau Nashorn scheinen sich mit der Interviewsituation nicht wohl zu fühlen. Sie sind nicht bereit ihre Krankheitskonzepte zu offenbaren und auch Nachfragen führen hier kaum zur Preisgabe von Informationen. ("Das weiß ich nicht", "damit kenne ich mich nicht aus", "da müssen sie den Arzt fragen") Bei beiden wissen aber die Ärzte zu berichten, dass sie sich durchaus Gedanken machen, die sie den Ärzten gegenüber auch einbringen.

Sieben Patienten antworten offen und selbstbewußt auf Fragen nach ihrem Krankheitskonzept. Frau Krabbe sagt zum Beispiel an einer Stelle: "ja, das kann ich ihnen ganz genau sagen".

Die Mehrheit der Patienten benötigt mehr oder weniger viele Erzählanregungen, zum Beispiel in Form von Nachfragen und formuliert ihre Aussagen vorsichtig, mitunter zunächst sehr vage oder mit Einschränkungen ("ja gedacht hab ich vieles, hätte vieles sein können", "ist ne schwierige Frage", "ich habe schon gedacht, ob es sein könnte, dass...").

Tabelle 5.6 Die Bereitschaft der Patienten, sich im Interview zu ihrem Krankheitskonzept zu äußern

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
offen	Fragen werden spontan beantwortet, wenig oder keine einschränkenden Formulierungen	7	Frau Donner, Frau Krabbe, Frau Herz, Frau Sturm, Frau Ruhe, Herr Drache, Frau Klavier
vorsichtig	nur wenig oder keine Nachfragen, aber eher vorsichtige Formulierungen	12	Frau Schön, Frau Zahn, Frau Rot, Frau Schatten, Frau Kater, Frau Vogel, Herr Blau, Frau Möve, Herr Schuster, Frau Rose, Frau Esche, Herr Distel
zurückhaltend / ambivalent	mitunter mehrere Nachfragen nötig, dann aber mitteilungsbereit, viele vorsichtige bzw. einschränkende Formulierungen	6	Frau Wagen, Frau Friseur, Herr Kirsche, Herr Berg, Herr Salz, Herr Mönch
sehr zurückhaltend	trotz mehrfacher Nachfragen keine bzw. nur ausweichende Antworten	2	Frau Schuh, Frau Nashorn

Zwischen der Bereitschaft, mit der Patienten sich im Interview zu ihrem Krankheitskonzept äußern und der Bedeutung, die ihnen im aufgezeichneten Gespräch zukommt, besteht kein eindeutiger Zusammenhang.

Es wurde nicht explizit danach gefragt, welche Quellen die Patienten in welchem Umfang für Informationen über ihre gesundheitlichen Probleme nutzen, aber bei etwa der Hälfte der Patienten erfährt die Interviewerin spontan etwas darüber. In der Regel werden diese Quellen so angeführt, dass sie als Beleg für die Richtigkeit des Krankheitskonzeptes gedeutet werden können: hat der Patient etwas gelesen oder von einem anderen erfahren, so ist er selbst für die Richtigkeit nicht haftbar zu machen (vgl. 5.4.3.2).

5.2.3 Arzt-Patient-Beziehung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist ein komplexer Prozess, der sich nicht in einer Kategorie darstellen lässt. Die folgenden Aspekte charakterisieren unter anderem die Arzt-Patient-Beziehung:

- Rollenverteilung (Wieviel Aktivität und Autonomie hat und will der Patient?)
- Dauer der Bekanntschaft und Güte der Kenntnis des Patienten
- Sympathie und Antipathie, sowie weitere Gefühle wie z.B. Mitleid oder Angestrengt sein
- (Gegenseitiges) Vertrauen, Stabilität bzw. Belastbarkeit der Beziehung bei Problemen
- Harmonie (gibt es oft Konflikte oder abweichende Wünsche?)

Was die Patienten über die Rollenverteilung zwischen dem Arzt und sich sagen, steht oft in unmittelbarem Widerspruch zum Eindruck, den die Untersucherin aus dem aufgezeichneten Gespräch gewonnen hat und zu dem, was der Arzt sagt. Die Richtung der Abweichung verhält sich fast immer gleich: der Patient schildert sich als passiven, gehorsamen Teil, verhält sich aber deutlich aktiver und wird auch vom Arzt aktiver wahrgenommen.

Und wie ist das bei Ihnen beiden, wer trifft so die Entscheidungen, wer macht die Vorschläge? Wie aktiv reden Sie mit, bestimmen Sie mit, was gemacht wird? Also bestimmen tu ich überhaupt nicht hier, das macht der Arzt, denke ich. (Frau Nashorn)

Also sie ist sehr aktiv, weil sie immer ,ne klare Vorstellung hat, was gemacht werden muß. [...] **Und ist [die Patientin] compliant?** ---- Ich bin compliant. [beide lachen] Ich versuche zu, äh, erspüren, was sie gemacht haben möchte und versuch das auf ein halbwegs vernünftiges Maß runter zudestillieren und das mach ich dann. ... also das ist bei dieser Patientin, was die Compliance anbelangt, gerade umgekehrt. (Arztinterview Frau Nashorn)

Häufig berichten die Patienten in den Interviews von sich aus über Episoden, in denen sie eingreifen, etwas ablehnen oder stillschweigend nicht tun, während sie auf die explizite Frage nach der Rollenverteilung das Gegenteil angeben, wie die folgenden Zitate aus dem gleichen Interview illustrieren:

Da hab ich [dem Arzt] das erklärt, ich sag, wir haben jetzt den Tablettenwechsel vor Weihnachten gemacht und seitdem hab ich den Juckreiz gehabt, gut, sagt er, dann nehmen wir mal wieder die alten Tabletten und das ging mir langsam, also das ist jetzt, äh, na, zwei, drei Wochen ist das her, bestens, toi, toi, toi. (Herr Schuster)

Ha'm sie das Gefühl, Sie sind aktiv beteiligt an Entscheidungen? Das kann ich ja gar nicht. Ich kann [dem Arzt] in puncto Tabletten keine Vorschriften machen irgendwelcher Art. Weil ich überhaupt keine Ahnung von habe. Aber ich hab soviel Vertrauen, dass ich meine, was [der Arzt] mir verschreibt, auch für mich gut ist. (Herr Schuster)

Eine einzige Patientin, Frau Donner, vertritt selbstbewußt ihren Anspruch auf eine partnerschaftliche, gleichberechtigte Arzt-Patient-Beziehung, denn sie müsse für sich selbst die Verantwortung tragen.

Ich seh mich eigentlich nicht so, dass ich, ähm, dem Arzt so untergeordnet bin, ne, sondern für mich ist es schon echt 'n partnerschaftliches Verhältnis [...] Also ich denke schon, dass ich für das, was mir weh tut, und für meinen Körper und alles, das ist ja nun mal meines und dann muß, dafür muß ich Verantwortung übernehmen und auch für die Beschwerden, die ich habe. Ich brauch ihn quasi nur ein Stück weit nur als Erfüllungsgehilfen, anders kann ich's vielleicht nicht so aus, ausdrücken. Ähm, [7 Sekunden Pause] von daher, ich hab schon die Vorstellung, ich weiß genau, was mir gut tut und was für mich jetzt richtig ist, zu tun. (Frau Donner)

Aber auch dieser selbstbewußten Krankengymnastin fällt die Rolle nicht leicht, wie sich aus dem folgenden Abschnitt erschließt, in dem sie berichtet, dass ihr es mitunter unangenehm ist, den Arzt auf die Rolle des Erfüllungsgehilfen zu reduzieren und es ihr schwerfällt, ihre Interessen zu vertreten:

Und ähm, es ist mir natürlich dann schon noch unangenehm, weil ich irgendwie denn auch so das Gefühl hab, ich, ich nehm ihm 'n Stück von seiner Kompetenz weg. **Mhm.** Ja, das was vielleicht andere Patienten denn noch bei ihm in Anspruch nehmen, seinen Rat oder was denken Sie denn, Herr Doktor, und ich weiß nicht, was ich tun soll und so weiter, ich glaube, dass das bei mir ein Stück weit wegfällt. Und ähm, ich ein Stück weit, ja ich muß, ich will einfach dann, mein Wunsch ist dann, das anzubringen, was ich eigentlich gern will und ich find das unwahrscheinlich schwierig, weil dann so das Gefühl hab, ich muß so um dieses Rezept und darum so *kämpfen*, ne? Weil, es weiß ja eigentlich kein anderer, was gut für mich ist. Letztendlich kann nur ich selber das rausfinden. (Frau Donner)

Diese Äußerung bietet einen Anhaltspunkt zur Erklärung einer häufig festgestellten Diskrepanz: Möglicherweise gilt eine aktive, fordernde Haltung des Patienten immer noch nicht als erlaubtes oder sogar sozial erwünschtes Verhalten und wird daher tendenziell negiert; selbst dann, wenn die Ärzte sich nicht durch viel Dominanz auszeichnen.

In einem einzigen Fall versteht die Patientin, Frau Esche, sich als aktiver und selbstbewußter als ihr Arzt:

Also ich bin kein Mensch, der jetzt alles unbesehen nehmen wird. Wobei ich jetzt sagen muß, äh, inzwischen hat man natürlich Vertrauen zu seinem Arzt und weiß und, äh, da bin ich nicht skeptisch, aber ich lese mir nur nicht alle Nebenwirkungen durch, das ist klar, das müssen sie aufschreiben, aber so in etwa guck ich durch. Denn auch die Ärzte sind nur Menschen und die haben so viel Patienten, ja. (Frau Esche)

Ich weiß nicht, ob sie sich wirklich Sorgen macht darum, äh, ich hab schon das Gefühl, dass sie über die, um die Risiken weiß, aber dass sie auch brav die Tabletten nimmt, aber sich sonst nicht weiter Sorgen macht, sondern eher so das in die Hände des Arztes legt, so nach dem Motto, für den Blutdruck ist der verantwortlich und ich brauch also so nur die Tabletten zu schlucken. (Arztinterview Frau Esche)

Ganz interessant für die Frage der Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient und deren Beziehung ist, wie der Patient den Arzt nennt, wenn er über ihn redet. Die Art der

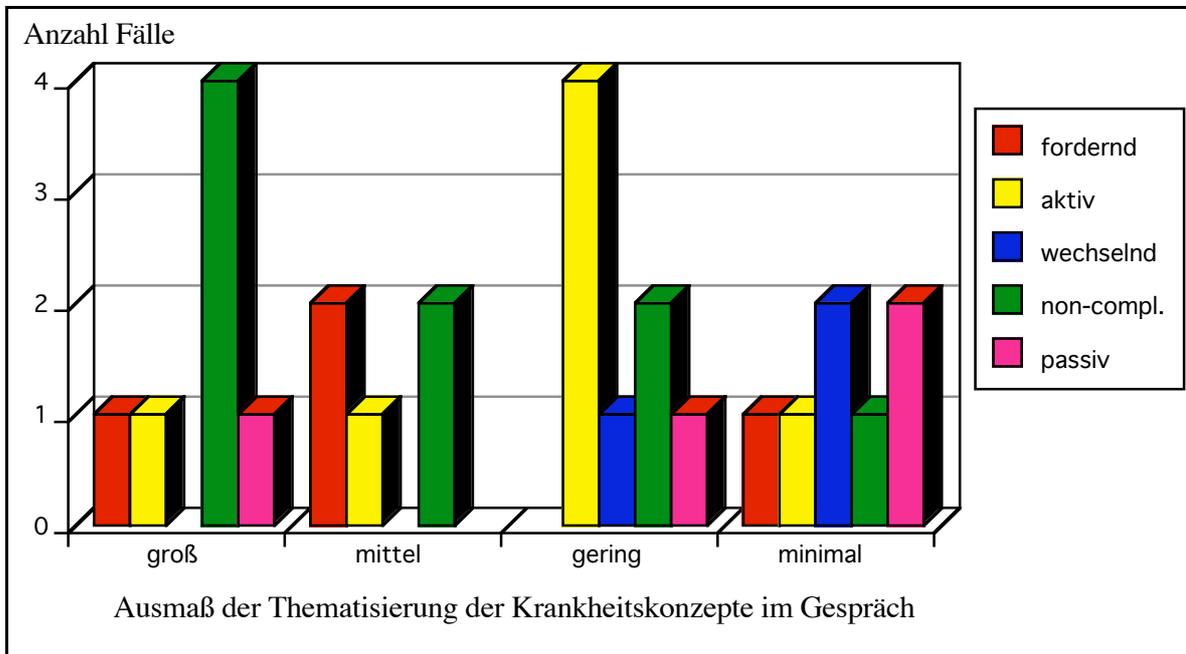
Anrede kann die Unterschiede zwischen Arzt und Patient hervorheben ("der Herr Doktor", "Herr Dr. X", Hinzufügen eines nicht vorhandenen Titels). Ein Weglassen des vorhandenen Titels kann auf ein eher gleichberechtigtes Verhältnis hinweisen, ein Weglassen oder Vermeiden des Namens auf ein eher distanzierendes Verhältnis ("er", "der Arzt").

Tabelle 5.7 **Rolle des Patienten aus Sicht des Arztes**

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
fordernd	Patient sehr aktiv bis fordernd, selbstbewußt	4	Frau Donner, Frau Nashorn, Herr Schuster, Frau Klavier
aktiv	Patient aktiv, sagt, was er will, wird in Entscheidungen mit einbezogen	7	Frau Herz, Frau Sturm, Frau Rot, Frau Schatten, Frau Wagen, Herr Distel, Herr Drache
wechselnd	aktiv und passiv wechselt, Patient gibt sich auch mal in die Hand des Arztes	3	Frau Schön, Frau Zahn, Frau Kater
noncompliant	oberflächlich gehorsam, indirekter Widerstand, Neigung zu Non-Compliance	9	Frau Krabbe, Frau Vogel, Frau Ruhe, Frau Friseur, Herr Kirsche, Frau Rose, Herr Berg, Frau Esche, Herr Mönch
passiv	eher passiv und gehorsam	4	Frau Schuh, Herr Blau, Frau Möve, Herr Salz

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der generellen Aktivität des Patienten und der Thematisierung von Krankheitsvorstellungen im Gespräch lässt sich nicht feststellen.

Abbildung 5.3 Zusammenhang zwischen der Aktivität des Patienten und dem Ausmaß der Thematisierung von Krankheitskonzepten im Gespräch



Alle Ärzte erhalten viel Lob von ihren Patienten. Viele Patienten betonen, dass sie den Arzt alles fragen könnten, er sich Zeit für sie nähme und ihnen erkläre, warum er was raten oder verordnen würde, er die Patienten einbeziehe und mit ihnen Rücksprache halte. Dies scheint ihnen sehr wichtig zu sein. Immer wieder bewerten Patienten auch positiv, dass sie sich als "ganzer Mensch" wahrgenommen fühlen.

Auf der anderen Seite scheint die Kritikfähigkeit der Patienten ihrem Hausarzt gegenüber im allgemeinen nicht hoch ausgeprägt zu sein. Andere Ärzte werden wesentlich häufiger offen kritisiert. Das Wissen darum, dass der Hausarzt möglicherweise etwas über das von den Patienten Gesagte erfährt, spielt hier sicherlich eine Rolle. Dennoch reagierten die Patienten unterschiedlich auf die gleiche Situation. In acht Patienteninterviews berichten Patienten offen auch über Dinge, die ihnen nicht gefallen oder über Episoden, in denen es abweichende Meinungen gab. Kritik wurde in der Regel vorsichtig und wohlwollend formuliert, manchmal klang sie auch nur indirekt durch. Sieben andere Patienten hingegen erweckten im Interview den Eindruck, sie würden auf keinen Fall etwas negatives oder kritisches über den Arzt sagen, sondern schienen sehr bedacht darauf, ihn zu loben, was von den Interviewerinnen mitunter als übertrieben und nicht immer glaubwürdig empfunden wurde.

Tabelle 5.8 Kritikfreudigkeit der Patienten in Bezug auf den Hausarzt

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
Kritik vermeidend	ausschließlich Lob für den Arzt, Betonung, dass Patient auf den Arzt "nichts kommen lässt"	7	Frau Krabbe, Frau Rot, Frau Schuh, Frau Nashorn, Herr Drache, Frau Friseur, Herr Berg
neutral	weder übermäßig lobende noch kritische Äußerungen	12	Frau Herz, Frau Zahn, Frau Kater, Frau Vogel, Herr Blau, Frau Wagen, Herr Distel, Herr Schuster, Herr Kirsche, Frau Esche, Frau Klavier, Herr Salz
kritikfähig	Lob sowie Kritik oder Berichte über frühere Dissensen	8	Frau Donner, Frau Schön, Frau Sturm, Frau Schatten, Frau Möve, Frau Ruhe, Frau Rose, Herr Mönch

Es besteht kein klarer Zusammenhang zwischen der Kritikfreudigkeit gegenüber dem Hausarzt im Patienteninterview und dem Ausmaß, in dem Krankheitskonzepte in der Sprechstunde thematisiert werden.

Die übrigen Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung sind zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht vollständig und systematisch bearbeitet (vgl. auch Kapitel 6).

Es gibt jedoch interessante Anhaltspunkte für einen Zusammenhang zwischen der Arzt-Patient-Beziehung und dem Ausmaß der Thematisierung der Krankheitskonzepte. Ist die Beziehung eng und harmonisch, so scheinen seltener Krankheitskonzepte thematisiert zu werden, als wenn sie nur eingeschränkt gut oder gar gestört ist. Wie ist dieser Zusammenhang zu deuten? Wäre nicht eigentlich genau das Gegenteil zu erwarten, nämlich, dass der Patient sich in einer guten Beziehung vertrauensvoll öffnet und seine Krankheitskonzepte mitteilen kann? Einige Beispiele mögen das Verständnis erleichtern.

Die Beziehung zwischen dem Arzt und Frau Schatten besteht seit ca. 15 Jahren. Vor drei Jahren erkrankte der Vater der Patientin schwer, in der Zeit war der Kontakt intensiver und es fanden stützende Gespräche statt. Die Patientin hat keine gravierenden Erkrankungen und kommt nicht sehr oft. Es gibt verschiedene Dinge im Leben der Patientin, an der sie den Arzt nicht teilnehmen lässt. Sie ist darüber hinaus eine der wenigen Patientinnen, die sich kritisch dem Arzt gegenüber äußert. Der Arzt mag sie "ganz gerne". Am Tag des aufgezeichneten Gespräches ist er allerdings eher angestrengt von ihr und spürt Ungeduld angesichts der sehr langen und umständlichen Ausführungen der Krankheitskonzepte der Patientin:

Das ging mir da im Gespräch auch so [...] dass es mir einfach zuviel wurde. [...] da hat sie soviel erzählt, was viel zu umständlich war, nehm, also sie hätte das auch viel kürzer machen können. Und da rück ich dann so'n bisschen auf dem Stuhl hin und her. Und ich glaube, es war auch ein Tag, ähm, äh, äh, wo ich unter Druck war. Also ich hab, ich merke an mir, dass ich nicht so gelassen war. Und das, was sie mir erzählt hat, hat mich nicht so gefesselt. Also, manchmal vergeß ich ja dann das Wartezimmer, nehm, wenn ich merke, das ist jetzt so was ganz Zentrales, Wichtiges, und das ging mir bei ihr nicht so. (Arztinterview Frau Schatten)

Der Arzt versucht im Gespräch dementsprechend, den Verlauf zu steuern und unterbricht die Patientin mehrfach. Er legt somit kein Verhalten an den Tag, das besonders förderlich für die Exploration der Krankheitskonzepte wäre. Dennoch lässt die Patientin sich von ihrer ausführlichen Darstellung nicht abhalten. Die Patientin bewertet das Gespräch ebenfalls anders als die früheren:

So ausführlich wie das letzte Mal, als ich diese drei Probleme hatte und er das aufgenommen hat, so ausführlich hat, haben wir sonst auch nicht gesprochen, weil ich auch so gravierende Sachen auch nicht hatte. (Frau Schatten)

In dem Moment, wo es der Patientin also offenbar sehr wichtig war, sich mitzuteilen weil sie ihr Problem als gravierend einschätzt, benötigt sie keine besondere Unterstützung.

Ähnliches lässt sich bei Frau Donner beobachten, die so selbstbewusst ist, dass sie vermutlich keiner besonders vertrauensvollen Beziehung bedarf, um sich mitzuteilen, für sie ist es nicht anders denkbar.

Ich sag das eigentlich immer, also ich denke, das ist das und das, ne. Also ich bin eigentlich kein Mensch, der hingeht und sagt, ach wissen Sie, was das und das sein könnte (Frau Donner)

Anders Frau Vogel, die sich in großem Umfang verschiedenster "Schutzmaßnahmen" (vgl. Abschnitt 5.4.2) bedient, die sicherstellen, dass sie ihr Gesicht durch die Verbalisierung ihrer Krankheitskonzepte nicht verliert, obwohl Arzt und Patient die Beziehung als vertrauensvoll einschätzen.

Stören Äußerungen über Krankheitskonzepte vielleicht die Beziehung zwischen Arzt und Patient? Anhaltspunkte dafür bietet der Fall von Frau Friseur, die der Arzt im Interview als hochgradig kompliziert und schwierig im Umgang aufgrund ihrer Krankheitskonzepte schildert:

Also das war ein für diese Patientin typisches Gespräch, die hochgradig kompliziert ist. Sie hat jede Menge magische, irrationale, abstruse Gedanken in ihrem Kopf und verschiebt die Wertigkeit der Dinge immer, indem sie ja fast Sachen ins Gegenteil verkehrt, also die könnte hier sitzen mit nem blutenden Magengeschwür und es so ganz

zum Schluß beiläufig erwähnen und hätte die Idee, ach da kann man doch noch mal warten, da muß man doch nicht gleich ne Magenspiegelung machen [...] da hatte die manchmal einen Blutdruck von 260/140 und fand das aber nicht weiter beunruhigend. Wenn ich dann sagte, Sie müssen aber von der Sorte mehr nehmen, und, aber das ist doch schädlich, wenn ich so viele Medikamente nehme, ja solche Diskussionen hab ich mit ihr über mehr als ein Jahrzehnt und versuche immer, immer wieder rauszufinden, wo ist sie gerade und was kann sie akzeptieren und manchmal verfüge ich auch Sachen und sage, und *jetzt* machen wir das *so und so*, weil sie dann auch sich doch meiner Autorität, äh, unterordnet, wenn ich denke, es muß jetzt wirklich was untersucht werden, dann versuch ich das auch durchzusetzen und das klappt dann auch. (Arztinterview Frau Friseur)

Herr Salz, der sehr viele Ursachenvorstellung und Wünsche nach Ausschlußdiagnostik einbringt, wird vom Arzt als übertrieben ängstlich erlebt. Es fällt dem Arzt schwer, ihn ernst zu nehmen:

Wie ist die Arzt-Patient-Beziehung? Nicht so gut, [eher] schlecht [...] das ist ein Patient, der ist, mhm, ziemlich ängstlich, äh, ich finde, übertrieben ängstlich, äh, ich habe Schwierigkeiten, ihn ernst zu nehmen, [...] Ist aber ein Patient, [...] wo ich nicht ganz sicher bin, ob ich das richtig alles mache. Wo ich so nicht so'n spontanen Zugang habe. (Arztinterview Herr Salz)

Kennen sich Arzt und Patient in einer engen Beziehung so gut, dass Krankheitskonzepte keiner Diskussion mehr bedürfen, weil der Arzt sie genau kennt, oder weil sie nicht voneinander abweichen? Anhaltspunkte für diese Hypothese bietet der Fall von Herrn Drache:

Also die Grundlage ist, wir ha'm beide schon miteinander vieles durchgestanden, so was. Da ist so'n ganz grundlegendes Vertrauen, dass er mit mir immer gut gefahren ist und ich eigentlich mit ihm auch und, ähm, wir ha'm beide sozusagen miteinander das trockene Ufer erreicht, nachdem es also schon schwere, wirklich körperlich schwere Krisen gab [...] er hat'n ganz, glaub ich, ganz mechanistisches Krankheitsverständnis, aber da kann ich ihn auch lassen, da ist er irgendwie gut, äh, ja handhabbar oder, also man kann sich da gut verständigen. (Arztinterview Herr Drache)

5.3 Der Umgang der Ärzte mit dem Krankheitskonzept

Es werden zunächst die Aussagen der Ärzte in den Grundsatzinterviews ausgewertet und danach ihr real zu beobachtendes Verhalten in den Fallanalysen.

5.3.1 Die Ergebnisse der Grundsatzinterviews

In den Grundsatzinterviews wurde die Bedeutung von Krankheitskonzepten für die Ärzte, bevorzugte Inhalte, sowie nach dem Umgang der Ärzte damit im allgemeinen und im Fall von Abweichungen thematisiert.

5.3.1.1 Bedeutung

Das theoretische Konstrukt "Krankheitstheorie" scheint für alle drei Ärzte keine besonders große Rolle zu spielen. Es wird auf meine offenen Fragen nach dem, was integriertes Arbeiten ist, in den Grundsatzinterviews nicht erwähnt. Erst auf meine Nachfrage hin, verbunden mit einer kurzen Erklärung, was ich darunter verstehen, wird dieser Bereich thematisiert. Dementsprechend wird auch die Bedeutung der Krankheitsvorstellungen eher gering eingeschätzt, wobei sich die drei Ärzte diesbezüglich unterscheiden.

- Arzt A findet die Krankheitsvorstellungen der Patienten spannend und misst ihnen eine entscheidende Bedeutung für das Verständnis des Patienten zu, sieht sie als Wegweiser dahin, wo der Patient sei.
- Arzt B meint, es sei im Grunde ganz spannend, er ginge da so ein bisschen drauf ein, wolle das schon gerne wissen, erweckt bei mir den Eindruck, es steht für ihn eher im Hintergrund.
- Arzt C schätzt sich selbst so ein, dass er die Krankheitsvorstellung der Patienten zu wenig berücksichtige und sagt, er fände es sinnvoll, mehr darauf zu achten.

5.3.1.2 Inhalte und aktives Erfragen

Entsprechend der unterschiedlichen Bedeutung, welche die Ärzte Krankheitstheorien zuschreiben, unterscheiden sie sich auch hinsichtlich ihrer Aktivität der Exploration und den sie besonders interessierenden inhaltlichen Aspekten.

Arzt A scheint am häufigsten nach ihnen zu fragen, er gibt an, es oft zu tun, vor allem wenn es klemme. Im Vordergrund stehen Fragen nach den Vermutungen der Patienten zur Ursache, aber er frage auch nach Therapievorstellungen. Weitere Themen sind die Vorstellungen der Patienten zu ihrem Körper und zu pathophysiologischen Zusammenhängen:

Fragen Sie da gezielt nach? "Was denken Sie denn, wo das herkommt?" Ja. Das frage ich oft. Das frage ich oft, vor allem, also, klar, wenn einer nach dem Blinddarm mal fragt, weiß ich, woher es kommt, aber gerade bei so unklaren Geschichten. Das war

ja eine beliebte Frage von Groddeck "Wie kommt's?" [...] Das frage ich schon gelegentlich. Was denken Sie denn? [...] Gerade, wenn ich das Gefühl hab, der Patient hat eine andere Vorstellung, ein anderes Konzept als ich, und ich merke, die Baumsäge fängt an zu klemmen, ist es eine gute Eröffnung in dessen subjektive Wirklichkeit, den zu fragen, was er davon hält oder wie er denkt.

Auch was Therapien angeht, was denken sie denn, was man machen sollte? Würden Sie das auch fragen? Ja das mache ich, wenn [...] Es gibt ja diese Therapiekiller-Patienten, die dann, man hat irgendwie so ein ganzes Arsenal und nach sieben oder acht Pfeilen aus dem Köcher ist nur noch einer da und der tut's dann auch nicht oder gegen den ist er allergisch oder was, dann sag ich das. Also wissen sie was, ich hab jetzt irgendwie, das und das und das und das geht alles nicht, mehr fällt mir im Moment nicht ein. Haben Sie vielleicht noch 'ne Idee, was man jetzt noch machen könnte? Und dann kommen, dann kommen manchmal Vorschläge.

Bei Arzt B lässt sich aus dem Interview nicht genau entnehmen, ob er gezielt danach fragt. Er sagt lediglich, er möchte es schon gerne wissen, und an einer anderen Stelle sagt er, dass "könne man ja raushören". Thematisiert würden vor allem die Vorstellungen des Patienten zur Behandlung.

Arzt C, der insgesamt wenig danach fragt, interessiert sich vor allem dafür, was die Erkrankung bzw. die Therapie für den Patienten bedeuten:

Ich erfrage sie zu wenig [...] Ich denke schon, es kann durchaus sinnvoll sein, da mehr drauf zu achten, was das für die bedeutet. Also ich kann ja nur immer von meinen Wertungen ausgehen. Aber was bedeutet das, also was ich noch so halbwegs erfrage ist also so, was bedeutet es für die, jeden Tag 'ne Tablette nehmen zu müssen, ne. Aber wo ich also so schon kaum noch drauf eingehe, was bedeutet das für sie, einen Hypertonus zu haben, also so, da geh ich viel zu selbstverständlich mit um, als ob die das so wegstecken. Und ich denke schon, dass es da wichtig ist, aber das mache ich wenig.

Und Vorstellungen [...] die Patienten zu Ursachen von Krankheiten haben? Frag ich, frag ich, glaub ich, wenig. Also gezielte Fragen, glaube ich, wenig. Weiß ich gar nicht, kann's nicht sagen, glaub nicht.

5.3.1.3 Umgang mit abweichenden Krankheitskonzepten der Patienten

Arzt A gibt an, viel Zeit mit der Diskussion über verschiedene Vorstellungen z.B. über pharmakologische Wirkungen zu verbringen. Es sei ihm wichtig, pathophysiologische Zusammenhänge so aufzubereiten, dass der Patient sie versteht:

[Ich] versuch da ein Verständnis irgendwie herzustellen, wo ich merke, ich hab irgendwo einen Kopplungspunkt mit dem, was ich möchte. Wenn ich das nicht erreiche, wenn der Patient nicht versteht, was ich mit ihm mache, dann funktioniert auch die beste Behandlung nicht.

Er beschreibt als einziger genauer, wie die Verhandlung vor sich geht:

Es ist 'ne Art negotiating, der Patient kommt mit völlig abstrusen Sachen für mein Verständnis. und ich hab gar keine andere Wahl, als das erstmal zur Kenntnis zu nehmen [...] Ich versuche rauszufinden, wo ein Berührungspunkt im gegenseitigen Verstehen ist [...] und konfrontiere die mit meiner Wirklichkeit.

Arzt B betont weniger die Verhandlung, sondern mehr das Stehenlassen:

Und ich hab da also nicht das Bedürfnis, die zu korrigieren [...] Ich lasse es oft auch stehen. Also vielleicht aus Faulheit, weil mir das viel zu anstrengend ist, aber manchmal denke ich auch, es ist so in Ordnung, kann ja ruhig so bleiben, [...] außer] wenn ich es für gefährlich halte oder für schädlich für den Patienten. **Und wenn es z.B. um solche Fragen geht, die wollen ein Antibiotikum, um die Erkältung möglichst schnell loszuwerden, und Sie haben das Gefühl, das nützt nichts, weil es ist viral und nicht bakteriell?** .Dann sag ich, das hat gar keinen Sinn. Das kommt ja sehr häufig vor, nicht, die haben ja keine Zeit, muß ja ganz schnell also gleich die Hammermethode sein. Ja das erkläre ich dann.[...] Ich sage, das ist eine virale Geschichte und die Antibiotika sind halt für die Bakterien zuständig und so, so was sage ich dann und auf diese Virusinfekte hat es gar keinen Einfluß. Manche verstehen das auch und bei manchen weiß ich, dass sie das gar nicht hören wollen und ja, das Antibiotikum kriegen sie dann aber trotzdem nicht. Also da versuch ich sie zu überzeugen, was anderes zu machen, und sage, legen sie sich erst mal zwei Tage in's Bett.

Arzt C gibt an, in der Regel zu erzählen, "wie es medizinisch ist". Wenn er Zeit habe, frage er nach, wieso die Patienten den anderen Zusammenhang gesehen hätten und was das für sie bedeute.

5.3.2 Die Ergebnisse der Fallanalysen

Die folgenden sechs Grundmuster ärztlicher Umgangsstrategien mit Krankheitskonzepten lassen sich am vorliegenden Material beobachten:

- Exploration
- Verhandlung
- Erklärung
- Nicht-Eingehen
- Kenntnisnahme
- Zustimmung

Kombinationen zwischen den Grundmustern kommen häufig vor.

5.3.2.1 Exploration

Ein Anschneiden des Themas im Sinne eines aktiven, offenen Erfragens von Krankheitskonzepten durch den Arzt findet sich in nahezu keinem der 27 Fälle. An verschiedenen Stellen finden sich jedoch Fragen des Arztes, die zu einer Äußerung von Krankheitsvorstellungen führen, bzw. solche, die eine entsprechende Patientenäußerung aufgreifen, wie im folgenden Beispiel.

Im Gespräch mit Frau Donner deutet diese ihre Krankheitskonzepte an, woraufhin der Arzt explizit nachfragt:

P11: (Das war das.) *Gut*. Und mein Hauptanliegen ist eigentlich, dass ich immer noch auf der Suche bin nach, äh, den Gründen für meine Rückenbeschwerden A11: Mhm

P12: und bin da eigentlich auch mittlerweile *recht weit gekommen* und merk so, dass, äh, ich aber doch wieder mich mal behandeln lassen möchte, A12: Mhm. P13: müßte, sollte, wie auch immer A13: Mhm P14: und wollte sie fra., wollte mich vom Kollegen osteopathisch behandeln A14: Mhm. P15: lassen. Und da wollte ich Sie noch mal um'n Rezept für (gleichzeitig) Krankengymnastik A15: (gleichzeitig) Krankengymnastik ja. P16: bitten, A16: Ähm P17: ob das möglich ist.

A17: Und sie haben gesagt, Sie sind *so* auf der *Suche* nach den *Gründen* für Ihre Rückenschmerzen und auf was für 'ne *Idee* oder auf was für *Gedanken* sind Sie da gekommen? (Frau Donner)

In ihrem Gesprächsabschnitt bietet die Patientin drei zusammenhängende Themen an: Sie berichtet, dass sie auf der Suche nach Ursachen für ihre Rückenschmerzen (und dabei weit gekommen) sei, dass sie sich osteopathisch behandeln lassen möchte und dass sie dafür eine Verordnung von Krankengymnastik haben möchte. Der Arzt greift das erste dieser drei Themen auf und hakt nach. Es entwickelt sich ein Dialog über diese Frage, aus dem die Unterschiedlichkeit der Auffassung von der Herkunft und Natur der Rückenschmerzen zwischen Arzt und Patient deutlich wird. Die anderen beiden Themen greift der Arzt später auf, auch diesbezüglich zeigen sich verschiedene Vorstellungen. Ob der Arzt bereits ahnte oder wusste, dass seine Nachfrage dazu führen würde, dass diese Diskrepanzen zu Tage treten würden, lässt sich nur vermuten. Dafür spricht, dass osteopathische Behandlungen nicht zu seinem Standardrepertoire gehören und er mit dieser Therapiemethode nicht vertraut ist; während die Suche der Patientin nach Ursachen in der Schlußfolgerung mündete, dass diese das geeignete therapeutische Mittel sind.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs hinterfragt der Arzt ebenfalls den im Anschluß angebrachten Wunsch der osteopathischen Behandlung:

A55: Also was macht der dann? Das interessiert mich jetzt (...), P56: (Ja ...) A56: weil ich mir unter *osteopathischer* Behandlung gar nicht so viel vorstellen kann.

P 57: Ja das ist halt 'ne, 'ne Methode auch, 'ne medizinische Ausbildung aus den, aus den Staaten und die, ähm, haben einfach, ja gehen einfach noch mehr in die Tiefe, die haben einfach *so gute Kenntnisse von Zusammenhängen* auch und sind einfach auch Handwerker, ne. Die behandeln das manuell alles *so präzise*, dass da einiges auch in *Gang* kommt, A57: Ist ja toll. P58: also einfach auch die Zusammenhänge zwischen *Motorik* und *inneren Organen* auch sehr stark berücksichtigen A58: Mhm P59: und Nervensystem und eigentlich *so 'ne ganzheitliche* Sache A59: Toll. (Frau Donner)

Im Interview begründet der Arzt diese Frage mit Informationsmangel und Interesse. Die Antwort der Patientin ist vage und für den Arzt unbefriedigend, sein Bedürfnis nach Informationen wird dadurch nicht gestillt, er verzichtet aber auf weitere Nachfragen, um die Patientin nicht bloßzustellen sondern reagiert im Gespräch positiv, fast überschwenglich auf die Schilderung der Patientin ("toll").

Naja, das was sie so gesagt hat klang ja ganz gut. Verstanden hab ich das (lachend) überhaupt nicht. Aber äh, es war diffus, ich hab aber dann gemerkt, sie weiß es eben selbst nicht so genau. Und ich wollte dann auch nicht weiter haken, also dann hätte ich sie auch bloßgestellt, also so, ne? Das bringt nichts, sie hat's ja nicht genau gewußt.

Und in, mir, ich weiß es immer noch nicht und heute war ja wieder, also wie gesagt, so'n Osteopath da, ich weiß es jetzt *immer* noch nicht. Und äh, egal, ne, also ich laß ihr das dann. Also ich war dann damit zufrieden, ich hab gemerkt, das, genauer, mehr erfährt ich da nicht. (Arztinterview Frau Donner)

Die Patientin bewertet es im Interview positiv, dass der Arzt mit dieser Frage eingestehe, dass er nicht alles weiß. Sie gibt jedoch an, sich von der Frage "überrumpelt gefühlt zu haben", es sei schwierig für sie gewesen, dies zu erklären:

Wie soll ich ihm das denn jetzt in kurzer Zeit erklären, was das ist, ne [...] er ist, ähm, nun mal eben Schulmediziner und äh, wie soll ich ihm erklären, was Osteopathie ist, die ja nun wirklich ganz anders arbeitet als, als die Schulmedizin. Sicherlich auch da durchaus Verknüpfungen stehen, bestehen, aber, wie soll ich es ihm im großen und ganzen erklären, wo ich es selber im Grunde auch nicht genau weiß. Also wo ich natürlich auch, auch, ich hab so'ne Ahnung mehr, so ich weiß es zwar schon irgend so, so'n bisschen was es ist und äh, aber es jetzt noch wieder jemand anderes zu erklären und eben wirklich zu sagen, das ist ein bisschen schwierig, vor allem dann auch noch und 'nem Fachmann, der im Grunde von medizinischen Dingen 'ne Ahnung hat, wenn ich jetzt'm Laien so was erkläre, würde ich das ganz anders machen, aber, ähm, das fand ich dann doch sehr schwierig. (Frau Donner)

Die Schwierigkeit für die Patientin begründet sich offenbar vor allem darin, dass ihr eigenes Wissen nicht so gefestigt ist, dass sie sich in der Lage fühlt, es einem anderen zu erläutern und dass zweitens die Tatsache, dass dieser andere ein Fachmann ist, diese Aufgabe wesentlich erschwert.

Eine solche explizite Exploration, anknüpfend an Äußerungen eines Patienten zum Krankheitskonzept, findet sich in keinem weiteren Fall.

Eine weitere Nachfrage nach den therapeutischen Vorstellungen der Patientin des gleichen Arztes dient eher dem Verständnis des Gesagten als der Exploration der Krankheitskonzepte. Sie ist nötig, da die Patientin sich unklar ausdrückt und im Grunde "stationäre" Therapie meint, als sie "ambulante" sagt, wie sie im Interview später bestätigt:

P90: Ich hab schon überlegt, gibt es sonst so was, irgendwie, wie ambulante Therapie oder so was?

A90: Äh, ähm, was?

P91: So ambulante Therapie oder so was?

A91: Was meinen Sie da mit ambulanter Therapie? (Frau Kater)

Bei Frau Schatten, einer weiteren Patientin des gleichen Arztes, findet sich ein anderes Motiv. Diese Frau leidet unter einer seltenen und dem Arzt nicht bekannten Augenerkrankung. Da er die Erkrankung nicht kennt, hat der Arzt keine Vorstellungen dazu und ist auf den Wissensvorsprung der Patientin angewiesen. Diese referiert, was sie von den Augenärzten erfahren hat. Der Arzt stellt konkrete Fragen dazu, vor allem zu Therapiemöglichkeiten.

A35: Und wie geht es wieder weg? Gar nicht oder P36: Es gibt, es gibt, äh, A36: von selbst?

P37: Nein, es gibt nur, äh, zwei Möglichkeiten. Einmal, dass man das lasern kann A37: Mhm. P38: und dann muß es so liegen, dass man, äh, das, äh, Augenlicht nicht schädigt, A38: Mhm. P39: und dazu war ich im UKE und dann haben die mehrfach Untersuchungen gemacht. Und die haben in der Augenklinik jetzt festgestellt, das liegt also direkt im Sehbereich, also Lasern ist bei mir nicht möglich, A39: Mhm. P40: dann würde man das Augenlicht zerstören. [...] P43: und, äh, dann hat man mir jetzt empfohlen, Tabletten zu nehmen.

A43: Ja, und was?

Im Fall von Frau Vogel greift der Arzt eine spontan angebrachte Ursachenvermutung der Patientin auf. Dies geschieht allerdings nicht unmittelbar, sondern er vertagt die Behandlung auf einen späteren Zeitpunkt:

P30: Nee, aber ich schätze, das hat mit Angst zu tun. Ich hab das am Sonnabend gemerkt, als ich im Krankenhaus saß A31: Mhm P31: in diesem Warteraum da A32: Ja P32: und (dabei, da kriegte ich) auch plötzlich jetzt wieder so, A33: Ah P33: das hat irgendwas mit der Angst zu tun, A34: Aha P34: also nicht mit der Lunge wahrscheinlich. Nachher war's wieder weg.

A35: Also das können Sie mal gleich noch mal genauer schildern, wie das war, wir gucken uns jetzt erstmal die Werte an.

[... Besprechung der Untersuchungsbefunde]

A41: Ja. Also daran kann's auch nicht liegen. Und wie sind Sie jetzt drauf gekommen, dass das mit der Angst zu tun hat?

Im Interview erläutert der Arzt die Gründe für dieses Vorgehen. Es handelt sich um eine für ihn bewährte Strategie:

Das hab ich ja auch ganz gezielt gemacht, ich hab, sie hat mir die Angst angeboten, da hab ich gesagt, jetzt reden wir erst mal über die Befunde, und dann hab ich das wieder aufgegriffen [...] weil das manchmal 'ne Falle ist, dann reden Sie mit den Leuten über ihre Ängste und haben vergessen, dass die 'n Asthma hat, und dann ist sozusagen die Chance, dann wirklich über ihre Angst zu reden, die ist erst mal vertan, weil man sozusagen plötzlich mit etwas kommt, was übersehen wurde, zumindest im subjektiven Verständnis des Patienten. Wenn ich mit dem 'ne halbe Stunde über seine Angst geredet hab und (dann plötzlich komm ich und ach, hier) haben sie ja 'ne furchtbare Lungenfunktion, da müssen wir auch noch was machen, dann, äh, könnte das bei den Patienten auch den Eindruck erwecken, dass ich sehr nachlässig mit seinen pathologischen Befunden umgehe. Deswegen bin ich eigentlich eher –, geh ich eher so ran, dass ich erst mal wirklich Klarheit schaffe, was ist auf dem somatischen Bereich los und wenn wir das haben [...] dann geh ich da noch mal drauf ein [...] das mach ich häufig so. (Arztinterview Frau Vogel)

Der Arzt berichtet weiter, dass er erfreut darüber war, dass die Patientin von sich aus die Angst angesprochen und nicht auf den körperlichen Symptomen bestanden habe, wodurch sie es ihm leicht gemacht habe. Sein Eingehen auf ihre Ursachenvorstellung dient in diesem Fall weniger der Exploration, sondern eher der Verstärkung einer von ihm gewünschten Denkweise, weil er selbst diese Ansicht teilt.

Selten zu beobachten sind offene Fragen, die so formuliert sind, dass es dem Patienten möglich sein würde, sein Krankheitskonzept einzubringen. So ermöglicht der Arzt Herrn Distel mit einer solchen Frage die Formulierung eines Therapievorschlages und exploriert damit indirekt dessen Vorstellungen vom besten therapeutischen Vorgehen:

A26: So, was ha'm wir noch geguckt, oh der Zucker ist aber nicht gut. Uh.

P26: Nein, (hier, ja zeig, zeig ich, (gleichzeitig) das gefällt mir auch nicht, ne.)

A27: (gleichzeitig) Der Zucker ist aber gar nicht gut, der ist gar nicht gut. Was machen wir jetzt?

P27: Nein, ich glaub, wir müssen diese Tabletten wieder nehmen. Gucken Sie mal grad vorne, (gleichzeitig) wo ich noch die Tabletten genommen hab.

Phantasien über alternative Fragen verdeutlichen, warum dies nicht als explizite Frage nach dem Krankheitskonzept gedeutet wurde; solche wären zum Beispiel gewesen: "Was meinen Sie denn, was wir jetzt machen sollten?" oder noch expliziter: "Haben Sie eine Idee, wie wir den Zucker wieder runter kriegen?"

Nicht alle Patienten nutzen solche offenen Fragen dazu, ihr Krankheitskonzept dann auch zu äußern:

A1: Frau Wagen, wie geht's? Ich seh Sie hinken, was ist denn da los?

P1: Ja, hier tut das weh. A2: Aha P2: Da hab ich Schmerzen und ich kann da nich' drauf liegen. (Frau Wagen)

In diesem Fall beschränkt sich die Patientin auf eine Symptomschilderung, auch wenn sie ihre Ursachenvermutungen hätte anbringen können. Sie hätte zum Beispiel sagen können: "Ich glaube, mit meiner Hüfte stimmt was nicht."

Einschränkend muß erwähnt werden, dass solche offenen Fragen klassischerweise der Gesprächseinleitung dienen, die Gesprächsanfänge durch die Aufnahmesituation (Einholen des Einverständnis) jedoch modifiziert wurden. Die Frage nach der Häufigkeit solcher offenen Anfänge lässt sich aus dem vorliegenden Material daher nicht sicher bestimmen.

Als Exploration des Krankheitskonzeptes im indirekten Sinne können auch Fragen nach Selbstmaßnahmen verstanden werden:

A27: So, was haben Sie denn an Medikamenten zu Hause?

P27: Äh, ich hab mir geholt in der Apotheke noch Bronchoforton Pastillen, A28: Ja

P28: die sollten eigentlich den Husten lösen, aber war nicht so doll A29: Ja P29: und Nasenspray. (Herr Kirsche)

Ähnlich verhält es sich mit Fragen zur Wirksamkeit oder zu Nebenwirkungen von verordneten Maßnahmen: Sie führen oft dazu, dass der Arzt etwas über das Krankheitskonzept des Patienten erfährt, ohne dass diese Exploration der Hauptzweck der Frage gewesen sein dürfte.

A10: Und, äh, ich hatte Ihnen, glaub ich, eine Spritze gegeben.

P11: Sie haben mir eine Spritze gegeben, ja.

A11: Hat das was gebracht oder hat das nichts gebracht?

P12: Also bis jetzt noch, möchte ich sagen, nicht viel.

A12: Noch nicht viel?

P13: Nein. (Herr Salz)

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die explizite Exploration von Krankheitskonzepten durch gezielte oder offene Fragen lässt sich nur selten beobachten, wesentlich häufiger erfährt der Arzt etwas quasi als Nebenprodukt bei einer anderen intendierten Frage. Andere Motive als die Gewinnung von Informationen über die Laientheorien sind Informationsbedarf über die Krankheit selbst, die Klärung mißverständlicher Ausdrücke, die Erzählanregung sowie die Verstärkung gewünschter Vorstellungen.

5.3.2.2 Verhandlung

In den folgenden beiden Beispielen wird zunächst eine eher geglückte und dann eine missglückte Verhandlung von Krankheitskonzepten geschildert. In beiden Fällen handelt es sich um seit geraumer Zeit stattfindende Prozesse, in deren Verlauf das aufgezeichnete Gespräch jeweils nur einen kurzen Ausschnitt darstellt.

Im Fall von Frau Nashorn blickt der Arzt auf eine langjährige Vorgeschichte zurück, in deren Verlauf sich die unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen von beiden langsam angenähert haben. Während die Patientin ihre Beschwerden als Anzeichen für eine schwere körperliche Erkrankung deutet, geht der Arzt von einer Angststörung aus. Die Einigung sieht so aus, dass über die Angst zwar nicht gesprochen werden darf, aber die körperliche Diagnostik ebenfalls auf ein Minimum reduziert wird. Der Begriff und das dahinterstehende Konzept "Funktionsstörungen" ist für beide akzeptabel. Dafür waren aus Sicht des Arztes viele vertrauensbildende Maßnahmen und lange Erklärungen nötig:

Ich hatte das Gefühl, die Frau weiß überhaupt nicht, was in ihrem Körper passiert. [...] und ich hab wirklich bestimmt zwei, drei Jahre immer wieder von vorne erklärt und immer wieder Bilder gemalt und immer wieder meine Tafeln rausgeholt und ihr sozusam-

gen Anatomie beigebracht, wie's in ihrem Bauch aussieht. Und das hat sie zunehmend beruhigt, das hat einfach die Frequenz dieser Anforderungen, ich hab was, ich muß untersucht werden, von alle paar Wochen oder alle paar Tage am Anfang auf Monate gestreckt, ich bin aber nie mit ihr an den Punkt gekommen [...] dass ich mit ihr über ihre Angst sprechen konnte (Arztinterview Frau Nashorn)

Der Arzt fragt Frau Nashorn im aufgezeichneten Gespräch mit einer suggestiv formulierten Frage, ob sie mit den Beschwerden zurecht komme. Dahinter steht die Erinnerung an die mit viel Mühe zustande gekommene Einigung zwischen beiden darauf, dass die Beschwerden als Funktionsstörungen anzusehen sind und keine organische Ursache haben:

A23: [...] Und mit diesen Darmbeschwerden, da kommen Sie einigermaßen zurecht, wenn Sie dann sich immer wieder klarmachen, dass es eben so Funktionsstörungen sind?

P23: Genau, ja, also ich sag mir dann, ich bin so gut durch untersucht worden, A24: Aha, ja. P24: dass ich mir im Grunde genommen gar keine Sorgen machen brauche, aber trotzdem, also wenn man die Beschwerden hat, wenn das wieder A25: Jaja P25: da ist, hat man das immer im Hinterkopf, es *könnte* ja doch was sein ne. (Frau Nashorn)

Die Patientin reagiert einerseits zustimmend, thematisiert aber auch ihre wiederkehrenden Zweifel. Der Status quo der Verhandlung wird somit von beiden bestätigt.

Später unternimmt der Arzt einen (erneuten) Versuch, die Beschwerden der Patientin mit ihrem seelischen Erleben zu verbinden. Dies lehnt die Patientin jedoch ab:

A28: Und können Sie denn, können Sie das irgendwie dann zuordnen, dass irgendwie was ist, was Sie bedrückt, belastet?

P29: Ja ich kann nich alles essen.

A30: Es ist was Sie, also die Nahrung, die Sie (...)

Der Arzt akzeptiert den Themenwechsel sofort und schwenkt auf die von der Patientin angebotene Alternative (Ernährung als Auslöser) über.

Hier lässt sich ein kleiner Ausschnitt aus einem lang andauernden Verhandlungsprozess über die Krankheitsvorstellungen beobachten, in dessen Verlauf die Vorstellungen immer wieder abgeglichen werden. Das ganze geschieht nebenbei, indirekt. Die hier benutzten Fragen sind geschlossen und beziehen sich nicht explizit auf das Krankheitskonzept. Dennoch ist davon ausgehen, dass der Arzt sie für eine Verhandlung darüber einsetzt. Eine Exploration im eigentlichen Sinne hingegen ist hier nicht erforderlich, da sie bereits früher erfolgte.

Bei einer anderen Patientin des gleichen Arztes gingen ebenfalls mehrfach Verhandlungen über das Krankheitskonzept voraus, die Vorstellungen von Frau Ruhe waren allerdings wesentlich resistenter gegenüber Veränderungen. Im Gespräch mit ihr setzt

der Arzt an drei verschiedenen Stellen Suggestivfragen nach dem Krankheitskonzept im Sinne von Verbalisierungen dessen, was die Patientin sagt oder durchblicken lässt, ein:

P38: Dann war'n die Schmerzen zwar ein bisschen weniger, also so, das ist das, dann möchte ich heute noch, äh, ich habe mich entschlossen im neuen Jahr, mir die Krampfadern ziehen zu lassen.

A39: Aha

P39: Äh!

A40: Und ähm, wo, wo wollen Sie das machen lassen, haben Sie da schon ,ne Vorstellung?

P40: Ja ich, ich weiß nicht, ich (hab kein, Vorstellung hab ich eigentlich,) dass ich wohl wieder ins A.K. Harburg geh, oder? A41: Mhm P41: Was sagen Sie?

A42: also, das Problem haben wir ja schon mal besprochen mit den Krampfadern, P42: Mhm A43: es ist ja so, dass Sie klar sichtbar äußerlich diese P43: Ja A44: Krampfadern haben, aber in Ihrem Bein ist natürlich ,ne Stauung auch in den tiefen Venen und P44: Mhm A45: möglicherweise werden die Beschwerden nicht unbedingt weg sein, wenn Sie die Krampfadern rausoperieren lassen. P45: Mhm A46: Sie ha'm ein geringeres Risiko für ,ne Thrombose, P46: Mhm A47: aber es kann durchaus sein, dass Sie nach wie vor Stauungsbeschwerden haben, weil die tiefen Venen, die sind ja noch drin, und die muß man auch (gleichzeitig) drinlassen, sonst läuft das Blut ja nicht aus dem Bein wieder raus.

P47: (gleichzeitig) Ja, geht es ja nicht. Ja. Wissen Sie warum? Das kann ich Ihnen auch sagen, ich hab seit'em, also seit'em Sommer hab ich hier Schmerzen. A48: Ja. P48: Ne? Und es gibt mal ,n Tag, wo's ein bisschen weniger ist, aber es ist auch abends oft geschwollen das Bein, A49: Ja P49: hier unten so im Knöchelbereich A50: Mhmh P50: und ich habe hier diese Schmerzen dadrinne.

A51: Und Sie denken, das kommt von den Krampfadern?

P51: Ich denke, das, es kommt auch von den Krampfadern.

A52: Also bevor man drüber redet, ob man die Krampfadern rausoperiert, P52: Mhmhm

A53: muß man klären, ob die tiefen Venen überhaupt durchgängig sind. Ha'm P53: Mhm (Frau Ruhe)

Die Nachfrage nach Krankheitskonzepten in diesem Zusammenhang könnte man durchaus im Sinne von "wenn es klemmt" verstehen. Arzt und Patient haben das Thema Nutzen einer Operation der Krampfadern bereits mehrfach miteinander besprochen und der Arzt weiß um die voneinander abweichenden Positionen. In dieser erneuten Situation der Verhandlung darüber merkt er, dass seine Erklärungsversuche (A42-47) erfolglos bleiben. Daraufhin verbalisiert er das dahinterstehende Krankheitskonzept der Patientin (A51).

An einer weiteren Stelle in diesem Gespräch scheint der Arzt ebenfalls das zu verbalisieren, was er für das Krankheitskonzept der Patientin hält:

P3: ...ich hab unheimlich) Schmerzen in der Hüfte.

A4: Also wieder das alte Leiden?

P4: Ja, also die Hüft, die rechte, äh ich weiß nicht mehr, wie ich da nachts liege, ich kann nur noch auf dem Rücken liegen und A5: Ja P5: das gefällt mir auch nicht so gut.

A6: Mhmhm, und Sie denken, es kommt vom Rücken oder äh

P6: Nein, ich, die Schmerzen sind ja hier, richtig so rechts in der Hüfte, weil die können ja nichts finden, aber ich, ich, ich (Frau Ruhe)

Die Informationen aus dem Arztinterview zeigen allerdings, dass die Sachlage komplizierter ist. Das "alte Leiden" bezieht sich für den Arzt nämlich nicht auf die von der Patientin angesprochene Hüfte, sondern auf ein chronisches Rückenleiden. Mit ihrer Antwort in P4 verneint die Patientin im Grunde diesen Ansatz und bringt erneut die Hüfte ins Spiel, was der Arzt auch wahrnimmt. Daraufhin wird er deutlicher und wiederholt die gleiche Botschaft in anderer Form, und auch die Patientin wird in ihrer Ablehnung deutlicher, sie verneint seine Annahme. Aus dem Arztinterview geht hervor, dass der Arzt um die Abweichung der Krankheitskonzepte weiß.

Auch hier scheint es sich um ein Problem zu handeln, welches ihm bei dieser Patientin und generell nicht das erste Mal begegnet, sondern ihm vertraut ist, eine Situation, in der "es klemmt". Im Unterschied zum ersten Fall formuliert er hier allerdings nicht die Ursachenvorstellung der Patientin ("sie denken, es kommt von der Hüfte"), sondern "schiebt" ihr quasi seine eigene "unter". Warum er das tut, lässt sich aus dem vorliegenden Material nicht erschließen. Auf jeden Fall führt sein Vorgehen dazu, die Diskrepanz zwischen seinen Ursachenvorstellungen und denen der Patientin zu verdeutlichen. Die dann folgende körperliche Untersuchung dient aus Sicht des Arztes ebenfalls einer Verhandlung über das Krankheitskonzept:

Da versuch ich mit der Patientin an den Punkt zu gehen, wo sie das akzeptieren kann in der, ich weiß schon, als ich sie bitte, sich hinzulegen und die Hüfte zu untersuchen, dass sie an, am Hüftgelenk nix hat. Und trotzdem mach ich diese Übung mit ihr, um ihr irgendwie ‚n Zugang zu ermöglichen und zu sagen, aha, es ist ja doch der Rücken. [...] das hatte was von Berücksichtigen, was die Patientin subjektiv empfindet [...] war so ein Eingehen auf ihre Subjektivität, dass ich diese Untersuchungsübungen mache mit Innenrotation, Außenrotation und so was, ähm. (Arztinterview Frau Ruhe)

Wie im Fall von Frau Nashorn findet eine Verhandlung abweichender Krankheitskonzepte statt, diese ist allerdings ein wenig expliziter und dennoch weniger erfolgreich.

5.3.2.3 Erklärung

Eher selten zu beobachten ist eine Erklärung der Arztes, "wie es medizinisch ist", eine Unterrichtung oder Belehrung des Patienten. Im Fall von Frau Nashorn stellt der Arzt einer Ursachenvermutung der Patientin gleich mehrere alternative Erklärungsansätze gegenüber:

P47: Jetzt hab ich aber no'mal, A48: Ja P48: ich hab manchmal so, so Schwächezustände, aber so total, A49: Ja P49: der ganze Körper, auch die Beine so, A50: ja, aha P50: ist das altersmäßig irgendwie, dass man mal so

A51: Na wie alt sind Sie jetzt? Sieben

P51: 67.

A52: Naja, also wenn das sozusagen äh, äh, so anfallsartig kommt, dann hat's meistens irgend 'nen andern Grund, es gibt ja alle möglichen Gründe, warum man sich so mal

fühlt 'n Tag oder zwei, P52: Mhm A53: angefangen von, dass 'n Virusinfekt oder so was einen erwischt und dann P53: Genau, genau, mhm A54: äh erstmal der Abwehrapparat äh die Kräfte verbraucht, da fühlt man P53: Mhm A54: sich einfach ein Tag oder zwei schlecht. P54: Mhm A55: Und es, alle Leute ha'm Schwankungen in ihrem P55: Ja A56: so, im Befinden, dass man P56: MhmA57: sich mal besser und mal schlechter fühlt.

P57: Jaja, ja es ist dann auch wieder vortüber gegangen, aber ich wollt das nur mal nur mal erwähnen, nech, dass das war und dann so

A58: Ja, also so von Ihrem Blutstatus her kann ich mir das nicht erklären.

P58: Ja, eben, nech, es war auch mit Schweißausbrüchen so nech. A59: Ja P59: es war wie so'ne Schwäche so.

A60: Ja es gibt auch mal Regulationsstörungen so, dass mal der Kreislauf schlecht reguliert, also unser ganzer Körper is ja, P60: Mhm A61: wird ja reguliert von einem unbewußten Nervensystem P61: Mhm, mhm A62: und da sollte es eigentlich immer 'nen Ausgleich zwischen Aktivität und Entspannung geben und wenn das mal so'n bisschen durcheinanderkommt, P62: Genau. A63: dann kann's auch mal so was geben.

P63: Jaja, ja das könnte auch damit zusammenhängen bei mir, nech, das man mal belastbarer ist und mal nich so ne.

A64: Ja, ja genau, genau. Ja.

P64: Ja gut.

A65: Also wenn, wenn das, sagen wir mal, länger als ein, zwei Tage anhält, dann sollte man schon nachgucken, das P65: Mhm A66: kann ja denn auch sein, dass Sie 'nen richtigen Infekt haben oder P66: Ja, mhm. A67: was ganz andres dahintersteckt. P67: Mhm A68: aber wenn das von selber sich nach ein, zwei Tagen wieder regelt, dann P68: Mhm A69: würd ich sagen, sind das so noch'm Rahmen des Akzeptablen so Regulationsstörungen. P69: Mhm, ja A70: Oder eben kleinere Infekte, die man eben mal durchmacht. Ja?

P70: Jaja, die man denn so (...) übersteht ne.

A71: Gut Frau N., P71: Ist gut. A72: wenn irgend etwas ist, dann melden Sie sich wieder.

Was geschieht in diesem Gesprächsabschnitt? Angesichts des ersten Signals des Arztes zur Beendigung des Gesprächs bringt die Patientin von sich ein neues Thema ein. Nach der Ankündigung eines weiteren Anliegens, die vom Arzt unterstützt wird, nennt sie das Problem: "Schwächezustände". Sie schildert es kurz und schlägt eine mögliche Ursache vor ("ist das altersmäßig"). Dieser Vorschlag erfolgt in Form einer unvollständigen Frage. Ihren eigentlichen Grund, das Thema aufzubringen, respektive ihre schlimmste Befürchtung, teilt sie dem Arzt nicht mit. Aus dem Interview geht hervor, dass sie Angst vor einer schweren Krankheit, vermutlich Leukämie, hat. Der Arzt geht auf die vorgeschlagene Ursache zunächst mit einer Sachfrage ein (Alter?), aber verwendet die Antwort auf diese Frage durch die Patientin nicht. Er lehnt die vorgeschlagene Erklärung der Patientin indirekt ab ("dann hat's meistens irgend 'nen andern Grund") und begründet dies mit der Art der Beschwerden, über die er allerdings nur spekuliert ("wenn das sozusagen äh, äh, so anfallsartig kommt"). Er verweist dann auf alternative Erklärungsmöglichkeiten, von denen es viele gäbe, wovon er mehrere nachfolgend aufführt. Die Patientin begleitet diese alternativen Erklärungsansätze mit zurückhaltend bis deutlich zustimmenden Hörersignalen. Zwischenzeitlich gibt es einen Redebeitrag der Patientin, den man als Rechtfertigung interpretieren könnte ("ich wollt das nur mal

nur mal erwähnen"). Der Arzt übernimmt hier das Rederecht und fährt mit seinen alternativen Modellen fort. Er versichert der Patientin, dass es nicht von ihrem Blutstatus her zu erklären ist. Damit trifft er, ohne es wissen zu können, bezüglich der Befürchtungen der Patientin ins Schwarze. Sie reagiert mit einer Zustimmung und einer genaueren Schilderung der Schwächezustände. Der Arzt bietet seine dritte Erklärung an. Die Patientin signalisiert daraufhin noch deutlicher ihre Zustimmung ("das könnte auch damit zusammenhängen bei mir") und ihre Bereitschaft, das Thema abzuschließen. Der Arzt führt dennoch das Thema weiter aus. Erst nach der erneuten Zustimmung der Patientin leitet er den zweiten Versuch zur Beendigung des gesamten Gespräches ein.

Der Arzt begründet seine mehrfachen Erklärungsangebote im Interview mit früheren Erfahrungen:

Weil ich weiß, wie mißtrauisch sie ist und weiß ich weiß, wie, wie sensibel sie auf Unstimmigkeiten in meinen Erklärungen reagiert. Das setzt bei mir so'ne Neigung in Gang, ihr das immer wieder zu erklären, weil ich die Erfahrung gemacht hab, dass sie mit einer Erklärung, mit einem Erklärungsdurchgang nicht zufrieden ist. (Arztinterview Frau Nashorn)

Die Patientin hat von den drei angebotenen Erklärungsmöglichkeiten eine behalten (Infektion). Ihre Angst vor einer schwerwiegenden Krankheit scheint erfolgreich entkräftet worden zu sein.

Diese Passage mit Erläuterungen des Arztes hat mit Abstand den größten Umfang. In den anderen Fällen finden sich nur deutlich kürzere Erläuterungen. Gemeinsam mit dem obigen Beispiel haben sie jedoch, dass die Entängstigung eine zentrale Rolle zu spielen scheint, so auch bei Frau Sturm, die Bedenken bei der regelmäßigen Einnahme von Buscopan zu haben scheint:

P22: und, und hab dann ein Zäpfchen genommen. A22: Ja, ja. P23: Aus Angst, das könnte ausbrechen. Obgleich ich gar nicht weiß, was so'n Zäpfchen dann bewirkt, ob es die Kolik nicht so, so rauskommen läßt?

A23: *Nein*. Das ist, äh, dieses Buscopan ist ,n *krampflösendes* Mittel und Sie müssen sich den Darm als Muskelschlauch vorstellen und das wirkt an der Muskulatur. Und das, von daher ist das an sich schon richtig, dass Sie was nehmen, ne. Also der, der Muskel entspannt sich etwas P24: Ja. A24: Ist ,n *krampflösendes* Mittel. P25: Mhm. A25: Also das ist schon in Ordnung.

A109: [...] Im übrigen müssen Sie dafür sorgen, dass Sie immer Buscopan im Hause haben, das muß halt da sein. P110: Ja, ja. A110: Nech, da müssen Sie drauf aufpassen und dann können Sie ja, also ich hab in dem Falle nichts dagegen, wenn Sie vielleicht auch mal zu früh ,ne Buscopan nehmen, das find ich nicht so schlimm.

P111: Kann ich mich nicht dran gewöhnen?

A111: Och nee, also Sie sollen das nicht regelmäßig nehmen, P112: Nehmen. A112: aber so, wenn Sie meinen, na, war das jetzt, äh, ne? (Frau Sturm)

Aus dem Patienteninterview geht hervor, dass die Patientin weniger an genauen Informationen über die Wirkweise interessiert war, sondern mehr an der Bestätigung, dass es ihr nicht schadet, dieses Medikament zu nehmen.

Abschließend dazu ein drittes Beispiel. Hier stellt der Arzt der Ursachenvorstellung von Frau Herz eine medizinische Erklärung gegenüber:

P37: *Kann das sein*, dass das jetzt, also dass die Bandscheibe, ähm, sich deswegen wieder meldet, also einfach durch diesen grippalen Infekt verstärkt A38: Nein. P38: oder, oder an diesem schlechten Liegen und dergleichen?

A39: *Ich glaube, ich glaube*, durch das, äh, veränderte Liegen und *vielleicht* auch das Husten, also das kann 'ne minimale Blockierung sein P39: Mhm A40: oder 'ne Verschiebung oder so, das muß jetzt, äh, also das wird, ist kein Bandscheibenvorfall oder so, nicht? Also *Sie* sagen ja auch, dies, es sind andere Symptome, aber man muß eben aufpassen, P40: Ja, ja. A41: dass es nicht wieder *soweit kommt*. (Frau Herz)

Auffällig ist bei dieser Passage in erster Linie das klare "Nein" des Arztes, mit dem er in die Patientenäußerung einfällt (A38), die Patientin unterbricht und sich das Rederecht mit einer Simultansequenz erobert. Interessant ist weiter, dass die Patientin im Interview verneint, intensiv über einen Zusammenhang zwischen dem Liegen und der Bandscheibe nachgedacht zu haben ("einfach nur die Frage gestellt, relativ ohne viel zu überlegen"). Beides deutet darauf hin, dass diese Äußerung im Gespräch eine andere Funktion als die Verhandlung der Ursachenvorstellungen auf der Sachebene hat. Zu vermuten ist, dass die Patientin ihre Angst vor einem erneutem Bandscheibenvorfall über den Umweg der Ursachenvorstellung erneut ins Gespräch einbringen will. Der Arzt bietet eine alternative Erklärung (Blockierung) an. Aus dem Patienteninterview geht hervor, dass Frau Herz diese nicht so versteht, wie der Arzt sie meint. Auch hier wurde das vermutliche Hauptziel, die Verringerung der Angst vor einem erneuten Bandscheibenvorfall, erreicht.

In anderen Beispielen scheint es mehr um die Sachebene zu gehen, wie im folgenden Fall, in dem Herr Mönch den Verlauf seiner Hochdruckerkrankung anspricht und der Arzt ihm daraufhin die medizinische Sichtweise erklärt:

P45: wollen wir mal sehen, ich meine, also, das, hab schon gedacht, wenn das nun chronisch ist, dass das irgendwie sich gar nicht beheben läßt, also (...).

A46: Äh, der Blutdruck läßt sich, äh, nicht mehr heilen, ne. Also wenn man einen hohen Blutdruck hat, hat man den, aber er läßt sich durch die Tabletten wieder auf den normalen Blutdruck bringen, P46: Ja, ja. A47: aber dass man dann irgendwann ohne Tabletten auskommt, das klappt praktisch nie. Ne?

P47: Nein, nein, A48: Verstehen Sie das, P48: nein, das kann ich, das kann ich mir vorstellen. A49: das ist, äh, P49: Wenn dann, wenn dann der Körper rhythmisch darauf eingestellt ist, (...), A50: Genau, aber, äh, P50: (ist er auch dafür, mehr oder weniger davon abhängig dann.)

A51: Genau. Ne? Leider. P51: Ja. A52: So ist das.

P52: Ja, so, (gleichzeitig) so nach dem

A53: (gleichzeitig) Ne? Aber dass es, äh, richtig ausheilt wie ne Grippe, (gleichzeitig) die dann weg ist, das geht leider nicht.

P53: (gleichzeitig) Nein, nein, nein, also das ist, nein, nein, das kann ich mir vorstellen, ja. So wie nach dem Motto, dass man einen sieben Jahre gegen Gelbsucht behandelt hat, bis man festgestellt hat, dass er ein Chinese ist.

A54: [lacht] Nein, äh, so ist das bei Ihnen nicht. Gut. (Herr Mönch)

Sicherlich ist davon auszugehen, dass die Frage der Prognose und der Therapiemöglichkeiten auch für Herrn Mönch mit Emotionen verbunden ist, dennoch scheint in diesem Fall die Sachebene im Vordergrund zu stehen.

5.3.2.4 Nicht-Eingehen

Im Gegensatz zu allen drei bislang beschriebenen Grundmustern steht ein nicht-responsives Verhalten des Arztes, in dem er Äußerungen zum Krankheitskonzept stehen lässt bzw. ignoriert. Diese Vorgehensweise lässt sich im vorliegende Material häufig beobachten. Im folgenden Fall belässt es der Arzt nach einer Äußerung des Patienten (ich hab nie Fieber) bei einem Hörersignal und wechselt dann das Thema:

A11: Wie war das mit Fieber?

P11: Hab ich nie, das ist das Merkwürdige, ich hab nie Fieber. [räuspert sich]

A12: Ja, -- gut., dann werd ich mal gucken, darf ich mal? Ah [es folgt die Racheninspektion] (Herr Kirsche)

Im Arztinterview gibt er an, diese Äußerung schon wahrgenommen zu haben, aber be-
wußt nicht darauf eingegangen zu sein:

Er hat dann gesagt, ich hab nie Fieber, das ist merkwürdig. Ich weiß nicht, ob Du das jetzt erinnerst, [...] Ja doch. [...] er hat das noch mal betont, was hast Du gedacht, [...] Ich dachte, sch..., laß ihn labern. [...] für mich ist es nicht wirklich glaubhaft, ich hab eher das Gefühl, dass die nicht messen und dann behaupten, sie ha'm nicht Fieber und, äh, dass ich von mir selber weiß, dass ich im Grunde genommen das Fieber erst ab 39 merke. (Arztinterview Herr Kirsche)

Für den Arzt handelt es sich um eine bekannte Situation, für die er sich eine Erklärung zurechtgelegt hat, die ein Nachfragen nicht sinnvoll erscheinen lässt.

In anderen Fällen hat der Arzt nach eigenen Angaben das, was hier als Äußerung zum Krankheitskonzept gewertet wird, nicht wahrgenommen. Das Beispiel von Herrn Berg, der während der Blutdruckmessung seine Theorie der Wetterabhängigkeit erläutert, wurde bereits unter 5.3.2.4 zitiert:

P35: Ja. ---- Ich weiß nicht, manchmal hab ich das Gefühl. Aber das kann ja nicht *nur* am Wetter liegen, so wie Wetterumschwung Kälte und Wärme ist, dann krieg ich, gut, das sind eigene Gedanken jetzt, dass er da besonders... Und wenn er dann, äh, [währenddessen Blutdruckmessung]

A36: Ja, aber ja, (...)

P36: (...) ändert sich das Wetter jetzt ja ständig, ne.

A37: Äh [7 Sekunden Pause] 160/95, das gefällt mir noch nicht.

In A36 fällt der Arzt dem Patienten ins Wort, redet sehr laut (weil er das Stethoskop in den Ohren hatte), aber es bleibt völlig unklar, was er sagen will. In der folgenden Äußerung in A37 geht er auf die Wetterabhängigkeit nicht ein, und auch der Patient versucht nicht erneut, das Thema ins Spiel zu bringen. Der Arzt sagt dazu im Interview:

Da bin ich nicht drauf eingegangen und hab ich auch nicht im Gedächtnis. (Arztinterview Herr Berg)

In zwei weiteren Fällen bringen die Patienten ebenfalls das Thema Wetter auf, und die Ärzte gehen in keinem Fall darauf ein. Zusätzlich führen die Patienten in zwei weiteren Patienteninterviews, gefragt nach ihren Krankheitskonzepten, das Wetter an, ohne dass sie es zuvor im Arzt-Patienten-Gespräch erwähnt hatten. Wetterabhängigkeit ist also offensichtlich etwas, was die Patienten relativ intensiv beschäftigt, was aber keinen Platz im Gespräch mit dem Arzt findet.

Auch auf Patientenäußerungen, die etwas über die Laiendiagnose, die Bezeichnung der Erkrankung aussagen, gehen die Ärzte so gut wie nie ein. In der Regel flechten die Patienten diese auch nur beiläufig ein und scheinen auch keine Reaktion des Arztes darauf zu erwarten.

Oftmals muss der Arzt sich im Anschluß an eine Äußerung des Patienten, in der mehrere Themen angeschnitten werden, entscheiden, auf welches er direkt reagieren möchte und auf welches nicht. Im folgenden Fall von Frau Rose zieht es der Arzt vor, nicht auf ihren Verordnungswunsch einzugehen:

P2: So, Frau Doktor, ich A3: Ja P3: hab jeschaut, diese Vertebran, die hab ich mal vor zwanzig Jahren gehabt, A4: Ja P4: die sind aus dem Handel gezogen, ne? A5: Ja, ähm P5: Und jetzt hab ich mit Dr. W. gesprochen und der hatte auch so mit'm Kreuz ja (...)

A6: Ach Sie ha'm, äh, den angerufen?

P6: Ja, er hatte ,ne Karte geschickt, Sie hatten ,ne Karte geschickt, ja ja (...)

A7: Ach so! Ja, prima, ja.

P7: Und da hat er gesagt, er hat diese Tropfen (Telebran) oder, A8: Ja P8: die hat er schon dreißig Jahre, und

A9: Ja P9: da nimmt er jeden Morgen so (dreißig, zwanzig) Tropfen schon A10: Ja

P10: um Viertel vor sechs ja A11: Ja P11: und damit kommt er zurecht, sagt er A12: Ja

P12: und die tun weder den Magen belasten noch sonst irgendwie und A13: Äha P13:

die Schmerzen sind weg. A14: Ah ja, äh. P14: Und da sagt er, ich sollte Ihnen das mal

sagen, A15: Ja, Mhmhm P15: dass Sie mir die verschreiben. A16: Ja, ja, äha. P16: Denn

ich war danach letzte Woche bei, beim Orthopäden und äh, dieses Knie, das ist so ange-

geschwollen, da hat er mir dies Ding gegeben hier.

A17: Ja, aber das lie, äh, das ha'm Sie falsch angezogen. (Frau Rose)

Es handelt sich hier um eine Situation, die dem Arzt nicht das erste mal begegnet:

Ich hab mich schon gewundert, dass Du überhaupt nicht darauf eingegangen bist [...] Weil ich dachte, ich hab nur so innerlich die Augen gerollt und hab gedacht, Scheiße, was mischt dieser Kerl sich schon wieder da ein? (Arztinterview Frau Rose)

5.3.2.5 Kenntnisnahme

Eine klare Grenze zwischen Nicht-Eingehen und bloßer Kenntnisnahme lässt sich nicht immer ziehen, reagieren die Ärzte auch in den obigen Fällen mitunter mit Hörsignalen. Die Wertung hängt dann von der Art und Betonung des Hörsignals ab. Eine Wiederholung der Patientenaussage wie im nachfolgenden Fall ist hingegen sicher als Kenntnisnahme zu werten:

P15: Und hier ist so'n Langzeit A16: Ja. P16: Blutdruck A17: Aha. [10 Sekunden Papiergeraschel] P17: Hab ich hinten (...) aufgeschrieben, wann A18: Ha'm Sie P18: die hohen Werte waren. A19: Aha. P19: (...) bin ich morgens dreimal in Harburg um den Block rumgefahren A20: Aha P20: und keinen Parkplatz gefunden (...)

A21: Und schon war der Blutdruck 207.

P21: Schon war er hoch.

A22: Aha. Schon war der Blutdruck 207. Und hier ha'm Sie sich körperlich belastet und dann P22: Ja. A23: war er 183. Sonst haben Sie eigentlich überwiegend passable Werte (Herr Schuster)

5.3.2.6 Zustimmung

Von der bloßen Kenntnisnahme abzugrenzen ist die Zustimmung, die sich nach dem Ausmaß der dahinterstehenden, "echten" Übereinstimmung unterteilen lässt. Nur in einem Teil der Fälle stehen hinter einer dem Patienten gegenüber geäußerten Zustimmung übereinstimmende Ansichten. In anderen Fällen stimmt der Arzt zwar mit der Schlußfolgerung des Patienten überein, aber aus anderen Gründen als dieser. Zustimmung wird aber auch vorgetäuscht bzw. entgegen der eigenen Auffassung halbherzig geäußert. Es folgen Beispiele für alle drei Situationen.

Echte Zustimmung findet sich im folgenden Abschnitt aus dem Dialog zwischen dem Arzt und Frau Klavier:

P60: Ich trink jetzt schon Malventee.[lachend]

A61: Glaub ich.

P61: Äh, ich hab so'n Kräuterbuch, da steht das drin.

A62: Das ist auch in Ordnung.

P62: Das, das, das soll Schleim wegnehmen oder wie (...)

A63: Ja. Nee, das ist auch gut. (Frau Klavier)

Der Arzt ist mit der Selbstmaßnahme der Patientin einverstanden und bringt dies klar zum Ausdruck.

Zustimmung aus anderen Gründen findet sich häufiger als echte Zustimmung. Im Fall von Frau Esche lässt sich der Arzt auf eine von der Patientin angeregte Verteilung der Medikamente über den Tag ein, obwohl er sich davon nichts verspricht:

P26: Und von diesen neuen jetzt, jetzt weiß ich nicht, wie die heißen, eine halbe. – Ich hab auch gedacht, ob ich die mal, ich hab bald gesagt, getrennt nehme. Ich weiß das, von ner Bekannten, die nimmt morgens welche und nachmittags, A26: Ja. P27: ob das vielleicht sich anders auswirkt oder A27: Mhm. P28: ---- Und dann hoffe ich ja jetzt eben auch n bisschen durch Gewichtsreduzierung, nech, das ich jetzt, ich bin jetzt auch schon immer viel unterwegs, ich lauf und lauf [lachend] und hätt A28 Oah. P29: bald gesagt, naja, nun (...), jedes Stück kauf ich alleine, aber (gleichzeitig), also da bin ich A29: (gleichzeitig) Aber das ist ja toll, [seufzend] ja. Äh, die Vesdil nehmen Sie auch auf einmal?

P30: Ja, Sie, ich hatte Sie mal gefragt und da haben Sie gesagt, das macht nix.

A30: Mhmhm, ja.

P31: Also ich nehme praktisch mehr oder weniger die, diese kleine Gruppe so hintereinander weg irgendwie, ne.

A31: Ja. Eigentlich tut man das mit diesen Tabletten auch so.

P32: Ich bin nur drauf gekommen, weil das ja jetzt bei mir mehrere sind A32: Ja. P33: und, wie gesagt, ich hab das, äh, von ,ner Bekannten, die sagt, nein, ich soll meine ruhig mal nachmittags nehmen, die hatte auch immer Schwierigkeiten. A33: Mhmhm. – Ja. P34: Nun nimmt sie welche morgens und welche nachmittags.

A34: Mhmhm. Was wir machen könnten, ist, äh, mit dem Atehexal, dass Sie morgens mal ne halbe und aber nachmittags mal ne halbe nehmen. Da, ne P35: Ach so, dass ich die A35: Dass Sie die mal unterteilen.

P36: Ja,. Na vergessen tu ich sie nachmittags nicht, denn da nehm ich meine Hormon-tablette. A36: Ach so. P37: Dann hab ich immer meine Termine, A37: Ja. P38: mein Mann kriegt auch immer (sonst alles).

A38: Ja. Nee, das ist ja gut. Gut. Äh, dann versuchen wir's, äh, mal damit, so, wie wir das runterkriegen. Und das mit dem Sport find ich, also dass Sie mehr aktiv sind, find ich toll. (Frau Esche)

Im Interview benennt der Arzt sein Motiv für die Zustimmung zum Vorschlag der Patientin: Er habe ihr das Gefühl vermitteln wollen, dass sie selbst etwas tun kann.

Ja. Sie hatte, äh, ne eigene Idee, von der ich zwar mir nichts verspreche, aber dachte, es ist vielleicht besser, darauf einzugehen, dann hat sie das Gefühl, sie kann auch selber mal was tun und ich versprech mir nicht [...] dass das besser ist. (Arztinterview Frau Esche)

Anhand eines ähnlichen Falls lässt sich demonstrieren, dass eine zu schnelle Zustimmung ohne die Gründe des Patienten zu hinterfragen, ungünstige Auswirkungen haben kann. Frau Donner hatte den Arzt gebeten, ihre Leberwerte zu kontrollieren. Der Arzt stimmte ohne Nachfrage schnell zu:

P9: Das war Nummer 1.[lacht kurz] Dann hab ich die Pille abgesetzt A9: [lacht] Ja. P10: letztes Jahr und, äh, ich wollt da gern einfach noch mal eine Blutuntersuchung machen lassen, weil ich ja auch mit der Leber da mal so'n Infekt hatte und erhöhte Leberwerte hatte und ich möcht das einfach gern noch mal überprüfen lassen.

A10: Ja. Gar kein Problem.

Frau Donner beschreibt im Interview, dass die Mitteilung der erhöhten Leberwerte sie damals erschrocken habe, weil die Leber für sie ein sehr sensibles, kompliziertes Organ sei. Obwohl sie im Anschluß an die Infektion normal waren, achte sie auf Kontrollen. Sie sagt, es sei ihr bis heute nicht klar, was sich damals eigentlich abgespielt habe. Dies führte zu einer Verunsicherung, die wiederum Angst und übertriebene Maßnahmen (Kontrollen, Körnerdiät) auslöste. Die Unsicherheit schürt auch Ursachenspekulationen (Pille?) an. Der Arzt hat die Episode des Infektes vor vier Jahren gar nicht mehr in Erinnerung. Über die Anspielung der Patientin darauf hat er nach eigenen Angaben hinweg gehört. Obwohl er eine Kontrolle nach Absetzen der Pille als "ein bisschen widersinnig" empfindet, hat er sich entschieden, darauf nicht weiter einzugehen, die Patientin nicht zu "korrigieren" oder sie "spitzfindig drauf aufmerksam zu machen". Der Arzt hat den Wunsch nach einer Bestimmung der Leberwerte für sich so interpretiert, dass der "Leberwert" für Blutuntersuchung allgemein steht und die Patientin die "Sicherheit haben wollte, da ist alles in Ordnung". Diesem Grund für die Blutentnahme konnte der Arzt zustimmen. Konfrontiert mit der Patientenversion des Infektes schaute er während des Interviews in der Akte nach. Die Nachforschungen ergeben, dass die Leberwerte nie erhöht waren. Es wurde allerdings eine Hepatitisserologie im Rahmen dieses Infektes, wohl als Ausschlußdiagnostik, durchgeführt. Eine Klärung dieses Sachverhaltes anlässlich des geäußerten Wunsches hätte möglicherweise die unnötigen Sorgen der Patientin verringern können.

Einige weitere Beispiele der Zustimmung zu einem Patientenwunsch aus anderen Gründen haben mit diesem gemeinsam, dass es jeweils um eine Untersuchung geht, und die Diskrepanz dem Patienten nicht mitgeteilt wird. Die "vermeintliche Zustimmung" im nächsten Beispiel betrifft ebenfalls eine gewünschte Untersuchung. Frau Krabbe bittet den Arzt, anlässlich der Blutuntersuchung doch ihr Immunsystem zu überprüfen:

P75: Und ich, Sie könnten ja auch dann, wenn Sie die Blutuntersuchung machen, mein Immunsystem äh da auch mit überprüfen, dass Sie mal reingucken.

A75: Naja gut, ich seh das sowieso, wie's aussieht, ne, P76: Ach so, ja. A76: also an Entzündungszeichen und allem möglichen. So jetzt muß ich nur mal gucken, was wir noch dazu machen und, wie war's damals? Harnsäure war zu hoch, ja, gut. (Frau Krabbe)

Der Arzt hält von diesem Anliegen nichts ("Da krieg ich immer zuviel, wenn die Patienten mit ihrem Immunsystem kommen", "Ich würde am liebsten sagen, laß den Quatsch") und wendet in diesem Fall - der ihm in der Praxis häufiger begegnet - folgende Strategie an: Er vermittelt den Patienten, dass er mit der Basisuntersuchung sowieso feststellen kann, was der Patient an Extrauntersuchungen wünscht. Eine Diskussion über die Sinnhaftigkeit einer Überprüfung des Immunsystems mittels einer Blut-

entnahme vermeide der Arzt grundsätzlich, weil sie "nichts bringe", und die oben beschriebene Strategie Kräfte spare. Frau Krabbe wertet die Tatsache, dass der Arzt bei der Besprechung der Befunde nicht weiter auf das Immunsystem einging, als Zeichen dafür, dass es völlig in Ordnung gewesen sein muß, wurde mit diesem Vorgehen also offensichtlich vollständig zufriedengestellt.

Untersuchungen werden mitunter auch durchgeführt, ohne dass der Arzt einen weitergehenden Sinn als die Beruhigung des Patienten darin sieht. Interessanterweise liegen in diesen Fällen oft Missverständnisse oder nicht erkannte Patientenängste vor. Herr Salz zum Beispiel hat Angst vor einer Lungenentzündung, als er indirekt um eine nochmalige Auskultation bittet, der Arzt ahnt von dieser konkreten Angst nichts. Im Nachhinein ist es aber auch nicht wichtig, ob der Arzt weiß, warum genau der Patient die Untersuchung wünscht, denn der Effekt der Beruhigung des Patienten ist auch ohne dieses spezielle Wissen gegeben.

Dann kam er ja noch mit seinem Gefühl, dass mit Bronchien nicht alles in Ordnung ist. Ja. Hast Du ne Ahnung, wieso er das nun anbrachte, was...? Das war mir ganz unklar, [...] da hab ich dann ganz brav die Lunge angehört. Äh... **Weil er das wollte?** Weil er das wollte. Aber ich hab da von mir aus keinen Sinn drin gesehen, ich hätte das nicht, nie spontan gemacht. **Ähm, er hat mir erzählt, dass er Angst vor ner Lungenentzündung hatte, kannst Du Dir das vorstellen bei ihm?** Nein, überhaupt nicht, äh, es stand überhaupt nicht so zur Diskussion. (Arztinterview Herr Salz)

Bei Frau Nashorn gelingt eine ähnliche Strategie ebenfalls, hier lässt sich jedoch die Gefahr ahnen, die mit einem zugrundeliegenden, unerkannten Mißverständnis verbunden ist. Die Patientin hatte um die Bestimmung des Bauchspeicheldrüsenwertes gebeten, weil sie Angst vor "Zucker" hatte, wie sie im Interview angibt. Der Arzt lässt sich aufgrund seiner Erfahrungen mit ihr darauf ein, wenngleich er keine medizinische Notwendigkeit sieht. Er wäre sogar bereit, einen leicht erhöhten Wert zu verschweigen. Er versteht ihre Anfrage nach dem Bauchspeicheldrüsenwert allerdings anders und bestimmt die Lipase und nicht den Blutzucker:

Na früher kam sie sehr häufig [...] inzwischen [...] kommt vielleicht einmal im Quartal, [...] und dann hat sie ,ne ganz klare Vorstellung, wie jetzt zum Beispiel die Bauchspeicheldrüse, da merk ich, ah, sie hat sich mit ihrer Bauchspeicheldrüse beschäftigt, also mach ich ,ne Lipase, und sag, Lipase ist in Ordnung. Selbst wenn sie nicht Ordnung wäre, wenn sie nicht grandios erhöht wäre, würd ich ihr das glatt verschweigen. Also der würd ich nicht sagen, oh Ihre Lipase ist 210, die darf aber nur 190 sein, äh, auf so'ne Idee würd ich nie kommen, sondern da würd ich knallhart sagen, die Lipase ist in Ordnung, Punkt. (Arztinterview Frau Nashorn)

Da beide im Dialog nur von "Bauchspeicheldrüsenwert" reden, kommt das Mißverständnis nicht ans Licht und beide sind zufrieden:

A22: Also wir ha'm ja noch mal die ganzen Magen-Darm-Werte durchgeguckt, die Leberwerte, die Bauchspeicheldrüsenwerte

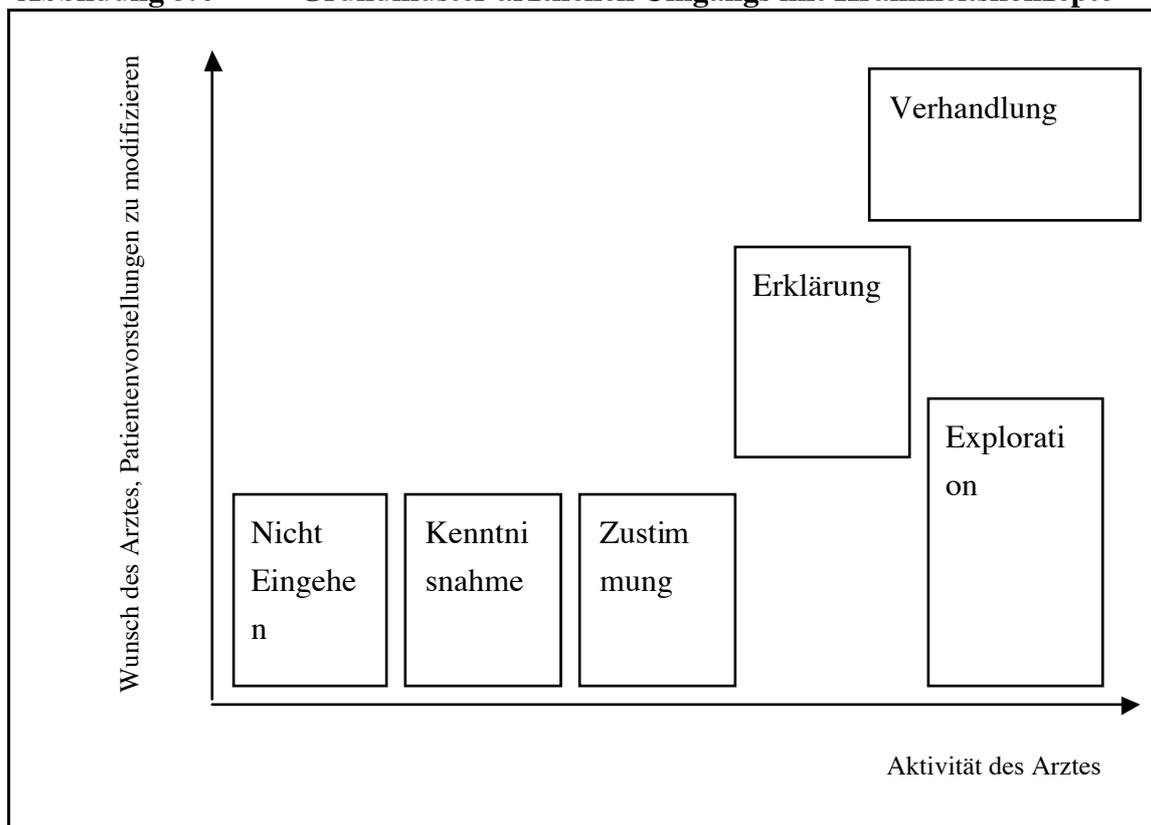
P22: Mhm, ja das war für mich auch wichtig, die Bauchspeicheldrüse.

A23: Genau, das hatten Sie mir ja auch gesagt, die Bauchspeicheldrüsenwerte sind völlig normal, da brauchen Sie sich keine Sorgen zu machen. (Frau Nashorn)

5.3.2.7 Zusammenfassung und Kombinationen der Grundmuster

Wie in der folgende Abbildung dargestellt, lassen sich die sechs Grundmuster auf zwei Achsen anordnen. Die erste Achse bildet ab, wie wichtig oder unwichtig es dem Arzt ist, die Krankheitsvorstellungen des Patienten zu modifizieren, die zweite seine Bereitschaft, aktiv zu werden. Die auf beiden Achsen abgebildeten Einstellungen können sich im Laufe des Gesprächs ändern, so dass es zu den bereits erwähnten Kombinationen der sechs Grundmuster kommen kann und häufig kommt.

Abbildung 5.4 Grundmuster ärztlichen Umgangs mit Krankheitskonzepten



Der weitere Gesprächsverlauf bei Nicht-Kennntnisnahme hängt unter anderem davon ab, ob der Patient damit einverstanden ist, oder ob er das Thema erneut einbringt, ggf. auch mehrfach und so lange, bis der Arzt in einer anderen Weise reagiert. Bei Frau Vogel greift der Arzt das Krankheitskonzept der Patientin auf, nachdem sie es zum vierten Mal anspricht. Vorher hatte der Arzt es im wesentlichen ignoriert. Da dies offenbar

nicht zum Fallen lassen des Themas führte, wählt er nun einen neuen Ansatz: Er verbalisiert es erst und stimmt ihr dann halbherzig zu:

P110: Naja, da müssen ja (auch noch tausend Frauen auch mit leben, sag ich mir immer). [lacht] Das beruhigt doch immer. [lacht]

A111: Naja, das ist die Frage, das ist so Ihr Gedanke, dass das mit den Wechseljahren zu tun hat.

P111: Ja, weil ich das immer so lese, wenn ich mal so A112: Mhm P112: Zeitschriften lese, Herzklopfen A113: Mhm P113: und so, das is ja alles das, was man so hat, ne.

A114: Ja. Kann durchaus auch 'ne Rolle spielen. (Frau Vogel)

Bei Frau Rose kommt es nach einem mehrfachen Beharren der Patientin zu einer Erklärung des Arztes. Die Patientin ist überzeugt, dass ihre Knieprobleme auf Verschleiß zurück zuführen sind. Der Arzt hält den Verschleiß für gering. Er sieht die Ursache für die Beschwerden in zwei anderen Zuständen, in einer Ansatzendinose und in einer diabetischen Polyneuropathie. Im Gespräch findet darüber keine wirkliche Verständigung statt, wie folgende Ausschnitte zeigen:

P25: weil dann die ganzen Adern hier, das kommt dann alles so vor und das Bein tut weh bis unten hin, A26: Ja. P26: ne. Das ist Verschleiß, aber das reißt ja auch so wahn-sinnig, ne A27: Ja, aber dann ist es besser, wir können ja auch zum Beispiel das Bein wickeln...

P83: Ich bin ja, war das vor Weihnachten? Da bin ich ja einmal umgeknickt mit dem rechten Knie, ne. .. P85: Aber ob das damit zu tun hat, das A86: Nee, das hat damit nichts zu tun. P86: (...) das ist Verschleiß, ja. A87: Ja. P87: Er sagt, das ist Verschleiß. Er hat das geröntgt und sagt Verschleiß. A88: Mhm. P88: (Ja was kann man nun gegen Verschleiß machen?) A89: Ja P89: Nech, ich weiß es nicht. [Band wenige Sekunden versehentlich ausgestellt] (Frau Rose)

Frau Rose benutzt in diesem Gesprächs also mehrfach den Begriff Verschleiß, ohne dass der Arzt darauf eingeht, er reagiert lediglich mit Hörersignalen, und auch die sind nicht eindeutig ablehnend. Erst gegen Ende wird das Thema noch mal aufgegriffen. Der Arzt hatte bereits begonnen, den Abschied einzuleiten, da bietet die Patientin die Röntgenbilder an:

P114: Wollen Sie, wollen Sie sich die Röntgenaufnahmen angucken?

A114: Oh ja, gerne, gerne, natürlich, selbstverständlich. P115: (...) schon mal ein.

A115: Ja, da ist ein bisschen Verschleiß drin, ach so schlecht sieht das aber gar nicht aus.

P116: Und trotzdem diese wahnsinnigen Schmerzen (...)

A116: Ja, jaja, ja die Schmerzen, die sind aber eben auch noch so'n bisschen be, durch den Zucker mitbedingt.

P117: Damit? (Frau Rose)

Es kommt nun doch noch dazu, dass der Arzt seine Meinung vertritt, dass es mit dem Verschleiß gar nicht so schlimm ist, und, als die Patientin die Stärke der Schmerzen anführt, wie um zu sagen, dass kann doch nicht sein, auch eine seiner eigentlichen

Verdachtsdiagnosen andeutet. Die Patientin fragt nach: "Damit"? Es folgt ein Erklärungsversuch des Arztes:

A117: Ja, äh, die sind auch mit durch den Zucker bedingt und zwar ist es so, dass der eben auch, auch ein bisschen auf die Füße, die, äh, P118: (War das nicht auf die, auf die Augen?) A118: auf die Augen geht und auch auf die Füße geht.

P119: Ja, nachts muß ich immer tropfen, wenn ich A119: Ja P120: aufstehen will, es, sind die Augen zu. A120: Mhmh P121: Am Tag hab ich keine Schwierigkeiten, A121: Ja P122: aber nachts sind sie zu.

A122: Aber, äh, das hat auch was, mit den Füßen hat das was mit dem Zucker zu tun, P123: Mhm, mhm, mhm A123: dadurch ist die Schmerzempfindlichkeit an den Füßen zu hoch, groß. P124: Ja, ja, ja. A124: Ne, kommt nicht alles nur vom Rücken. Deswegen helfen P125: Mhm, mhm, mhm A125: die Schmerzmittel auch nicht so gut. P126: [Seufzer] (...) A126: Ne, und ich schreib Ihnen mal was gegen den, äh, Zucker auf, gegen die schlechten Erscheinungen des Zuckers.

P127: Mhm, mhm, mhm, o.k. (Frau Rose)

Seinen eigenen Erklärungsversuch schätzt der Arzt im Interview als eher mißlungen ein:

Diese Sache mit den schlechten Erscheinungen des Zuckers (lacht), da hab ich mir ja einen abgebrochen [...] bei der hab ich das Gefühl, die versteht das sowieso nicht, was ,ne Polyneuropathie ist und, äh, da hab ich, ähm, versucht, laienhaft irgend etwas auszudrücken und hatte so das Gefühl, sie kapiert es doch nicht. [...] aber mir ging es darum, dass sie ,n, ,n bisschen, äh, ja, Zugang dazu bekommt, ne. (Arztinterview Frau Rose)

Warum er seinem Anspruch nicht gerecht werden konnte, erläutert er so:

Ja, im Grunde genommen hätte ich ihr das besser mit der Polyneuropathie erklären müssen, äh, das halt ,ne Polyneuropathie schmerzt und wie das ist. Und da hatte ich aber das Gefühl, jetzt ist das alles schon so lange, also jetzt haben wir schon so lange gequatscht und mit Untersuchung und so und will mal weiterarbeiten und hatte keine Lust, da noch mal umständlich ihr irgend etwas zu erklären und hab sie an sich mit ,ner wirklich saumäßigen Erklärung wieder nach Hause geschickt, weil darunter, äh, die negativen Erscheinungen des Diabetes, also das, da kann man sich ja nun wirklich nichts draus, drunter vorstellen. Und ich denke, das wäre auch wichtig gewesen, ihr das mal, äh, da näher zu bringen. Ich hab's dann später noch mal versucht, aber auch noch nicht mit richtigem Erfolg. Wenn Du sie heute fragst, was ist ,ne Polyneuropathie, wird sie es nicht wissen, ne. Das muß ich ihr noch mal besser so beibringen. (Arztinterview Frau Rose)

Der Arzt hält es in dieser Situation grundsätzlich für wichtig, der Patientin mitzuteilen, dass neben der Arthrose auch eine Polyneuropathie für die Schmerzen zuständig ist. Er möchte gerne, dass die Patientin begreift, was das ist und es ist ihm bewußt, dass ihm das bislang nicht gelungen ist. Er selbst nennt zwei Hindernisse auf dem Weg dahin: zum einen die intellektuellen Fähigkeiten der Patientin, denen er versucht, mit einer laienhaften Ausdrucksweise zu begegnen und zum anderen der Zeitdruck in der Sprechstunde, dem er mit einer Wiederaufnahme des Themas zu einem späteren Zeitpunkt begegnet.

Die Patientin hat den Versuch des Arztes sehr wohl wahrgenommen, lässt sich dadurch aber nicht zu einer Meinungsänderung bewegen. Sie führt für ihre eigene Hypothese mehrere Gründe an:

...weil ich ja inzwischen schon zuvor bei Dr. H. und der hatte da die Aufnahme gemacht und sagte, das Knie ist sehr, sehr abgenutzt. Und der Arzt meinte, das könnte vom Zucker kommen, aber ich bin der Meinung, das könnte von der, ähm, wie heißt das, Aktuporo [...], ich kann das Wort nur schlecht aussprechen, Aktuporose, nee, nnn nee, ich, ich weiß es jetzt nicht, jedenfalls wenn hier alles anschwillt, ja, Knie und Finger und dass das damit irgendwie zusammenhängt, ne **...möglichen Zusammenhang, den der Arzt dargestellt hat zwischen dem Zucker und den Schmerzen. [...] was meinen Sie dazu?** Ich mein, das ist eher Arthrose, als dass es vom Zucker kommt. Ja nicht. Also ich weiß nicht. **Also Sie können sich das nicht so vorstellen?** Ich kann mir das gar nicht vorstellen, nicht, weil das ja schon vorher, das schon die ganzen Jahre bei Dr. W. war das ja schon manchmal, dass das Knie immer angeschwollen ist und dass ich Schmerzen hatte, das liegt jetzt schon Jahre zurück, ja. (Frau Rose)

In anderen Fällen reagiert der Arzt zwar ebenfalls zunächst nicht, kommt dann zu einem späteren Zeitpunkt jedoch von selbst auf das Thema zurück, so auch bei Frau Schatten:

P26: ... Daraufhin hat sie wieder untersucht und hat sie gesagt, ja, also Sie haben, also ich habe eine Erkrankung, die nennt sich Retropath centre serosa. Und das ist eine Wasserblase im Auge. A26: Mhmhm. P27: Und das entsteht durch Stress. A27: Mhmhm. P28: Und jetzt komm ich wieder auf das andere zurück, wahrscheinlich stress ich mich in der Firma mehr, als dass ich das bewußt A28: Ja, ja. P29: merke. A29: Ja. P30: Und hab wahrscheinlich dieses Ding da im Auge entwickelt. A30: Mhm, mhm. P31: Und diese Entzündung, äh, verursacht, äh, eben durch Stress, die schützt sich im Auge, so hat man mir das erklärt, indem es eine A31: Mhm. P32: Wasserblase bildet, A32: Mhm. P33: das sind irgendwie so Blutgefäße, die sich da A33: Ja. P34: entzünden und dann schützt sich das Auge automatisch mit dieser Blase. A34: Mhmhm. P35: Und ich gucke jetzt immer durch eine Wasserblase. Und deswegen ist es auch verschwommen. A35: Und wie geht es wieder weg?

P101: kann aber immer wieder kommen, wenn ich eben, anscheinend bin ich so'n Typ, der vielleicht keinen hohen Blutdruck kriegt, vielleicht krieg ich immer so was oder so.(gleichzeitig) Aber das nervt mich schon, dass ich
A101: (gleichzeitig) Mhm. Aber ich hab trotzdem (...), wie die Krankheit heißt, das hab ich nicht richtig verstanden.. (Frau Schatten)

Die vorliegende erste Äußerung der Patientin enthält viele verschiedene Informationen. Der Arzt beschränkt sich auf Hörersignale und arbeitet im Anschluß seine entstandenen Fragen Stück für Stück ab. Die Wiederaufnahme der Frage nach dem Namen der Erkrankung scheint dem Arzt so wichtig zu sein, dass er die Patientin dafür unterbricht, es kommt zu einer Sequenz mit simultaner Rede.

Es finden sich außerdem Kombinationen zwischen Exploration und Verhandlung sowie zwischen Verhandlung und Zustimmung.

5.3.2.8 Die Motive der Ärzte für ihr Handeln

Die möglichen Motive für den Arzt, so oder so zu reagieren, wurden bereits in den einzelnen Beispielen angesprochen. Hier soll nun der Versuch einer Zusammenfassung unternommen werden. Die Faktoren, die bestimmen, ob und wie der Arzt reagiert, lassen sich mit drei Fragen zusammenfassen: Will ich? Kann ich? Muß ich darauf eingehen?

Will ich darauf eingehen?

- Ist mir dieses Thema wichtig oder finde ich es unwichtig?
- Sind von einer Intervention positive oder negative Konsequenzen zu erwarten?
 - Würde eine Intervention dem Patienten schaden, ihn z.B. verunsichern, überfordern oder bloßstellen?
 - Birgt eine Intervention ein Konfliktpotential für die Arzt-Patienten-Beziehung?
 - Habe ich in ähnlichen Situationen gute oder schlechte Erfahrungen gemacht?

Kann ich darauf eingehen?

- Habe ich die Zeit dazu?
- Bringt der Patient die sprachlichen und intellektuellen Fähigkeiten zu einer Verständigung mit?

Muß ich darauf eingehen?

- Zwingt der Patient mich durch die Gestaltung des Gespräches dazu, auf das Thema einzugehen, z.B. durch direkte Fragen, mehrfache Wiederholungen, eine direkte Bitte oder einen Vorwurf, allgemein gesagt durch Gesprächselemente, deren Nicht-Erwidern mit Nachteilen verbunden ist.

5.4 Der Umgang der Patienten mit ihren Krankheitskonzepten

In Abschnitt 5.2 wurde bereits beschrieben, dass nur wenige Patientenmerkmale die Offenlegung von Krankheitskonzepten beeinflussen. Um dieses Phänomen besser verstehen zu können, werden im folgenden die Motive der Patienten, etwas über ihr Krankheitskonzept zu sagen oder auch nicht, untersucht. Analysiert wird weiter, wie und wann sie dies tun. Ebenso interessant ist, zu sehen, an welchen Stellen im Gespräch sie auf eine solche Mitteilung verzichten.

5.4.1 Die Selbsteinschätzung der Mitteilungsbereitschaft

Nach ihren Aussagen im Interview auf die Frage nach ihrer Bereitschaft, dem Arzt ihre Krankheitsvorstellungen mitzuteilen, lassen sich die Patienten in drei Gruppen einteilen: Die Selbstbewußten, die Vorsichtigen und die Zurückhaltenden, wobei alle bis auf eine Patientin den beiden letzten Gruppen zuzuordnen sind.

Für die Selbstbewußte ist das Einbringen ihrer Gedanken gar keine Frage, sondern es liegt in ihrem Naturell:

...ich sag das eigentlich immer, also ich denke, das ist das und das, ne. Also ich bin eigentlich kein Mensch, der hingehet und sagt, ach wissen Sie, was das und das sein könnte ... wenn mir was nicht unklar ist, dass ich sage, ich merke das und das und das und ich habe einfach den Eindruck, es könnte vielleicht das und das sein oder so, ne. Oder dann auch schon sage, oder einfach von ihm möchte, dass er, ähm, dass er sich das einfach anguckt. ... ich seh mich eigentlich nicht so, dass ich, ähm, dem Arzt so untergeordnet bin, ne, sondern für mich ist es schon echt 'n partnerschaftliches Verhältnis.
(Frau Donner)

Für die Vorsichtigen ist dies etwas weniger selbstverständlich:

Reden Sie mit [ihrem Arzt] über Ihre eigenen Vorstellungen? ... Mhm, ja schon, also, ähm, ja, also auch bei andern Sachen, bei so kleinen Krankheiten, sag ich mal, ähm, man, irgendwie hat man ja manchmal schon im Gefühl, woher das kommt, es muß ja nicht immer stimmen, aber das sag ich dann auch, also... ob's dann stimmt oder nicht, das muß er ja dann entscheiden, aber es ist ja auf jeden Fall ein Hinweis vielleicht oder so. (Frau Zahn)

Also ich halte wenigstens nichts zurück, sagen wir's mal so. Also das, was mir gerade durch den Kopf geht im Zusammenhang mit der Krankheit, äußere ich dann. Hält irgendetwas Sie manchmal davon ab, Ihre Gedanken zu äußern? --- (Höchstens), dass man das also nicht in aller Breite und aller zeitlichen Ausdehnung vielleicht äh, alles darstellen kann, das ist klar, ne...(Frau Herz)

Die Mehrzahl der Patienten verneint im Interview, dass sie mit dem Arzt über ihre Krankheitsvorstellungen reden, obwohl die meisten darauf hinweisen, sie könnten über alles reden, was ihnen wichtig ist. Diese Zurückhaltenden äußern sich zum Beispiel so:

Reden Sie mit Ihrem Arzt öfter darüber, was Sie über Ihre Erkrankungen denken? Nein, eigentlich nicht. **Das heißt, Sie gehen eher mit dem Problem zu ihm und, ähm, stellen ihm das vor und warten, was er dazu sagt?** Genau. Also ich geh hin, wenn ich ,n Problem habe oder ,ne Krankheit, denn geh ich zu ihm, sag ihm die Symptome, und er erklärt mir eigentlich alles so genau, wie ich das auch verstehen kann. Das heißt, er sagt nicht nur so das und das, ähm, das ist jetzt die Krankheit und, ähm, Sie kriegen die und die Medikamente, sondern er sagt, äh, das kann nun da herkommen oder, und dann versucht er mir auch die Medikamente zu geben und was sie bewirken. (Frau Möve)

...mich interessiert, ob sie dann auch zu [ihrem Arzt] gehen und ihm sagen, was Sie über Ihre Erkrankung denken oder über die Behandlung oder so? Nein. **Ihre Meinung sagen Sie ihm nicht?** Nein. Ich hab so keine Meinung, weil ich muß ja horchen, was der Arzt sagt, und der hat ja bestimmt mehr Ahnung, als wenn ich ihm da was erzählen will, nech, ja, ja. (Herr Distel)

Ich mein, ich erzähl ihm nicht meine Meinung, aber (lacht) ich will die ja von ihm hören dann [...] Meistens ist er ja der gleichen Meinung wie ich, das eigentlich auch bin [lacht] Nech. [...] **Was hält Sie davon ab, ihm [... ihre Meinung zu erzählen?]** Naja, weil ich halt denk, er weiß ja halt mehr wie ich und was soll ich ihm das jetzt erzählen, das ist sowieso vielleicht nicht wahr oder so, deswegen soll er mir lieber erzählen, was er davon denkt oder von hält [lacht]. (Frau Vogel)

Motive für oder gegen das Einbringen von Krankheitskonzepten gehen zum Teil aus den obigen Zitaten bereits hervor, sie werden in der folgenden Tabelle 5.9 zusammengefasst:

Tabelle 5.9 Gründe für und gegen das Äußern der Krankheitsvorstellungen aus Sicht der Patienten

pro	contra
<p>ist ja auf jeden Fall ein Hinweis für den Arzt</p> <p>man sollte ja offen sein</p>	<p>begrenzte Zeit, da kann man sich nicht so ausbreiten</p> <p>er ist ja der Arzt</p> <p>ich hab keine Meinung</p> <p>das ist sowieso vielleicht nicht wahr</p> <p>ich kann mich nicht so gut aussprechen</p> <p>ich möchte mich nicht lächerlich machen</p>

Zwischen dem, was die Patienten selbst über ihre Mitteilungsbereitschaft sagen, und dem Verhalten im Gespräch sowie dem Verhalten im Interview besteht in vielen Fällen kein Zusammenhang, ähnlich wie bei der Frage nach der Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient. Das beste Beispiel dafür ist Frau Vogel, die sich als verschwiegen beschreibt und im Gespräch genau gegenteilig verhält. Anhand dieses Falls lässt sich auch

anschaulich darstellen, wie vorsichtig Patienten sind, wenn sie ihre Krankheitskonzepte preisgeben und welcher Schutzmechanismen sie sich bedienen.

5.4.2 Schutzmechanismen

Bei der Auswertung des Materials entstand der Eindruck, die Patienten formulierten manche Aussagen so, als wollten sie sich schützen, zum Beispiel vor einer Bloßstellung als Laie. Nicht alle Patienten bedienen sich gleichermaßen dieser Mechanismen. Folgende Strategien, die möglicherweise dem Schutz dienen, konnten auf Seiten der Patienten identifiziert werden:

- vorsichtige Formulierungen
- Betonung des Laienstatus
- Berufung auf andere Personen oder Quellen
- Scherze
- Verschweigen

Auch einige ärztliche Strategien können als Maßnahmen zur Vermeidung von Bloßstellung angesehen werden, z.B. der Verzicht auf Nachfragen oder die Zustimmung trotz Ablehnung (vgl. 5.3.2).

Im Anschluss werden die einzelnen Mechanismen dargestellt und mit Beispielen belegt. Die Frage, wovon genau und warum ein Schutz erforderlich sein könnte, wird in der Diskussion im Kapitel 7 erörtert.

5.4.2.1 Vorsichtige Formulierungen

Die Patienten vermeiden in der Regel Aussagen, die Behauptungen sind, sondern wählen eher Vermutungen:

P30: Nee, aber ich schätze, das hat mit Angst zu tun. Ich hab das am Sonnabend gemerkt, als ich im Krankenhaus saß, A31: Mhm P31: in diesem Warteraum da A32: Ja P32: und (dabei, da kriegte ich) auch plötzlich jetzt wieder so, A33: Ah P33: das hat irgendwas mit der Angst zu tun, A34: Aha P34: also nicht mit der Lunge wahrscheinlich. (Frau Vogel)

Frau Vogel drückt sich vorsichtig aus, sie "schätzt", es hat "wahrscheinlich" "irgendwas" mit der Angst zu tun.

Selbst Frau Donner, die selbstbewußteste Patientin, formuliert ihre Bitte um die Kontrolle eines Laborwertes so:

P9: [...] Dann hab ich die Pille abgesetzt A9: [lacht] Ja. P10: letztes Jahr und, äh, ich wollt da gern einfach noch mal eine Blutuntersuchung machen lassen, weil ich ja auch mit der Leber da mal so'n Infekt hatte und erhöhte Leberwerte hatte und ich möcht das einfach gern noch mal überprüfen lassen.

Dieser Gesprächsabschnitt lässt sich in vier Teile untergliedern: Die Patientin leitet zunächst das Thema ein und stellt den ersten Teil der Begründung für den Wunsch voran ("Dann hab ich die Pille abgesetzt letztes Jahr und, äh"), es folgt die eigentliche Äußerung des Wunsches (ich wollt da gern einfach noch mal eine Blutuntersuchung machen lassen). Im Anschluss wird die Begründung fortgesetzt ("weil ich ja auch mit der Leber da mal so'n Infekt hatte und erhöhte Leberwerte hatte") und zuletzt wird der Wunsch wiederholt ("ich möcht das einfach gern noch mal überprüfen lassen"). Die Patientin bereitet also den Wunsch gut vor, indem sie ihn zweifach begründet und wiederholt. Lässt man einige Worte weg, so kann man die benutzten Verlegenheitsfloskeln und Füllwörter deutlicher erkennen:

und, äh, ich wollt da gern einfach noch mal [...] , weil ich ja auch [...] da mal so'n [...] ich möcht das einfach gern noch mal

Wenn es sich um Vorschläge oder Bitten in Bezug auf das diagnostische oder therapeutische Vorgehen handelt, wird auch gerne die Form der Frage gewählt:

A46: ich schreib Sie weiter krank.

P46: -- Ja, das, das wäre jetzt aber auch noch mal so die Frage, ob ich nicht, nicht einfach auch wieder arbeiten könnte? (Frau Schön)

Diese Frage zeichnet sich zusätzlich durch eine besonders vorsichtige sprachliche Formulierung aus; ein Gedankenspiel mit anderen Antwortmöglichkeiten mag dies verdeutlichen. Die Patientin hätte auch sagen können: "Nein danke, das möchte ich nicht." Oder sie hätte sagen können: "Ich würde lieber wieder arbeiten gehen. Meinen sie nicht, das das geht?" Die Vorsicht, die in der Formulierung mit schwingt, wird durch die Gegenüberstellung mit einem anderen Fall verdeutlicht. Frau Wagen reagiert viel direkter und verzichtet weitgehend auf Schutzmechanismen:

A37: Äh, brauchen Sie ,ne Krankmeldung? P37: Nee, nee. A38: Sie arbeiten nicht mehr, ne?

P38: Doch, ich arbeite noch.

A39: Aber, aber?

P39: Ich geh auch hin.

A40: Sind Sie sicher?

P40: Ja. Das einzige ist, die Treppen runter geht ja gut.

A41: Ja aber Sie sind doch bei mir hier fast den Flur nicht längs gekommen, wie wollen Sie da arbeiten?

P41: Ich arbeite, aber nicht, ich versuch, immer das zu machen, was ich gerade schaff.

A42: Na ich kann Sie nicht davon abhalten, aber P42: Nö A43: ,ne gute Idee find ich das nicht. Das wird nicht weggehen, wenn Sie weiter arbeiten.

P43: Meinen Sie? Ich versuch das diese Woche noch, und wenn nicht, dann komm ich nächste Woche wieder.

5.4.2.2 Betonung des Laienstatus

Anhand der Interviews lässt sich eine weitere Strategie identifizieren, nämlich das Betonen der Laienrolle, besonders eindringlich bei Herrn Berg, der sieben mal darauf verweist ("rein laienhafte Ansicht", "so als Laie weiß man ja") In abgeschwächter Form findet sich dies bei Herrn Berg auch im Dialog wieder, wie der bereits früher zitierte Abschnitt über seine Vermutung der Wetterabhängigkeit illustriert:

P35: Ja. ---- Ich weiß nicht, manchmal hab ich das Gefühl. Aber das kann ja nicht *nur* am Wetter liegen, so wie Wetterumschwung Kälte und Wärme ist, dann krieg ich, gut, das sind eigene Gedanken jetzt, dass er da besonders ... Und wenn er dann, äh, [währenddessen Blutdruckmessung] A36: Ja, aber ja, (...) P36: (..) ändert sich das Wetter jetzt ja ständig, ne. (Herr Berg)

Das in diesem Abschnitt zu beobachtende "ich weiß nicht" ist im Grunde ebenfalls als Berufung auf den Laienstatus zu deuten, in dem Sinne: ich als Patient kann das ja schließlich nicht genau wissen.

Eine noch abgeschwächter Form findet sich an einer anderen Stelle im gleichen Gespräch, durch das Einfügen der Einschränkung " meiner Meinung nach".

P33: Ja, die, die erzielt meiner Meinung nach überhaupt keine Wirkung. Die kann ich genommen haben, kann messen, da ist er genauso wie vorher. (Herr Berg)

5.4.2.3 Berufung auf andere Personen oder Quellen

Bereits unter dem Abschnitt 5.2.2 wurde erwähnt, dass die Patienten sich häufig auf andere Quellen berufen. Immer wieder ist zu beobachten, dass andere Personen angeführt werden, die dann quasi an Stelle des Patienten die Verantwortung für den Inhalt der Krankheitsvorstellung übernehmen: Frau Vogel ist im nachfolgenden Beispiel nicht diejenige, die an der Verordnung des Arztes zweifelt (obwohl es im Interview durchaus so erscheint), sondern sie stellt sich als Werkzeug ihres Vaters dar:

P17: Nee, dann ist es ja in Ordnung, das wollt ich nur wissen, ob er dann zuviel. A18: Ja. P18: genommen hat oder nicht, dann hat er doch, dann ist es in Ordnung.

A19: Nee, nee, er hat nicht zuviel genommen, das ist seine Dosis, die ich ihm auch so, so war er eingestellt.

P19: Er sagt nämlich zu mir, stimmt doch oder nicht? Ich sag, das weiß doch ich nicht, ich A20: Ja P20: nicht, ich war doch nicht beim Arzt, Du warst doch beim Arzt.

A21: Ja genau.

P21: (Da kam er mir irgendwie ein bisschen blöd vor. (Frau Vogel)

Dieser Gesprächsabschnitt steht am Ende eines längeren Dialogs darüber, ob es mit den vielen Tabletten seine Richtigkeit hat. Da der Arzt bei seiner Einschätzung bleibt, nimmt die Patientin ihre Meinung langsam zurück und benutzt dafür den Vater. In P19 betont sie, dass es der Vater war, der Zweifel geäußert hat und nicht sie selbst. In P21 kritisiert sie ihn dann sogar für diese Meinung und grenzt sich damit noch deutlicher von ihm ab.

Frau Möve schiebt ihre Mutter vor:

P22: Ich leide ab und zu mal, ähm, letztes Jahr eigentlich sehr häufig unter Kopfschmerzen A23: Mhm P23: und meine Mutter ist der Meinung, dass es vom Tragen kommt ... (Frau Möve)

Ein Sonderfall der Berufung auf andere Personen ist die Nennung anderer Ärzte, die bei Frau Krabbe am Rande vorkommt, in besonders massiver Weise aber bei Frau Rose, die sich hinsichtlich des Wunsches nach einer Medikamentenverordnung auf den Rat ihres früheren Hausarztes beruft (vgl. 5.3.2.4).

P14: Und da sagt er, ich sollte Ihnen das mal sagen, [...] dass Sie mir die verschreiben. (Frau Rose)

Vor allem in den Interviews, aber auch in den Gesprächen, findet sich mehrfach der Verweis auf Informationsquellen wie Literatur, das Fernsehen oder sogar das Internet:

A111: Naja, das ist die Frage, das ist so Ihr Gedanke, dass das mit den Wechseljahren zu tun hat.

P111: Ja, weil ich das immer so lese, wenn ich mal so A112: Mhm P112: Zeitschriften lese, Herzklopfen A113: Mhm P113: und so, das is ja alles das, was man so hat, ne. (Frau Vogel)

5.4.2.4 Scherze

Die Form des Scherzes ist ein weiterer Mechanismus, der Schutz bietet, da man es ja nicht ernst meint. Neben Herrn Mönch zeigt erneut Frau Vogel dieses Verhalten:

A27: *...So! Nun zu Ihnen!*

P27: [Hustet] Ja, ob ich morgen eine Langspielplatte kaufen kann, morgen zum Geburtstag oder ob es nicht mehr lohnt?

A28: Ob Sie sich noch 'ne P28: [lacht lange] A29: Langspielplatte zum Geburtstag kaufen können? 29.9. haben Sie Geburtstag.

P29: Oder ob es nicht mehr lohnt. [lacht weiter] (Frau Vogel)

5.4.2.5 Verschweigen

Zuletzt soll noch das Verschweigen als möglicher Schutzmechanismus erwähnt werden. Frau Vogel weiß genau, dass sie nicht inhalieren wird, weil dies für sie mit Panikreaktionen verbunden ist; dennoch verzichtet sie nicht nur darauf, dem Arzt dies mitzu-

teilen, als er es ihr vorschlägt, sondern gibt im Gegenteil noch zustimmende Hörsignale ab:

A157: nehmen Sie drei mal eine und Sie könnten vielleicht auch 'n bisschen inhalieren zu Hause P157: Ja A158: mit Kamillendampf, wissen P158: Mhm, mhm A160: Sie wie das geht? Kamille aufbrühen P160: Mhm, jaja Aufbrühen A161: im Topf, Kopf unterm Tuch und dann schön die Dämpfe einatmen. Das befeuchtet die Atemwege, dann werden Sie den Reiz 'n bisschen besser los. Alles klar?
P161: Gut. Und mein Blutdruck,... (Frau Vogel)

Frau Wagen lässt sogar die explizite Möglichkeit, die der Arzt ihr bietet, ihre Sicht zu äußern, ungenutzt, und bleibt auf die Frage des Arztes auf der Ebene der Symptombeschreibung:

A1: Frau W., wie geht's? Ich seh Sie hinken, was ist denn da los?
P1: Ja, hier tut das weh. A2: Aha P2: Da hab ich Schmerzen und ich kann da nich' drauf liegen. (Frau Wagen)

Es ist vorstellbar, dass sie auf die Frage, "was ist los?" mit einer Vermutung aus dem Kreis der Ursachenvorstellung geantwortet hätte, wie es in anderen Fällen geschieht, zum Beispiel bei Frau Herz, die statt ihre Rückenschmerzen zu benennen, sagt:

...meine Bandscheiben haben sich gestern zurückgemeldet. (Frau Herz)

Zurück zu Frau Wagen. Der Arzt fragt erneut nach ihren Vorstellungen, diesmal aber konkreter, er fragt sie, ob es nicht das Knie sei. Diesmal beantwortet die Patientin seine Frage, schiebt aber in der nächsten Äußerung hinterher, sie wisse nicht, was das sei:

A3: Und das ist nicht das Knie?
P3: Nein, das Knie ist das nicht, das ist hier oben, da
A4: Aha, Sie können kaum geradeaus laufen.
P4: Das ist aber auch nicht, äh, ist auch nicht, nix zu sehen, A5: Aha P5: weiß nicht, was das ist.
A6: Es reicht ja, dass Sie's spüren.
P6: Ja. (Frau Wagen)

Im Interview gibt sie an, eigene Vermutungen gehabt zu haben, bleibt zunächst vage ("hätte vieles sein können") und führt dann auf Nachfrage die Vermutung an, in der Hüfte könne was eingeklemmt gewesen sein. Nach dieser Äußerung wechselt sie auch im Interview rasch auf die Ebene der Symptombeschreibung und verweist dann auf die ärztliche Diagnose:

Bevor Sie mit dem Doktor darüber gesprochen haben und der hat ja dann auch gesagt, ja, das ist Ischias, ganz klar, bevor Sie also mit ihm gesprochen haben, was ha'm Sie da gedacht, was mit Ihnen los ist? Ja gedacht hab ich vieles, hätte vieles sein können. **Ja. Was zum Beispiel?** Es hätte das von der Hüfte sein können, dass da irgendwie was eingeklemmt ist oder was, denn ich hatte ja schon über ,ne Woche diese Schmerzen und die waren unerträglich, ich hab mich am Treppengeländer hochgezogen, wie so' ne Achtzigjährige, so kam ich mir vor, und daher den Weg auch nach Dr. X, ich geh auch nur denn zum Arzt, wenn ich ihn unbedingt brauch, sonst nicht. Und da er ja

nun sagte, es strahlt von der Wirbelsäule oder vom Ischias her, ja, hab ich damit auch, mit den Tabletten auch Erfolg gehabt. (Frau Wagen)

Die Patientin hatte offenbar kein Interesse daran, ihre Vorstellungen in das Gespräch einzubringen. Mögliche Gründe, die dagegen sprechen, wurden bereits oben aufgeführt. Es erscheint sinnvoll, sich im Anschluß der Frage zuzuwenden, welchen Nutzen Patienten überhaupt davon haben könnten, dem Arzt ihre Krankheitsvorstellungen mitzuteilen? Warum machen sie sich die Mühe, es vorsichtig doch zu tun, obwohl sie es eigentlich gar nicht wollen?

5.4.3 Mögliche Gründe, Krankheitskonzepte einzubringen

Die Patienten wurden in den meisten Fällen im Interview nicht explizit danach gefragt, warum sie dem Arzt dies oder jenes erzählt haben. Die folgenden Motive können deshalb nur vermutet werden, sie beruhen überwiegend auf Schlußfolgerungen und Indizien:

- Mitteilung an den Arzt
- Wunsch nach einer ärztlichen Mitteilung
- Wunsch nach einer ärztlicher Handlung, zum Beispiel einem Rezept
- Reaktion auf die Ankündigung einer ärztlicher Handlung, wobei es zwei Möglichkeiten gibt
 - das Angebot wird direkt akzeptiert oder abgelehnt, dabei enthüllt sich das Krankheitskonzept indirekt
 - das Angebot wird indirekt verhandelt oder abgelehnt, und zwar durch das Entgegensetzen einer anderen Alternative (Gegenmodell)

Die ersten beiden Motive scheinen eine wesentlich geringere Rolle zu spielen als die letzten beiden.

5.4.3.1 Mitteilung an den Arzt

In den folgenden Beispielen dürfte es den Patienten in erster Linie darum gehen, ihre Gedanken mitzuteilen, um einen Beitrag zur Klärung auf der Sachebene zu leisten.

A5: Aber Sie ha'm die Werte mitgebracht, das reicht mir. - So. --- Ja. Nee, gut ist es noch nicht. Oh jai, jai, jöjöö, das ist ja

P5: Ja, das war, das war heute früh.

A6: Das war heute früh? Das ist ja die Katastrophe heute morgen.

P6: Ja, also, ich weiß nicht. Naja ich, ich bin irgendwie, auf Termine reagier ich wahrscheinlich immer ein bisschen hektisch.

A7: Ach so.

P7: Vielleicht, pf, vielleicht ist es, liegt es daran, A8: Ja. P8: aber ich, ich weiß nicht, also, pöh, -- dann (Herr Mönch)

Herr Mönch erklärt im Interview in Bezug auf seine Ursachenvorstellung, er habe nun auch irgendetwas sagen wollen, als der Arzt äußerte, der Blutdruck sei hoch. Darin klingt fast ein wenig eine Rechtfertigung mit.

Einen ganz ähnlichen Erklärungsansatz verfolgt Herr Schuster, der seine Blutdruckwerte selbst mißt und erwähnt, dass die Parkplatzsuche sich negativ auf seine Werte ausgewirkt hat. So erfahren wir eher indirekt, dass er meint, Stress erhöhe seinen Blutdruck:

P17: Hab ich hinten (...) aufgeschrieben, wann A18: Ha'm Sie P18: die hohen Werte waren. A19: Aha. P19: (...) bin ich morgens dreimal in Harburg um den Block rumgefahren A20: Aha P20: und keinen Parkplatz gefunden (...)
A21: Und schon war der Blutdruck 207.
P21: Schon war er hoch. (Herr Schuster)

Auch die oftmals am Rande stehen bleibenden diagnostischen Etikettierungen ("Depression", "Hypersensitivität", "Bandscheiben" etc.) dürften die Funktion haben, Sachinhalte zu vermitteln. Hier ist den Patienten sicher eher nicht bewußt, dass sie darin auch ihre Krankheitskonzepte transportieren.

Frau Schatten, die dem Arzt in großer Ausführlichkeit diverse Aspekte ihrer Augenkrankung, die sie sehr beschäftigt, mitteilt, antwortet im Interview auf die Frage, warum sie ihm das erzählt habe:

Ich hab ihm das erzählt, weil er einmal mein Hausarzt ist und weil ich gerne wollte, dass er das, äh, dann auch weiß und dann, äh, vielleicht hat er auch Erfahrung damit. Wenn er die gehabt hätte, hätte er sicherlich mir darüber was erzählt, also das war so meine Erwartung. Aber mehr eigentlich nicht. (Frau Schatten)

Neben dem Bedürfnis nach Mitteilung wird hier auch das Bedürfnis der Patientin nach Information, zum Beispiel nach Bestätigung oder Ergänzung dessen, was sie selbst in Erfahrung gebracht hat, deutlich.

5.4.3.2 Wunsch nach einer ärztlichen Mitteilung

Patienten scheinen ihre Krankheitskonzepte auch mitzuteilen, um sie zu überprüfen, sich die Richtigkeit der eigenen Gedanken bestätigen zu lassen oder etwas neues zu erfahren. Zum Beispiel fragt Frau Nashorn nach einer möglichen Ursache für die Schwächezustände, die sie beunruhigen und äußert dabei eine Vermutung:

P47: Jetzt hab ich aber no'mal, A48: Ja P48: ich hab manchmal so, so Schwächezustände, aber so total, A49: Ja P49: der ganze Körper, auch die Beine so, A50: ja, aha P50: ist das altersmäßig irgendwie, dass man mal so (Frau Nashorn)

Interessanter Weise teilt sie dem Arzt ihren eigentlichen Grund, das Thema aufzubringen, respektive ihre schlimmste Befürchtung, nämlich Angst vor Leukämie, nicht mit. Stattdessen spricht sie einen anderen Erklärungsansatz an, der für sie selbst offenbar eine geringe Bedeutung hat:

Und dann erwähnten Sie noch auch [...] Schwächezustände. Ja hatte ich, also das ist aber wieder vorbei. **Und da würde mich natürlich auch interessieren, was Sie denken, was, woher das kam?** Was das, ja. – Tja, das weiß ich auch nicht, ich glaube äh, da muß ich noch mal so sagen, meine Mutter, die hatte äh zu wenig, zuviel weiße Blutkörperchen und dann denk ich, dass ich vielleicht erblich belastet bin ne. Und dann waren ja so diese Schwächezustände und ich weiß ja nicht, wie sich so was auswirkt und dann daraufhin hab ich Herrn Dr. dann noch mal angesprochen ne. Aber ich hab das mit meiner Mutter jetzt nicht erwähnt, aber das war für mich jetzt der Gedanke [...] **Was Sie im Gespräch erwähnt haben war ja, Sie fragten so, ob das mit dem Alter zu tun hat.** Ja auch, es könnte ja auch mal, ich, man muß ja nicht 80 sein, um Schwächezustände zu kriegen, kann man ja auch schon mit 67. (Frau Nashorn)

Warum handelt die Patientin so? Warum nennt sie nicht den eigentlichen Grund, sondern einen wesentlich harmloseren? Vielleicht dient der "vorgeschobene" Grund dazu, dem Arzt alternative Erklärungen zu entlocken, indem er so ausgewählt wird, dass er mit großer Wahrscheinlichkeit vom Arzt nicht akzeptiert wird.

Der Arzt ahnt übrigens, auch ohne dass die Patientin es ausgesprochen hat, was hinter dieser Frage steckt:

Sondern sie hat sofort diese Frage, ist das was Schlimmes? Weil sie irgendwo gelesen hat, dass das auch ,ne Leukämie sein kann, so was. (Arztinterview Frau Nashorn)

Ein anderer Fall, der bereits im Abschnitt 5.3.2.3 zitiert wurde, weist Parallelen auf: Frau Herz fragt nach dem Zusammenhang zwischen den Rückenschmerzen und dem Infekt. Im Interview verneint Frau Herz, darüber ernsthaft nachgedacht zu haben und bewertet diese Äußerung als "flüchtigen Gedanken". Der Arzt reagiert im Gespräch damit, dass er der Patientin versichert, dass kein Bandscheibenvorfall droht und trifft so genau die eigentliche Befürchtung der Patientin.

Frau Schatten hingegen äußert ihre Angst vor Brustkrebs direkt und ohne Umwege:

P154: Dann muß ich noch mal sagen, dass ich auch irgendwie richtig unter Ängsten leide, äh, an Brustkrebs zu erkranken, können Sie sich das vorstellen?

A154: Ja.

P155: Wie doof, ne, ich sag immer zu mir, meine Güte, nun hör doch auf damit, warum sollst Du das kriegen, aber meine Mutter hatte das ja A155: Mhm. P156: und ich hab viele Kolleginnen, A156: Mhm. P157: die das hatten.

A157: (gleichzeitig) Es ist (Kre..) wissen Sie

P158: (gleichzeitig) Gerade eine Kollegin, die jetzt das, äh, gerade zwei Jahre, äh, überstanden hatte und dann kriegt sie Unterleibskrebs, also, äh, Eierstockkrebs. A158: Mhm, furchtbar. P159: Also, oah, also das hat uns alle so mitgenommen und

A159: Mhm, na wissen Sie, es ist einfach, Brustkrebs ist ne ganz, ganz häufige Erkrankung, äh, also P160: Mhm. A160: so, äh, ich denke auch, also, äh, wir sind auch, es ist auch ein gefährliches Alter, also die Wahrscheinlichkeit, so ganz, ganz klein ist sie nicht. Aber trotzdem, P161: Mhm. A161: es nützt einem nichts, die Angst. (Frau Schatten)

Aus dem Interview geht hervor, dass es ihr mehr um die Tatsache, dass sie Angst hat, geht, als um den Brustkrebs. Was sie sich genau von der Mitteilung an den Arzt verspricht, und ob sie es erhält, lässt sich nicht erschließen.

In diesem Abschnitt ging es darum, etwas vom Arzt zu erhalten, was auf der gedanklichen oder emotionalen Ebene angesiedelt ist: Entlastung, Bestätigung, Informationen. Häufiger haben die Patienten aber ganz handfeste Wünsche, wie Medikamente, Massagen, Kuren oder diagnostische Maßnahmen.

5.4.3.3 Wunsch nach einer ärztlicher Handlung

In sehr vielen Fällen erfährt man indirekt etwas über die Vorstellungen der Patienten zur Behandlung oder Diagnostik, weil die Patienten ihre konkreten Erwartungen äußern. Sie schlagen etwas vor, bitten um etwas oder verlangen etwas, zum Beispiel ein Rezept, eine Untersuchung oder eine Überweisung. Dabei lassen sich vielfältige Arten, einen Wunsch zu formulieren, beobachten (vgl. dazu auch 5.4.2 Schutzmechanismen):

- als Aufforderung

P75: Und ich, Sie könnten ja auch dann, wenn Sie die Blutuntersuchung machen, mein Immunsystem äh da auch mit überprüfen, dass Sie mal reingucken. (Frau Krabbe)

- als höflich begründete Bitte

P130: Ich wollte Sie eigentlich bitten, mir 'n Blutdruck mal zu messen, A130: Ja. P131: denn als ich vorgestern so schlimme Kopfschmerzen auf'm Kopf hatte, da hatte ich das Gefühl, mein Kreislauf war A131: Mhm. P132: äh, ziemlich runter. Hat man doch dann auch schon mal so wie Leere im Kopf, ne? (Frau Sturm)

- als Reaktion auf eine Frage des Arztes

A26: So, was ha'm wir noch geguckt, oh der Zucker ist aber nicht gut. Uh.

P26: Nein, (hier, ja zeig, zeig ich, (gleichzeitig) das gefällt mir auch nicht, ne.)

A27: (gleichzeitig) Der Zucker ist aber gar nicht gut, der ist gar nicht gut. Was machen wir jetzt?

P27: Nein, ich glaub, wir müssen diese Tabletten wieder nehmen. Gucken Sie mal grad vorne, (gleichzeitig) wo ich noch die Tabletten genommen hab.

A28: (gleichzeitig) Ja, also seit wir die, seit wir die abgesetzt haben,

P28: (gleichzeitig) Ja, ist alles, alles hoch.

A29: (gleichzeitig) ist es aus'm Ruder gelaufen, Ja. Dann schreib ich Ihnen die wieder auf. (Herr Drache)

- als indirekte Mitteilung

P12: Ja, ja, und also kann ich eben (...) einen Monat lang in der Schule fehlen und so, also irgendwie, es ist ein Status, der nicht geht. (Frau Herz)

Auch in diesen Fällen dürfte es den Patienten nicht bewußt sein, dass sie dem Arzt etwas über ihr Krankheitskonzept mitteilen, sondern das Ziel, das Gewünschte zu erhalten, dürfte im Mittelpunkt stehen. Ähnliches gilt für die im folgenden Abschnitt diskutierte Ablehnung einer ärztliche Maßnahme; hier enthüllt sich das Krankheitskonzept ebenfalls nur indirekt.

5.4.3.4 Direkte Reaktion auf die Ankündigung einer ärztlicher Handlung

Bereits unter 5.4.2.1 wurde der Gesprächsausschnitt zitiert, in dem Frau Wagen die Krankschreibung energisch und klar ablehnt. Frau Krabbe lehnt den Vorschlag des Arztes, das Medikament abzusetzen, ebenfalls klar ab, wenn auch etwas höflicher formuliert:

A39: *Meinen Sie nicht*, dass man mal aufhören könnte?

P40: *Das möchte ich eigentlich nicht*, weil, ich bin abends, äh, doch immer, also ich weiß, dass so, --, na sagen wir so, so ab sieben, A40: Mhm. P41: dann bin ich also fix und fertig und dann weiß ich auch, dass meine Nerven auch, mir geht auch meine, meine, ach, wie soll ich das sagen, meine sehr, sehr positive Grundstimmung geht dann doch etwas in den Keller herein. (Frau Krabbe)

Frau Friseur ist in ihrer ablehnenden Haltung zur Durchführung eines Langzeit-EKGs deutlich unklarer:

A47: [...] Lassen Sie uns das richtig klären, wir machen ein Langzeit-EKG, hat, haben wir das schon mal gemacht?

P47: Ja. A48: Ja? P48: Ist gar nicht mal so lange her.

A49: Wie lange ist das her ungefähr?

P49: (...) [lacht] im Herbst oder im (...)

A50: Jetzt im vergangenen Herbst, bei wem waren Sie? S.

P50: Bei Dr. S. (...) [Arzt schaut in Kartei nach]

A51: Aha. Tatsächlich ja.

P51: Wann war's?

A52: Äh, April 98, also es ist schon ne Weile her.

P52: Och, ach, so lange ich das schon her. Das Jahr läuft aber schnell. (Frau Friseur)

Der Arzt hört die Botschaft, setzt sich aber darüber hinweg und besteht auf seiner Anordnung:

Sie würde mir *nie* widersprechen und sagen auf gar keinen Fall [...] sondern sie macht das dann, obwohl sie eigentlich nicht dran glaubt, dass das irgendwie was bewirkt. Sie sagt ja, wir ha'm doch kürzlich erst eins gemacht und dann guck ich nach und dann war's 1998, ja. (Arztinterview Frau Friseur)

Natürlich wird die Ankündigung einer Maßnahme nicht immer abgelehnt, sondern in vielen Fällen auch angenommen. Wie auch immer, häufig beschreiten die Patienten einen anderen Weg als den der direkten Reaktion. Da dieser indirekte Weg besonders interessant erscheint, wird er nun ausführlich dargestellt.

5.4.3.5 Indirekte Reaktion auf die Ankündigung einer ärztlicher Handlung: "Gegenmodell"

Sehr oft ist zu beobachten, dass Patienten eine Krankheitsvorstellung reaktiv auf eine Äußerung des Arztes, zum Beispiel einen Vorschlag für das weitere Vorgehen, darlegen. Exemplarisch einige Situationen:

- Der Arzt schlägt autogenes Training vor - Frau Vogel führt an, dass die Wechseljahre schuld sind
- Der Arzt schlägt die Einnahme von Diclofenac vor - Frau Herz berichtet über ihre eigenen Erfahrungen mit dem Medikament
- Der Arzt möchte Frau Herz auskultieren - sie sagt, es sei "nur Reizhusten"
- Der Arzt schlägt vor, das Bein zu wickeln - Frau Rose berichtet über Selbstmaßnahmen: Einreibung mit Latschenkiefer
- Der Arzt fragt Frau Nashorn nach Auslösern im seelischen Bereich - sie berichtet über die Abhängigkeit der Bauchschmerzen von der Ernährung
- Der Arzt schlägt Herrn Salz eine Spritze vor - der Patient fragt, ob es nicht auch die Nieren sein könnten
- Der Arzt spricht die Notwendigkeit der Ursachenermittlung an - Frau Friseur berichtet über die eingeleitete Selbstbehandlung

Es liegt der Verdacht nahe, dass die Patienten damit den ärztlichen Vorschlag indirekt ablehnen, ohne diese Ablehnung offen formulieren zu müssen. Auf jeden Fall umgehen es die Patienten, eindeutig auf den ärztlichen Vorschlag zu reagieren.

Eines dieser Beispiele soll im folgenden genauer analysiert werden. Die Ausgangssituation sieht so aus, dass Herr Drache schlecht Luft bekommt und dafür drei Ursachen in Frage kommen, die vermutlich alle eine gewisse Rolle spielen: Seine Herzrhythmusstörungen, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung und eine aktuell bestehende Erkältung. Die Sprays zur Behandlung seiner chronisch obstruktiven Lungenerkrankung hat der Patient abgesetzt, weil er keine Wirkung verspürt. Herr Drache betont, dass es ohne Erkältung wesentlich besser ist. Er klagt über sehr unangenehme Hustenanfälle mit Angst, zu ersticken. Der Arzt horcht ihn ab und kündigt die Verordnung eines Schleimlöser an:

A42: Das ist ne ziemliche Verschleimung. P43: Ah ja. A43: Fieber ha'm Sie nicht? P44: Nein. A44: Weil sonst müßt ich Ihnen ein Antibiotikum geben wegen der Herzklappe. P45: Nö, nö. A45: Da geb ich Ihnen lediglich [Blutdruckmanschette wird aufgepumpt] was zum Lösen des Schleims.

Die folgenden Ausschnitte aus dem Gespräch zeigen, wie der Patient auf diese Ankündigung reagiert:

P46: Wenn die Frau abends das Fenster aufmacht, wenn ich mit offenem Fenster schlaf, dann geht's mir besser.

Herr Drache geht also darauf nicht ein, sondern nutzt die Redepause des Arztes durch Blutdruckmessung dazu, von einer nicht-medikamentösen Maßnahme, die ihm Linderung verschafft, zu berichten. Der Arzt geht seinerseits bis auf ein knappes Hörsignal darauf nicht ein, sondern bleibt bei dem, was er grade tut, der Blutdruckmessung:

A46: Aha. Blutdruck ist gut, 130/80

Der Patient lässt sich nicht entmutigen und fährt mit seiner Schilderung fort:

P47: Mit frische Luft und Fenster auf geht's, A47: Mhm. P48: aber man kann ja gar nicht ganze Nacht mit (gleichzeitig) Fenster auf schlafen.

Nun greift der Arzt das Thema auf und schließt es ab. Der Patient wechselt daraufhin das Thema:

A48: (gleichzeitig) Man kann ja nicht ständig im Freien sich aufhalten, ne?
P49: Nee, is', is' schlimm, die Frau hat sich denn nun auch noch erkältet....

Der Patient reagiert also auf die Ankündigung einer Therapiemaßnahme damit, dass er dem Arzt etwas über sein Krankheitskonzept, und zwar aus dem Bereich Selbstbehandlung mitteilt. Er verzichtet darauf, direkt auf den Vorschlag des Arztes zu reagieren. Denkbar wäre zum Beispiel gewesen: "Ach Herr Doktor, ich hab mir schon selbst

einen Schleimlöser gekauft, der hat nicht geholfen" oder "Ja, gerne". Die Reaktion, die der Patient wählt, lässt sich in sofern als Ablehnung begreifen, als sie eine Alternative enthält, die sich als erfolgreich herausgestellt hat. Der Arzt geht nicht wirklich darauf ein, vor allem nicht auf die möglicherweise unterschwellige ablehnende Botschaft. Im folgenden Gesprächsverlauf geht es um den Umzug des Patienten in eine andere Wohnung; der Arzt kommt dann wieder auf die Luftnot und den Schleimlöser zurück, als der Patient über die Vorteile der neuen Wohnung berichtet. Er wiederholt seine Absicht, dem Patienten einen Schleimlöser zu geben:

P71: braucht man keine Treppen steigen.

A71: Ach so, die hatten immer diese halbe Treppe hoch. P72: Ja. A72: Ja genau, stimmt. Also das mit der Luftnot müssen wir mal so ein bisschen im Hinterkopf behalten, P73: Ja A73: weil ich nicht ganz sicher bin, ob's wirklich nur von der Herzrhythmusstörung kommt, ich denke, es hat auch ein bisschen was mit ihren Bronchien zu tun. Ich geb Ihnen jetzt was zum, einfach zum Schleimlösen.

Der Patient geht erneut nicht darauf ein, sondern erwähnt eine Bronchoskopie, bei der man alles sauber gespült habe:

P74: Ja wie ich im Krankenhaus lag, hat man doch ne Bronchoskopie gemacht A74: Ja. P75: und da hatte man angeblich das alles saubergespült und A75: aha P76: war alles in Ordnung, bloß nun bis auf die Bronchien. A76: Ja. P77: Ne?

Hier passiert nun etwas ganz ähnliches wie in der ersten Passage: Der Patient teilt dem Arzt etwas über sein Krankheitskonzept mit, und zwar seine bildliche Vorstellung dessen, was bei der Bronchoskopie geschah. Er verzichtet erneut auf eine direkte Reaktion. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, diese Mitteilung zu deuten:

- Sie könnte sich auf die Aussage des Arztes beziehen, die Luftnot habe auch ein bisschen was mit seinen Bronchien zu tun und diese indirekt bestätigen ("war alles in Ordnung, bloß nun bis auf die Bronchien")
- Sie könnte eine alternative Methode andeuten: Kann man den Schleim nicht ausspülen?
- Sie könnte Zweifel an der These der Verschleimung beinhalten: ist doch alles sauber gespült worden.

Das Interview mit dem Patienten gibt leider nur wenig Aufschluß darüber, was der Patient mit dieser Mitteilung bezweckte, es enthält lediglich die Information, dass der Patient nach der Bronchoskopie besser atmen konnte:

Denn die Bronchien, die, hatte ja letztes Jahr, [...] Nee, vorletztes Jahr, da hatte ich ja ne Bronchoskopie gehabt noch, weil ein Schatten auf der Lunge war, der war vorher nicht da und [...] ha'm sie ne Bronchoskopie gemacht und eine Seite ausgespült, die Lunge, und dann ging's mir besser, luftmäßig. [...] wieder, also ich hab keine Ausdauer, krieg keine Luft mehr. (Interview Herr Drache)

Zurück zum Gespräch. Der Arzt geht wie beim ersten Mal nicht auf diese Äußerung des Patienten ein, sondern wiederholt seine Absicht zum dritten Mal, diesmal verbunden mit der konkreter Ankündigung, es zu holen sowie der anschließenden Ausführung dieser Ankündigung:

A77: Ich geb Ihnen was mit zum Schleimlösen, ich hol das gerade, das hab ich nebenan im Schrank. P78: Ja. --- A78: Von diesen Tropfen nehmen Sie dreimal dreißig Tropfen und sie denken dran, dass Sie ausreichend Flüssigkeit trinken. P79: Ja. A79: Wenn Sie Fieber kriegen, dann müssen Sie ein Antibiotikum nehmen. P80: Ja ich hab heute morgen, A80: Wegen der Herzklappe.

Der Patient reagiert mit einem knappen "Ja" und wechselt erneut das Thema:

P81: ich hab heute morgen meinen Quick nachkontrolliert, also er ist bei 15% und 3,2.

Der Arzt geht auf das neue Thema ein. Das Thema Schleimlöser scheint endgültig abgeschlossen zu sein, aber nun greift es plötzlich der Patient auf. Erst zu diesem Zeitpunkt berichtet Herr Drache, dass er sich bereits einen Schleimlöser gekauft hat:

P84: (gleichzeitig) Ich hatte nur heute morgen gemessen, weil ich ne Erkältung hab und so weiter, A84: Ja, genau, ja P85: (...) A85: Gut. P86: weil ich die ACC 200 gekauft hab

Der Arzt geht sofort darauf ein und revidiert daraufhin seine Entscheidung, dem Patienten den Schleimlöser zu verordnen:

A86: Ja. Ach so, da ha'm Sie schon ACC 200? P87: Ja. A87: Dann brauchen Sie ja die Tropfen nicht, dann können Sie das ACC nehmen.

Der Patient widerspricht und verweist auf die mangelnde Wirkung des bereits selbst gekauften Schleimlösers:

P88: Aber die helfen nicht.

Der Arzt nimmt daraufhin seine Revision zurück und schlägt dem Patienten ergänzende nicht-medikamentöse Maßnahmen vor, denen der Patient zustimmt.

Wie ist diese Gesprächspassage zu deuten? Warum berichtet der Patient erst jetzt, dass er sich bereits selbst einen Schleimlöser gekauft hat und dieser aber nicht hilft? Es bieten sich mehrere Deutungen an: Vielleicht weiß der Patient nicht, dass ACC ebenfalls ein Schleimlöser ist. Im Interview sagt er auf die Frage nach der Wirkung von ACC:

Puh, ja ist geht in den Blutkreislauf über und der Blutkreislauf, der geht auch Lungenflügel und so weiter, (voltiert)und erweitert das. Damit hilft das. (Interview Herr Drache)

Vielleicht brauchte er auch so lange, um sich zu trauen, dem Arzt dies mitzuteilen und merkt, dass das Gespräch dem Ende zugeht und er es nun sagen muss.

Im Nachhinein, im Interview bezeichnet er das ACC übrigens keineswegs als wirkungslos, sondern führt es unter den Dingen auf, die ihm Linderung gebracht hätten:

Ja ich hab hier die ACC 200 genommen zum Abhusten und Kamille, Kamillosan, auch Dings, (... dämpfe), Dampfbad genommen und so weiter, und das hat denn geholfen. (Interview Herr Drache)

Den Kauf begründet er so:

Die hatte ich [vom Arzt] bekommen mal und da er das ja nicht mehr verschreiben darf, muß man sich selber kaufen, hab ich die mir selber gekauft, aber hab ich dem, dem Doktor erzählt, dass ich die nehm. (Interview Herr Drache)

Es bleibt unklar, ob er den zweiten Schleimlöser, das Mucosolvan, jetzt eigentlich gerne haben wollte oder nicht, vermutlich ist er selbst ambivalent, was diese Frage angeht. Im Patienteninterview wird deutlich, dass er grundsätzlich Angst vor Wechselwirkungen hat und versucht, möglichst wenig Medikamente zu nehmen:

Für mich selber Arznei, andere noch, ganz schwierig, ne. Weil das mit dem Herzen alles zusammenläuft, ich darf ja auch nicht jedes Medikament nehmen und das ist immer so schwer für mich, das rauszufinden. Wenn ich da zum Doktor komme und sage, hab da n Husten oder Kopfschmerzen, muß er erstmal in'n Computer gucken und da gucken, was darf für die andere Medikamente, die sich vertragen, das ist nicht so einfach.

Was ist denn so generell Ihre Einstellung zu Medikamenten? (...) wenn es nicht sein muß, dass man keine nimmt. Aber wenn man, wenn es sein muß, wenn man erkältet ist oder irgendwas, muß man schon ein Medikament nehmen. (Interview Herr Drache)

Eigene Vorstellung zur Behandlung verneint er im Interview, mit der Verordnung des Mucosolvan sei er einverstanden gewesen:

[Haben] Sie sich vorher Gedanken gemacht, wie [der Arzt] wohl die Erkältung behandeln würde? Nö.--- Wie soll er behandeln? Das einzigste, mit Husten, mit den ACC 200 oder andere Tropfen, wie heißen sie, die Mucosolvan oder wie die heißen... Mucosolvan, mhm....ja, die hat er mir auch gegeben, Tropfen, wie soll man die sonst behandeln? (...) **Man hat ja manchmal Vorstellungen...** Nö, nö ...wenn man zu seinem Doktor geht und sagt, ach... Der wird's schon richtig machen, der wird nicht einfach was verschreiben, was nicht hilft. **Ja, mhm, ähm, waren Sie so damit einverstanden, was er Ihnen so vorgeschlagen hat, dieses Mucosolvan?** Ja, ja, hab ich auch genommen bis zum letzten Tropfen, das hat ein bisschen geholfen. (Interview Herr Drache)

Es lässt sich also festhalten: Der Patient reagiert zweimal auf den Therapievorschlag des Arztes mit der Preisgabe eigener Krankheitstheorien, ohne dass der Zweck dieses Vorgehens sich klar erschließt. Er vermeidet damit lange Zeit eine direkte Reaktion auf den Vorschlag des Arztes, diese erfolgt erst zu einem sehr späten Zeitpunkt. Dadurch

ergeben sich vermeidbare Schwierigkeiten für den Arzt, der sich gezwungen sieht, seine Entscheidung zweimal zu revidieren.

5.5 Zusammenfassung

Aus allen aufgezeichneten Gesprächen erfährt man etwas über die subjektiven Krankheitstheorien des Patienten, wenn auch in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Krankheitskonzepte spielen in den meisten aufgezeichneten Gesprächen keine große Rolle.

Spitzenreiter der bevorzugten Themen sind das therapeutische Vorgehen und Ursachenvorstellungen. Es folgen Vorstellungen über den weiteren Verlauf, das diagnostische Vorgehen sowie Benennungen. Den größeren Teil der Krankheitskonzepte sprechen die Patienten spontan und ungefragt an, einen kleineren Teil äußern sie reaktiv auf eine Frage oder Äußerung des Arztes. Die Mehrzahl der Äußerungen zum Krankheitskonzept fällt im Hauptteil der Gespräche. Sie finden sich darüber hinaus auffallend oft am Anfang und am Ende des Gesprächs, bzw. am Anfang neuer Themenabschnitte.

Nur wenige der untersuchten Merkmale sind in der Lage, etwas zur Erklärung beizutragen, warum in dem einen Gespräch die Krankheitsvorstellungen der Patienten eine größere Rolle spielen als in dem anderen. Sind Patienten eher allgemein beredsam, beschäftigen sie sich intensiver mit ihren Krankheiten und ist die Arzt-Patient-Beziehung nicht so harmonisch, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Krankheitsvorstellungen im Gespräch eine größere Rolle spielen.

Sechs Grundmuster können für den Umgang der Hausärzte mit den Krankheitskonzepten ihrer Patienten identifiziert werden, wobei Mischformen und Kombinationen zwischen den Grundmustern häufig vorkommen. Die explizite Exploration von Krankheitskonzepten durch gezielte oder offene Fragen, wie in vielen Anleitungen für gute Gesprächsführung empfohlen, lässt sich nur selten beobachten. Wesentlich häufiger erfährt der Arzt quasi als Nebenprodukt bei einer anderen Intention etwas über die Krankheitskonzepte, z.B. im Rahmen der Anamneseerhebung, wenn er mißverständliche Ausdrücke klären, den Patienten allgemein zum Erzählen anregen oder gewünschte Vorstellungen verstärken will. Werden Krankheitskonzepte zwischen Arzt und Patient verhandelt, so geschieht dies selten in einer einzigen Konsultation. Im vorliegenden Material lassen sich einige langjährige Verhandlungen finden, die oft nur zu einem Kompromiss oder gar keinem Erfolg führen. Diese Verhandlungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie selten explizit, sondern in der Regel sehr indirekt erfolgen.

Auch eher selten zu beobachten ist eine Erklärung der Arztes, "wie es medizinisch ist", eine Unterrichtung oder Belehrung des Patienten. Erklärungen dienen oft mehr der Minderung der Angst des Patienten als der Vermittlung von Sachinhalten. Häufig lässt sich beobachten, dass der Arzt auf Äußerungen zum Krankheitskonzept nicht eingeht, er sie stehen lässt bzw. ignoriert oder sie lediglich zur Kenntnis nimmt. Oft hat der Arzt gute Gründe dafür, die meistens auf früheren Erfahrungen mit den angesprochenen Themen beruhen, mitunter hat er die Äußerung aber auch schlicht nicht wahrgenommen. Das "Schicksal" der nicht beachteten Äußerungen hängt dann vom Patienten ab - hartnäckige Wiederholung führt in der Regel dazu, dass die Ärzte dann doch darauf eingehen. In einem Teil der Fälle stimmt der Arzt dem Patienten zu und meint es auch so, d.h. dahinter stehen übereinstimmende Ansichten. In anderen Fällen stimmt der Arzt zwar mit der Schlußfolgerung des Patienten überein, aber aus anderen Gründen als dieser. Zustimmung wird aber auch vorgetäuscht bzw. entgegen der eigenen Auffassung halbherzig geäußert. Letzteres führt mitunter zu möglicherweise vermeidbaren Mißverständnissen.

Die Faktoren, die bestimmen, ob und wie der Arzt reagiert, lassen sich mit drei Fragen zusammenfassen: Will ich? Kann ich? Muß ich darauf eingehen?

Bis auf eine sehr selbstbewußte Patientin ist für alle anderen 26 Patienten das Einbringen ihrer eigenen Krankheitsvorstellungen im Gespräch mit dem Hausarzt keineswegs selbstverständlich. Die Mehrzahl der Patienten verneint, dass sie mit dem Arzt über ihre Krankheitsvorstellungen reden, obwohl die meisten darauf hinweisen, sie könnten über alles reden, was ihnen wichtig ist.

Gegen ein Einbringen ihrer Vorstellungen spricht aus Sicht der Patienten ihre Auffassung von der Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient, die begrenzte Zeit, ein Nichtvorhandensein eigener Krankheitsvorstellungen oder beschränkte sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Als weitere Gründe werden Zweifel an der Richtigkeit der eigenen Krankheitsvorstellungen sowie die darauf basierende Angst, sich lächerlich zu machen oder falsch eingeschätzt zu werden, genannt.

Sprechen die Patienten ihre eigenen Krankheitsvorstellungen doch an, so bedienen sie sich einer Reihe von Schutzmechanismen, z.B. vorsichtige Formulierungen, Betonung des Laienstatus, Berufung auf andere Personen oder sowie Scherze. Bewusstes Verschweigen kommt in diesem Zusammenhang ebenfalls vor.

Krankheitskonzepte werden vom Patienten häufig dann eingebracht, wenn er etwas erreichen will. So erfährt der Arzt etwas über das, was der Patient selbst über die Behandlung denkt, wenn der Patient den Wunsch, die Bitte oder Forderung nach einer ärztlicher Handlung, zum Beispiel einem Rezept äußert. Patienten reagieren oft auch auf den Vorschlag oder die Ankündigung einer ärztlicher Handlung mit dem Entgegensetzen einer Alternative. Damit geben sie zwar etwas über ihr Krankheitskonzept preis, können aber vermeiden, die vom Arzt geplante Maßnahme direkt abzulehnen. In der Minderheit der Fälle geht es nicht um die Vermeidung oder Erreichung konkreter Maßnahmen: Mitunter scheint die Preisgabe des Krankheitskonzeptes lediglich durch den Wunsch, dem Arzt etwas mitzuteilen oder seine Meinung einzuholen, motiviert zu sein.

6 Der integriert arbeitende Hausarzt

6.1 Ergebnisse der Grundsatzinterviews

Die drei teilnehmenden Ärzte zeichnen sich durch ein gemeinsames Grundverständnis und durch die Prägung durch eine psychotherapeutische Weiterbildung aus. Alle drei üben die Tätigkeit als Hausarzt und als Psychotherapeut nebeneinander aus und trennen beides klar voneinander, was aber nicht bedeutet, dass sie die hausärztlichen Patienten rein somatisch behandeln. Im Gegenteil haben sie den Anspruch, alle Patienten umfassend bzw. psychosomatisch zu betreuen, was allerdings wiederum nicht heißt, dass es auch in jedem einzelnen Kontakt sinnvoll ist oder gelingt. In der Schilderung, was integriertes Arbeiten für die Ärzte theoretisch und praktisch bedeutet, werden unterschiedliche Akzente deutlich, auf die im Abschnitt 6.1.3 näher eingegangen wird. Die Ärzte unterscheiden sich außerdem hinsichtlich ihrer Werdegänge, ihres Zugangs zur integrierten Medizin und nicht zuletzt hinsichtlich der aktuellen Arbeitsbedingungen.

6.1.1 Arbeitsbedingungen und Biographien der Ärzte

Alle Ärzte sind in Gemeinschaftspraxen bzw. Praxismgemeinschaften organisiert: Die jeweiligen Partner sind deutlich weniger integriert ausgerichtet und alle nicht psychotherapeutisch weitergebildet. Ein die übrigen Angestellten einbeziehendes "integriertes Gesamtkonzept" gibt es in keiner Praxis, wenn auch die Helferinnen (vor allem die langjährigen) eine wichtige Funktion in diesem Zusammenhang haben.

Die drei Praxen liegen in sehr unterschiedlichen Stadtteilen Hamburgs und betreuen ein sehr unterschiedliches Patientenkontingent (vgl. 4.1.2). Auch hinsichtlich der Praxisgröße und der subjektiven Arbeitsbelastung unterscheiden sich die Ärzte deutlich voneinander. Ein Arzt betreut deutlich mehr reine Psychotherapiepatienten als die anderen beiden.

Was den Werdegang zum integrierten Arzt angeht, so gibt es erwartungsgemäß ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Ärzten. Ein Arzt berichtet, dass ihn bereits ein Erlebnis in der Kindheit im Hinblick auf den Glauben an die Bedeutung seelischer Faktoren bei Krankheit geprägt habe. Die anderen beiden beginnen ihren Bericht mit dem Medizinstudium.

Die drei Ärzte haben zu unterschiedlichen Zeiten studiert. Der Arzt, der bereits 1968 das Studium beendet hat, berichtete, dass im Studium so gut wie keine über rein soma-

tische Belange hinausgehenden Aspekte vermittelt wurden. Der einzige Psychosomatiker wurde ausgelacht:

Ich (hab mich) schon im Studium eigentlich immer sehr für die Psychosomatik interessiert, wobei man sagen muss, während meiner Studentenzeit hat es überhaupt noch nicht, in keinem Vorlesungsverzeichnis, da gab's also nicht so Kurse, wie heute, gab's alles gar nicht. Aber es gab Jores. Und der hat eine Vorlesung gehalten und in die bin ich also gegangen und ich fand diesen Mann sehr beeindruckend. Einfach so von seiner Menschlichkeit her. Und der ist damals in der Vorlesung richtig ausgelacht worden

Der Arzt, der zehn Jahre später studierte, traf auf eine völlig andere Umgebung:

Und es war ja damals in der Zeit, so in den 70er Jahren,... der Zeitgeist, dass man versucht hat, wegzukommen von diesem mechanistischen Menschenbild und das Subjekt mehr in's Zentrum rückte der Aufmerksamkeit. Also so diese linken Ideen von Emanzipation und Befreiung des Individuums spielen da eine ganz große Rolle, so dass wir auch als Studenten schon immer die Frage gestellt haben, nicht, was ist das für eine Krankheit sondern wie geht es dem Menschen, der da sitzt.

Wesentlich (vielleicht mehr als durch das Studium) beeinflusst wurden alle Ärzte durch positive bzw. negative Erfahrungen in der Berufstätigkeit:

[Ich] hab aber angefangen, weil ich nicht mehr zu Hause sein wollte, Praxisvertretungen zu machen [...] in einer Allgemeinpraxis. Und hab gemerkt, das macht mir Spaß. Hätte ich gar nicht gedacht. Aber das war also, dass ich da gerne hingegangen bin, dass ich gemerkt hab, die Patienten mögen mich und dass ich mich einfach für die Patienten interessiert habe.

Die hatten so ein System dass es Funktionsstellen gab, wo man den ganzen Tag nur sonographierte und gastrokopierte und der Patientenkontakt beschränkte sich letztlich in kurzen Vorstellungsgesprächen, man sagte später nur noch ich bin der Doktor und ich soll ihnen jetzt den Schlauch in den Hals schieben. Und dazu hatte ich zunehmend weniger Lust. Mir hat es vielmehr Spaß gemacht entweder in der Ambulanz oder auf der Station mit den Leuten mal zu tun zu haben und auch zu erfahren, was sie sonst noch bewegt, außer dass ihnen der Bauch wehtut.

Und dann war ich zwei Jahre in der Inneren und war frustriert. Also so gefiel mir das gar nicht, ich war vielleicht auch schon verdorben für die Innere, weil [...] dieses starke Somatisieren, damit kam ich gar nicht mehr zurecht. [...] Und auch dieses Fürsorgliche und diese unterschwellig Aggressionen, die gerade viele internistische Patienten so haben, puh, die so keiner bereit war in der Inneren zu verstehen und ich irgendwie das Gefühl hatte, ich steh da so ein bisschen alleine dadurch. Das klappte nicht.

Alle Ärzte arbeiteten in Balintgruppen mit (ein Arzt in der ersten, die es in Hamburg überhaupt gab) und erlebten diese Arbeit als wichtig. Zwei der Ärzte absolvierten die Psychotherapieausbildung nach der Niederlassung; der andere Arzt war bereits Psychotherapeut, als er sich als Hausarzt niederließ. Die Mitgliedschaft in der Akademie für integrierte Medizin (im Lehrkörper) stellt für zwei der Ärzte eine wichtige Möglich-

keit zum Austausch mit Gleichgesinnten und zur Bestätigung des eigenen Verständnisses dar.

6.1.2 Einstellungen

Es ist davon auszugehen, dass alle drei Ärzte durch die Psychotherapieausbildung in ihren grundlegenden Haltungen und Einstellungen geprägt wurden. Neben dem Menschenbild hat diese sicherlich beeinflusst, wie man einen Patienten sieht und was man neben dem, was er direkt sagt, hört.

Besonders ein Arzt betont, dass sein Menschenbild kein rein mechanistisches, sondern ein sehr komplexes sei, in dem Interaktionen sich vielfach auswirken:

Dass es psychische Vorgänge innerhalb der Person gibt, dass es aber auch ein soziales Geflecht drumrum gibt, in dem ich mich bewege, als behandelnder Arzt und dass es Interaktionen gibt, die *immer* eine Auswirkung haben auf das Befinden des Patienten, egal wie die aussehen. Die gibt es auch zwischen einem Anästhesisten und dem Patienten, den er narkotisiert, das sieht dann vielleicht ein bisschen anders aus, aber es ist eher ein komplexes Bild von Interaktionen, Regelkreisen, die sich gegenseitig beeinflussen, und die Wahrnehmung in der naturwissenschaftlich orientierten Medizin ist ja immer eine, der Versuch, die Sache ja in dem Sinne zu digitalisieren, dass man scharf trennende Kriterien benennt.

Ein anderer Arzt legt Wert darauf, sich für den Menschen und nicht für die Krankheit zu interessieren. Dieser Gedanke wird vom zweiten Arzt zugespitzt, der sagt, wie die Krankheit heiÙe, sei ihm gar nicht so wichtig, oft finde sich sowieso keine im klassischen Sinne. Der dritte Arzt setzt andere Akzente. Für ihn steht die Funktion der Krankheit als Zeichen im Vordergrund. Krankheit und Mensch sind untrennbar miteinander verbunden und beide sind (gleich) wichtig.

Trotz dieser unterschiedliche Schwerpunkte kann man verallgemeinernd sagen, dass bei allen drei Ärzten die Krankheit und die klassische medizinische Symptomatologie an Bedeutung verlieren - gemessen an der schulmedizinischen Tradition. Sie stehen nicht im Mittelpunkt des Interesses bzw. werden durch andere Anzeichen, denen eine Bedeutung zugemessen wird, ergänzt.

Die Wertigkeit von dem, was schulmedizinisch als wesentlich erachtet wird, die Wertigkeit ist gar nicht so, wie sie immer dargestellt wird. Ich sag immer, die Krankheit, die es in den Lehrbüchern gibt, die kommen bei mir komischerweise gar nicht vor. Ich weiß nicht, was ich für Patienten hab, aber die haben nicht ein Bild, wo man sagen kann, guck, eins, zwei, drei, vier, fünf ist erfüllt, also handelt es sich um diese Krankheit. Weiß ich nicht, ist mir auch gar nicht, ist mir letztlich wurscht, wie die Krankheit heißt, ist mir gar nicht so wichtig. Manchmal hilft's natürlich auch.

Die Grundannahme, dass Patient und Arzt eine unterschiedliche subjektive Wirklichkeit haben, wird von allen Ärzten erst auf Nachfrage geäußert. Die Antworten erwecken den

Eindruck, als hätte ich nach einer Selbstverständlichkeit gefragt, die nicht extra erwähnt werden muss:

...jeder Mensch hat seine subjektive Wirklichkeit und es gibt nicht die objektive. Spielt das eine Rolle für Sie in der Arbeit? Ja natürlich! Also ich denke, das ist klar, ja. Die objektive Wirklichkeit, die gibt es nicht und ja, jetzt, aber die subjektive Wirklichkeit gibt es natürlich sowohl für den Patienten als auch für den Arzt. Und jetzt müssen wir halt mal gucken. [...] Ja, ich muss sagen, so mit diesem Begriff dieser subjektiven Wirklichkeit, also das spukt nicht so oft in meinem Kopf rum. Es ist natürlich völlig richtig und das heißt ja auch, man muss gucken, wo steht der Patient, [...] man soll ihn verstehen und ihn erfassen und darum geht es.

6.1.3 Auffassung von integriertem Arbeiten

In den Grundsatzinterviews wurde erfragt, was sich für die Ärzte theoretisch hinter dem Begriff integriertes Arbeiten verbirgt und was es praktisch bedeutet, wobei nicht versucht wurde, Theorie und Praxis klar zu trennen.

Als erstes Ergebnis ist festzuhalten, dass es für alle Beteiligten schwierig war, diese Fragen zu beantworten. Dass die Interviewpartner sich (mehr oder weniger ausgeprägt) als integriert arbeitende Ärzte bezeichnen, bedeutet nicht, dass sie in der Lage sind, ihre Erfahrungen auf einem theoretischen Niveau abstrahiert darzustellen:

Was würden Sie unter integriertem Arbeiten oder integrierter Medizin verstehen, wie würden Sie's beschreiben, definieren? Hoho. Ja, ich weiß! Es ist spät und ... Das ist [...] Also gut, ich fühl mich nicht imstande, das klar zu definieren. Ich kann nur so Elemente aufzählen, die dazu gehören.

Zu beschreiben, was integriertes Arbeiten ist, wird unter anderem dadurch erschwert, dass manche Antworten zu einfach erscheinen und viele Begriffe in diesem Zusammenhang, wie zum Beispiel "Ganzheitlichkeit", so oft benutzt wurden, dass sie ihre Aussagekraft verloren haben:

was verstehen Sie persönlich unter integriertem Arbeiten, unter integrierter Medizin, wenn Sie das beschrieben sollten. Ich weiß, dass das keine einfache Frage ist ... Das ist furchtbar, weil das so global ist. Vielleicht ganz platt und einfach gesagt, ich interessier mich für den Menschen und nicht für die Krankheit. Also der Mensch ist die Nummer Eins und dann guck ich, was er hat oder was für Symptome er bringt und betrachte aber eben seine Lebenssituation und betrachte seine seelische Situation, also alles zusammen.

Andererseits ist den Ärzten bewusst, dass einfache Erklärungen der Komplexität nicht gerecht werden:

Wie finden Sie die Definition von Bertram, der sagte einfach, integrierte Medizin, integriertes Arbeiten ist eine medizinische Betreuung, die bei hohem Anspruch an das Niveau und zwar an das Niveau der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, bisschen schwierig zuzuhören, die organischen und psychosozialen Probleme der Kranken gleich ernst nimmt? So einfach wie richtig! Nix zuzufügen, oder ...? Ja, wobei das ist, es ist zu einfach letztlich. Weil sich beides gegenseitig beeinflusst und bedingt und es gibt keinen Ist-Zustand in dem Sinne, dass man sagt, wir machen jetzt ein Foto und da sehen wir die medizinischen und somatischen Anteile und hier haben wir noch die psychosozialen, und die sind immer gleich, sondern die bedingen sich natürlich. Das Leben eines Menschen, wenn der hört, Du hast Krebs oder Du bist HIV-infiziert, krempelt sich drastisch um, in wenigen Sekunden, so dass das Bild immer ein dynamisches ist, es gibt kein statisches Bild.

Der Auffassung von integriertem Arbeiten als einem Prozess wird von allen Ärzten eine große Bedeutung zugemessen. Die Prozesshaftigkeit thematisieren alle spontan und bejahen die vorbereitete Konfrontationsfrage mit dem diesbezüglichen Uexküll-Zitat uneingeschränkt:

Also der Prozess spielt sowieso eine ganz große Rolle. Es entwickelt sich was und da passiert was und das ist eben nicht nur in *einem* Kontakt sondern in jedem Kontakt und das macht auch die Spannung aus.

Damit verbunden ist eine Entlastung des einzelnen Kontaktes, in dem nicht immer alle Ebenen berücksichtigt werden müssen und in dem nicht immer sichtbare Erfolge zu spüren sein müssen:

Beispiel einer Patientin, die kommt mit Halsschmerzen, eigentlich eine ganz normale, alltägliche Situation und ich wusste das gar nicht mehr, aber jedenfalls nach 2 oder 1 1/2 Jahren sagte sie, und Sie haben damals bei der ersten Konsultation mich schon gefragt, ob ich nicht Probleme hätte. Und die war wegen Halsschmerzen da. So platt bin ich eigentlich nicht, dass ich jemanden frage, also so, haben Sie auch Probleme, aber ich denke, dass ich also sehr häufig auch nach diesem sozialen Umfeld, nach den anderen Faktoren frage und zwar das immer so stehenlasse, ich bin überhaupt kein Drängler, ich bin nicht jemand der sagt, Sie müssen 'ne Therapie machen, auch wenn es noch so offensichtlich ist. Aber ich das recht häufig anspreche, dass da noch seelische Konflikte sind.

Also es gibt keine rein somatisch Betreuten, wenn man es im Längsschnitt sieht. Es gibt mal Situationen, wo ich sage, das ist ein Fußpilz, schmier das und das drauf, tschüss. Aber das ist meistens ein Patient, den ich kenne, und da kenne ich die ganze Familie über drei oder vier Generationen, die Treppe hoch und runter, das hat irgendwie einen ganz anderen Stellenwert einfach. Also die Integration findet nicht in dieser Einzelinteraktion statt, sondern die Integration ist in meinem Kopf, indem ich sag, ach, das ist der Soundso und jetzt bringt er das und das und wie guckt der heute, wie sieht der heute aus, wie ist er drauf und wie sieht er heute lumpig aus oder wie hat er sich irgendwie entwickelt. Also dass ich mir immer Gedanken über die Person mache, das ist eine Momentaufnahme, so, das, was ich vorhin gesagt habe, das ist eine Komplexwahrnehmung. Der kommt und zeigt mir seinen eingewachsenen Zehennagel und ich nehme unzählige Zeichen wahr, die ich gar nicht mal bewusst verarbeiten muss, die mir aber möglicherweise sechs Monate später wieder präsent sind, wenn der mit was ganz anderem kommt.

Es ist sozusagen mein Wunsch, es möglichst umfassend zu machen. Den Anspruch hab ich an mich. Manchmal gelingt es richtig, manchmal überhaupt nicht, aber ich versuch's. Und manchmal versuch ich's auch gar nicht....da, wo ich merke, also das bringt nichts, das ist vertane Zeit oder aber auch, dass ich nicht will, dann beschränke ich mich eben auch auf das, was sie mir anbringen.

6.1.3.1 Abgrenzung zur Psychotherapie und zu nicht integriertem hausärztlichen Arbeiten

Alle drei Ärzte erleben ihr hausärztliches Arbeiten als etwas qualitativ anderes als das psychotherapeutische Arbeiten. Die von Wesiack¹⁰⁴ in seiner Biographie erlebte Doppelgleisigkeit (einerseits Arzt für die Seele, andererseits für den Körper) wird von den Ärzten nicht beschrieben. In der hausärztlichen Tätigkeit fühlen sie sich für Seele und Körper gleichermaßen zuständig.

Es ist offensichtlich, dass sich Psychotherapie und hausärztliches Arbeiten in vielen Punkten von einander unterscheiden, auf die hier nicht systematisch eingegangen werden soll. Die folgenden, von den Ärzten angesprochenen Unterschiede erscheinen aber hilfreich für den Blick auf das integrierte Arbeiten¹⁰⁵.

- Als Hausärzte arbeiten die Ärzte sehr viel weniger mit dem Bewusstmachen oder expliziten Verbalisieren von Problemen als als Psychotherapeuten:

Vieles im integrierten Handeln findet unausgesprochen statt. [...] Der Unterschied zur Therapie ist, da werden die Sachen benannt, da wird hinterfragt, da wird freigelegt, da wird bewusst gemacht. Das ist beim integrierten Vorgehen gar nicht immer notwendig. Da reicht es mir schon, wenn ich was verstanden hab und ich gebe das manchmal nonverbal oder in irgend einer anderen Form an den Patienten zurück und der hat das Gefühl, der hat mich verstanden, dann ist die Interaktion schon geglückt. Und da ist mit Bewusstmachen des Konflikts hat das nicht immer was zu tun, manchmal schon aber manchmal auch nicht.

- Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist enger:

Es gibt sicherlich Personen, die haben eine Psychotherapieausbildung, die haben weder einen Zugang zu der Art von Arbeit noch würden sie das [integrierte Arbeiten] gut machen. Weil es sehr viel damit zu tun hat, Menschen anzunehmen und die auch an sich ranzulassen, im Gegensatz zu einer psychotherapeutischen Arbeit, zumindest im tiefenpsychologischen oder im psychoanalytischen Sinne, wo man sich auch von dem Patienten viel mehr abgrenzt als in der integrierten Arbeit durch die Langzeitbeziehung, durch die Kenntnis der ganzen Familienstruktur, durch die Kenntnis der sozialen Struktur im Stadtteil, [...] das ist so ein Geflecht, wie so eine Matrix, auf der das stattfindet und das unterscheidet das von einer psychotherapeutischen Arbeit ganz grundlegend.

¹⁰⁴ Wesiack 1992 S. 75

¹⁰⁵ Da dieses Thema im Leitfaden nicht enthalten war, sondern spontan thematisiert wurde, spiegeln die Aussagen nur die Meinungen einzelner Ärzte wieder.

- Der Arzt ist als Hausarzt aktiver und mischt sich auch mal ein:

...nicht dann in analytischer Abstinenz so'ne Haltung einzunehmen, der Patient muss das alles aus sich selber produzieren, so dieses was als Karikatur ja existiert, dass der Analytiker zweimal in der Stunde mhm sagt und dann ist die Stunde vorbei.

Ich hab halt im Laufe meines langen Arztlebens gemerkt, es bewährt sich, möglichst offen zu sein. Also auch zu sagen, ich hab jetzt Probleme Ihnen das und das aufzuschreiben. Oder, oder ich bin besorgt und ich möchte gern, dass Sie noch da und da hingehen. Also dass ich mich persönlich schon auch einbringe. [...] wenn Sie authentisch sind. Oder dass ich mich nicht verbiegen lasse damit, dann läuft das gut. Und das merkt der andere.

- Andererseits ist er aber auch geduldiger, besteht weniger auf dem Vorhandensein von Problemen, überlässt dem Patienten die Initiative und beschränkt sich mehr auf Angebote. Vieles eile aufgrund der oft langjährigen Beziehung nicht:

Mit meinen Psychotherapiepatienten gehe ich ein Stück anders um, natürlich fasse ich die nicht mehr an und untersuche die nicht mehr. Und da deute ich mehr oder da interpretiere ich mehr, während in der hausärztlichen Sprechstunde mach ich das ganz wenig, sondern da zeige ich nur auf, wo die Konflikte liegen könnten. Und biete an, falls die das mal lösen wollen, [...] dann melden Sie sich. [...] Ich mache Angebote. **Und gehen die da auch drauf ein?** In der Regel gehen sie nicht drauf ein, jedenfalls nicht heute, in der Regel gehen sie nach einem Jahr drauf ein oder anderthalb, manche nie.

Es ist ein unterschiedliches Arbeiten und ich ruh mich bei der einen Art der Arbeit von der anderen aus. [...] Ich genieße es manchmal irgendwie in der normalen Sprechstunde nicht sämtliche Sinne und feine abgestuften Wahrnehmungen offen haben zu müssen sondern irgendwie so ganz platt den Blutdruck zu messen und mitzuteilen 150/90, und zwar [...] im Hinterkopf zu sehen, irgendwie da stimmt heute was nicht und aber nur so'ne Frage zu stellen, na, wie geht's denn sonst so? Und der sagt "Nö, alles in Ordnung!", sag ich, ach, alles in Ordnung? Und dann sagt er "Ja!" und dann bin ich ganz erleichtert, wenn der Patient rausgeht und denk, [...] deine Arbeit so getan. Der glaubt daran, dass alles in Ordnung ist, ich glaub's zwar nicht, aber ist in Ordnung. Während in der Psychotherapie man [alles] aufarbeiten muss, aber die Geduld, das immer so stehen zu lassen und immer zwei Jahre zu warten, bis die dann das aufarbeiten wollen, das kann ich auch nicht den ganzen Tag.

...ansprechen, ansprechen ... Aber nicht auf Teufel komm raus. Also gucken auch, was nimmt der Patient an und man muss es im Kopf behalten. Das ist dann wieder dieses, der Prozess, oder abwartend offenlassen oder so, aber man darf's nicht vergessen. Man muss da auch schon sehr auf den Patienten gucken und, natürlich vergisst man solche Dinge, aber vielleicht weil sich die Situation nachher auch geändert hat, dann ist es ja auch nicht schlimm, aber, aber wenn es wichtig ist, kommt das auch wieder, das wiederholt sich dann.

In der Abgrenzung zu anderen Formen hausärztlichen Arbeitens sind die Ärzte zurückhaltend mit Kritik gegenüber den Kollegen und ziehen sich darauf zurück, dass sie nur ihre Art des Arbeitens kennen:

Der Patient kommt jetzt und was machen Sie anderes als ein anderer Arzt?

Ich weiß das ja nicht, wie die anderen Ärzte das machen.

Sie möchten offensichtlich die Kollegen nicht kritisieren. An einigen Stellen werden aber doch Vorstellungen deutlich, wie der "normale Hausarzt" und mitunter auch der integrierte Arzt einzelne Sprechstundenkontakte gestaltet, zum Beispiel bei Zeitnot. Kennzeichen dieser Beschreibungen ist der Verzicht auf den Einbezug der psychosozialen Hintergründe, die Begrenzung auf ein symptom- bzw. medizinerorientiertes Vorgehen und damit das Einhalten eines klaren Ablaufs: Symptom – Diagnostik – Diagnose - Therapie. Es wird beschrieben, dass eine Reihe von Patienten nicht bereit sind, sich auf etwas weitergehendes als diesen Ablauf einzulassen:

Und der normale Kontakt [...] ist ja so, das mach ich ja auch, die kommen und sagen, ich hab Husten, Schnupfen oder ich hab Herzschmerzen und dann wird ein EKG gemacht oder er wird abgehört, Rezept, krank und raus. Und so kann man das machen. Und das ist unbefriedigend auf die Dauer und es ist halt interessanter, zu [...] gucken, warum hat er Herzschmerzen. Oder warum hat er schon den dritten Infekt.

Also da sehe ich manchmal Patienten, mit denen ich in eine weitergehende Interaktion einsteigen könnte, ich mach's dann aber nicht. Ich fertige den ab, wie jeder durchschnittliche Doktor das auch machen würde, Symptom, Rezept, auf wiedersehen, oder Symptom, Überweisung, Magenspiegelung, ein paar erklärende Worte und auch auf wiedersehen, wo ich dann meinen Zeitschnitt, den ich mit Patienten verbringe, drastisch nach unten drücke und eben auch Dreiminutenkontakte mache und nicht mehr 10, oder 15 oder gar 20 Minuten.

Es gibt ja auch Allgemeinärzte, die gern ganz viel Technik machen, die haben eine Lufu, Gastroskopie und 'ne Sonographie und am liebsten würden sie noch röntgen und operieren und was veröden, Hämorrhoiden und Varizen und ... Das ist aber immer so klar umrissen, ja, Hämorrhoiden, veröden, das ist ein klarer Handlungsablauf. Aber ich hab Bauchweh und weiß nicht, wie ich weiter soll, ist, da gibt's keinen klaren Handlungsablauf. Das ist, es heißt, mit dem Patienten sich auf was einlassen, suchen und zusammen was finden oder vielleicht auch nicht. Manchmal findet man es erst nach zehn Jahren.

Aber gibt es da nicht auch viele, die [...] nicht diesen ganzheitlich integrativen Ansatz vertreten, sondern [...] Vorhin haben Sie es so ein bisschen so dargestellt, Patient kommt, Symptom, Rezept ...

Also es gibt Kollegen, die machen das so. Es gibt Kollegen und die ziehen auch ihre Klientel an. Und das ist auch eine Art von Beziehung, natürlich ist das 'ne Art von Beziehung. Ist die Frage, ob, ob das schlecht ist, kann ich gar nicht sagen. Also da weiß ich auch zu wenig drüber aber ich hör das von Patienten, dass es Praxen gibt, wo das wirklich so läuft und die gehen nicht pleite, also muss es genügend Patienten geben, die das so in Ordnung finden.

Dem entgegen steht die Auffassung, dass Allgemeinmedizin – in jedem Fall auf lange Sicht - ohne Berücksichtigung der psychosozialen Hintergründe nicht auskommt, und alle oder fast alle Hausärzte dies bewusst oder unbewusst so halten würden:

Allgemeinmedizin ohne so einen integrierten Ansatz geht, für meine Begriffe, geht gar nicht. Und es wird, es wird jeder Allgemeinarzt bestätigen, der wird es vielleicht nicht integriert nennen, aber wenn man den Leuten zuguckt, was sie machen, dann machen sie natürlich sehr viel in diesem Bereich, den man integriert nennen könnte und haben ein anderes Verständnis. **Aber wodurch unterscheiden Sie sich denn dann von diesen anderen Hausärzten, die das auch alle irgendwie machen?** [...] Ja, ich glaube, dass ich, der Unterschied ist, glaube ich, dass viele, die das machen und vielleicht gar

nicht schlecht machen, das auf so einer Ebene intuitiv Handeln ohne zu reflektieren. Und der Unterschied zu dem, was ich mache, ich kann das reflektieren. [...] Aber, das finde ich, ist schon ein großer Unterschied, ob man das reflektiert tut oder ob man's intuitiv tut und nach dem Ergebnis sich orientiert und sagt, es kommt was Gutes dabei raus, also muss es in Ordnung sein, was ich mache.

Zwei der drei Ärzte bejahen die Aussage von Helmich, integrierte Psychosomatik sei nichts anderes als kompetente hausärztliche Tätigkeit, uneingeschränkt. Ein Arzt räumt ein, dass es sicher auch integriert arbeitende Spezialisten gäbe und er es nicht auf die Hausärzte beschränken möchte, berichtet aber andererseits über stark erlebtes Unverständnis bei anderen Ärzten:

Grenzen sind sicherlich auch in der Kooperation mit Kollegen, die anders arbeiten, die es einfach nicht verstehen. Angefangen vom Medizinischen Dienst aber auch über Spezialisten, Chirurgen, Hals-Nasen-Augen, sonst was, wo ich dann merke in der Kommunikation, die verstehen überhaupt nicht, worüber ich rede. Und wo dann zum Beispiel in der KV-Vertreter-Versammlung so was wie Labermedizin um die Ohren gehauen wird. Das also kränkt einen ja dann auch, weil man weiß, es ist keine Labermedizin, es ist 'ne andere Dimension, die die gar nicht kennen. Als so'n bisschen die Situation, dass es eben im Mittelalter Leute gab, die glaubten, dass die Erde eine Kugel ist und die anderen haben alle gesagt, ihr hab 'nen Knall, die Erde ist doch 'ne Scheibe, ist doch alles gerade hier. Also dass da einfach keine Kategorien und Begrifflichkeiten existieren, dass auch nur ein Ansatz von Verstehen möglich ist. Das finde ich eine ganz harte Grenze. Weil es sich ja um die gleichen Patienten handelt, ja.

6.1.3 Die Akzente der drei Ärzte

Da die einzelnen Ärzte in ihrer Auffassung von integriertem Arbeiten unterschiedliche Schwerpunkte setzen, folgt zu jedem Arzt eine zusammenfassende Darstellung der von ihm besonders thematisierten Aspekte.

Symptome als Zeichen

Für mich ist es selbstverständlich, wenn ich krank bin, zu fragen, was ist da, was ist los in Deinem Leben? Was machst Du da? Genauso gehe ich aber mit meinen Patienten um. [...] für mich ist keine Grippe die Ansammlung von irgendwelchen geschluckten Viren, sondern für mich ist es immer wichtig, der Zeitpunkt, warum heute? Warum gerade jetzt?

Dieser Arzt sieht seine Art zu arbeiten für sich als einzige Möglichkeit an, misst der Bezeichnung "Integriertes Arbeiten" für sich aber nicht viel Bedeutung zu. Der zentrale Gedanke ist für ihn: "Jedes Symptom ist Ausdruck, dass etwas nicht stimmt". Seinen Arbeitsstil beschreibt er als aus dem Bauch heraus, wobei die Intuition eine durch die Psychotherapie geschulte ist. Wichtiges Werkzeug ist für ihn die gemeinsame Erhebung der somatischen und psychotherapeutischen Anamnese nach Engel¹⁰⁶. Er zeigt auf, wo Konflikte liegen könnten, macht Angebote, aber beschränkt sich darauf, geduldig zu

¹⁰⁶ Im deutschen Sprachraum z.B. beschrieben von Adler und Hemmeler 1986.

warten, bis die Patienten sie annehmen möchten. Das Grundgefühl, es läuft nichts weg, erlaubt diese Gelassenheit.

Der Arzt soll sich wohl fühlen

ich mach's in erster Linie für mich, muss ich ganz ehrlich sagen. [...] der Arzt soll sich wohl fühlen und ich denke, ich muss mir hier in diesem Raum Zustände schaffen, dass ich mich hier wohl fühle. Ich verbringe hier acht Stunden am Tag, ja. Und eigentlich ist es mir gelungen, ich hab jetzt die Praxis 18 Jahre und sie macht mir noch so viel Spaß wie am Anfang [...] und wann fühlt sich der Arzt wohl, wenn er merkt, dass der Patient sich wohl fühlt.

Das eigene Wohlbefinden ist für diesen Arzt ein wichtiger Indikator für das Gelingen des Kontaktes. So fühle er sich mit einem Kontakt, der sich lediglich auf ein symptomorientiertes Vorgehen beschränkt, in den wenigsten Fällen wohl. Leitfragen für diesen Arzt sind: Was braucht der Patient? Was ist mit ihm? Fühlt er sich mit dem Kontakt wohl? Der Arzt beschreibt sich selbst als sehr nachgiebig, aber nur solange er überzeugt ist, dass der Wunsch des Patienten richtig ist. Dass der Patient sich wohl fühle, heiße nicht, ihm jeden Wunsch zu erfüllen. Ist die Zeit vorhanden und Arzt und Patient sind bereit, so werden mögliche Problemfelder aktiv angesprochen, wobei sich oft die Schleusen öffneten. Dem Arzt ist es wichtig, authentisch zu sein, sich auch mal persönlich einzubringen und dem Patienten sein echtes Interesse an ihm zu vermitteln.

Komplexwahrnehmung

Dass man Komplexe zusammen erfasst und nicht nur auf einer Ebene agiert oder interagiert sondern auf vielen verschiedenen Ebenen gleichzeitig. Und der Versuch, sich das bewusst zu machen und dadurch das handhabbar und auch erlernbar zu machen.

Dieser Arzt beschreibt ein wesentlich differenzierteres theoretisches Konzept als die beiden anderen Ärzte¹⁰⁷. Ein zentraler Aspekt ist für ihn die Komplexwahrnehmung, also das gleichzeitige Erfassen von Signalen auf verschiedenen Ebenen (z.B. somatische, intrapsychische Ebene, Gegenübertragungsgefühle). Um diese verschiedenen Informationen zu bewältigen, ist eine Fokussierung nötig. Den Begriff Fokussierung verdeutlicht er mit dem Beispiel des menschlichen Auges, das Bilder im Vordergrund scharf wahrnehmen, aber den Hintergrund gleichzeitig mit erfassen könne ("Ich fahr im Auto und gucke nach vorne und sehe aber irgendwie, was im Rückspiegel passiert"). Der zweite wichtige Begriff ist für ihn „Reflektion“. In der Reflektion kommt es zur

¹⁰⁷ Was vermutlich unter anderem damit zusammenhängt, dass er sich im Rahmen seiner Dissertation bereits wissenschaftlich mit Psychotherapie in der Allgemeinpraxis beschäftigt hat.

Verknüpfung der verschiedenen Informationen. In der Interaktion mit dem Patienten sendet der Arzt wiederum Signale auf verschiedenen Ebenen aus: Dem Patienten zu vermitteln, dass man ihn verstanden hat, sei hier oft von entscheidender Bedeutung. Vieles fände unausgesprochen statt. In der Beziehung zum Patienten betont der Arzt die Abgrenzung, die professionelle Distanz, die für die Aufrechterhaltung der eigenen, begrenzten Kraft wichtig sei.

6.2 Ergebnisse der Fallanalysen

Wie bereits im Abschnitt 3.4.3 beschrieben, dient eine Frageliste als Ausgangspunkt für die Auswertungen. Aus Kapazitätsgründen konnten bislang nur einige der Fälle auf diese Art und Weise bearbeitet werden. Systematisch untersucht wurde lediglich der Einbezug der psychosozialen Systemebene (6.2.2). Es folgt daher hier exemplarisch für den Fall von Frau Krabbe die Beantwortung dieser Fragen (6.2.1). Neben den Fragelisten wurden die Aussagen der Ärzte selbst zum integrierten Arbeiten im einzelnen Fall ausgewertet (6.2.3).

6.2.1 Integriertes Arbeiten am Beispiel von Frau Krabbe

Frau Krabbe ist 57 Jahre alt, gelernte Werbekauffrau, jedoch seit einigen Jahren ohne feste Beschäftigung. Sie lebt allein und hat keine Kinder. Frau Krabbe besucht seit 14 Jahren die Praxis. Während sie in der ersten Zeit aufgrund akuter Probleme häufig kam, dienten ihre Kontakte in den letzten Jahren überwiegend dazu, ein Rezept für die Dauermedikation (Insidon) zu erhalten. Der Arzt bestellt sie gelegentlich ein, so auch diesmal. Das Gespräch dauert 13,5 Minuten, worin allerdings eine Unterbrechung durch ein Telefongespräch eingeschlossen ist. Die reine Redezeit beträgt gut 12 Minuten. Der Gesprächsanteil der Patientin ist mit 72 Prozent deutlich höher als der des Arztes.

A. Systemebenen

Welche Systemebenen wurden in diesem Gespräch bzw. im Laufe der Bekanntschaft beachtet, welche stand im Vordergrund? Die Betonung in diesem Gespräch liegt eindeutig auf der psychosozialen Ebene (drei große Themen: berufliche Situation, Beziehung zur Mutter und soziale Isolation). Ungefähr ein Viertel des Gesprächs widmet sich dem seelischen Befinden. Die körperliche Ebene wird nur am Rande angeschnitten (Blutuntersuchung). Sowohl Arzt als auch Patientin schildern in den Interviews in bezug auf die Vorgeschichte vor allem Vorkommnisse auf der psychosozialen und seelischen Ebene (berufliche Probleme, Trennung, hoher Alkoholkonsum).

B. Behandlungsauftrag/Problemdefinition

Hat der Arzt das Hauptanliegen des Patienten erfasst? Es liegt hier eine besondere Situation vor, da der Arzt die Patientin einbestellt hatte. Grund für das Kommen von Frau Krabbe war indirekt allerdings der Wunsch nach einer Weiterverordnung des Medikamentes, die der Arzt von einem persönlichen Kontakt abhängig machte. Der Arzt weiß um dieses Anliegen.

Handelt es sich um ein neues oder bekanntes Problem? Unterscheidet sich die Problemdefinition aus Sicht von Arzt und Patient? Wenn ja, wie? Das Problem ist schon länger bekannt. Die Patientin verneint zwar vordergründig die Existenz eines Problems, berichtet aber an mehreren Stellen über seelische Probleme, die für sie die Weiterverordnung des Medikamentes bedingen. Der Arzt betrachtet das Problem mehr von einer Metaebene (Angst, die nicht zugelassen werden darf). Er weiß darum, dass die Patientin das Problem verneint.

Fand durch das Gespräch eine Veränderung der Problemsicht von Arzt oder Patient statt? Im Laufe des Gespräch war die Patientin gezwungen, von der Position "mir geht es sehr gut" abzurücken, und über das zu reden, was nicht gut ist. Ob dadurch eine grundsätzliche Änderung der Problemsicht erzielt wurde, ist zu bezweifeln. Bei dem Arzt ist keine Veränderung zu beobachten.

C. Lösungsweg

Wie verhalten sich die ursprünglichen Erwartungen des Patienten bezüglich Behandlung oder Diagnostik und die des Arztes zum gefundenen Lösungsweg? Die Patientin wollte eine Weiterverordnung des Medikamentes, der Arzt wollte die Notwendigkeit einer Weiterverordnung überprüfen, beiden Bedürfnissen wurde mit dem eingeschlagenen Lösungsweg entsprochen. Hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens gab es geringe Abweichungen (Eine Blutuntersuchung lag im Interesse beider, eine Überprüfung des Immunsystems nicht, letztere hat der Arzt der Patientin erfolgreich vorgeschlagen).

D. Arzt-Patient-Beziehung

Wie lässt sich die Beziehung zwischen Arzt und Patient beschreiben? Diese Beziehung lässt sich am ehesten als oberflächlich sehr gut, darunter liegend aber schwierig beschreiben. Sie basiert auf einer längeren Bekanntschaft und dem gemeinsamen Bewältigen einiger Probleme. Dennoch ist sie nicht frei von Schwierigkeiten. Die Tatsache, dass die Patientin einbestellt wurde, ist ein Beispiel für die Kompliziertheit. Die Einschätzungen von Arzt und Patientin in Bezug auf die Offenheit der Patientin gegenüber dem Arzt sind gegensätzlich. Der Arzt bezeichnet die Patientin als vernebelnd, fassa-

denhaft und nicht authentisch. Er toleriere das und wolle ihr nicht zu nah rücken. Andererseits nimmt er das Vertrauen, dass ihm die Patientin entgegen bringt, wahr. Die Patientin sieht sich insgesamt als eher verschlossen an, bezeichnet den Arzt aber als jemanden, der sie sehr gut kenne, besser als andere Menschen, dem sie sich anvertraue, sogar grenzenloses Vertrauen habe. Sie deutet allerdings auch zweimal an, dass es sein könne, dass der Arzt nicht alles über sie weiß, und erweckt den Eindruck, sie wünsche sich, dass der Arzt durch das Interview im Rahmen des Projektes noch mehr über sie erfährt.

Der Arzt äußert, dass seine Gefühle der Patientin gegenüber ambivalent sind: er möge sie nicht wegen der fehlenden Authentizität, habe aber andererseits deshalb Mitleid mit ihr. Die Patientin äußert sich nicht so explizit über ihre Gefühle. Sie lässt durchblicken, dass sie den Arzt sehr schätzt und dankbar für seine Unterstützung und Hilfe in schweren Zeiten ist.

Aus Sicht der Patientin hat der Arzt als Trägerin des Fachwissens, als Kapazität den Durchblick, während die Patientin diesen als Laie nicht haben kann. Frau Krabbe möchte verständlich informiert werden und macht ihre Compliance abhängig davon, dass sie versteht, warum sie etwas tun soll. Sie würde nötigenfalls auch selbst Informationen suchen und von einem Arzt aktiv Aufklärung fordern. Die Frage, ob die Beziehung zum Arzt so gestaltet sei, wie sie sich das wünsche, beantwortet sie nur indirekt indem sie sagt, durch die lange Bekanntschaft funktioniere vieles ohne Worte. Der Arzt äußert sich im Interview widersprüchlich. Zunächst sagt er, die Dominanz wechsele, kurz darauf aber, dass er zwar wichtig, aber nie der Dominierende sei.

6.2.2 Einbezug der psychosozialen Systemebenen im Gespräch

Für diesen Unterpunkt wurde bereits systematisch untersucht, in welchem Umfang er in den jeweiligen Fällen thematisiert wurde. Die nachfolgende Tabelle 6.1 gibt einen Überblick. In über der Hälfte der Fälle war die psychosoziale Ebene im Gespräch einbezogen. Es gab allerdings auch einige Fälle, in denen sie keine oder nur eine sehr geringe Rolle spielte. Interessanterweise stammten diese Fälle fast alle von einem Arzt. Ein anderer Arzt wiederum zeichnete sich durch einen besonders ausgeprägten Einbezug psychosozialer Inhalte in fast allen Gesprächen aus, beim dritten Arzt variiert dieser Einbezug am meisten. Ich möchte an dieser Stelle jedoch erneut ausdrücklich darauf hinweisen, dass es sich nicht um eine repräsentative Auswahl der Gespräche handelt und die Auswahlkriterien der einzelnen Ärzte nicht identisch waren, so dass eine voreilige Generalisierung unterbleiben sollte.

Tabelle 6.1 Einbezug psychosozialer Themen ins Gespräch

Kategorie	Beschreibung	Anzahl	Namen
nahezu ausschließlich	Im Gespräch ging es überwiegend um psychosoziale Themen, die somatische Ebene spielt allenfalls eine randständige Rolle	3	Frau Krabbe, Frau Sturm, Frau Kater
in großem Umfang	Psychosoziale Themen wurden in großem Umfang behandelt, somatische Themen hatten ebenfalls eine Bedeutung	7	Frau Schön, Frau Zahn, Frau Rot, Frau Schatten, Frau Vogel, Herr Blau, Frau Wagen,
vorhanden	Psychosoziale Themen spielten eine gewisse Rolle, standen aber nicht eindeutig im Vordergrund	6	Frau Donner, Frau Herz, Frau Möve, Frau Ruhe, Frau Friseur ¹⁰⁸ , Frau Esche
(so gut wie) gar nicht	Psychosoziale Themen wurden entweder gar nicht oder so gut wie gar nicht angesprochen	11	Frau Schuh, Frau Nashorn, Herr Distel, Herr Drache, Herr Schuster, Herr Kirsche, Herr Salz, Frau Rose, Herr Mönch, Herr Berg, Frau Klavier

¹⁰⁸ Erst nach Abstellen des Aufnahmeegerätes.

6.2.3 Aussagen der Ärzte zu integriertem Arbeiten im konkreten Fall

In den Fallanalysen wurden die Ärzte gefragt, was sie selbst in diesem Gespräch bzw. bei diesem Patienten als integriertes Arbeiten ansehen. Wie im Grundsatzinterview auf allgemeiner Ebene war auch die Frage am konkreten Fall für die Ärzte schwierig zu beantworten. Ein Arzt beantwortete sie in keinem Fall, es wurde fast zu einem Ritual, dennoch danach zu fragen, ohne wirklich eine Antwort zu erwarten¹⁰⁹. Die anderen beiden Ärzte betonten zwar mitunter auch, dass die Beantwortung schwierig sei, es fiel ihnen aber zu fast allen Fällen etwas ein. Mitunter nahmen sie dabei Bezug auf spontane, vorangegangene Äußerungen. Es wurden verschiedene Merkmale integrierten Arbeitens angesprochen, die sich zu den folgenden drei Oberthemen zusammenfassen lassen:

- Kenntnis des Patienten und seines lebensgeschichtlichen Hintergrunds
- Einbezug möglichst aller Systemebenen
- Akzeptanz des Patienten

Das Symptom auf dem Hintergrund der gesamten Person und seines lebensgeschichtlichen Hintergrundes zu verstehen, wurde mehrfach im Zusammenhang mit integriertem Arbeiten aufgeführt. Im günstigsten Fall bestand ein solches Verständnis und ermöglichte es, manches unausgesprochen zu lassen. Wenn dies nicht der Fall war, strebte der Arzt es an, den Menschen als Person wahrzunehmen, und nicht nur als Patienten, seine Bedürfnisse zu erfassen, gehört ebenfalls zu diesem Themenbereich.

Die Berücksichtigung möglichst aller Systemebenen schließt sich unmittelbar an. Meistens war es der Einbezug psychosozialer Inhalte wie z.B. Angst oder der familiäre Hintergrund, auf den besonders verwiesen wurde. Auch psychodynamische Aspekte wie z.B. Stabilisierungsmechanismen wurden wahrgenommen und thematisiert, was angesichts der psychotherapeutischen Qualifikation der Ärzte nicht verwundert. In einem Fall, in dem psychosoziale Inhalte im Vordergrund standen, betonte der Arzt die Wichtigkeit, körperliche Aspekte nicht zu vernachlässigen.

Integriertes Arbeiten beinhaltet für die Ärzte, den Patienten so zu akzeptieren, wie er ist. Akzeptiert wurden im konkreten Fall jeweils unterschiedliche Aspekte; so ging es einmal um eine kompromissbereite Haltung den konkreten Wünschen des Patienten gegenüber, ein anderes Mal um das Eingehen auf angebotene Gesprächsthemen, und ein nächstes Mal um die Berücksichtigung objektiv nicht nachvollziehbarer Bedenken

¹⁰⁹ Es handelte sich sicher nicht zufällig um den Arzt, der nicht Mitglied in der Akademie für integrierte Medizin ist, und sich weniger als integriert arbeitend definiert als die anderen beiden.

aufgrund des Verständnisses ihres Symbolgehalts. In einem anderen Fall wies der Arzt auf das Vertrauen hin, dass er dem Patienten entgegenbringe, auf dessen Selbsteinschätzung er sich verlassen könne. Das Bedürfnis des Patienten nach Autonomie zu unterstützen, geht eng damit ein her. Dabei meint Akzeptanz keineswegs, dass die Ärzte alles tun, was die Patienten sich wünschen, sondern es finden durchaus Verhandlungen statt und manchem Patienten wird auch etwas verweigert.

Die Akzeptanz erstreckte sich nicht nur auf etwas, was der Patienten wollte, sondern mehrfach auf etwas, was er nicht wollte. So wurde als Merkmal integrierten Arbeitens genannt, es zu akzeptieren, wenn der Patienten über etwas nicht sprechen will, ihm nichts aufzudrängen. In diesem Zusammenhang wurde auch zweimal darauf hingewiesen, dass der Arzt sich bemühe, den Patienten nicht unnötig zu frustrieren.

6.3 Zusammenfassung

Zu beschreiben, was integriertes Arbeiten im täglichen Alltag der Hausärzte bedeutet, fällt diesen schwer. Es kann von Arzt zu Arzt und von Patient zu Patient anders aus sehen. Folgende Gedanken werden immer wieder damit in Verbindung gebracht:

- Neben den medizinischen Symptomen im engeren Sinne messen die Ärzte der Person des Kranken, seinem familiären Umfeld und seiner Lebensgeschichte große Bedeutung zu.
- Integriert zu arbeiten ist für die drei Ärzte mehr ein innerliches Bedürfnis, als etwas, dass sie aus rationalen Gründen tun würden.
- Es handelt sich um einen Prozess, der einzelne Kontakt muss nicht notwendiger Weise Merkmale des integrierten Arbeitens aufweisen. In der meistens langjährigen Beziehung zwischen Hausarzt und Patient eilt vieles nicht, sondern kann sich langsam entwickeln.
- Häufig setzten die Patienten den Bemühungen der Ärzte Grenzen entgegen, diese sind zu respektieren.
- Die Akzeptanz der Bedürfnisse des Patienten spielt generell eine große Rolle.
- Sehr vieles zwischen Arzt und Patient findet implizit, unbewusst statt, wird nicht auf der rationalen Ebene verbalisiert.
- Das Vorhandensein einer subjektiven Wirklichkeit wird als selbstverständlich angesehen, diese wird nicht explizit exploriert. Subjektive Krankheitskonzepte spielen keine große Rolle.

7 Diskussion

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Ergebnisse diskutiert, methodisch interessante Gesichtspunkte vertieft sowie bislang unbeantwortete Fragen und weitere lohnende Untersuchungsschritte aufgezeigt. Es wird außerdem da, wo es sinnvoll erscheint, ein Bezug zwischen den Ergebnissen der Grundsatzinterviews und der Fallanalysen sowie ein Bezug zu anderen Untersuchungen hergestellt.

7.1 Die geringe Bedeutung der Krankheitskonzepte für die Ärzte

Es wurden in den 27 Fällen 145 thematisch abgrenzbare Einheiten zu den Krankheitstheorien der Patienten identifiziert. Nur in sieben Fällen wurde ihre Bedeutung im aufgezeichneten Gespräch als eher groß eingeschätzt¹¹⁰. Zu der somit als gering einzuschätzenden Bedeutung der subjektiven Krankheitsvorstellungen passt die eher geringe Bedeutung für die Ärzte, wie sie bereits in den Grundsatzinterviews deutlich wurde.

Die geringe Bedeutung geht damit einher, dass die Ärzte die Krankheitstheorien ihrer Patienten nur in geringem Ausmaß explorieren. Im Gegensatz zur Untersuchung von Hartog¹¹¹ zu genetischen Beratungsgesprächen waren hier überwiegend die Patienten und nicht die Ärzte aktiv hinsichtlich Äußerungen zum Krankheitskonzept. Ein explizites Erfragen von Krankheitsvorstellungen durch die Ärzte, wie es Hartog beschreibt und es in vielen Empfehlungen zu guter Gesprächsführung angeraten wird, kam im hier vorliegenden Material im Grunde so gut wie nicht vor.

Das Wort, das ich bei der Auswertung am häufigsten gedacht oder benutzt habe, ist "indirekt". Nur sehr wenig wird auf einer expliziten Ebene be- oder verhandelt, vieles wird angedeutet, geahnt oder mit non-verbalen Mitteln mitgeteilt.

Dieses indirekte Vorgehen entspricht dem, was die Ärzte in den Grundsatzinterviews beschreiben, und zwar im Zusammenhang mit der Abgrenzung von ihrer Tätigkeit als Psychotherapeuten (vgl. 6.1.3.1). Auf meine Fragen nach Modellen der Kommunikation in den Grundsatzinterviews bekannte sich kein Arzt klar zum Verhandlungsansatz, der zu expliziten Vorgehensweisen rät. Ein Arzt meinte lediglich, nach seiner Erfahrung

¹¹⁰ So definiert, dass sieben oder mehr Äußerungen zum KK vorlagen, von denen die meisten bedeutsam sind.

¹¹¹ Hartog 1993

habe es sich bewährt, offen zu sagen, was er denke. Ein anderer Arzt redet vom "negotiating" (also Aushandeln) im Zusammenhang mit abweichenden Krankheitsvorstellungen. Gerade dieser Arzt betont jedoch auf der anderen Seite immer wieder, wie viel des Verstehens mit dem Patienten auf einer non-verbalen Ebene stattfindet und wie wenig wichtig der Inhalt des gesprochenen Worts sei.

Dass den Krankheitskonzepten eine geringe Bedeutung zugemessen wird, heißt keineswegs, dass den Ärzten die Sicht der Patienten egal ist. Es ist den Ärzten sehr wichtig, ihr Vorgehen so zu gestalten, dass der Patient damit zufrieden ist, was wiederum dann der Fall sein dürfte, wenn es zu seinen Krankheitsvorstellung passt. Die Ärzte sind sensibel für das, was die Patienten wollen oder akzeptieren können. Das Wissen um konkrete Einzelheiten des Krankheitskonzeptes, das Verstehen, warum der Patient dies oder jenes will oder ablehnt, scheint für den Arzt dabei nicht unbedingt erforderlich zu sein. Die Klärung der Sachebene steht hinter der Klärung der emotionalen Ebene zurück. Ein Mißverstehen im Detail ist vernachlässigbar, solange ein Verstehen in der Bedeutung gegeben ist.

Dieses Vorgehen weist Ähnlichkeiten mit der von Balint beschriebenen Methode des „Sich-Einstimmen“ oder auch „Flash-Technik“ auf, die er mit der Technik des „Meisterdetektivs“ kontrastiert. Letztere beschreibt er so:

„ Wenn der Arzt die Technik des „Meisterdetektivs“ verwendet, so muß er scharf horchen, sorgfältig beobachten und jeden Hinweis prüfen, von dem er annimmt, er könnte mit den Problemen des Patienten in Zusammenhang stehen. Er muß, bildlich gesprochen, „jeden Stein umdrehen“. Diese gewissenhafte Methode nimmt natürlich viel Zeit in Anspruch...“¹¹²

Diese Beschreibung eines generellen ärztliche Vorgehens lässt sich gedanklich auf einen möglichen Umgang mit den Krankheitskonzepten der Patienten übertragen. Wenn der Arzt sie wirklich sorgfältig erfassen wollen würde, wäre die Technik eines Meisterdetektivs dafür sicherlich angemessen. Dies geschieht jedoch in aller Regel nicht.

Zur Methode des Sich-Einstimmen schreibt Balint:

„Jetzt wurde vom Arzt nicht mehr die Lösung spannender Rätsel und Probleme erwartet, sondern ein so genaues „Sich-Einstimmen“ auf die Wellenlänge der Mitteilungen des Patienten, daß er so fehlerfrei wie möglich darauf antworten konnte. Damit Arzt und Patient ohne Gefahr von Mißverständnissen miteinander sprechen können, muß dieser Zustand des „Eingestimmtheits“ für die ganze Dauer des Interviews aufrechterhalten bleiben. [...] Man könnte diese Technik auch dadurch beschreiben, daß man sie der alten Methode gegenüberstellt. In jener hatte der Arzt das Privileg und die Verpflichtung zu *verstehen*, „was der Patient ihm mitzuteilen versuchte“, alle

¹¹² Balint 1977 S. 42

Auslassungen und Entstellungen in dieser Mitteilung zu *erkennen*, diese mit Hilfe seines Wissens unfehlbar zu berichtigen und es dem Patienten durch seine geschickte Technik zu ermöglichen, die richtigen Assoziationen zu bringen, die dann bewiesen, daß seine – des Arztes - Schlußfolgerungen stimmten. Hier spielt also der Arzt die Rolle des Führers, des Überlegenen. In der neuen Technik hat der Therapeut die Rolle, „sich einzustimmen“, dem Patienten die Führung zu überlassen, ihm zu erlauben, sich den Therapeuten zunutze zu machen.“¹¹³

Diese Schilderung lässt sich m.E. gut auf den Umgang der Ärzte mit den Krankheitskonzepten und ihrem Verzicht auf eine genaue Exploration zugunsten einer Erfassung der Bedürfnisse und Ängste der Patienten übertragen. Auch, dass die Ärzte die Akzeptanz des Patienten als wichtiges Merkmal integrierten Arbeitens anführen, während sie den Begriff Krankheitskonzept nicht von selbst benutzen, unterstützt die These, dass der Focus der Aufmerksamkeit nicht meisterdetektivisch aufs Detail gerichtet wird.

7.2 Was beeinflusst den Umgang mit Krankheitskonzepten?

Der Umgang der Ärzte mit den Krankheitskonzepten im einzelnen Fall wird stark von der Einschätzung dessen, was der einzelne Patient verträgt, braucht oder zulässt, gesteuert. Frühere Erfahrungen der Ärzte fließen in einem nicht unerheblichen Umfang ein. Für Bereiche, in denen die Vorstellungen von Arzt und Patient häufig abweichen, wie z.B. die Aussagekraft von bestimmten Laboruntersuchungen oder den Einfluß des Wetters existieren Strategien, die eine Konfrontation vermeiden helfen. Äußerliche Faktoren wie Zeit spielen ebenfalls eine Rolle.

Die Verhandlung von Krankheitskonzepten erfolgt oft im Rahmen eines langen Prozesses und nicht in einem einzigen Gespräch, vor allem dann, wenn diese veränderungsresistent sind. Verhandlungen von Krankheitskonzepten und Erläuterungen von medizinischen Sachverhalten scheinen primär der emotionalen Bewältigung zu dienen. Insgesamt betrachtet spielt die Belehrung des Patienten im Sinne einer Vermittlung von gewünschten Vorstellungen durch den Berater, wie Hartog es beschrieb, im vorliegenden Material keine große Rolle.

Nur wenige Variablen tragen etwas zur Erklärung der Unterschiede im Ausmaß der Thematisierung von Krankheitskonzepten bei. Es entspricht nicht den Erwartungen der Untersucherin, dass soziodemographische Patientenmerkmale von so geringem Einfluss sind. Es war im Gegenteil eher vermutet worden, dass Patienten mit höherem Bildungsstand eher ihre Krankheitskonzepte äußern, als solche mit geringer Bildung. Dafür gibt

¹¹³ idem, S. 43f Hervorhebungen im Original

es keine Anhaltspunkte. Auch die von Zenz et al.¹¹⁴ festgestellte Korrelation zum Alter lässt sich an den hier vorliegenden Fällen nicht nachvollziehen. Das Alter der Patienten hängt weder mit der Äußerung von Krankheitsvorstellungen noch mit dem Gesprächsanteil zusammen.

Es wäre interessant, den von der gleichen Arbeitsgruppe gefundenen Zusammenhang zwischen der Art der Gesprächsgestaltung durch den Arzt und der Äußerung von Krankheitstheorien zu überprüfen. Wie im Abschnitt 1.9 beschrieben, ging ein Eingehen auf die Gefühle der Patienten durch die Ärzte mit einer größeren Häufigkeit der Äußerung psychosozialer Krankheitstheorien einher. Es wäre möglich, die aufgezeichneten Gespräche in diesem Projekt ebenfalls mit der verwendeten Skala zur Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) zu raten, um zu sehen, ob dieses Ergebnis bestätigt werden kann. Es wird geprüft werden, ob dieser Arbeitsschritt noch unternommen wird.

Die vorläufigen Ergebnisse zu einem möglicherweise vorhandenen Zusammenhang zwischen der Arzt-Patient-Beziehung und der Thematisierung von Krankheitskonzepten (5.2.3) sollen auf jeden Fall weiter bearbeitet und vertieft werden.

7.3 Die Scheu der Patienten vor dem Einbringen ihrer Krankheitsvorstellungen

Im Laufe der Untersuchung gewann der Umgang der Patienten selbst mit ihren Krankheitstheorien zunehmend an Bedeutung. Es bestätigte sich, dass Patienten eher zögern, ihre Krankheitsvorstellungen offenzulegen, wie es bereits Kleinmann beschrieb (vgl. 1.7.1). Ähnlich wie bei Hartog konnten auch in dieser Untersuchung diverse Schutzmechanismen beobachtet werden. Bestätigt wurde auch, dass Ärzte es eher vermeiden, Vorstellungen direkt zu verwerfen. Sie bevorzugen es, der Patientenperspektive zuzustimmen, und nehmen mitunter dafür sogar in Kauf, dies entgegen ihrer eigenen Auffassung zu tun. Äußern die Patienten ihre Krankheitskonzepte, so geschieht dies selten bewusst und in der Absicht, diese Kundzutun. Sehr viel häufiger werden dies quasi als Nebeneffekt enthüllt, wenn es dem Patienten um etwas anderes geht. Entsprechend der Situation in der Hausarztpraxis, die sich deutlich von der in der genetische Beratung unterscheidet (Langzeitbeziehung, viele bekannte Probleme, keine Vermittlung komplexer Wissensbestände in kurzer Zeit nötig) treten von den Patienten eingebrachte Lai-

¹¹⁴ Zenz et al. 1989

envorstellungen an anderen Stellen auf, als dort. Hartog hatte ja beschrieben, dass Patienten diese vor allem dann ansprechen, wenn sie mit Informationen überfrachtet würden. Diese Situation trat in dem hier vorliegenden Material nicht auf, sondern die häufigsten Stellen waren die, an denen die Patienten etwas erreichen oder abwenden wollten.

Wovor wollen sich die Patienten schützen, warum ist es für sie nicht selbstverständlicher, ihre eigenen Gedanken zu ihren gesundheitlichen Problemen mit dem Hausarzt zu teilen? Diese Frage geriet ebenfalls im Laufe der Untersuchung zunehmend in den Blickwinkel, das vorliegende Material enthielt jedoch nur wenig Antworten.

Grundsätzlich birgt ein Abweichen der Vorstellung von Arzt und Patient immer ein Konfliktpotential, und es liegt in der Natur der meisten Menschen, Konflikte lieber zu vermeiden. Das Bestehen der Patienten auf eher altmodischen Rollenverteilungen unterstreicht m.E. diese Tatsache.

Bei zwei Männern, Herrn Berg und Herrn Mönch wird deutlich, dass sie sich darum sorgen, wie sie vom Arzt wahrgenommen werden Sie haben Angst, sich lächerlich zu machen, als Spinner oder als übertrieben ängstlich eingeschätzt zu werden.

Hartog führt ebenfalls in ihrer Analyse genetischer Beratungsgespräche an, dass dem Patienten bei Eingeständnis eines niedrigen Wissensstandes Gesichtsverlust droht, dass der Patient deshalb einerseits eine positive Bewertung der von ihm geäußerten Vorstellung erwarte und andererseits eine negative befürchte¹¹⁵.

Nothdurft¹¹⁶ geht der Frage nach, warum es der Patient schwer habe, eine asymmetrische Kommunikation in Visitengesprächen zu verändern. In diesem Zusammenhang beschreibt sie drei Umstände:

- Angst vor negativen Folgen auf seine Lage (z.B. Typisierung als Querulant oder Schwätzer, mit Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Leistungen, auf die er angewiesen ist.)
- Angst vor dem Verlust von Basiswissen (Ein Festhalten an alltäglichen Gesprächsregeln wirkt der Gefahr des Orientierungsverlustes entgegen.)
- Schwächen aufgrund von Krankheit.

¹¹⁵ Hartog 1993 S. 124

¹¹⁶ Nothdurft 1982 S. 32

Nun ist die Situation in der Hausarztpraxis in vielerlei Hinsicht anders im Krankenhaus, der Patient ist weniger schwach, angewiesen und in der Regel besteht ein tragfähiges Vertrauensverhältnis.

Erinnert man sich an die Funktionen subjektiver Krankheitstheorien (vgl. 1.5), so ist auch vorstellbar, dass der Patient es anstrebt, seine Gedankenwelt vom Arzt möglichst wenig verunsichern oder verändern zu lassen. Modifikationen der Krankheitstheorien könnten sowohl deren Beitrag zur emotionalen Entlastung als auch zur Einordnung dessen, was geschieht, stören. Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass Krankheitstheorien eine relativ hohe Stabilität und Veränderungsresistenz aufweisen.

7.4 Methodische Aspekte

Hinsichtlich der teilnehmenden Ärzte handelt es sich bewußt um eine "Positivauswahl", unter der Vorstellung die Kommunikation von Krankheitskonzepten am besten dort beobachten zu können, wo das Interesse an der subjektiven Wirklichkeit des Patienten stark ausgeprägt ist. Es wäre sicher spannend, eine spätere Untersuchung auf nicht psychotherapeutisch weitergebildete Ärzte auszudehnen.

Diskutiert werden sollen an dieser Stelle mögliche Auswirkungen des medizinischen Hintergrund der Interviewerinnen, bei denen es sich ja um eine Fachärztin für Allgemeinmedizin und eine Medizinstudentin handelte.

Eine aktuelle Untersuchung¹¹⁷ vergleicht die Interaktion zwischen Interviewtem und Interviewer bei einer ähnlicher Fragestellung, aber unterschiedlichem Hintergrund des Interviewers. Einmal wurden die Interviews von einem Arzt und das andere Mal von einer Soziologin durchgeführt. In beiden Fällen wurden beschrieben, dass die Interviews für die Patienten therapeutische Funktionen im Sinne einer Katharsis hatten und die Patienten durchaus bereit waren, sensible Informationen und auch Gefühle preiszugeben. An den Arzt wurden darüber hinaus deutlich häufiger Fragen mit medizinischen Inhalten gerichtet, während gegenüber der Soziologin mehr Kritik an Ärzten geäußert wurde.

¹¹⁷ Richards und Emslie 2000

Auch Faller¹¹⁸ thematisierte im Rahmen einer eigenen Studie, in der er die Doppelrolle als behandelnder Arzt und Interviewer inne hatte, damit verbundene Vor- und Nachteile. Probleme sieht er einerseits in der grundsätzlich asymmetrischen Beziehung zwischen Arzt und Patient, die dem epistemologischen Ansatz qualitativer Forschung widerspricht und andererseits in der Produktion von Antworttendenzen nicht nur im Sinne der sozialen Erwünschtheit, sondern zusätzlich im Sinne der Präsentation eines "arztgerechten Theorieangebotes". Er beschreibt jedoch auch Vorteile:

Dem Nachteil, dass der Arzt in diesem Fall dem Missionar ähnelt, der heidnische Glaubensvorstellungen erforscht, steht der Vorteil gegenüber, daß sich der Arzt bei seiner Befragung des Patienten nicht eigens legitimieren muß. Dadurch ein größeres Vertrauen beim Patienten genießt und von diesem deshalb Antworten erhält, die weniger durch Verleugnungstendenzen entstellt sind.¹¹⁹

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die vorliegende Studie? Es muß sicher damit gerechnet werden, dass die eher geringe Kritikfreudigkeit der Patienten gegenüber ihren Ärzten mit dem medizinischen Hintergrund der Interviewerinnen zusammenhängt. Eine größere Rolle dürfte diesbezüglich aber sicherlich die Tatsache gespielt haben, dass die Patienten wussten, dass die Ärzte möglicherweise Inhalte der Interviews erfahren.

Um einem Antwortverhalten im Sinne eines arztgerechten Theorieangebotes entgegenzuwirken, wiesen die Interviewerinnen vor Einschalten des Aufnahmeapparates explizit darauf hin, dass nicht um richtig oder falsch geht, oder darum, wie gut der Interviewpartner sich in medizinischen Wissen auskennt, sondern dass es seine eigenen Vorstellungen und Gedanken sind, die den Interviewerinnen interessieren. Es ist vorstellbar, dass die Patienten trotz dieses Hinweises einem Interviewer ohne medizinischem Hintergrund gegenüber offener ihre Krankheitskonzepte dargelegt hätten.

7.5 Noch unbearbeitete Fragen

Die Reichhaltigkeit und Fülle des erhobenen Material zwang zu einer Begrenzung auf die im Rahmen dieser Untersuchung besonders interessierenden Fragestellungen. Es böten sich darüber hinaus noch eine Reihe weiterer Fragestellungen an. Zwei sollen hier herausgehoben werden.

¹¹⁸ Faller 1989

¹¹⁹ idem S. 49

Ein Vergleich zwischen den drei Ärzten, die sich ja in den Grundsatzinterviews durch verschiedene Schwerpunkte ausgezeichnet hatten, wurde unsystematisch vorgenommen und nur an besonders auffälligen Stellen beschrieben.

Ein solcher Vergleich erscheint einerseits interessant, gibt es doch Anhaltspunkte für Unterschiede, wie z.B. das unterschiedliche Ausmaß des Einbezug psychosozialer Gesprächsinhalte oder die unterschiedliche Länge der Gespräche. Es scheint auch Unterschiede hinsichtlich des Umgangs der drei Ärzte mit den Krankheitskonzepten der Patienten zu geben, während ein Arzt offene Fragen und Verbalisierungen einsetzt, fragt der zweite häufiger nach der Therapie, der dritte hält sich mit seinen Fragen insgesamt eher zurück.

Andererseits ist ein solcher Vergleich methodisch schwierig, denn schließlich beansprucht die Fallauswahl keinerlei Repräsentativität und auch die Fallzahlen sind zu gering, um valide Ergebnisse zu erwarten.

In Bezug auf die (richtige) Wahrnehmung von Laienvorstellungen durch die Ärzte (vgl. 1.7.1) werden von den in die Dissertation von Isabel Wischman ausgelagerten Arbeitspaketen noch weitere Erkenntnisse erwartet.

8 Zusammenfassung

Dieses qualitative Forschungsvorhaben befasst sich mit der Frage, wie integriertes Arbeiten in der Sprechstunde des Hausarztes konkret aussieht, und zwar vor allem im Hinblick auf den Umgang des Hausarztes mit dem Teil der subjektiven Wirklichkeit des Patienten, der als Krankheitskonzept abgegrenzt werden kann. Es nahmen drei Hausärzte, die sich alle als integriert arbeitend begreifen und neben dem Facharzt für Allgemeinmedizin die Zusatzqualifikation Psychotherapie besitzen, teil. Neben Grundsatzinterviews mit den drei Ärzten über ihren Werdegang und ihre Arbeitsweise bestehen die Datenquellen aus 27 Fallanalysen. In diesen Fallanalysen wurde zunächst ein beliebiges Sprechstundengespräch aufgezeichnet, auf dessen Inhalte bezogen dann Interviews mit dem betreffenden Patienten und Hausärzten geführt wurden. Bei der Auswertung kamen die Grounded Theory und die Gesprächsanalyse zur Anwendung.

Die subjektiven Krankheitsvorstellung der Patienten spielen in den meisten Fällen eine eher untergeordnete Rolle. Die Hausärzte legen wenig Wert darauf, ihre Inhalte gezielt zu erfragen. Ausweichende Umgangsstrategien wie Zustimmung trotz inhaltlicher Dissensen oder das Unterlassen eines Eingehens können häufiger beobachtet werden als responsives ärztliches Verhalten. Verhandlungen über abweichende Krankheitskonzepte erstrecken sich oft über einen längeren Zeitraum. Die Patienten scheuen sich, dem Arzt ihre Krankheitsvorstellungen zu erzählen, geschieht es doch, so unter Verwendung verschiedener Schutzmechanismen und eher unbeabsichtigt. Krankheitsvorstellungen der Patienten werden oft dann offenbart, wenn die Patienten etwas konkretes wie z.B. eine Verordnung erreichen oder auch verhindern wollen, ohne sie direkt zu fordern oder abzulehnen. Dementsprechend dominieren thematisch Krankheitsvorstellungen aus dem Bereich des therapeutischen Prozederes, gefolgt von Ursachenvorstellungen.

Für integriertes Arbeiten scheint das „meisterdetektivische“ Erfassen der Krankheitsvorstellungen im Detail und deren Korrektur auf der Sachebene unwichtig zu sein. Wichtig ist es den Ärzten hingegen, den Patienten in seiner ganzen Person mit seinem sozialen Hintergrund zu begreifen und diese zu berücksichtigen. Zu akzeptieren, was der Patient möchte und was er nicht möchte, ist den Ärzten ein zentrales Anliegen, wenn es auch manchmal Grenzen des Erfüllbaren gibt. Dabei sind die Kenntnis des Patienten, ein intuitives Einfühlen sowie die Wahrnehmung von non-verbale Signalen mindestens so wichtig wie verbale Informationen.

9 Literaturverzeichnis

- Adler R, Hemmeler W** (1986) Praxis und Theorie der Anamnese. Stuttgart New York.
- Adler R, Bertram W, Haag A** et al (1992) Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart, New York.
- Alberti L, Kruse J, Wöller W** (1990) Psychosoziale Aspekte chronischer Krankheiten. Argument-Sonderband 182: 7-21.
- Balint M** (1977) Forschung in der Psychotherapie. In: Balint E, Norell J S (Hrsg) Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt am Main 35-57.
- Becker H** (1984) Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. Psychother. med. Psychologie 34: 313-21.
- Bischoff C, Zenz H** (Hrsg) (1989) Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern Stuttgart Toronto.
- Bliesener T, Köhle K** (1986) Die ärztliche Visite: Chance zum Gespräch. Opladen.
- Boyle Ch** (1970) Differences between Patients and Doctors Interpretations of Some Common Medical terms. BMJ 2: 286-9.
- Brähler E, Scheer J** (1984) Subjektive Beschwerden und objektiver Befund. in Scheer J, Brähler E (Hrsg) Ärztl. Maßnahmen aus psychologischer Sicht- Beiträge zur medizinischen Psychologie. Berlin et al 189-99.
- Brinker K, Sager SF** (1996) Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Berlin.
- Burger W, Schmeling-Kludas C, Ulrich G** (1999) Integrierte Medizin. Grundlagen integrierten Handelns in der Patientenversorgung. Med Welt 50: 205-9.
- Byrne P, Long B** (1976) Doctors talking to patients. London.
- Cassel EJ** (1976) The healer's art: A new approach to the Doctor-Patient-Relationship, Philadelphia, New York.
- Cassell EJ** (1991) The nature of suffering and the goals of medicine. New York.
- Eirmbter W, Hahn A, Hennes C** et al (1997) Zur Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für die Prävention. Abschlußbericht Trier.
- Eisenberg L** (1977) Disease and illness. Culture, Medicine and Psychiatry 1: 9-23.
- Elliot-Binns CP** (1973) An analysis of lay medicine. J of the Royal College of General Practice 23: 255-64.
- Engel G** (1977) The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science 196: 129-36.
- Faller H** (1989) Subjektive Krankheitstheorie des Herzinfarktes. In Bischoff C, Zenz H (Hrsg) Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern Stuttgart Toronto 49-59.
- Faltermeier T** (1994) Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim.
- Fehlenberg D, Simons C, Köhle K** (1990) Die Krankenvisite - Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzeptes. In: Uexküll et al (Hrsg) Psychosomatische Medizin. München Wien Baltimore 265-286.
- Fitzpatrick R** (1984) Lay concepts of illness. In: Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S et al (Hrsg) The Experience of illness. London.
- Flick U** (1989) Vertrauen, Verwalten, Einweisen subjektive Vertrauenstheorien in sozialpsychiatrischer Beratung, Wiesbaden.
- Flick U** (1996) Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek.
- Flick U** (Hrsg) (1991) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg.
- Glaser B, Strauss A** (1967) The Discovery of Grounded Theory. Chicago.
- Groeben N, Scheele B** (1982) Einige Sprachreglungsvorschläge für die Erforschung subjektiver Theorien. In: Dann HD et al (Hrsg) Analyse und Modifikation subjektiver Theorien bei Lehrern. 13-39 Konstanz.
- Hadlow J, Pitts M** (1991) The Understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. Soc Sci Med 2: 193-6.

- Hartog J** (1993) Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch. In: Löning P, Rehbein J (Hrsg) *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin New York 115-33.
- Hasenbring M** (1989) Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung - erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In **Bischoff C, Zenz H** (Hrsg) *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern Stuttgart Toronto 25-37.
- Helman CG** (1985a) Communication in Primary care: The Role of Patient and Practitioner Explanatory Models. *Sci Med* 20: 923-31.
- Helman CG** (1985b) Disease and Pseudodisease: a case history of pseudo angina. In Hahn R, Gaines A (Hrsg) *Physicians of western medicine*. Dordrecht Boston Lancaster.
- Helman CG** (1987) General practice and the hidden health care system. *J of the Royal Society of Medicine* 80: 738-40.
- Helman CG** (1991), *Research in Primary Care The Qualitative Approach*. In: Norton PG, Stewart M, Tudiver F et al *Primary Care Research*. London, New Delhi
- Helman CG** (1994) *Culture, Health and Illness*. Oxford, Boston et al.
- Henne H, Rehbock H** (1995) *Einführung in die Gesprächsanalyse*. Berlin New York.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B** (1978) Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropology and Cross-Cultural Research. *Ann. Int. Med.* 88: 251-8.
- Kleinman A** (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley.
- Klusmann D** (1997a) Qualitative Forschung in der Medizinischen Psychologie. In: Strauß B, Bengel J (Hrsg) *Forschungsmethoden in der Medizinischen Psychologie*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 14 Göttingen et al. 98-125.
- Klusmann D** (1997b) Qualitative Forschungsmethodik. In: Verres R, Klusmann D (Hrsg) *Strahlentherapie im Erleben der Patienten*. Heidelberg Leipzig 18-37.
- Köhle K, Raspe H** (Hrsg) (1982) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Empirische Untersuchungen. München Wien Baltimore.
- Koerfer A, Köhle K, Obliers R** (1994) Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation- Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: **Redder A, Wiese I** (Hrsg) *Medizinische Kommunikation* 53-94.
- Lau R, Hartman K** (1983) Common-Sense Representations of Common Illnesses. *Health Psychology* 2: 167-85.
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR** (1980) The common sense representation of illness danger. In Rachman (Hrsg) *Medical Psychology*, Vol II New York.
- Leventhal H, Neretz D** (1982) Representations on threat and the controll of stress. In **Linden M** (1985b) Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 12: 8-12.
- Linden M, Nather J, Wilms HU** (1985a) Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala für schizophrene Patienten. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 56: 35-43.
- Löning P** (1985) *Das Arzt-Patienten-Gespräch*. Arbeiten zur Sprachanalyse 3 Bern, Frankfurt New York.
- Löning P, Rehbein J** (Hrsg) (1993) *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*.
- Lofland J, Lofland KH** (1984) *Analysing social settings. A guide to qualitative observation and analysis*. Belmont.
- Mathews JJ** (1983) The communication process in clinical settings. *Soc. Sci Med* 17: 1371-76.
- Neighbour R** (1987) *The Inner Consultation. How to develop an effective and intuitive consultation style*. Plymouth.
- Nothdurft W** (1982) Zur Undurchlässigkeit von Krankenhausvisiten. In Köhle K, Raspe H (Hrsg) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Empirische Untersuchungen. München Wien Baltimore 23-35.
- Pendelton D et al** (1984) *The Consultation. An approach to teaching and learning*. Oxford et al.
- Peter U** (1992) Medizinethnologie - was ist das? *Schweiz. Rundschau Med.* 81:546-9.

- Richards H, Emslie C** (2000) The “doctor” or the “girl from the University”? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Family Practice* 17: 71-75.
- Scheele B** (Hrsg) (1992) *Struktur-lege-Verfahren als Dialog-Konsens-Methodik*. Münster.
- Siegrist J** (1982) Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In Köhle K, Raspe H (Hrsg) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München Wien Baltimore 16-22.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW** et al (1995) *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. London, New Delhi.
- Tyrell DAJ** (1996) Die banale Erkältungskrankheit. In: Tyrell DAJ (Hrsg) *Erkältungskrankheit. Ein Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart, Jena, New York 5-11.
- Verres R** (1986) *Krebs und Angst*. Berlin Heidelberg et al.
- Verres R** (1991) Gesundheitsforschung und Verantwortung. In: Flick U (Hrsg.) *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg 305-17.
- von Uexküll T, Wesiack W** (1990) Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psychosoziales Modell. In: von Uexküll T et al (Hrsg) *Psychosomatische Medizin* 5-38.
- Wesiack W** (1990) Das ärztliche Gespräch - Versuch einer Strukturanalyse. In: von Uexküll T, Adler H et al (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. München Wien Baltimore 258-264.
- Wesiack W** (1992) Mein Weg zur psychosomatischen Medizin. In: Adler R, Bertram W, Haag A et al *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Stuttgart, New York. 73-79.
- Westphale C, Köhle K** (1982) Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle K, Raspe H (Hrsg) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München Wien Baltimore 102-139.
- Wilke S, Grande T** (1991) Krankheitskonzepte als Verhandlungsgegenstand. In: Flick U (Hrsg.) *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg 177-97.
- Wolff S** (1986) Das Gespräch als Handlungsinstrument. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 38: 55-84.
- Zenz H, Bischoff C, Fritz J et al** (1989) Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: Bischoff C, Zenz H (Hrsg) *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern Stuttgart Toronto 148-160.
- Zola JK** (1966) Culture and Symptoms: An Analysis of Patients' Presenting complaints. *American Sociological Review* 31: 615-630.