

Distinktionen der sozialen Nutzung des Körpers

Eine Analyse der medizinischen Kommunikation unter dem Gesichtspunkt der milieuspezifischen Körperwahrnehmung

Jule PICHLER, 11940701

Innsbruck, September 2024

Masterarbeit

eingereicht an der Universität Innsbruck, Fakultät für Soziale und Politische Wissenschaften
zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

Masterstudium Soziologie: Soziale und Politische Theorie

Betreuer:

Prof. Dr. Frank Welz

Institut für Soziologie

Fakultät für Soziale und Politische Wissenschaften

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Magister-/Master-/Diplomarbeit/Dissertation eingereicht.

08.10.2024

Datum



Unterschrift

Abstract

Diese Masterarbeit untersucht die Bedeutung sozialer und kultureller Unterschiede für die Körperwahrnehmung und das Gesundheitsverständnis sowie deren Einfluss auf die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Ziel ist es, die Auswirkungen dieser Differenzen auf die medizinische Praxis zu analysieren und Strategien der medizinischen Gesprächsführung zu identifizieren, die ein besseres gegenseitiges Verständnis fördern.

Mit einer theoretischen Grundlage, die auf der Soziologie Luc Boltanskis basiert sowie einer empirischen Analyse von problemzentrierten Interviews, wird der Nutzen einer klassenspezifischen Betrachtungsweise für eine soziologische Auseinandersetzung mit kommunikatorischen Dynamiken des ärztlichen Gesprächs bewiesen. Die Untersuchung zeigt auf, dass Ärzt*innen oft unzureichend auf die sozialen und kulturellen Unterschiede der Patient*innen eingehen, was zu Missverständnissen und Kommunikationsbarrieren führen kann. Somit liefert diese Arbeit Einsichten für die Verbesserung der ärztlichen Kommunikation und betont die Notwendigkeit einer sensibleren Berücksichtigung sozialer und kultureller Hintergründe, um eine effektivere und inklusivere medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Abstract

This master's thesis examines the significance of social and cultural differences in body perception and health understanding, as well as their influence on communication between doctors and patients. The aim is to analyze the impact of these differences on medical practice and to identify communication strategies that foster better mutual understanding.

With a theoretical foundation based on the sociology of Luc Boltanski and an empirical analysis using qualitative interviews, the benefit of a class-specific perspective on the medical consultation is highlighted. The findings reveal that doctors often fail to adequately address the social and cultural differences of their patients, leading to misunderstandings and communication barriers. Consequently, this thesis provides insights for improving medical communication and emphasizes the need for greater sensitivity regarding social and cultural backgrounds in order to ensure more effective and inclusive healthcare.

Résumé

Ce mémoire de master examine l'importance des différences sociales et culturelles pour la perception du corps et la compréhension de la santé, ainsi que leur influence sur la communication entre médecins et patient·e·s. L'objectif est d'analyser l'impact de ces différences sur la pratique médicale et d'identifier des stratégies de communication médicale qui favorisent une meilleure compréhension mutuelle.

Sur la base d'une fondation théorique issue de la sociologie de Luc Boltanski et d'une analyse empirique d'entretiens qualitatifs, l'utilité d'une approche spécifique à la classe pour la consultation médicale est mise en évidence. Les résultats montrent que les médecins tiennent souvent insuffisamment compte des différences sociales et culturelles des patient·e·s, ce qui peut conduire à des malentendus et des barrières communicationnelles. Par conséquent, ce mémoire fournit des perspectives pour améliorer la communication médicale et souligne la nécessité de prendre davantage en considération les contextes sociaux et culturels afin de garantir des soins de santé plus efficaces et inclusifs.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund und Motivation	2
1.2. Zielsetzung der Arbeit	2
1.3. These	3
1.4. Aufbau	3
2. Theoretischer Rahmen	5
2.1. Medizinsoziologischer Ansatz „disease“, „illness“ um die „sickness“ ergänzt	5
2.2. Soziale Klasse im medizinischen Kontext	5
2.3. Soziale Klasse als Determinante einer verständnisbasierten Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen nach Luc Boltanski	6
2.3.1. Eine pragmatische Soziologie als Erklärungsinstrument	6
2.3.2. Die Verständnisfrage im ärztlichen Gespräch ist eine soziale Frage	7
2.3.3. Die Aggregation der sozialen Klassen auf die Verständigung im ärztlichen Kontext	9
2.3.4. Somatische Kultur von Ärzt*innen und Patient*innen determiniert durch soziale Situiertheit	11
2.3.5. Ärzt*innen als Sender, Patient*innen als Empfänger medizinischen Wissens	15
2.3.6. Die Positionierung des Wissens	16
3. Forschungsstand	19
3.1. Soziolinguistische Perspektive	20
3.2. Verständnisbasierte Kommunikation im ärztlichen Gespräch in Abhängigkeit von sozioökonomischen Faktoren	22
3.3. Aufkommen einer relationalen Betrachtung der klassencharakteristischen Einflussgrößen	23
4. Methodische Rahmung	25
4.1. Problemzentrierte Interviews als empirische Untersuchungsmethode	25
4.2. Ein Sample unterschiedlicher Perspektiven	29
4.3. Inhaltsanalytisches Auswertungsverfahren	31
5. Perspektiven der Proband*innen auf die Klassenfrage im ärztlichen Gespräch unter den theoretischen Analysekategorien	33
5.1. Identifizierung der Verständnisproblematik im ärztlichen Gespräch	33
5.2. Identifikation und Distinktion somatischer Kulturen von Ärzt*innen und Patient*innen	41
5.3. Ärzt*innen als Sender, Patient*innen als Empfänger medizinischen Wissens	52
5.4. Medizinisches Wissen als Objekt der sozialen Distinktion	59
5.5. Lösungsversuche, um das Verständnis in das Zentrum der ärztlichen Kommunikation zu rücken	65
6. Eine zusammenfassende Analyse der ärztlichen Gesprächsführung als Kontroverse	75
7. Diskussion	94
7.1. Die klassenspezifische Betrachtungsweise als normativer Blick auf die ärztliche Gesprächsführung	94
7.2. Implikationen für die ärztliche Praxis	96
7.3. Abgrenzung zu der soziolinguistischen Perspektive	97
7.4. Reflexion und Limitationen der Studie	98
8. Fazit	99

<i>Literaturverzeichnis.....</i>	<i>102</i>
<i>Anhang: Kodierung der Interviews.....</i>	<i>103</i>

1. Einleitung

Wir haben nicht nur einen Körper, wir sind auch einer. Diese sinnngemäße Interpretation der Gedanken des französischen Philosophen Maurice Merleau-Ponty, der Mitte des 20. Jahrhunderts wirkte, verdeutlicht, wie eng unser Wesen mit unserer Körperlichkeit verflochten ist. Die Kontextgebundenheit unserer Körperwahrnehmung manifestiert sich in einem Körperbild, das nicht nur durch biologische, sondern ebenso durch soziale Faktoren geprägt ist (Merleau-Ponty, 1945: 117). Betont wird in seinem Werk „Phénoménologie de la perception“ (1945) die Verwobenheit des Körpers mit der Person und ihrer sozial erlernten Weise diesen zu nutzen.

Wenn die Art des Blickes auf den eigenen Körper in Abhängigkeit vom sozialen Kontext einer Person zu betrachten ist, sind Auswirkungen auf die Praktiken und Einstellungen gegenüber diesem zu erwarten. Ein Bereich, in dem Unterschiede in der Körperwahrnehmung und im Umgang damit besonders deutlich werden, ist der medizinische Kontext. In der Situation der Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen treffen verschiedene Herangehensweisen an die eigene Körperlichkeit zutage. Diese Arbeit verfolgt das Ziel, zu ergründen, inwieweit solche Unterschiede den Verständniserfolg zwischen den Beteiligten fördern oder behindern.

In der modernen Medizin steht die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen im Zentrum einer ganzheitlichen Versorgung. Dieses Verhältnis ist jedoch nicht nur als technischer Austausch von Informationen und Diagnosen zu fassen, sondern wird stark durch die sozialen und kulturellen Hintergründe der Interagierenden geprägt. Diese Arbeit widmet sich demnach der Frage, wie soziale Klassenunterschiede die Körperwahrnehmung und damit die Art und Weise, wie über Gesundheitsfragen kommuniziert wird, beeinflussen und beleuchtet ebenfalls die Auswirkungen der erforschten Diskrepanzen.

Durch die Kombination von problemzentrierten Interviews und einer gründlichen Untersuchung der soziologischen Theorien von Luc Boltanski, der die Bedeutung des sozialen Milieus für Körperpraktiken und Gesundheitsverständnis betont, soll verdeutlicht werden, wie soziale Faktoren die ärztliche Gesprächsführung beeinflussen und welche Folgen dies für die medizinische Praxis hat.

1.1. Hintergrund und Motivation

Die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist ein zentrales Element der medizinischen Praxis und kann über Erfolg und Misserfolg einer Behandlung entscheiden (Siminoff et al., 2006: 356). Trotz der Fortschritte in der medizinischen Technik und der Verfügbarkeit von Informationen zeigt sich in der Praxis häufig ein Bestehenbleiben von Missverständnissen und Kommunikationsbarrieren. Diese Hürden sind nicht nur durch sprachliche Unterschiede bedingt, sondern auch durch tief verwurzelte, soziale und kulturelle Faktoren, die die Wahrnehmung und den Umgang mit dem eigenen Körper beeinflussen.

Motiviert ist diese Arbeit durch das Bestreben, die Analyse der Diskrepanzen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen auf Sprachebene, durch eine tiefere Untersuchung der zugrunde liegenden Wirkkräfte zu bereichern. Der Wunsch ist, ein tieferes Verständnis für diese sozial bedingten Zusammenhänge zu entwickeln, sowie Lösungsvorschläge zu generieren, die zu einer verbesserten ärztlichen Kommunikation mit gegenseitigem Verständnis führen können. Durch die empirischen Untersuchungen, die für diese Arbeit durchgeführt wurden, erwächst die Überzeugung, dass eine stärkere Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Hintergründe der Patient*innen durch die behandelnden Ärzt*innen zu einer besseren medizinischen Praxis und somit zu einem erhöhten gesundheitlichen Erfolg führt. Angesichts einer diversen Gesellschaft und den damit verbundenen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung erscheint es dringlich, diesem Forschungsinteresse nachzugehen und das Bewusstsein für die Bedeutung sozialer Unterschiede in der ärztlichen Kommunikation zu schärfen.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

Diese Arbeit mit dem Interesse, den sozialen Hintergründen von Patient*innen in der medizinischen Kommunikation mehr Bedeutung einzuräumen, verfolgt das Ziel den reflektierten Umgang in der Herangehensweise der Ärzt*innen an die Interaktionssituation der ärztlichen Gesprächsführung zu stärken.

Das Einbeziehen verschiedener Perspektiven von involvierten Personengruppen soll die Diversität der Blickwinkel auf die Möglichkeit einer gelungenen ärztlichen Gesprächsführung zeigen.

1.3. These

Die soziologische Theorie von Luc Boltanski auf die sich diese Arbeit stützt, erkennt die klassenspezifische Herangehensweise an die eigene Körperlichkeit als ursächlich für die Ausbildung unterschiedlicher Gesundheitsverständnisse. Sozial determiniert ist der Umgang mit Fragen rund um den Körper und die Gesundheit. Ähnlich geartet, so lässt sich annehmen, sind die Körperwahrnehmungen von Patient*innen privilegierter sozialer Schichten und ihren behandelnden Ärzt*innen. Dies lässt sich auf eine verwandte Sozialisation durch eine ähnliche soziale Herkunft zurückführen. Hingegen sind Verständnishürden zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, die eine andere milieuspezifische Vorprägung aufweisen, zu erwarten.

Anzunehmen wäre, dass Ärzt*innen in ihrem beruflichen Alltag wenig sensibel auf das Erfordernis eingehen, die Kommunikationsweise an die zu Behandelnden anzupassen. Es ist davon auszugehen, dass eine Verständnisproblematik im ärztlichen Gespräch zu identifizieren ist und jene in Abhängigkeit von der Ähnlichkeit der sozialen Hintergründe der Interagierenden stärker oder schwächer ausgeprägt ist. Es ist zu prognostizieren, dass ein Mangel an Bestreben der Mediziner*innen besteht, einer sozialen Diskrepanz entgegenzuwirken, sodass eine besonders schwerwiegende Verständnishürde seitens sozial schwächeren Patient*innen identifiziert werden kann.

Diese theoretische sowie empirische Auseinandersetzung geht von der Annahme aus, dass das Analyseinstrument der klassenspezifischen Betrachtungsweise der Körper- und Gesundheitswahrnehmung, der Analyse ärztlicher Gesprächsführung Tiefe verleihen kann. In Abgrenzung zu Theorien, welche ihre Erklärungskraft auf der sprachlichen Ebene der ärztlichen Kommunikation entfalten, legt der Ansatz dieser Arbeit den Fokus auf das Erkennen hintergründiger Wirkkräfte. Somit entsteht die Möglichkeit den Verständnisbarrieren in der Patient*innen-Ärzt*innen-Interaktion auf den Grund gehen zu können.

1.4. Aufbau

In ihrer Struktur orientiert sich diese Arbeit an dem Ziel, durch vorheriges Darlegen der theoretischen Hintergründe der sozial bedingten ärztlichen Kommunikation das Gerüst der in Folge dargelegten und ausgewerteten Befragungen zu konzipieren.

Demnach wird zunächst der medizinsoziologische Blick um die erklärende Komponente des Sozialen bereichert. Dass der Gesundheitszustand nicht lediglich faktisch determiniert ist, sondern stets Dynamiken des sozialen Gefüges unterliegt sowie nicht nur im zeitlichen Wandel befindlich ist, sondern auch zwischen den Milieus einer Gesellschaft variiert, wird erläutert. Weiters bildet die klassenspezifische Soziologie Luc Boltanskis den Körper dieser Arbeit welcher als erklärendes Fundament für die spätere Analyse des empirischen Materials dargestellt wird. In der Folge gibt ein Überblick über den Forschungsstand Aufschluss über den Mangel an reflektierten Zugängen zu Problemlagen im Gesundheitssystem, welche mit Fokus auf der sozialen Ungleichheitsfrage beleuchtet werden. Das Potenzial einer klassenspezifischen Betrachtungsweise kristallisiert sich in diesem Zusammenhang heraus.

Erläuterungen bezüglich der verwendeten Methode werden im Vorfeld angestellt, bevor eine strukturierte Darlegung der empirischen Ergebnisse entlang der durch die Ausführungen Boltanskis aggregierten Themenbereiche erfolgt. Die anschließende Analyse des dargestellten Datenmaterials erfolgt mit Rückbezug zu den Thesen des französischen Soziologen sowie zu den im Forschungsstand dargelegten Erkenntnissen.

Schlussendlich werden die Ergebnisse diskutiert sowie Implikationen dargelegt, welche die Ergebnisse für die ärztliche Praxis bergen. Rückblickend soll an dieser Stelle einerseits das Potenzial dieser soziologischen Auseinandersetzung mit der Klassenfrage in der ärztlichen Gesprächsführung für eine Sensibilisierung der ärztlichen Ausbildung im Bereich der Kommunikation erkannt werden. Andererseits finden hier die Limitationen der Studie bezüglich ihrer Verallgemeinerbarkeit Erwähnung. Schließlich wird im Fazit erörtert, inwieweit sich eine Conclusio dieser theoretischen und empirischen Auseinandersetzung anschließend an die Erkenntnisse Boltanskis auch mit zeitlichem Abstand von über 50 Jahren, finden lässt.

2. Theoretischer Rahmen

2.1. Medizinsoziologischer Ansatz „disease“, „illness“ um die „sickness“ ergänzt

„Die Medizinsoziologie ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, in dem medizinisches Handeln und Gesundheitsverhalten im gesellschaftlichen Zusammenhang betrachtet werden.“ (Graumann, Lindemann 2010: 295)

Bereits Parsons thematisierte Mitte des 20. Jahrhunderts im Zuge seiner strukturfunktionalistischen Untersuchungen Aspekte der Gesundheit und Krankheit und die Weise, wie diese gleichermaßen auf die ganze Gesellschaft anwendbar sind. Er erwähnt bereits die kulturellen und sozialen Faktoren, die neben der rein medizinischen Definition von Krankheit zum Tragen kommen. So wird der Begriff „disease“, welcher den biologischen Krankheitszustand beschreibt, durch den der „illness“ ergänzt, wodurch die individuell empfundene und gesellschaftlich zugeschriebene Komponente von Krankheit ergänzt wird (Graumann, Lindemann 2010: 296).

Trennschärfer wird die Unterscheidung zwischen der körperlichen, der individuell erlebten sowie der gesellschaftlich zugeschriebenen Komponente von Krankheit von Andreas Zempleni gehandhabt. „Disease“ und „illness“ werden von ihm durch den Begriff „sickness“ ergänzt. Dieser beschreibt die soziale Rolle und Relevanz, die einer Krankheit durch die Gesellschaft beigemessen wird, was sich wiederum auf das individuelle Erleben dieser auswirkt (Béliard, Eideliman 2014: 507-508).

2.2. Soziale Klasse im medizinischen Kontext

Anschließend an die eben eingeführte Komponente des Sozialen im gesundheitsbezogenen Kontext wird in den folgenden Abschnitten die soziale Klasse als einflussnehmender Faktor im Kontext ärztlicher Gespräche thematisiert. Ausgangspunkt hierfür bilden die Auseinandersetzungen des französischen Soziologen Luc Boltanski, dessen Überlegungen hilfreich sind, um sozial determinierte Differenzen in der Gesundheitswahrnehmung von Patient*innen und Ärzt*innen beschreibend zu ergründen. Dieser fasst die sozialen Klassen nicht als fixe objektive Kategorien auf. Stattdessen entstehen diese konstruierten Unterscheidungen als Resultat von Klassifikationsprozessen, welche ein immanentes Aushandeln und Positionieren der Individuen im sozialen Gefüge bedeuten. Der Prozess der

klassenspezifischen Distinktion manifestiert sich in den Praktiken oder Denkweisen der Individuen (Boltanski, 1971: 209). Demnach wird in dieser Arbeit davon abgesehen, die soziale Klasse durch messbare Faktoren zu klassifizieren. Stattdessen erfolgt die Zuordnung mehr anhand interpretierter Verhaltensweisen und Denkstrukturen sowie im empirischen Teil durch die Proband*innen selbst. Durch das Interesse, das diese Arbeit auf Nachteile vulnerabler Gruppen richtet, die in der ärztlichen Gesprächsführung strukturelle Benachteiligung erfahren, wird zwischen „privilegiert“ und „weniger privilegiert“ unterschieden.

2.3. Soziale Klasse als Determinante einer verständnisbasierten Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen nach Luc Boltanski

2.3.1. Eine pragmatische Soziologie als Erklärungsinstrument

Um den Blickwinkel des französischen Soziologen Luc Boltanski einzunehmen und sich der ärztlichen Kommunikation als Interessensgebiet zu nähern, muss zunächst seine Denkweise verstanden und nachgezeichnet werden. In seinen früheren Jahren des Wirkens orientieren sich die soziologischen Analysen Boltanskis weniger an einer kritischen Auseinandersetzung mit sozialen Zusammenhängen. Vielmehr wird systematisch und deskriptiv nachgezeichnet, auf welche Werte und Normen Akteur*innen ihr Handeln basieren. Dabei wird von der Annahme abgesehen, die Gesellschaft unterliege einer starren Ordnung. Stattdessen muss erkannt werden, dass sich die Rahmenbedingungen stets reorganisieren, was eine klare Distanzierung von der in der Soziologie verbreiteten Konzeption einer übergeordneten Struktur bedeutet. Mit ihren Handlungen und Denkweisen formen die Akteur*innen stets neue Ordnungen des gesellschaftlichen Zusammenlebens, welche sich nicht a priori fassen lassen (Bogusz, 2013: 314, 319). Die ärztliche Gesprächssituation unterliegt ebenfalls, so lässt sich in weiteren Ausführungen der Arbeit erkennen, keiner starren Regelmäßigkeit, welche im Vorfeld identifiziert werden kann. Die Verhältnisse und Beziehungen, die beschreiben, wie Patient*innen und Ärzt*innen zueinanderstehen, sind im Begriff, sich stets zu formieren und somit erkennbare und analysierbare Zusammenhänge zu bilden.

2.3.2. Die Verständnisfrage im ärztlichen Gespräch ist eine soziale Frage

Um ergründen zu können, weshalb sich gesellschaftliche Vorprägungen durch die soziale Herkunft der Patient*innen sowie der Ärzt*innen auf Interaktionen dieser Parteien im ärztlichen Gespräch auswirken, werden die theoretischen Auseinandersetzungen des Pariser Soziologen Luc Boltanski herangezogen. Um das theoretische Fundament des Soziologen, welcher sich mit den sozialen Dimensionen des Gesundheitssystem und der medizinischen Praxis beschäftigt, in seinem theoretischen Reichtum darlegen zu können, werden zwei seiner Werke zu dieser Thematik zentrale Aufmerksamkeit geschenkt. Zentrale Gesichtspunkte aus beiden theoretischen Auseinandersetzungen werden in der Folge das Gerüst der empirischen Untersuchung sowie in der Konstruktion der thematischen Schwerpunkte der Interviews als auch der inhaltlichen Analyse dieser bilden.

Das Buch „*Les usages sociaux du corps*“, also die sozialen Nutzungen des Körpers, wurde erstmals 1971 veröffentlicht. In dieser Abhandlung untersucht der französische Soziologe, wie die soziale Hierarchie und der Klassenhintergrund die medizinische Praxis und das Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis beeinflussen. Dabei stützt sich die Präsentation der theoretisierten Ergebnisse auf eine Kombination aus theoretischen Überlegungen aber auch empirischen Untersuchungen. Die Daten, mit denen Boltanski seinen theoretischen Rahmen konstruiert, basieren auf empirischen Untersuchungen über die Erfahrungen Patient*innen verschiedener sozialer Schichten aus dem Kontext der medizinischen Praxis.

Um das medizinische Konsumverhalten der einzelnen sozialen Milieus beschreiben zu können, stützt sich Boltanski in diesen Ausführungen auf quantitativen Daten zum Gesundheitsverhalten der französischen Bevölkerung (n=150) auf nationaler Ebene und unterteilt diese in sozio-ökonomische Kategorien. Ebenso werden qualitative Beobachtungen ärztlicher Gespräche (n=70) sowie Befragungen von Ärzt*innen (n=30) zu diesen Zwecken ergänzend angeführt, um ein tieferes Verständnis über die klassenspezifischen Einflussgrößen in Gesundheitsfragen benennen zu können (Boltanski, 1971: 209, 210).

Klassenabhängige Unterschiede in der Auffassung von gesundheitsförderlichem Verhalten sowie die Einstellung zur eigenen Sterblichkeit sind richtungsweisend und deuten darauf hin, dass der sozioökonomische Hintergrund strukturweisend für das Verständnis und das Verhalten rund um Gesundheitsbelange ist. Ebenso sind Unterschiede in der Artikulation von Beschwerden erkennbar. Weniger spezifisch und differenziert fallen die Beschreibungen der

Schmerzen aus, welche Menschen, die den weniger favorisierten sozialen Schichten angehörig sind, artikulieren (Boltanski, 1971: 211, 212).

Die theoretische Tradition, in welche sich die Ausführungen Boltanskis in diesem Zusammenhang verorten lassen, ist jene des ebenfalls französischen Soziologen Pierre Bourdieu. Die gesundheitlichen Regeln, welche implizit durch den klassenspezifischen Geschmack und die Vorlieben der Menschen gleicher sozialer Herkunft zustande kommen, beweisen, dass die klassenspezifische Ausprägung von habitualisierten Strukturen rund um Gesundheitsfragen keineswegs biologisch, sondern sozial zu begründen sind (Boltanski, 1971: 209).

Im Folgenden wird dargelegt, welche Ergebnisse aus diesen theoretischen und empirischen Auseinandersetzungen für weitere klassenzentrierte Überlegungen zu folgern sind.

Konstatiert wird eine Asymmetrie in der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung, welche durch soziale Faktoren zu Nachteilen jener Patient*innen führt, welche im sozialen Raum zu den Ärzt*innen entfernter verortet sind. Es wird argumentiert, dass das Machtgefälle zwischen Ärzt*innen und Patient*innen dazu führt, dass Mediziner*innen aufgrund ihres Wissens über die medizinische Aufklärung eine Position einnehmen, von der aus sie über die Weitergabe dieses Wissens entscheiden können. Boltanski postuliert, dass Menschen mit hohem sozio-ökonomischen Kapital durch die enge Verortung im sozialen Raum mit ihren behandelnden Ärzt*innen weniger soziale Distanz überwinden müssen, als dies bei Patient*innen benachteiligter sozialer Schichten der Fall ist. „Ein leichter Dialog“ (Boltanski, 1971: 213) mit eben diesen automatisch bevorzugten Gruppen zeugt von einer Kommunikation, die im Gegensatz zu Gruppen abweichender sozialer Herkunft nicht nur durch eine verständnisbedingte Distanz geprägt ist. Aufgrund des vereinfachten gegenseitigen Verständnisses profitieren die bevorzugten sozialen Schichten von ausführlicheren Erklärungen im ärztlichen Gespräch (Boltanski, 1971: 212, 213).

Medizinische Kompetenz spricht Boltanski jenen Schichten zu, die über ein hohes sozio-ökonomisches Kapital verfügen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass ihr Wissen über medizinische Zusammenhänge im Austausch mit den Ärzt*innen bereichert wird, da im ärztlichen Gespräch an einem bereits vorhandenen Wissensstand in der Artikulation von Beschwerden angeknüpft werden kann. Dadurch kommen eben diese Patient*innen in eine

bevorzugte Position in der sie Autonomie in dem Meistern ihrer eigenen Gesundheitsbelange erlangen (Boltanski, 1971: 215). Demnach stellt Boltanski nicht die Soziolinguistik als alleinige Erklärungsgröße in den Vordergrund. Er betont, dass die Möglichkeit des Wissenserwerbs klassenabhängig ist.

Anknüpfend an der Erkenntnis, welche sozialen Milieus eher in der Lage sind, sich dem medizinischen Wissen anzunehmen um dieses als Werkzeug in der Artikulation von Beschwerden zu nutzen, beschreibt Boltanski, dass Ärzt*innen weniger fachliche Informationen an Patient*innen aus benachteiligten sozialen Schichten weitergeben. Als Grund wird eben die als nicht im ausreichenden Maße vorhanden eingeschätzte Fähigkeit der benachteiligten Schichten erachtet, medizinische Inhalte und Fachsprache verstehen zu können, sodass tiefgreifende Erklärungen im Austausch mit diesen Patient*innen ausgespart werden (Boltanski, 1971: 216).

2.3.3. Die Aggregation der sozialen Klassen auf die Verständigung im ärztlichen Kontext

Aufschluss darüber, wie sich die klassenspezifischen und körperbezogenen Denktraditionen formen und in der Folge manifestieren, gibt das Werk von Luc Boltanski mit dem Titel „*Prime éducation et morale de classe*“, also Bildung und Klassenmoral, welches 1969 erstmals erschien.

Über die Beschreibungen in den oben dargelegten Ausführungen über die somatische Kultur geht dieses Werk dementsprechend hinaus, als dass beschrieben wird, wie sich die klasseneigenen Denkstrukturen aus einem Kategoriensystem heraus aggregieren sowie welche dieser Deutungsansprüche auf welche Art gewichtet werden. Ebenso geht aus dieser theoretischen Auseinandersetzung hervor, weshalb eine verständnisbasierte Gesprächsführung zwischen Ärzt*innen und Personen aus ebenfalls hohen sozialen Schichten reibungsloser geschehen kann.

Um die sprachlich basierte Komponente der ärztlichen Kommunikation zu verdeutlichen, wird auf eine Umfrage des IFOP (Institut français d'opinion publique) verwiesen. Diese zeigt, dass der Anteil der Menschen, die glauben, dass ihr behandelnder Arzt unverständliches Vokabular verwendet, je nach Klassenzugehörigkeit unterschiedlich hoch ist: Je niedriger die soziale

Klasse, desto höher ist der Anteil. So sind es 49% der Landwirte, 47% der Arbeiter, 36% der Angestellten und 23% der Führungskräfte, die von dieser Verständnisproblematik berichten (Boltanski, 2018: 74).

Um die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen aus der Unterschicht zu verstehen, ist laut Boltanski die Erkenntnis essenziell, dass die Ärzt*innen ihrer Ausbildung geschuldet der Oberschicht angehörig sind. Es ist der Klassenunterschied und vor allem das Bildungsniveau, welche die Vermittlung von medizinischen Inhalten beeinträchtigt. Das Verwenden von Fachvokabular erhöht die sprachliche Distanz zwischen den beiden Klassen, die in der ärztlichen Interaktion aufeinandertreffen. Diese Diskrepanz in der Ausdrucksform ist, so der französische Soziologe, zu einem gewissen Maße auf lexikologische sowie auf syntaktische Unterschiede zurückzuführen (Boltanski, 2018: 74).

Doch dass der Rückschluss auf eine Diskrepanz auf sprachlicher Ebene zwischen den Mediziner*innen und den Patient*innen aus weniger privilegierten Schichten nicht die alleinige Erklärung einer scheiternden ärztlichen Kommunikation in der Interaktion mit eben diesen Gruppen ist, zeigen die weiteren Ausführungen Boltanskis deutlich. Tiefgreifender ist seine Analyse jener Faktoren, die ursächlich für ein divergierendes Verständnis von Krankheit, Gesundheit und dem eigenen Körper zugrunde liegen und folglich eine Erschwernis für die verständnisbasierte Kommunikation und Vermittlung medizinischen Fachwissens darstellt. Ein unterschiedliches Verständnis des eigenen Körpers, welches durch die soziale Herkunft und die damit verbundenen Denkstrukturen geprägt ist, wird als wichtiger Faktor für den Erfolg eines verständnisvollen ärztlichen Gesprächs genannt (Boltanski, 2018: 76).

Die Situiertheit des Wissens über medizinische Inhalte ist ebenfalls eine erklärende Variable, welche Boltanski in seinen Ausführungen als wirkungsvoll erachtet. Wer sich diesem Wissen ermächtigt und welche Instanz das Wissen vermittelt, erklärt der Pariser Soziologe, erweist sich als Möglichkeit nachzeichnen zu können, welche Personen unmittelbarer an der Quelle des medizinischen Wissens verortet sind und für welche Personengruppen ein Abstand zu diesem Wissen zu einer Distanz zu dem ärztlich Vermittelten wird (Boltanski, 2018: 75).

Ebenfalls als erklärender Parameter für das häufige Erschwernis, welches im Zusammenhang mit der ärztlichen Kommunikation mit Patient*innen aus weniger privilegierten Schichten zu erkennen ist, ist der sich unterscheidende Umgang im Zusammenhang mit neuem

medizinischen Wissen. So begründet Boltanski die Klassenabhängigkeit der Art und Weise, wie starr die medizinischen Dogmen von sozialen Klassen sind oder wie einfach diese revidiert werden können (Boltanski, 2018: 87).

2.3.4. Somatische Kultur von Ärzt*innen und Patient*innen determiniert durch soziale Situiertheit

Die zugrundeliegende Dynamik, die in dieser theoretisierenden Auseinandersetzung Boltanskis mit den klassendeterminierten Strukturdynamiken im ärztlichen Gespräch als Ausgangspunkt für das divergierende Kommunikationsverhalten der Ärzt*innen identifiziert wird, ist die „culture somatique“ (Boltanski, 1971: 217). Sprich, die somatische Kultur dient als Erklärungsinstrument.

Die "culture somatique" bezeichnet die körperlichen und gesundheitlichen Praktiken sowie die Wahrnehmungen und Einstellungen, die eng mit der sozialen Herkunft und dem sozialen Milieu verbunden sind. Boltanski zeigt auf, dass Menschen aus unterschiedlichen sozialen Schichten verschiedene körperliche und gesundheitliche Kulturen entwickeln, die ihre Erwartungen, ihr Verhalten und ihre Kommunikationsmuster im medizinischen Kontext prägen (Boltanski, 1971: 217). Die Analyse der milieuspezifischen Herangehensweisen an körperzentrierte Themen ist jedoch nicht auf den medizinischen und gesundheitsorientierten Bereich beschränkt. Vielmehr lassen sich die Körperpraktiken auch in Fragen der Ästhetik oder in der Einstellung zu Ernährungsfragen erkennen.

Während privilegierte Schichten ihr Essverhalten in Verbindung mit ihrem gesundheitlichen Nutzen begreifen und viel Wert auf eine ausgewogene Ernährung legen, konzentrieren sich Menschen aus weniger privilegierten Schichten überwiegend auf eine Kost, die kräftigend ist und besonders viel Energie liefert.

Das Sportverhalten variiert ebenfalls bezogen auf die soziale Herkunft. Je höher die soziale Schicht desto stärker ist der Sport als gesundheitsfördernde Maßnahme für Frauen wie für Männer vertreten, während es auf der anderen Seite in weniger privilegierten Schichten eine Männerdomäne bleibt (Boltanski, 1971: 223).

Ebenfalls lassen sich Unterschiede in der Einstellung gegenüber Alkohol erkennen. Während der Konsum alkoholischer Getränke in privilegierten sozialen Schichten vorwiegend mit Mäßigung zusammenhängt, wird diesem in anderen sozialen Schichten ebenfalls eine stärkende

Komponente zugesprochen, weshalb die Menge des Konsums dort weitaus höher ist (Boltanski, 1971: 219, 220, 229).

Die Aufmerksamkeit, welche auf aktivem Weg dem Körper zukommt, ist laut den Folgerungen Boltanskis ebenfalls klassendeterminiert. Während Menschen aus bevorzugten Schichten stets bemüht sind, Ursachen einer Erkrankung so weit wie möglich im Voraus erahnen zu können, so wird in benachteiligten Schichten das körperliche Manko erst als solches erachtet, wenn die Schwächung des Körpers bereits eingetroffen ist und die Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit dessen in alltäglichen Abläufen präsent wird (Boltanski, 1971: 221-222). Ebenso ist laut Boltanski bereits die Einstellung dahingehend, wann und wie häufig Ärzt*innen konsultiert werden, klassencharakteristisch. Personen aus privilegierten Schichten ist die gesundheitliche Vorsorge sehr wichtig, wohingegen Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten, die in ihren Augen sehr hoch eingeschätzte Frequenz ärztlicher Besuche privilegierter Schichten belächeln (Boltanski, 1971: 219, 230).

Für die klassenbedingten Differenzen lässt sich der ebenfalls von Boltanski aufgegriffene Begriff des Habitus erklärend anführen. Der auf den Körper bezogene Habitus wird unter den Mitgliedern einer spezifischen sozialen Gruppe geteilt und wirkt wie ein „System aus Regeln, welches tief internalisiert“ (Boltanski, 1971: 225) ist. Die Einzelperson trägt dieses durch das soziale Milieu erworbene Denk- und Handlungsmuster in sich, was sich in den einzelnen kleinteiligen Praktiken rund um Gesundheit, Krankheit und Körperlichkeit finden lässt.

Auf Grundlage der Erkenntnisse über die klassenbedingte Körperwahrnehmung muss anerkannt werden, dass Ärzt*innen dem Verhalten, das daraus resultiert, oft eine moralische Bewertung zuschreiben. Das liegt daran, dass bestimmte Lebensweisen durch die Mediziner*innen als gesünder angesehen werden als andere. Weiter zeigt sich in der unterschiedlichen Herangehensweise an Gesundheitsfragen und Körperpraktiken eine klare Differenz zwischen Personen aus weniger privilegierten Schichten und Patient*innen aus privilegierteren sozialen Schichten. Diese Unterschiede in den Gesundheitsvorstellungen können dazu führen, dass Patienten aus weniger privilegierten Schichten die Erklärungen und Empfehlungen der Ärzt*innen nicht vollständig verstehen oder akzeptieren (Boltanski, 1971: 216).

Dass der Grund für jenes gescheiterte Verständnis nicht ausschließlich auf der Seite der Patient*innen liegt, denen es an Aufnahmefähigkeit und Interpretationskompetenz zu mangeln scheint, sondern auch auf der Seite der Mediziner*innen verortet ist, zeigen die Erkenntnisse Boltanskis über die stark voneinander abweichenden somatischen Kulturen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen aus sozial schwächeren Schichten. Es sind demnach nicht lediglich die Verständnishürden, welche sich durch das ärztliche Verbalisieren von medizinischen Inhalten problematisch auf die Interaktion auswirken. Vielmehr erschwert es die Fähigkeit, das Verständnis für die unterschiedliche Lebensweise des Gegenübers aufzubringen oder die eigene soziale Situiertheit im Vergleich zu jener der Interaktionspartner*innen zu kontextualisieren, um ein besseres gegenseitiges Verstehen zu ermöglichen (Boltanski, 1971: 217).

Es ist demnach nicht die Erkenntnis, dass Ärzt*innen und Patient*innen aus unterschiedlichen Schichten nicht die gleiche Sprache sprechen, die die Problematik zeichnet. Relevanter ist gemäß den Ausführungen Boltanskis, dass die Bereitschaft der Ärzt*innen medizinische Sachverhalte ausführlich zu vermitteln, von der sozialen Herkunft der Patient*innen abhängt. Lange Erklärungen zu Diagnosen und medizinischen Anweisungen erhalten lediglich jene, die von den Mediziner*innen als gebildet genug erachtet werden, um das zu verstehen, was man ihnen erklären wird. 20% der hierfür befragten Ärzt*innen gaben an, teilweise widerwillig Informationen zu geben und teilweise auf blindes Vertrauen zu setzen. Die Dunkelziffer derer, die diese Aussage nicht bereitwillig über ihre eigene kommunikative Kompetenz machen würden, ist höher zu vermuten. Ausgeführt werden Erklärungen den Erkenntnissen Boltanskis zufolge erst dann, wenn das Gegenüber so eingeschätzt wird, dass ein unverzerrtes Verständnis möglich ist. Vorwiegend im kommunikativen Austausch mit Personen höherer sozialer Schichten werden die zu behandelnden Personen als fähig eingeschätzt, den Ausführungen der Mediziner*innen folgen zu können. Es ist folglich so, dass Patienten aus niedrigeren Schichten mehr unkommentierte Anweisungen erteilt werden, als dass ihnen argumentative Ratschläge vermittelt werden (Boltanski, 2018: 75).

Was der Personalisierung der Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion mit den unteren Schichten hinderlich ist, sind nicht nur die wenig frequenten und nicht lange dauernden Sitzungen oder die mangelnden finanziellen Mittel. Auch ist das Vertrauen dieser Patient*innen den Ärzt*innen gegenüber geschwächt, da ihre gesundheitlichen Gewohnheiten nicht jenen der Ärzt*innen entsprechen und sie deshalb ihre Beschwerden und die einhergehenden intimen Emotionen dem

Ärzt*innen gegenüber nicht verständlich machen können. Das ärztliche Gespräch dauert demnach bei Patient*innen aus den unteren Schichten weniger lange (Boltanski, 2018: 78).

Es kommt hinzu, dass die von Ärzt*innen praktizierte Techniken sich aufgrund der gehinderten Kommunikation den Patient*innen aus weniger privilegierten Schichten gegenüber diesen nicht rational erschließen. Dies lässt sich ebenfalls auf den sozial erlernten Körperumgang und dem Verhältnis mit der eigenen Gesundheit zurückführen.

Hinsichtlich der oberen sozialen Schichten ist hingegen zu beobachten, dass jene Gruppen Erklärungen zu den Maßnahmen bekommen, da sich hier die Interagierenden im ärztlichen Gespräch kulturell gleichgesonnen fühlen. Sie sind in der Lage, das Vermittelte auf das eigene Repertoire an medizinischen Regeln zurückzuführen und mit diesem in Einklang zu bringen. Dieses Vorwissen ist durch die Schulbildung oder durch die von spezifisch diesen Schichten konsumierten Medien erlangt. Der französische Soziologe nennt an dieser Stelle exemplarisch das klassenbedingte Wissen über Diätetik, Asepsis oder Vererbung, das durch die unterschiedlich gearteten Wissensquellen eine verschiedene Interpretation beigelegt wird (Boltanski, 2018: 79).

Ärzt*innen teilen mit solchen Patient*innen die gleiche „gewohnheitsbildende Kraft“, was so viel bedeutet, dass sie die gleichen „geistigen Gewohnheiten“ pflegen und somit ein gemeinsamer Nenner in der Auffassungsgabe zu finden ist (Boltanski, 2018: 79).

Das Verständnis, welches die verschiedenen Klassen im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit bilden geht Hand in Hand mit der klassenspezifischen Einstellung der Menschen zu ihrem Körper (Boltanski, 2018: 96).

Auch das Verhältnis zu der Gesundheit und die Definition dieser ist durch die soziale Klasse determiniert, so ist auch das Verhältnis zur Medizin unterschiedlich, wobei Menschen aus höheren Schichten ein engeres Verhältnis zu dieser pflegen. Die oberen Schichten haben, vor allem durch den Faktor der Prävention, das Gefühl Kontrolle über ihren Krankheits- und Gesundheitszustand zu haben. Für die unteren Schichten wird die Krankheit als etwas plötzlich und unverhofft Eintretendes erlebt. Für diese sozialen Gruppen ist Krankheit mit Schmerzen gleichzusetzen. Die Arbeiterklasse reduziert die Krankheit auf die spürbare Symptomatik, während Menschen aus den höheren Schichten die Symptomatik der Krankheit nur als Indiz für ihren Gesundheitszustand sehen, welcher jedoch nicht auf eine manifestierte Krankheit schließen lässt. Zweitere Gruppe sieht den Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit fließend und durch medizinische präventive Maßnahmen steuerbar (Boltanski, 2018: 97-99).

Diesen zwei verschiedenen Auffassungen von Krankheit und Gesundheit liegt, so betont Boltanski in seinen Ausführungen, ein verschiedenes Verhältnis zum eigenen Körper zugrunde. So variiert die Art, wie über den Körper gesprochen wird. Damit unterscheidet sich das verwendete Vokabular, um über körperliche Beschwerden oder gesundheitliche Themen zu sprechen (Boltanski, 2018: 100-101).

2.3.5. Ärzt*innen als Sender, Patient*innen als Empfänger medizinischen Wissens

Boltanski identifiziert in seinen Ausführungen ein steiles Gefälle zwischen den Rollen der Patient*innen unterschiedlicher sozialer Hintergründe. Es sind nicht nur die Mediziner*innen, welche als alleinige Wissensquelle medizinische Inhalte vermitteln.

Distinguiert wird die Oberschicht als „Sender“ von der Unterschicht als „Empfänger“ medizinischer Erkenntnisse und den daraus abzuleitenden Verhaltensdogmen, welche von „oben nach unten“ zirkulieren (Boltanski, 2018: 83). Somit macht sich die Oberschicht das Wissen als erstes zu eigen, bevor dieses in Folge weiter an die unteren Schichten übermittelt wird. Fragmentarisch sind jedoch die Bruchstücke, welche aus dem System des Wissensrepertoires in die unteren Schichten schwappen. Das Wissen der unteren Schichten wird von Boltanski als „Krümelwissen“ beschrieben. Diese Regeln erheben sich über die Menschen und scheinen auf diese Weise allgemeingültig mit dogmatischem Wahrheitsanspruch (Boltanski, 2018: 83).

Dadurch, dass sich diese Glaubenssätze dem medizinischen Kontext entziehen, werden häufig gesundheitsfördernde Techniken angewandt, ohne den dahinterliegenden Sinn zu kennen. Beispielhaft verweist Boltanski auf die Gepflogenheit des Sterilisierens der Babyflasche, welche sich gesamtgesellschaftlich durchgesetzt zu haben scheint, ohne dass allgemein der genaue Sinn dahinter geläufig ist. Oft wird sich die Kausalität hinter den durch diese sich gesellschaftlich verbreitenden medizinischen Verhaltensmaximen entstehenden Handlungen eigens zusammengereimt und plausibilisiert (Boltanski, 2018: 83).

Entgegen der medizinischen Ideologie sind es meist die Ärzt*innen und nicht die zu behandelnden Patient*innen, welche das ärztliche Gespräch nach ihren Vorstellungen leiten. Die zu Behandelnden können wenig personalisierend auf den Verlauf des Gespräches einwirken. Die Patient*innen werden in einer demütigen Rolle beschrieben, denn sie nehmen

eine Haltung ein, indem sie versuchen, das Intervenieren in die ärztliche Kompetenz zu vermeiden.

Es ist jedoch erkennbar, dass die Patient*innen, wenn medizinischer Rat zur Gesundheit ihres Kindes ersucht wird, versuchen, durch spezifische Bemerkungen zu ihrem Kind, die Situation zu personalisieren, um der professionellen Interaktion mit den Ärzt*innen eine individuelle Komponente beizufügen. Jedoch sind es die Patient*innen aus der Oberschicht, deren persönliches Krankheitsbild einen bleibenden Eindruck nach dem Patient*innenkontakt seitens der Ärzt*innen hinterlässt (Boltanski, 2018: 76-77).

2.3.6. Die Positionierung des Wissens

Deutungsmuster und das Wissen über die Außenwelt entstehen im Kontext des sozialen Milieus, in dem sich ein Mensch bewegt. Die Techniken, welche das Wissen beeinflussen, können von Individuum zu Individuum variieren, jedoch gleichen sich die Formen und Muster, wie das Wissen aufgenommen, verarbeitet und neu gedacht wird mit jener der anderen Mitglieder der sozialen Gruppierung, oder der sozialen Schicht.

Der Rahmen der Wissensvermittlung ist demnach durch die soziale Klasse vorgeschrieben und wird durch das Individuum nicht überschrieben (Boltanski, 2018: 87-88).

Weshalb eine verständnisbasierte Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen privilegierter sozialer Schichten leichter gewährleistet ist, argumentiert Boltanski mit der sich gleichenden Weise, wie mit neuem Wissen umgegangen wird.

Ist die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen aus der Unterschicht das Verständnisinteresse, so muss erkannt werden, dass die Ärzt*innen ihrer Schulbildung und ihres Wissens geschuldet der Oberschicht angehörig sind. Es ist der Klassenunterschied und vor allem das Bildungsniveau, welche die Vermittlung von medizinischen Inhalten beeinträchtigen. Das Verwenden von Fachvokabular erhöht die sprachliche Distanz zwischen den beiden Klassen, die in der ärztlichen Interaktion aufeinandertreffen. Diese Diskrepanz ist neben der Ausdrucksform, sprich in lexikologischen sowie syntaktischen Unterschieden, auch in den habitualisierten Denkmustern zu finden (Boltanski, 2018: 74).

Die Denkkategorien, welche verwendet werden, ähneln sich bei Ärzt*innen und Patient*innen privilegierter Schichten, wovon das gegenseitige Verständnis profitiert. Boltanski argumentiert dies mit Verweis auf das Wissen über eine kindgerechte Erziehung. So soll eine längere

Schulbildung stärkeren positiven Einfluss auf das Wissen zur Kindererziehung haben als eine absolvierte Ausbildung in der Kinderpflege, da weniger die Aneignung von zeitgemäßen Techniken der Kindererziehung als vielmehr ein Fundament der allgemeinen Haltung neuen Wissens gegenüber, positiven Einfluss auf den Erwerb zielführender Strategien hat. Es ist der Habitus der Fähigkeit mit neuem Wissen umzugehen, welcher sich als wirksam erweist. Hat man dieses Fundament nicht, erscheinen einem die ärztlichen Ausführungen weniger rational (Boltanski, 2018: 79-80).

Zurückzuführen ist der Erwerb der Fähigkeit neues Wissen nutzen zu können und weniger an veralteten Denkdogmen festzuhalten auf die wissenschaftlich orientierte höhere Schulbildung, welche vorwiegend Personen höherer sozialer Schichten genießen. Sie glauben folglich mehr an wissenschaftliche Zusammenhänge, weshalb sich ihr Interesse auf jene Erklärungsansätze richtet. Ebenso herrscht bei diesen Personengruppen die Sensibilität dafür, dass Wissen kumulativ ist, woraus folgt, dass Fortschritt sowie neues Wissen, welches dazugewonnen wird, eine positive Konnotation haben. Auf diese Weise besteht eine stetige Offenheit, das eigene, gegebenenfalls überholte Wissen, durch den neuen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu ersetzen (Boltanski, 2018: 79).

Vor allem in der Mittelschicht scheint jene Dynamik besonders präsent, dass zwischen den rückständigen Regeln und den neuen Erkenntnissen und Hinweisen der Ärzt*innen abzuwägen ist. Die Unsicherheit gibt es in höheren Schichten weniger, da die von den Ärzt*innen vermittelten Regeln aufgrund ihrer wissenschaftlichen Herkunft in ihrem Geltungsanspruch nicht hinterfragt werden und folglich ihre Gültigkeit weniger angezweifelt wird.

Menschen aus der Unterschicht hinterfragen oft nicht eigenständig ihr oft veraltetes Wissen, was das Misstrauen gegenüber dem durch Ärzt*innen Vermittelten schürt. Laut der Ausführung Boltanskis ist der Schlüssel zu einer intellektuellen Haltung die Bildung, welche die Reflexionsfähigkeit schult und das, was bis dato als gültig erachtet worden ist, zu erweitern oder seine eigenen Denkstrukturen neu zu knüpfen oder zu ersetzen (Boltanski, 2018: 81-82).

Jedoch ist das Kategoriensystem der unteren Schichten, mithilfe dem medizinisches Wissen begriffen wird, veraltet. Dementsprechend müssen die in der Wissenschaft und in dem Verständnisgebrauch der oberen Schichten genutzten Kategorien erst in die Sprache der unteren Schichten übersetzt werden, sodass sie mit dem Rahmen des zu überschreibenden Wissensstandes verknüpfbar sind (Boltanski, 2018: 88).

Am Beispiel der Auffassung einer gesunden Ernährung wird klar, dass die Kategorie des nahrhaften Essens von den verschiedenen Schichten unterschiedlich interpretiert wird. Während untere Schichten ihr Augenmerk auf die stärkenden Eigenschaften von Essen legen, ist für Menschen der oberen Schichten der Gesundheitsfaktor des Essens wichtig. Zweitere sehen nicht den nährenden Faktor des Essens als zentral, sondern fürchten hingegen eine Gewichtszunahme bei einer reichhaltigen Ernährung. Der Körper soll durch vitaminhaltige und kalorienarme Kost genährt werden, ohne dabei beschwert zu werden (Boltanski, 2018: 94-95). An diesen Denktraditionen wird festgehalten, was den Durchbruch neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Gesundheitsbelange bedeutend hindert.

Zentral in diesem Zusammenhang ist, auf welchem Weg Zugang zu dem medizinischen Wissen geschaffen wird. Während Menschen aus unteren Klassen medizinischen Rat neben der direkten ärztlichen Konsultation auch im Freundeskreis oder in der Apotheke einholen, so besetzen Menschen aus höheren Schichten allein die Ärzt*innen mit der medizinischen Legitimitätshoheit. Nicht selten wird sogar unter der Auswahl an Ärzt*innen nach jener mit der meisten Expertise auf dem benötigten Gebiet gesucht. Gängigerweise wird sogar gebilligt, diesen aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Das lässt sich darauf zurückführen, dass im Falle der Patient*innen aus der Oberschicht, die Ärzt*innen der gleichen sozialen Schicht entstammen. Zu den Hausärzt*innen pflegt man häufig ein noch engeres Verhältnis, so sind diese nicht selten aus dem engen sozialen Umfeld oder gar aus der Familie der Patient*innen privilegierter Herkunft (Boltanski, 2018:73).

Zentral in den Vordergrund wird von Boltanski in diesen Ausführungen die These gerückt, dass Wissen gesellschaftlich immer von oben nach unten zirkuliert, nicht aber umgekehrt. Speziell bezogen auf medizinische Wahrheiten lässt sich konstatieren, dass diese durch die Mediziner*innen geformt werden, an Menschen privilegierterer Schichten weitergegeben und dann in Folge zeitversetzt und fragmentiert in den medizinischen Kanon weniger privilegierterer Schichten aufgenommen werden. Am Zeitgeschehen, was den medizinischen Wissensstand und dessen Evolution betrifft sind jene besonders nahe, die einer privilegierten sozialen Schicht angehören sind (Boltanski, 2018: 135-136).

Die aus der beschriebenen Dynamik entstandene Rückständigkeit des medizinischen Wissens von Menschen aus weniger privilegierten Schichten, welche bezogen auf den wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht am Zahn der Zeit sind, erklärt Boltanski durch den

weniger ausgebildeten „Geschmack für das Neue“ (Boltanski, 2018:70). Dies ist, so Boltanski, vergleichbar mit dem Gefälle zwischen zwei Generationen, welches in der Offenheit neuen Erkenntnissen gegenüber zu konstatieren ist. Die „konservative Mutter“ kann der Geschwindigkeit, mit der sich die „moderne Tochter“ an dem aktuellen Wissensstand orientiert, nicht mithalten (Boltanski, 2018: 69). Doch betont er weiters, dass die klassenabhängige Umgangsweise mit neuem Wissen keine Generationenfrage ist, sondern innerhalb Altersklasse zwischen sozialen Milieus zu finden ist (Boltanski, 2018: 69).

Boltanski veranschaulicht diese These anhand der Beobachtung, auf welcher Grundlage Annahmen von Müttern über die richtige Ernährungsweise von Kindern entstehen. Er erkennt, dass Mütter aus den unteren sozialen Schichten mit ihrem Wissen über Kinderernährung den aktuellen medizinischen Erkenntnissen hinterherhinken. Er führt dies auf deren Stellung in der sozialen Hierarchie zurück, da sie wenig Kontakt oder soziale Nähe zu Träger*innen medizinischen Wissens, sprich zu Ärzt*innen und Personen aus privilegierten Schichten mit einer ausgeprägteren Offenheit medizinischen Wissens gegenüber haben.

Demnach halten sie nicht selten an Regeln fest, die in der Medizin bereits als überholt gelten (Boltanski, 2018: 69).

Doch entgegen dem, was anlässlich des Glaubens an teils überholte Dogmen anzunehmen wäre, wird die ärztliche Autorität der Mediziner*innen nicht angefochten. Boltanski veranschaulicht, dass sich um die Jahre 1900 die medizinische Institution als legitimatorische Einrichtung etablierte, welche die Autorität in Gesundheitsfragen innehat. Ärzt*innen sind seither in der Lage, rationale Regeln über Krankheit und Gesundheit zu formen und zu verbreiten. Auch bezogen auf das von Boltanski angeführte Beispiel um das Wissen über eine gesunde Ernährung von Kindern ist zu konstatieren, dass Ärzt*innen die einzige Instanz bilden, welche Ratschläge und sogar Regeln in diesem Kontext unterbreiten können (Boltanski, 2018: 45).

3. Forschungsstand

Der hier angeführte Bezug auf bereits bestehende Auseinandersetzungen rund um die Klassenfrage im medizinischen Bereich dient dem Aufgreifen bereits bestehenden Potenzials und dem Erweitern der angeführten Ansätze in den weiteren Teilen dieser Arbeit.

Zunächst soll der Blickwinkel, welcher eine soziolinguistische Perspektive einbringt, aufgegriffen werden, um diesen zugunsten anderer Herangehensweisen, die über die sprachlichen Differenzen sozialer Gruppen hinausgehen, beiseitezulegen.

3.1. Soziolinguistische Perspektive

Ein älterer Ansatz, der sich vorwiegend mit der Sprachbarriere beschäftigt, welche zwischen Ärzt*innen und Patient*innen herrscht, erkennt zwar die Klassenzugehörigkeit als Einflussgröße für eine verständnisbasierte Kommunikation, vernachlässigt jedoch die tiefergreifenden Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit. Die Studie „*Information Giving in Medical Care*“ von Howard Waitzkin, datierend aus dem Jahr 1985, präsentiert die Soziolinguistik als Faktor, welche bei Menschen aus sozial benachteiligten Schichten in stärkerem Maße von jener der Ärzt*innen abweicht und auf diese Weise speziell bei diesen Personengruppen zu Verständnisproblematiken führt.

Eine Asymmetrie in der Autorität, so beschreibt der Autor, ist zwischen Ärzt*innen und Patient*innen jeglicher Schichten bereits aufgrund des Kompetenzvorschlusses der medizinischen Expert*innen gegeben. Demnach gilt es zu analysieren, welche Patient*innen von mehr Erklärungszeit und -mühen durch die Mediziner*innen profitieren und welchen diese Ressource der medizinischen Erklärung verwehrt bleibt (Waitzkin, 1985: 82).

Die zu diesem Zwecke durchgeführte Studie baut auf den Erkenntnissen aus ärztlichen Besprechungen auf, welche für dieses Forschungsinteresse aufgenommen wurden. Eine quantitative Komponente liegt der Auswertung zugrunde, so wurden unter anderem die Häufigkeiten summiert, mit welcher die Patient*innen Rückfragen artikulierten.

Ebenso wurde erfasst, wie groß die Diskrepanz zwischen der Technizität der Sprache ist, welche von den Patient*innen einerseits und den Arzt*innen andererseits verwendet wurde. Die dafür gewählte Stichprobe von zehn praktizierenden Ärzt*innen in den USA steht in diesem Fall repräsentativ für Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktionen (Waitzkin, 1985: 86-88).

Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass die Zeit, welche Ärzt*innen zur Erklärung der Diagnosen aufwenden, weit unter der eigens eingeschätzten liegt. In 28% der Frage-Antwort-Austausche wurde eine Diskrepanz in der Technizität der Sprachen zwischen den beiden Parteien des ärztlichen Gesprächs ausgemacht. Ebenso wurde herausgefunden, dass jene Ärzt*innen den Wunsch der Patient*innen nach Erklärungen in 65% der Interaktionen unterschätzen. Überschätzt haben sie das Verlangen hingegen in nur 6% der Fälle (Waitzkin, 1985: 90).

In dieser Datenerhebung zeigt sich, dass es einen Unterschied in der Zeit gibt, die Ärzt*innen für die Behandlung von Patient*innen der Mittelschicht im Vergleich zu denen der

Arbeiterschicht aufwenden. Demnach erhielten Patient*innen aus der Mittelschicht ausführlichere medizinische Ausführungen von den behandelnden Ärzt*innen. Ebenso profitieren sie mehr von Erklärungen, sei es in einer fachlichen Sprache oder in einer an das Gefragte angepassten Sprache. Dies ist zu konstatieren, obwohl das Verlangen der Patient*innen nach einer Erklärung der Ärzt*in bei Patient*innen aller Schichten gleich ist (Waitzkin, 1985: 94).

Eine weitere Erkenntnis dieser Studie ist, dass sich Patient*innen aus privilegierteren Schichten direkt mit Fragen an die Ärzt*innen wenden, wobei Personen aus weniger privilegierten Schichten in diesem Zusammenhang eine eher passivere Rolle einnehmen. Der Autor bezieht sich hierbei auf Bernsteins Theorie bezüglich der sozialen Unterschiede in der Verwendung von Sprache. Die Arbeiterschicht benutzt einen „restricted code“, während die Mittelklasse einen „elaborated code“ verwendet (Waitzkin, 1985: 83). Personen aus benachteiligten Schichten mangelt es gemäß dieser Aussage an Artikulationsvermögen, um ihr Anliegen ausführlich vorzubringen zu können.

Menschen aus der Arbeiterschicht zeigen weniger durch verbale Artikulationen ihr Bedürfnis nach einer breiteren Erklärung oder Ausführung von den behandelnden Ärzt*innen. Deshalb erhält diese Personengruppe folglich im Allgemeinen weniger Informationen. Was laut Waitzkin erschwerend hinzukommt, ist, dass die sprachlichen Codes, welche von den Ärzt*innen verwendet werden, von Grund auf von jenen, welche der Arbeiterklasse eigen sind, abweichen. Dies erschwert das gegenseitige Verständnis (Waitzkin, 1985: 83-84).

Das Resümee aus den Auseinandersetzungen Waitzkins mit der Differenz in der Soziolinguistik der Patient*innen weniger privilegierter Schichten und jener der Ärzt*innen ist, dass augenscheinlich lediglich eine Sprachbarriere aufgrund unterschiedlicher Sprachgewohnheiten ausschlaggebend für das Gelingen oder Misslingen des ärztlichen Gesprächs ist.

Im Hinblick auf die Möglichkeit einer relational-soziologischen Sichtweise, welche im Anschluss auf diese Thematik aufgezeigt wird, wirkt die Auseinandersetzung Waitzkins eindimensional. Während die Unterscheidung zwischen „restricted code“ und „elaborated code“, auf welche sich hier bezogen wird, plakative Unterschiede in der Sprachfähigkeit konstatiert, scheinen diese aufgrund der Wirkkraft habituell erlernter Haltungen zu Gesundheit und medizinischer Vorsorge zu vereinfacht und reduktionistisch.

3.2. Verständnisbasierte Kommunikation im ärztlichen Gespräch in Abhängigkeit von sozioökonomischen Faktoren

Stärker die Verhaltensebene der Ärzt*innen einbeziehend forschen Laura Siminoff et al. in ihrer Studie „*Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors*“ (2006). Hier analysieren sie den Zeitaufwand, den Ärzt*innen für das ärztliche Gespräch aufwenden.

Die Basis dieser Auseinandersetzung bildet eine Stichprobe aus 27 Patient*innen, die von ihren Onkolog*innen mit Brustkrebs diagnostiziert werden.

Die Art der Kommunikation, die Miteinbeziehung der Patient*innen sowie die Anpassungsfähigkeit der Ärzt*innen an die zu diagnostizierende Person wird in Abhängigkeit von der sozialen Klasse sowie dem ethnischen Hintergrund der Patient*innen gestellt. Erkennbar wird mit Blick auf die Ergebnisse der Studie, dass die von Ärzt*innen geführte Gesprächssituation zu großen Teilen standardisierten Mustern folgt, die nicht an die individuellen Voraussetzungen der Patient*innen adaptiert werden. Ebenso ist erkennbar, dass ein emotionsbasierter Austausch mit Rückfragen zur Befindlichkeit durch die Ärzt*innen stärker bei gebildeten und einkommensstarken Patient*innen geschieht. Ebenfalls profitiert die genannte Gruppe stärker von Bemühungen seitens der Ärzt*innen, die zwischenmenschliche Beziehung zu den Patient*innen zu stärken (Siminoff et al., 2006: 358-359).

Ein großes Augenmerk wird in dem Ergebnisteil dieser Studie auf die Ethnie der Patient*innen gelegt, so wird ersichtlich, dass weiße Patient*innen durch eigene Bemühungen, ebenso wie durch ein gesteigertes Engagement der Ärzt*innen, ein besseres zwischenmenschliches Verhältnis aufbauen können, wodurch auf der emotionalen Ebene das Gespräch verständnisbasierter vonstatten geht.

Kommunikationsstrategien werden folglich von Ärzt*innen an Charakteristiken des Gegenübers angepasst. Abhängigkeiten des ärztlichen Verhaltens wurden im Zusammenhang mit Rasse, Einkommensniveau, Bildung und Alter erkannt. Jene Komponente, die sich am stärksten auszuwirken scheint und in den meisten Kommunikationskategorien zum Tragen kommt, ist die Rasse (Siminoff et al., 2006: 360).

Resümierend ist der Studie zu entnehmen, dass Menschen der genannten benachteiligten Gruppen im ärztlichen Gespräch mit Schwierigkeiten auf der Verständnisebene konfrontiert sind. Die Studie zeigt auf, dass dies in weitere Probleme resultiert. Der folgende medizinische

Verlauf sowie die weitere Entscheidungsfindung bezüglich therapeutischer Maßnahmen sind, so lässt diese Studie erkennen, abhängig von dem Gelingen einer verständnisbasierten ärztlichen Kommunikation.

Ausgangspunkt für diese Forschung waren Zahlen zur Krebssterblichkeit unter den oben genannten vulnerablen Gruppen. Dass die Sterblichkeit strukturell mit Problemlagen in der verständnisbasierten Kommunikation im ärztlichen Gespräch zusammenzuhängen scheint, lässt diese Studie erkennen.

3.3. Aufkommen einer relationalen Betrachtung der klassencharakteristischen Einflussgrößen

Die empirische Auseinandersetzung dieser Masterarbeit knüpft an die Herangehensweise von Aude Béliard und Jean-Sébastien Eideliman zum klassenspezifischen Umgang mit Handicap an. In der Studie *„Mots pour maux: Théories diagnostiques et problèmes de santé“* (2014) (übersetzt: Worte für Übel: Diagnostische Theorien und Gesundheitsprobleme) zeigen die Autorin und der Autor die Wichtigkeit der sozialen Konstruktion und Deutungszuweisung im Zusammenhang mit Alzheimer-ähnlichen Störungen und geistigen Behinderungen. Diese Bedeutungskonstruktionen sowie mit der Krankheit verbundenen Problematiken stehen in Abhängigkeit vom medizinisch-sozialen Sektor und der familiären Konfiguration. Dies nimmt Einfluss auf die Weise, wie die alltäglichen Schwierigkeiten, die mit den Krankheiten einher gehen, bewältigt werden (Béliard, Eideliman, 2014: 531).

Diese Auseinandersetzung bezieht sich auf die Ergebnisse der Studie *„Handicaps-Incapacités-Dépendance“*, eine ethnographische Untersuchung von Familien, die mit geistigen Behinderungen und Alzheimer konfrontiert sind, die auf das Jahr 1999 datiert ist. Die Autorin und der Autor folgern die Erkenntnis, dass die Beschreibung von Gesundheitsproblemen abhängig des sozialen Hintergrunds variiert. Dies illustriert das Konzept der somatischen Kultur Luc Boltanskis am konkreten Gegenstand.

Doch über die bloße Beschreibung hinaus greift das Konzept der „diagnostischen Theorien“ (Béliard, Eideliman, 2014: 510), das in dieser medizinsoziologischen Auseinandersetzung geprägt wird und die Darstellung der Gesundheitsprobleme der Patient*innen mit der ihnen spezifischen Vorstellung über Krankheit und Gesundheit verknüpft.

Von besonderem Interesse ist in dieser Auseinandersetzung die Fragen nach der Konfiguration und Verantwortungsübernahme im Zusammenhang mit mentalen Krankheiten. So hängt die moralische Beschreibung dieser vom sozialen Umfeld ab. Doch nicht nur die psychologischen und emotionalen Anpassungen, welche Familien aufgrund der Krankheiten treffen, sind von Interesse. Ebenso relevant sind die praktischen Arrangements im Alltag, welche in Auseinandersetzung mit den Alzheimer-typischen Symptomen getätigt werden. Ebenfalls abhängig von der sozialen Herkunft ist die Weise, wie die Probleme im Zusammenhang mit den mentalen Krankheiten verbalisiert werden. Während Landwirt*innen davon sprechen, trotz der Krankheit die „Nerven zu bewahren“, erachten Arbeiter*innen die Autonomieförderung als wichtig. Menschen in Führungspositionen hingegen sehen die Fähigkeit zu verstehen und zu abstrahieren durch die mentalen Erkrankungen gefährdet (Béliard, Eideliman, 2014: 522).

Aus dieser Analyse der ethnographischen Erhebung folgt, dass eine Notwendigkeit besteht, Gesundheitsprobleme differenziert und nach sozialer Herkunft gefiltert zu betrachten. Die sozialen und moralischen Dimensionen von Krankheit beeinflussen maßgeblich den individuellen, doch gleichwohl gruppenbezogenen Umgang mit dem Gesundheitszustand.

4. Methodische Rahmung

4.1. Problemzentrierte Interviews als empirische Untersuchungsmethode

Da es in dieser empirischen Überprüfung der medizinsoziologischen Ausführungen Luc Boltanskis nicht darum geht, das Gelingen einer Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion nach ihrem Erfolg zu bewerten, richtet sich das Erkenntnisinteresse auf die von den befragten Personen subjektiv empfundene Wahrnehmung.

Die Datenerhebung über qualitative Interviews erweist sich im Vergleich zu direkten Beobachtungen durch das Beiwohnen ärztlicher Gespräche nicht nur als weniger heikel, da nicht in die Privatsphäre des ärztlichen Gespräches interveniert werden muss, ebenfalls gilt es der persönlichen Reflexion der Befragten zu dieser Thematik auf den Grund zu gehen.

Um ein umfassendes Bild zu zeichnen, wird die von Boltanski beschriebene Problematik der erschwerten Kommunikation zwischen Ärzt*innen und sozial benachteiligten Gruppen, die auf eine unzureichende Anpassung der Mediziner*innen an die Bedürfnisse der Patient*innen zurückzuführen ist, aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Das Befragen von Ärzt*innen einerseits soll Aufschluss darüber ermöglichen, an welcher Stelle in der Auffassung der praktizierenden Mediziner*innen eine Sensibilität für die Problemlagen in der ärztlichen Kommunikation besteht.

Dies ergänzend wird durch das Thematisieren der Gegenseite mittels Befragungen von Personen, die in direkter oder indirekter Weise über eine Vielzahl an Patient*innen-Erfahrung verfügen, der zweiten Seite der Medaille Rechnung getragen.

Damit beschrieben werden kann, ob und wie den Problemlagen begegnet wird, welche es zunächst gilt, nicht nur mit dem Blick auf die theoretisierenden Ausführungen Boltanskis, sondern auch durch die empirischen Ergänzungen dieser Arbeit aufzudecken, wird eine bildungstheoretische Perspektive einbezogen.

Als Herangehensweise an die Interviewführung, die einerseits Raum für die individuellen Assoziationen der befragten Personen zu ihren erlebten Erfahrungen im ärztlichen Gespräch bietet und andererseits dem thematischen Fokus der ärztlichen Gesprächsführung Rechnung trägt, ist die Methode der problemzentrierten Interviews vorteilhaft. Auf diese Weise und mit Zuhilfenahme der von Andreas Witzel geprägten und durch Mayring (2016) aufgegriffenen Methodik soll eine emotionsbasierte und erzählgenerierende Befragungsatmosphäre evoziert werden, welche in weiten Teilen einer flexiblen Gesprächssituation gleichend den Eindruck

eines lockeren Austausches vermitteln soll. Zentral soll bei der Befragung die Problemstellung zur Geltung kommen, woran sich das dennoch offen gehaltene Gespräch orientiert, um dem Forschungsinteresse stets gerecht zu werden (Mayring 2016: 67). An die Gesprächssituation adaptierbar ist diese Methode auch in der Anwendung in Interviewsituationen mit mehreren Teilnehmenden, wie dies in einem der durchgeführten und in der Folge der Arbeit analysierten Interviews der Fall ist (Mayring 2016: 68).

Auf die jeweilige Interviewsituation lässt sich nach Witzel das Forschungsinteresse mit der Zuhilfenahme dreier Gesichtspunkte adaptieren.

Problemzentriert soll das Vorgehen in der Befragung geartet sein. Durch die Darstellung der theoretischen Ausführungen Luc Boltanskis, welche dieser Arbeit zentral sind, lässt sich eine Problemlage vermuten, welche in der ärztlichen Kommunikation mit Menschen aus sozial weniger privilegierten Schichten zu finden ist. Jene aus der Literatur abgeleitete Problematik gilt als Ausgangslage für die folgenden Befragungen, welche sich rund um diesen Aspekt ranken, um über diesen aufschlussreiche Folgerungen generieren zu können (Mayring 2016: 68).

Gegenstandsorientiert antizipiert das problemzentrierte Interview auf die jeweilige Gesprächssituation, sodass Raum für die individuellen Empfindungen und subjektiv evozierten Thematiken der befragten Person geschaffen werden kann. Somit steht kein standardisiertes Fragebogenverfahren am Anfang der empirischen Forschung (Mayring 2016: 68). Vielmehr ist es ein Leitfaden, der situativ an die Gesprächsperson und die von dieser aufgezeigten Problemfelder anknüpfen kann, ohne jedoch im Kern die Problemzentriertheit und den Fokus der Forschung aus den Augen zu verlieren.

Prozessorientiert ist der Vorgang der Datengenerierung. Dies bedeutet gemäß Witzel, dass ein stetiges Rückprüfen einen sich stetig neu auf das Forschungsinteresse rückbesinnenden Prozess auslöst, welcher ein reflexives Vorgehen ermöglicht, welches auf die problemzentrierten Analysepunkte antworten kann (Mayring 2016: 68).

Das qualitative Vorgehen in den in den folgenden Teilen dieser Arbeit dargelegten und analysierten Interviews basiert in ihrer Herangehensweise auf diesen drei Prinzipien. Zentral ist das Motiv, eine „Offenheit“ als zentrales Kriterium der qualitativen Sozialforschung gegenüber

den Gesprächspartner*innen aufrecht zu erhalten, sodass die spätere Analyse des Gesagten von den Vorzügen der auf das Individuum fokussierten Gesprächsführung profitiert. Die subjektive Komponente, welcher durch diese Art der Befragung Rechnung getragen werden kann, ermöglicht das Erkennen der individuell empfundenen Problematiken im Kontext des verständnisbasierten Austauschs im ärztlichen Gespräch, wodurch sich die Möglichkeit des Knüpfens neuer und a priori unbeachteter Zusammenhänge eröffnet (Mayring 2016: 68).

Eine für die Analyse erkenntnisbringende Datenerhebung in Form des problemzentrierten Interviews soll, so Mayring, eine Vertrauensbasis zwischen der befragenden und der befragten Person herstellen und dieses Verhältnis in der Folge nutzen, um ein möglichst ehrliches Antwortverhalten seitens der Befragten sowie eine möglichst ausführliche und ungefilterte Erzählerrolle für die Person, auf die sich das Interesse richtet, erschaffen.

Während die befragende Person den Leitfaden ihres problemzentrierten Forschungsinteresses durch das subtile Ausrichten des Gespräches auf dieses im Blick behält, ist es dennoch notwendig nicht den Eindruck von vorgegebenen Antwort-Schemata entstehen zu lassen (Mayring 2016: 68).

Ebenso wie Mayring die zwischenmenschlich enge und vertrautere Situation einer qualitativen Befragung als fruchtbar für das Erkennen von Problemlagen erachtet, sieht auch Markus Pohlmann das Potenzial einer Befragung, welche auf die befragten Personen als zentrale Protagonist*innen zugeschnitten sind und sich an diese dynamisch adaptieren. Durch subtil gestellte Fragen soll verhindert werden, dass sich die befragte Person zu sehr durch sogenannte „Erzählpflichten“ (Pohlmann, 2022, S.227) zu einem normkonformen Antwort-Modus verpflichtet fühlt. Authentisch sind die Antworten, wenn diese Pflichten umgangen werden und so das wahre Empfinden der befragten Personen offengelegt werden kann.

Das problemzentrierte Interview, welches als Methode für die empirische Untersuchung der ärztlichen Kommunikation und der verständnisbasierten Gesprächssituation mit Patient*innen herangezogen wird, soll die Gründe nachvollziehbar machen, die einem gescheiterten Verständnis zwischen Patient*innen und Ärzt*innen zugrunde liegen. Mit Bezugnahme auf die dargelegte Theorie gilt es in den Gesprächen zu identifizieren, inwiefern die soziale Herkunft von zu behandelnden Personen einen Einfluss auf das Gelingen dieser Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion übt.

Das Augenmerk der Interviewführung sollte für dieses Forschungsinteresse darauf liegen, den Befragten Raum zu geben, die evozierten Themengebiete eigens zu priorisieren, wodurch das Gespräch auf die für die Person relevanten Themen gelenkt wird. Für die Rolle der fragenden Person heißt dies, dass vorwiegend eine Rolle des Zuhörens und Nachfragens eingenommen werden soll. Wobei das Dirigieren des Gespräches auf die zentralen, aus der Theorie Luc Boltanskis abgeleiteten Themenbereiche, Teil einer auf Vollständigkeit ausgerichteten Befragung hinsichtlich der Forschungsmotivation abgestimmt ist. Aus dem einzelnen subjektiven Erleben der befragten Person lassen sich in der folgenden Analyse Erkenntnisse auf eine strukturellere Ebene aggregieren und so den Standpunkt dieser im sozialen Raum erkennen sowie deren Gebundenheit an diese Struktur analysieren. Nicht nur die inhaltlichen Erkenntnisse ermöglichen eine Interpretation des Gesagten. Auch die Weise der Vermittlung der Einstellungen und Erfahrungen lässt sich für das tiefe Erkenntnisinteresse nutzen, wodurch dem nonverbalen Verhalten der befragten Interviewpartner*innen ebenso Bedeutung beigemessen und in die Interpretation mit einbezogen wird (Pohlmann, 2022, S.226-227).

Der Verweis auf die qualitative Methodik, wie sie von Markus Pohlmann und Uwe Flick (2022) vertreten wird, gilt als weitere Richtlinie für die Durchführung der Interviews. Das episodische Interview, als Methode der qualitativen Sozialforschung, ist eng mit seinem Namen verbunden, so sind seine methodischen Ausführungen auch für dieses Forschungsinteresse interessant. Das subjektive Erleben ist in dieser Interviewform zentral, so ist auch angesichts der Befragung über ein ärztliches Gespräch außerhalb des direkten Kontextes einer Praxis oder eines Krankenhauses das Nachempfinden dieser konkreten Gegebenheiten wichtig für das Begreifen des Gesamtzusammenhangs. Der Fokus auf konkrete Ereignisse, die sich in ärztlichen Interaktionen zugetragen haben, verliert nicht die konkreten erlebten Situationen als Ausgangspunkt des Gespräches außer Acht (Misoch, 2019, S.57-59).

Durch das stetige Nachfragen der Interviewpartner*innen, das Geschilderte mit konkreten Gegebenheiten ihrer Erfahrung mit ärztlicher Interaktion zu ergänzen, soll eine zu starke Verzerrung durch das Abstrahieren des Erlebten verringern. So wird die sozial erlernte Einstellung der Befragten ärztlichen Gesprächen gegenüber durch das konkret Erlebte ergänzt, verknüpft und reflektiert.

Jene Herangehensweise orientiert sich an den Ausführungen Mayrings bezogen auf die Vorgehensweise eines problemzentrierten Interviews. Mittels „Sondierungsfragen“, welche allgemeiner Art sind, wird der thematische Einstieg in das Gespräch gestaltet und durch die

Offenheit der Fragenformulierung erkannt, welche Themenbereiche der befragten Person besonders nahe liegen.

Die „Leitfadenfragen“ schränken diese Offenheit dahingehend ein, als dass sie das eigentliche Problemfeld nicht aus dem Blick geraten lassen. In diesem speziellen Forschungsinteresse der Wahrnehmung über die ärztliche verständnisbasierte Kommunikation orientieren sich die leitfadengestützten Fragen an den zentralen Kategorien, welche der Theorie Luc Boltanskis entnommen wurden und folglich in der Befragung zum Thema gemacht werden. Ebenfalls erweist sich diese Teilstrukturierung der Befragungen gewinnbringend für die Vergleichbarkeit der verschiedenen Interviews, was einer anschließenden Analyse der Inhalte auf Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zuträglich ist.

Zusätzlich, so beschreibt Mayring, ist die fragende Forschungsperson angehalten, stets auf der Basis der Antworten, welche von der befragten Person angebracht werden, spontane Rückfragen zu stellen. Dies ermöglicht einen stetigen Rückbezug auf das individuell von der befragten Person als relevant Erachtete ebenso wie dies ein tieferes Einsteigen in die evozierten Thematiken ermöglicht (Mayring 2016: 70-71).

Um einen allgemeinen Überblick zu erhalten, welche ärztlichen Erfahrungen die befragte Person bereits gesammelt hat und worauf sie in der Folge des Gespräches demnach Bezug nehmen wird, wird der Ablauf des letzten ärztlichen Besuchs erfragt sowie wie und ob dieser in Abgrenzung zu vorigen Behandlungen steht. Das konkrete Erfragen der Rekapitulation des Geschehens des letzten ärztlichen Gespräches hilft die Erinnerungen zu konkretisieren, wodurch verhindert werden kann, dass rückblickende Fehler in der Wahrnehmung durch eine zu generalisierte Befragung entstehen.

4.2. Ein Sample unterschiedlicher Perspektiven

Das Sample, welches ausgewählt wurde, um den oben genannten verschiedenen Blickwinkeln auf die Problemstellung Rechnung tragen zu können, soll möglichst facettenreiche Perspektiven auf die Thematik aufzeigen. Auf diese Weise erhebt die Herangehensweise keinesfalls den Anspruch, repräsentativ für die generellen Ansichten von Ärzt*innen und Patient*innen zu sein. Vielmehr ist das Ziel anhand der konkreten Fälle mithilfe der Theorie Boltanskis und der relationalen soziologischen Einordnung nachzeichnen zu können, inwieweit die von den befragten Personen empfundenen Problemlagen in der ärztlichen Kommunikation durch die Situiertheit der Patient*innen im sozialen Raum korrelieren.

Um mit den gewählten Perspektiven möglichst kontrastreich verschiedene Blickwinkel auf das ärztliche Gespräch abdecken zu können, fällt die Fallauswahl auf Personengruppen, die jeweils einen großen Erfahrungsschatz in diesem Interessensgebiet aufweisen.

Zum einen wird ein Interview, welches mit zwei praktizierenden Ärztinnen zugleich geführt wird, Aufschluss darüber geben, inwieweit ein Bewusstsein der betreffenden Berufsgruppe für klassenbedingt unterschiedliche Verständnisse von Gesundheit und divergierende Einstellungen zum eigenen Körper herrscht und auf welche Weise Verständnis in der ärztlichen Gesprächsführung von beiden beteiligten Parteien füreinander erbracht wird. Hierbei ist relevant zu erwähnen, dass diese Probandinnen als bereits sehr reflektiert in ihrem eigenen Kommunikationsverhalten einzuschätzen sind.

Beide der befragten Ärztinnen arbeiten im klinischen Setting. Eine der beiden im Anästhesiebereich und ihre Gesprächspartnerin im psychiatrischen Kontext. Die vermutete Affinität welche Zweitere mit der Kommunikation als elementaren Teil ihres Patient*innenkontakt hat, soll einen Vergleich mit der Anästhesistin ermöglichen, welche Kommunikation nicht als LKF-pflichtige Leistung ihrer Behandlung abrechnen kann (LKF steht für das System der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung, also ein Katalog aller abrechenbaren stationären Leistungen).

Aufgrund der Kontaktaufnahme, welche über die Anlaufstelle für medizinische Kommunikation der Universität Innsbruck geschah, ist anzunehmen, dass die institutionelle Nähe, welche diese zwei Ärztinnen zu dem kommunikationszentrierten Forschungsgebiet haben, einen bewussteren Umgang dieser mit den alltäglichen Kommunikationssituationen begünstigt. Aufgrund einer großen Abwehrhaltung einiger zu diesen Zwecken kontaktierter Ärzt*innen, welche keinen Forschungshintergrund haben, ist zu entnehmen, dass eine generelle Verslossenheit gegenüber soziologischer Forschung unter Ärzt*innen herrscht. Die Aussagen der zwei Ärztinnen können aufgrund des stets im Gespräch durch beide Befragten hergestellten konsensualen Äußerungen summiert und interpretatorisch zusammen gedacht werden. Die Perspektive der befragten Ärztinnen kann als eine geschlossene Meinung gehandhabt werden, die mit jenen der anderen Proband*innen kontextualisiert und kontrastiert werden kann.

Um der Gegenseite Rechnung zu tragen, wird eine pensionierte Krankenschwester als ehemalig direkt im Gesundheitssystem teilhabend sowie dem ergänzend als Patientin zu ihren Erfahrungen befragt. Der Erfahrungsschatz der 80-Jährigen geht auf jahrzehntelange

Berufspraxis zurück, welche zum einen Dynamiken in der ärztlichen Gesprächsführung offenlegen und andererseits einen kontrastierenden Vergleich der Kommunikationsdynamiken zwischen Ärzt*innen und Patient*innen früher im Vergleich zu den heutigen ermöglicht.

Zudem zielt diese Arbeit darauf ab herauszufinden, inwieweit eine verständnisbasierte Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen aus weniger privilegierten Gruppen aufgrund eines divergierenden Verständnisses von allgemeinen habitualisierten Denkweisen und Annahmen gestört ist. Um diesem Interesse gerecht zu werden, werden zwei Sozialarbeiterinnen befragt, welche als Begleitung für vulnerable Frauen aus prekären Verhältnissen diesen besonderen ärztlichen Gesprächen beiwohnen und Auskunft über die dort herrschenden Dynamiken rund um eine verständnisbasierte ärztliche Kommunikation geben können. Ebenso wie die Äußerungen von den Ärztinnen sich ergänzend gehandhabt werden, wird dies in der Darlegung und Analyse der Aussagen der Begleitpersonen ebenfalls so gehandhabt, dass die Schilderungen als konsensual betrachtet werden.

Abgerundet wird die Fallauswahl, welche das Ziel einer facettenreichen Erkenntnis hat, durch die Perspektive eines Professors für ärztliche Kommunikation, welcher eine Lehrfunktion an der medizinischen Universität innehat und die Hürden einer auf gegenseitigem Verständnis aufbauenden Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen benennen kann. Ebenso lässt sich durch dieses Gespräch Erkenntnisse über das Potenzial einer zielgerichteten Verbesserung der ärztlichen Kommunikation, durch das Erlernen der elementaren Kompetenzen der Gesprächsführung gegenüber Patient*innen, generieren.

4.3. Inhaltsanalytisches Auswertungsverfahren

Um das Gesagte im Rahmen der problemzentrierten Interviews einer detaillierten und theoriegeleiteten Analyse zu unterziehen, wird die inhaltsanalytische Herangehensweise nach Mayring als Auswertungswerkzeug angewendet. Auf diese Weise wird das Verknüpfen der inhaltlichen Äußerungen mit den in den vorangegangenen Teilen dieser Arbeit ausgeführten theoretischen Hintergründen möglich. So sollen die Textbausteine in Sinnkategorien zusammengefasst werden, die ihrerseits durch die theoretischen Überlegungen geformt werden (Mayring, 2016: 114).

Ziel dieses qualitativen Analyseverfahrens ist es, dem Kontext des Gesagten Rechnung tragen zu können, indem interpretatorisch der Gesamtzusammenhang der Einzelaussagen beachtet wird. Ebenso sollen die latenten Sinnstrukturen herausgearbeitet werden, welche, so die relationale Theorie Luc Boltanskis, durch die soziale Herkunft der befragten Person zustande kommen und demnach Aussagekraft für die Erkenntnis liefern, inwieweit die soziale Situiertheit einen Einfluss auf den verständnisbasierten Austausch im Patient*innen-Ärzt*innen-Gespräch hat. Diese Analysemethode bringt den Vorteil, dass Hintergrundinformationen als Fundament der anschließenden Interpretation dienen können. Im Rahmen dieses Forschungsinteresses ist die soziale Situiertheit der befragten Personen mit einzubeziehen, da so die klassenabhängige Körper- und Gesundheitswahrnehmung die nötige Beachtung erfährt. Ebenso Berücksichtigung sollen nonverbale Äußerungen finden, da diese an einigen Stellen der Interviews Emotionen verstärkt zum Ausdruck bringen und somit ein verstärktes Augenmerk auf diese vonnöten ist (Mayring, 2016: 114, 118).

Durch das inhaltliche Zusammenfassen und das Subsumieren der Kategorien in aussagekräftige Themenbereiche der transkribierten Interviews, entsteht die Möglichkeit eines direkten Vergleichs der verschiedenen Befragungen. Außerdem bietet dieses Vorgehen einen strukturierten Umgang mit dem Textmaterial, da Textpassagen zusammengeführt werden und in Folge die Interpretationseinheiten entstehen (Mayring, 2016: 115). Die Kategoriensysteme, welche sich aus den Ausführungen Luc Boltanskis speisen, bilden in der Analyse einen Rahmen zu der Gestaltung der Leitfragen im Vorfeld der Interviews, sodass jede Kategorie nach jeder Befragung mit ausreichend inhaltlichen Ausführungen bestückt ist.

Die Interpretation der Kategorien basiert in dieser Analyse nicht auf einer quantitativen Auswertung der Häufigkeit des Vorkommens bestimmter Kategorien. Vielmehr soll die Subsumption von Textausschnitten dafür sorgen, dass die Kernaussagen der Befragten plakativ zum Vorschein treten und sich die allgemeinen Positionierungen dieser Personen abbilden und vergleichen lassen. Um diese, unter Kategorien subsumierten zentralen Punkte, welche aus den Interviews abstrahiert werden, zu untermauern, werden „Ankerbeispiele“ in Form von direkten Zitaten aus den Transkripten extrahiert (Mayring, 2016: 118). Jenes Vorgehen soll die inhaltliche Verzerrung durch die Interpretation des Gesagten möglichst klein halten sowie plakative Aussagen der Befragten für sich sprechen lassen.

Während die Kategorien, welche aus dem Interviewmaterial extrahiert wurden, zum Ziel haben, jenes in seiner inhaltlichen Breite abzubilden, werden passende Ankerbeispiele lediglich an den Stellen angeführt, wenn sie mehr Aussagekraft haben als die verkürzte Interpretation durch die Kodierung.

5. Perspektiven der Proband*innen auf die Klassenfrage im ärztlichen Gespräch unter den theoretischen Analysekategorien

Die Darlegung des empirischen Materials erfolgt in diesem Abschnitt der Arbeit gerahmt durch die im Theorieteil der Arbeit dargelegten drei Hauptkategorien, in die die Theorie Luc Boltanskis für diese Zwecke unterteilt wurde. Die daraus resultierenden drei Kapitel mit den Überschriften „Somatische Kultur von Ärzt*innen und Patient*innen determiniert durch soziale Situiertheit“, „Ärzt*innen als Sender, Patient*innen als Empfänger medizinischen Wissens“ und „Wissen“ werden durch zwei weitere Kapitel gerahmt. Zunächst wird die Verständnisproblematik der ärztlichen Kommunikation aus den verschiedenen Perspektiven angedeutet, die in den folgenden Kapiteln vertieft und verortet wird sowie abschließend durch die befragten Personen angeführten Verbesserungsstrategien abgerundet. In jedem dieser Unterkapitel werden Zitate der Interviews in Form von aussagekräftigen Ankerbeispielen angeführt.

5.1. Identifizierung der Verständnisproblematik im ärztlichen Gespräch

Um in weiteren Schritten den Ursprung problematisch empfundene Kommunikationsmuster identifizieren zu können, gilt es jene zunächst deskriptiv auf Basis der Interview Transkripte darzulegen.

Dass die ärztliche Kommunikation in der Interaktion zwischen Ärzt*innen mit ihren Patient*innen in gewissen Punkten auf Schwierigkeiten stößt und ein beidseitiges Verständnis nicht in allen Fällen generiert werden kann, ist aus allen geführten Interviews ersichtlich. Verschieden sind hingegen die Perspektiven, von denen aus sich die Befragten hinsichtlich dieser Belange äußern.

Die ärztliche Sichtweise

Um die von den Ärztinnen genannten Problemlagen nicht nur auf die Reflexion des eigenen Verhaltens der beiden befragten Frauen zu beschränken, werden im Folgenden auch die Dynamiken aufgezeigt, von denen sich diese Probandinnen zwar distanzieren, die sie aber als allgemeine Probleme bei ihren Kolleg*innen ansprechen. Grundsätzlich wird in dem Gespräch ersichtlich, dass die Ärztinnen zwischen dem Ist- und einem Sollzustand unterscheiden, was die Existenz problematischer Strukturen und das Potenzial für Verbesserung unterstreicht.

„Also Gesprächsführung, Kommunikation im Krankenhaus-Setting heißt, nicht nur dort wahrscheinlich, heißt auch zuhören und auch Pausen aushalten und auch mal warten, bis die anderen reagieren. Das ist mal ganz ein wichtiger Punkt, weil da gibt es gute Daten, dass wir es üblicherweise nicht tun.“ (Anästhesistin, 35:50)

In dieser selbstreflektierten Überlegung über die Kommunikation im Krankenhaus berichtet die Anästhesistin nicht nur von den Schwierigkeiten, welche sie im Verhalten ihrer Kollegschaft identifiziert. Sie spricht hier ebenfalls von sich und repräsentativ für ihr Berufsfeld.

Doch werden nicht alle Problemlagen in der verständnisbasierten Kommunikation direkt von den befragten Ärztinnen angesprochen. Implizit kommen jedoch Hinweise aus dem Interview hervor, die von einer nicht immer geglückten ärztlichen Kommunikation zeugen. Ein aussagekräftiger Anhaltspunkt für diese Annahme bietet die Aussage, dass das Krankenhauspersonal unterstützend zum Verständnis der Patient*innen und der Angehörigen in einigen Situationen intervenieren muss.

„Wir erfahren das ja, die Pflegekraft kann auch noch einmal das ausdeutschen, was wir gesagt haben.“ (Anästhesistin, 21:30)

Was dieses Zitat der Anästhesistin klar veranschaulicht, ist, dass der primär zwischen Ärzt*innen und Patient*innen stattfindende Austausch nicht in allen Fällen ausreichend ist um seitens der Patient*innen Klarheit über den medizinischen Sachverhalt zu generieren. Die Pflegekraft übernimmt die inoffizielle Aufgabe der laiengerechten Aufbereitung medizinischer Inhalte.

Kritik äußern die beiden Ärztinnen ebenfalls hinsichtlich der Arbeitsweise vieler Kolleg*innen und zeigen weitere Problemlagen auf, von denen sie sich jedoch klar distanzieren. Sie stellen in den Vordergrund, dass ihre persönliche Auseinandersetzung mit den Strategien einer verständnisbasierten Kommunikation keinesfalls den Normalfall praktizierender Ärzt*innen widerspiegelt, was der folgende Ausschnitt aus der Unterhaltung verdeutlicht.

„Wenn man sich auch nicht speziell damit beschäftigt, so wie ich jetzt über viele Jahre auch, dann ist es den meisten nicht bewusst, würde ich mal sagen.“ (Anästhesistin, 1:25:40)

Die Psychiaterin, welche sich in diesem Zusammenhang äußert, ist sich ihrer reflektierten Haltung des Bestrebens eine gute Kommunikation an den Tag legen zu wollen bewusst und benennt dies als Teil ihrer Therapiearbeit. Auch die Anästhesistin erkennt den therapeutischen Nutzen einer gelungenen Kommunikation, die auf der Gegenseite Verständnis auslöst. Jedoch beschreibt sie die Widersprüchlichkeit, die dadurch entsteht, dass Bemühungen in diesem Zusammenhang zwar ihres Erachtens unbedingt notwendig sind, jedoch nicht LKF-pflichtig sind und somit nicht klar zu dem vergüteten Aufgabenbereich der Mediziner*innen ihres Bereiches zählen.

Im Verlauf des Gesprächs wird häufig deutlich, dass die beiden befragten Ärztinnen ihr eigenes Kommunikationsverhalten zwar kritisch reflektieren, jedoch im gleichen Atemzug auf die in ihren Augen schwerer wiegenden Fehler in der Kommunikation ihrer Kolleg*innen hinweisen. So wird die Unfähigkeit dieser in den Vordergrund gerückt, grundlegende kommunikatorische Kompetenzen zu beherrschen und die Interaktion mit Patient*innen vorwiegend scheuen sowie kein intrinsisches Interesse aufbringen diese Kompetenz zu verbessern.

Doch wird nicht nur der Mangel an persönlichem Interesse der Ärzt*innen angeführt, verständliche Gespräche zu führen. Die Ärztinnen erwähnen auch das Defizit an Ressourcen, welches hinderlich für Bemühungen in diese Richtung ist. Faktoren, die an mehreren Stellen des Interviews genannt werden, ist jener der Zeit und jener der Vergütung. Wie die Anästhesistin beschreibt, besteht weder die Kapazität, sich innerhalb der Arbeitszeit genügend Raum für gelungene ärztliche Kommunikation zu schaffen, noch werden die Überstunden vergütet, die dafür aufgewendet werden, angemessen auf den Wissensdurst der Patient*innen und Angehörigen einzugehen. Besteht kein stark ausgeprägtes und idealistisches persönliches

Bestreben der Ärzt*innen aus Überzeugung an den kommunikativen Kompetenzen zu arbeiten, verbessert sich dieser Umstand auch nicht.

„Oder auch, dass sich Ärzte überhaupt trauen zu kommunizieren. Mein Gott, was ich an Internisten gesehen habe, die vor dem Bett stehen, haben da ihren Laborzettel in der Hand und reden mit dem Patienten so. Wo man sich denkt, das lern ich im Kindergarten, oder? Nein, es gibt Kollegen, die können das nicht, oder? Dass man den Patienten anschaut, dass man fragt, haben Sie das verstanden, was ich Ihnen gesagt habe.“ (Anästhesistin, 1:27:10)

Mit dieser Ausführung verdeutlicht die Anästhesistin den Missstand, welcher in der ärztlichen Kommunikation von Ärzt*innen zu finden ist, die durch ihren beruflichen oder persönlichen Werdegang ihr Augenmerk nicht auf das Erlernen eines auf Verständnis basierenden Ärzt*innen-Patient*innen-Austausches gelegt haben.

Die Unterhaltung mit der Psychiaterin und der Anästhesistin kann demnach nicht die Einstellung von Ärzt*innen mit wenig Sensibilität dieser Thematik gegenüber exemplarisch widerspiegeln, vielmehr ist es ein gemeinsam reflektierender Gedankenaustausch, in welchem die Ärztinnen ihr eigenes Kommunikationsverhalten reflektieren und im gleichen Zuge in Relation zu jenem der Kolleg*innen bringen. Dies ermöglicht einen Bezug auf den Ist-Zustand in medizinischen Einrichtungen, welcher häufig von fehlgeschlagenen Kommunikationssituationen geprägt ist. Ebenso gewährt dies eine Reflexion über den Soll-Zustand, welcher von den Ärztinnen an vielen Stellen des Gespräches idealisiert zum Vorschein kommt und in einem späteren Kapitel Erwähnung findet.

Die Sichtweise der pensionierten Krankenschwester

Ebenfalls klar ersichtlich lassen sich gewisse Schwierigkeiten in der Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion aus dem Interview mit der pensionierten Krankenschwester herausarbeiten. Sie berichtet nicht lediglich aus dem Erfahrungsrepertoire, das sie in ihrer beruflichen Laufbahn als Krankenschwester erlangte. Gleichsam von Interesse ist ihr Standpunkt als Patientin, welcher einen Vergleich zwischen dem damals im Klinikalltag Erlebten und dem nun als Empfängerin ärztlicher Dienstleistungen auf der anderen Seite kontrastierend ermöglicht.

Zunächst, um die Hürden in der Kommunikation aus der Perspektive einer Krankenschwester darzustellen, lassen sich ihre Worte wiederholen, welche sie über den Krankenhausalltag damals findet. Sie erinnert sich, dass die Ärzt*innen zu der Zeit ihrer Berufstätigkeit im Vergleich zu den Ärzt*innen, mit denen sie heute interagiert, eine andere Rolle innehatten. So beschreibt sie die Interaktionen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen während der Visite als sehr sporadisch, da sich das von den Ärzt*innen Gesagte auf das Nötigste beschränkte, wobei eine Interaktion mit den Kranken selten entstand. Die übliche Interaktionssituation von damals in Abgrenzung zu den heutigen Gegebenheiten im ärztlichen Kontext, welche die ehemalige Krankenschwester als fortschrittlicher betitelt, wird von ihr wie folgt beschrieben:

*„Das war total anders. Da ist nicht viel geredet worden. Wirklich überhaupt nichts.“
(26:14)*

Dennoch war, so lässt es sich den Beschreibungen der 80-Jährigen entnehmen, das Bedürfnis nach einer verständlichen Aufklärung über den eigenen Gesundheitszustand der Patient*innen durchaus vorhanden. Ihr Rat als Krankenschwester wurde demnach konsultiert, um offene Wissenslücken zu schließen. Nachfragen richteten die Patient*innen und die Angehörigen nicht an die behandelnden Ärzt*innen. Mit bestem Wissen und Gewissen, so die pensionierte Krankenschwester, versuchte sie Antworten auf die Fragen zu geben, welche in Folge an sie gerichtet wurden.

Im Vergleich zu früher, so lässt es sich den Ausführungen der Interviewpartnerin entnehmen, ist das Bestreben der Ärzt*innen verständliche Erklärungen zu geben vorhanden und im Kontrast zu ihren damaligen Erfahrungen als Krankenschwester deutlicher ausgeprägt. Jedoch ist es vor allem das persönliche Interesse der 80-Jährigen, ihre medizinischen Diagnosen verstehen zu wollen, das sie dazu bewegt, so lange nachzufragen, bis sie eine zufriedenstellende Antwort von den Ärzt*innen erhält. Dass seitens der Mediziner*innen die klare Aufforderung zum Nachfragen kommt, ist hingegen nicht üblich. Hier verweist die Befragte auf die Erfahrungen ihrer Bekannten, bei denen die Wissbegierde nicht ausreicht, die Ärzt*innen so lange nach Erklärungen zu fragen, bis das Verständnis hergestellt wurde.

„Ja, und es sind ja einige, die nicht nachfragen, weil sie eben Angst haben oft, weil die Ärzte dann oft so Fachausdrücke bringen. Und dann wollen sie nicht nachfragen.“ (7:05)

Im Verlauf des Interviews erwähnte die ehemalige Krankenschwester an mehreren Stellen wohlwollend ihren früheren Hausarzt, der stets bemüht war, auf zwischenmenschlicher Ebene ein gutes Verhältnis zu seinen Patient*innen zu pflegen und vor seiner Pensionierung vorwiegend Hausbesuche machte. Nachdem dieser in Ruhestand gegangen ist, musste sie sich jedoch neu orientieren und hat nun eine Hausärztin, von der sie zwar weniger begeistert ist, die aber auf Nachfrage ebenfalls für das Empfinden der ehemaligen Krankenschwester ausreichende Erklärungen liefert.

Die Sichtweise der Begleitpersonen

Um der Komponente Rechnung tragen zu können, die die Einflussgröße der sozialen Situiertheit der Patient*innen mit einbeziehen kann, wurden zwei Begleitpersonen befragt, die vulnerable Frauen aus prekären Verhältnissen zum ärztlichen Termin und auch im Behandlungszimmer zur Seite stehen. Die Interaktion zwischen Ärzt*innen und den häufig migrantischen Frauen erweist sich, wie im Folgenden noch weiter ausgeführt wird, als wenig verständnisbasiert.

Die beiden getrennt voneinander geführten Interviews stellten jeweils auf nachdrückliche Weise eine von ihnen problematisch empfundene Thematik in den Vordergrund. Problematisiert wird die Erkenntnis, dass die Frauen, welche eigentlich die Protagonistinnen ihrer eigenen ärztlichen Termine sein müssten, häufig aus der Gesprächssituation ausgeschlossen werden. Obwohl, gemäß den Angaben der beiden Interviewten, eine Verständigung auf deutsch oder englisch möglich wäre, scheuen die Ärzt*innen die direkte Kommunikation mit den Patientinnen und versprechen sich einen vereinfachten Kommunikationsprozess, wenn dieser statt mit der behandelten Frau mit der Begleitperson abgehalten wird.

„Also ich selber verstehe mich auf keinen Fall als Sprachrohr zwischen Ärztin und Klientin, bin es aber leider meistens. Ich selber will eigentlich die Frauen begleiten, um ihnen Sicherheit zu geben, um da zu sein, wenn sie irgendwie Rückfragen haben oder wenn sie vielleicht Fragen nicht selber beantworten können und lieber wollen, dass ich die Frage beantworte.“ (B2, 2:17)

Beide Befragten empfinden ihre Rolle als vermittelnde Person als sehr unangenehm, da sie die Bedürfnisse der Frauen nicht im ausreichenden Maße ernstgenommen sehen.

„Die Dynamik verschiebt sich aber auf jeden Fall eher in eine unangenehme Richtung. Und zwar, dass die Arzt/Ärztin nur noch mit mir spricht und die betroffene Frau eigentlich nur noch daneben sitzt.“ (B1, 3:43)

In eine passive Rolle werden die Frauen gedrängt, was ihnen die Möglichkeit nimmt, aus eigenem Interesse heraus den Austausch mit den Mediziner*innen zu nutzen, um Verständnis über den eigenen medizinischen Zustand zu erlangen. Dies geschieht, so erachten das die befragten Begleitpersonen, aus einer vermeidenden Haltung der Ärzt*innen, um einer komplizierteren Kommunikation aus dem Weg zu gehen.

„Also es wurde gar nicht probiert, es gibt ja einfache Mittel und Wege, mit Menschen zu kommunizieren, die nicht Deutsch als Erstsprache haben, aber es wird überhaupt nicht probiert, also es wird dann mir erklärt und erwartet, dass ich das einer Frau irgendwie übermittele.“ (B2, 6:04)

Problematisch ist nicht nur das Übergehen des Bedürfnisses der Frauen, ihre eigenen Termine nach ihren persönlichen Bedürfnissen zu gestalten, sondern auch, dass die Begleitpersonen den Prozess der Informationsübermittlung über eine dritte Person als fehleranfällig beschreiben.

Und es ist einfach simpler, die Information gleich an mich zu packen und dann die Verantwortung sozusagen an mich abzuschieben, dass ich das der Frau, dem Kind oder dem Jugendlichen, das ist eigentlich egal, weiterleite. Was ich total doof finde, weil das ist quasi eine Stillepostunterhaltung und irgendwas geht auf jeden Fall verloren in dem Dialog dann.“ (B1, 4:11)

Die Möglichkeit, Rückfragen vorbringen zu können bleibt den Frauen größtenteils verwehrt. Vermittelt wird von den Ärzt*innen, dass der Raum für Verständnisfragen nicht gegeben ist. Stattdessen wird das Gespräch so knapp wie möglich gehalten, was die Begleitpersonen ebenfalls auf das Vermeiden von komplizierter Interaktion und Mehraufwand seitens der Ärzt*innen zurückführen.

„Ich finde das steht immer auf jedem Zettel, den man mitkriegt, bei Rückfragen gerne melden. Ich finde aber verbal geäußert wird das eigentlich nie. Es wird dir eher signalisiert, gutes Gespräch, jetzt vorbei, passt, tschüss.“ (B1, 38:02)

Auf der anderen Seite, so berichten die Befragten, fordern die Frauen die Erklärung nicht aktiv ein. Sie antizipieren ebenfalls mit einem vermeidenden Verhalten.

„Ich habe das Gefühl, die Frauen vermeiden es eher. Oder haben vielleicht schon so das Gefühl, dass kein Raum für Rückfragen ist. Oder stellen dann eher Rückfragen an mich. Also ich habe oft das Gefühl, das meintest du glaube ich auch vorhin schon mal, dass die Frau mich danach irgendwas fragt, wo ich mir denke, das hättest du doch vorher fragen können. Und ich glaube aber, dass sie irgendwie schon das Gefühl haben, dass ihnen nicht der Raum dafür geboten wird.“ (B2, 17:20)

Verständnisvoll erklären die Begleitpersonen das vermeidende Verhalten ihrer Klientinnen und erklären dieses mit der Unfreundlichkeit der Ärzt*innen, welche die Patientinnen durch das Verkürzen der Interaktion versuchen zu umgehen.

„Und da habe ich einfach auch wahrgenommen, dass die Frauen eher genervt behandelt werden, wenn sie kein Deutsch sprechen, wenn man nicht mit ihnen einfach kommunizieren kann.“ (B1,13:20)

Als ein möglicher Grund wird von einer der befragten Begleitpersonen der Faktor Zeit als mangelnde Ressource erklärend angeführt. Ärzt*innen kämen mit der großen Arbeitsbelastung nicht zurecht.

„Ich glaube Überforderung vielleicht. Ich glaube schon auch einfach viel zu viele Termine an einem Tag und einfach keine Zeit. Also ich will ihnen nicht mal etwas Böses unterstellen, ich glaube wirklich, dass sie einfach so einen engen Zeitplan haben, die Termine so getaktet sind, dass man sich vielleicht gar nicht darauf einlassen kann.“ (B2, 9:11)

Die Sichtweise des Professors für Kommunikation

Aus Expertensicht wird nun die Problemlage der verständnisbasierten ärztlichen Kommunikation durch die Einschätzung des befragten Professors für Kommunikation, welcher an der medizinischen Universität lehrt, gefasst. Er konstatiert, dass gelungene Kommunikation

in der alltäglichen Praxis von Ärzt*innen keine Selbstverständlichkeit ist. Obwohl er als Lehrbeauftragter von der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Curriculum überzeugt ist, beschreibt er ein Scheitern des theoretisch Erlernten in der praktischen Umsetzung durch Ärzt*innen im Alltag.

„Ich glaube das Bewusstsein ist dann nicht mehr da und es ist vielleicht auch die Überforderung im Alltag selber, oder auch nicht nur die Überforderung, es ist vielleicht auch das Gefühl, jetzt kann ich endlich was tun, jetzt kann ich endlich helfen, jetzt kann ich endlich was machen. Dass man sich dann auf die Basics nicht mehr besinnt. Ich glaube, dass es untergeht, dass es so überschwemmt wird von den Anforderungen, die da auf mich hereinbrechen.“ (6:25)

Der bisherige Fokus, so der Experte, lag auf dem Fachlichen und kaum auf der Übermittlung dessen. Das Wechseln von Fachsprache in eine laiengerechte Sprache wird im Medizinstudium zwar gelehrt, jedoch gestaltet sich die Umsetzung dessen mit zunehmender Praxiserfahrung ebenfalls als immer schwieriger. Dies erachtet der Professor für Kommunikation als besonders problematisch für das Gelingen einer verständnisbasierten Kommunikation.

„Auch am letzten Arbeitstag wäre es mein Wunsch an den behandelnden Arzt, an die behandelnde Ärztin, dass er oder sie immer noch so bereit ist zuzuhören, den Patienten wie an seinem ersten Arbeitstag. Weil es ja für den Patienten immer noch das erste Mal ist, dass es ein Herzinfarkt wäre. Und er immer noch so abgeholt werden möchte, wie von jemandem, der es vielleicht noch nie gehört hat. Wenn Sie etwas erzählt bekommen, was Sie noch nie gehört haben, dann sind Sie interessiert, dann nicken Sie, dann fragen Sie nach, dann interessieren Sie sich dafür. Wenn Sie es schon hundertmal gehört haben, dann ist es wieder schwierig, aufmerksam zu bleiben, zuzuhören, nachzufragen. Und das ist das, was das Professionelle ausmacht.“ (41:04)

5.2. Identifikation und Distinktion somatischer Kulturen von Ärzt*innen und Patient*innen

Wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit erläutert worden ist, ist die Art des Umgangs mit der eigenen Körperlichkeit sowie der eigenen Gesundheit abhängig von dem sozialen Milieu einer Person. Aufgrund der durch die Ausbildung bedingten Zugehörigkeit von Ärzt*innen zu

einer privilegierten sozialen Schicht ist nach Boltanski anzunehmen, dass Personen aus privilegierten Herkunftsgruppen einen den Expert*innen ähnlichen Umgang mit Gesundheitsthemen pflegen.

Diese Arbeit greift die Erkenntnis Boltanskis auf und verwendet sie als Erklärungsinstrument, um zu begreifen, weshalb die verständnisbasierte ärztliche Kommunikation mit Personengruppen benachteiligter sozialer Milieus erschwert erfolgt.

Die ärztliche Sichtweise

Die Interdependenz von Menschen und ihrem sozialen Milieu ist den befragten Ärztinnen ein Begriff, so ist ihnen bewusst, dass Annahmen oder Entscheidungen ihrer Patient*innen nicht im luftleeren Raum entstehen.

„Im Endeffekt ist der Mensch ein interdependentes Lebewesen, der in seiner Kontextualität mit den anderen Menschen in seinem sozialen Umfeld lebt. Und damit ist die Autonomie, die du hast, immer relational“ (Anästhesistin, 1:05:48)

Auch die psychische Gesundheit unterliegt laut der Psychiaterin dem Einfluss der sozialen Herkunft eines Menschen. Ebenso erachten die beiden Frauen das soziale Umfeld einer Person als zentrales Element, welches es hinsichtlich des Genesungsprozesses der Patient*innen zu beachten gilt. Hierbei wird jedoch von den beiden Befragten kein Unterschied gemacht, welchem sozialen Milieu die Patient*innen angehören. Vielmehr scheint die Stabilität des menschlichen Umfelds eine Rolle zu spielen. Umso eingebetteter eine Person in ihr soziales Umfeld ist, umso bessere Genesungschancen räumt man ihr ein.

Ein Hinweis darauf, dass die befragten Medizinerinnen dennoch die soziale Herkunft der zu behandelnden Person nicht außen vor lassen, gibt das Postulat der Anästhesistin, die Art der bevorstehenden Interaktion anhand des ersten Eindrucks von Patient*innen errahnen zu können.

„Es ist die Erfahrung des langjährig Aufklärenden zu spüren, wenn jemand zur Tür reinkommt und dir die Hand schüttelt und den ersten Satz sagt, dass du dieses Gefühl kriegst, das vielleicht manchmal täuschen kann, dass das schwierig sein könnte. Das ist

die Erfahrung, wie der Mensch rüberkommt, wie er gekleidet ist, wie er auftritt, wie er sich gibt und wie er seine ersten Worte sagt, das sagt oft sehr viel.“ (Anästhesistin, 1:12:18)

Diese Äußerung beweist einen strukturellen Zusammenhang zwischen den erkennbaren Merkmalen einer Person und ihrer Sprache oder der Art sich zu kleiden mit der Haltung dieser medizinischen Angelegenheiten gegenüber.

Dass es auf der sprachlichen Ebene Unterschiede zwischen dem Sprachgebrauch von Ärzt*innen und Patient*innen gibt, wurde bereits in einem vorherigen Abschnitt konstatiert. Bereits der oben genannte Prozess des „Ausdeutschens“ gibt einen Hinweis darauf, dass das natürlich verwendete Vokabular der Ärzt*innen anders geartet ist als das der Patient*innen oder Angehörigen. Nicht in allen Fällen ist gegeben, dass das durch die Ärzt*innen Vermittelte seitens der Patient*innen auf Verständnis stößt. Das beweist die Notwendigkeit des Pflegepersonals die medizinischen Inhalte reformulieren zu müssen, um eine gelungene Informationsübermittlung zu gewährleisten.

Die Sichtweise der pensionierten Krankenschwester

Durch die institutionelle Nähe der befragten Krankenschwester zu den Ärzt*innen, die sie konsultiert, besteht in den meisten Fällen ein gegenseitiges Verständnis. Das Interesse für medizinische Zusammenhänge kommt der ehemaligen Krankenschwester im ärztlichen Gespräch zugute. Die 80-jährige Interviewpartnerin beschreibt ihre Wissbegierde als besonders stark ausgeprägt und verweist vergleichend auf das Verhalten ihrer Bekannten, die das Nachfragen bei ärztlichen Terminen scheuen.

„Von der Bekannten, die war bei Internisten, die versteht nichts. Wenn du gar kein Vorwissen hast. Wahrscheinlich bin ich schon viel mehr interessiert. Dadurch ist es automatisch, dass ich das dann weiß. Aber dann sagen sie noch ein paar so Ausdrücke, die jemand, der nicht vom Fach ist und sich nie interessiert hat dafür, sich nicht auskennt.“ (11:48)

Das hier erwähnte Fachwissen bildet gemäß der Interviewpartnerin die Grundlage für das Verständnis medizinischer Inhalte, was hilfreich ist, um Rückfragen stellen zu können.

Die Befragte gibt an, dass trotz ihrer Berufslaufbahn im medizinischen Bereich auch bei ihr eine Hürde in der Kommunikation mit Mediziner*innen ist. Die limitierende Komponente, die das gegenseitige Verständnis einschränkt, sieht die ehemalige Krankenschwester jedoch bei sich selbst verortet. In dem Gespräch schwingt kaum Kritik an der Art der Kommunikation von Ärzt*innen mit, stattdessen wird die eigene Art der Kommunikation Ärzt*innen gegenüber kritisch hinterfragt.

*„Befragende: Und wie ist es, wenn du deine Symptome beschreibst? Hast du das Gefühl, das wird sehr schnell verstanden von den Ärzt*innen?“*

Befragte: Ja, das ist wahrscheinlich je nachdem, wie ich mich ausdrücke. Wenn sie sagen, ein Schmerz beschreiben von 1 bis 10, das kann man schon nicht.

Oder ob es sticht, das kann man nicht. Das bin ich immer ... Aber da können die Ärzte nichts dafür. Das ist so ein Schema, glaube ich, einfach bei ihnen.“ (6:49)

In den Ausführungen über ihre Erfahrungen in ärztlichen Gesprächen berichtet die Interviewpartnerin von einer Gegebenheit, als sie von einem behandelnden Arzt, der über ihre professionelle Vergangenheit als Krankenschwester im Bilde war, aufgrund ihrer von ihm hoch eingeschätzten medizinischen Qualifikation besonders behandelt worden ist.

„Der Arzt ist Gefäßchirurg und hat gewusst, dass ich Krankenschwester war. Jetzt ist natürlich, der redet ganz anders mit mir, aber ich weiß das ja nicht mehr, das ist schon zu lange her. Da war das dann irgendwie peinlich. Da habe ich dann auch nicht nachfragen wollen, weil mir das dann peinlich war, wenn er weiß, dass ich Krankenschwester bin und ich es nicht mehr weiß.“ (8:43)

„Er (der Arzt) war sehr gut, nur das war halt peinlich, dass er so ein paar Ausdrücke vorausgesetzt hat, dass ich die weiß.“ (10:43)

Ersichtlich ist, dass der Gefäßchirurg in diesem Beispiel das Wissen und Verständnis seiner Patientin in medizinischen Belangen dem eigenen ähnlich erachtet hat, woraufhin er seine Anliegen nicht in eine laiengerechte Sprache verpackte. Aufgrund der von dem Arzt als verwandt eingeschätzten sozialen und fachlichen Hintergründe wurde die medizinische Kommunikation auf einem hohen Niveau angesetzt. Seitens der befragten Krankenschwester

gab es jedoch dem Arzt gegenüber keine Schuldzuschreibung, so sieht sie den Mediziner nicht in der Verantwortung, durch Nachfragen zu erkennen, ob seine Ausführungen bei der Interaktionspartnerin auf Verständnis treffen.

Die Sichtweise der Begleitpersonen

Als „soziale Hürde“ beschreibt die erste Begleitperson die Diskrepanz zwischen den Frauen als Patientinnen und den Ärzt*innen, welche aus den verschiedenen Hintergründen der Personengruppen entsteht.

„Das ist natürlich auch eine soziale Hürde, die man sich dann erst mal trauen muss. Nach wie vor ist der Arzt doch noch so eine Respektsperson irgendwie. Und auf der anderen Seite will man ja vor allem im Auftrag, in Anführungsstrichen, von der Frau da sein.“ (B16:58)

Diese Lücke im gegenseitigen Verständnis sind die Ärzt*innen, wie im vorherigen Unterkapitel beschrieben, in der Regel nicht bereit aus Eigeninitiative zu füllen. Vielmehr ist dies die inoffizielle Aufgabe der Begleitpersonen. Als ursächlich für das Fehlen an Mühen auf Ärzt*innenseite, verständnisvoll auf den belastenden Hintergrund der Frauen einzugehen, wird von Begleitperson 2 das mangelnde Verständnis dieser Berufsgruppe für die erschwerten Lebensrealitäten der Frauen, welche den eigenen sehr unterschiedlich sind, angesehen.

„Und ich glaube schon, dass das Verständnis für soziale Ungleichheit und die damit einhergehenden Probleme, dass die komplett fehlen. Und was gerade fehlt, ist, glaube ich, dieses Verständnis, was gerade bei Ärztinnen, finde ich, wichtig wäre. Dass gerade die Personengruppe, die geflüchteten Frauen, dass die ja nicht nur auf einer Ebene nachgestellt diskriminiert sind, sondern auf vielen.“ (B2, 16:01)

Untermauert wird diese Erkenntnis durch den kontrastierenden Vergleich, welche Begleitperson 2 zwischen den beschriebenen problematisierten ärztlichen Besuchen ihrer Klientinnen und ihrer eigenen Erfahrung mit den gleichen Ärzt*innen anführt. Sie erklärt, dass die Mediziner*innen deutlich bemühter auf sie als Patientin eingehen und verständnisvoller auf Nachfragen reagieren.

„Ich bin zum Beispiel bei der gleichen Hausärztin wie die Klientin, die diese Langzeitbehandlung bekommt, wo die Hausärztin einfach oft ungeduldig ist, uns spüren lässt, dass sie keine Zeit hat.

Und wenn ich bei ihr bin, geht es zwar auch alles zack zack, aber ich spüre nicht diesen Druck, dieses Ja, wir haben jetzt aber keine Zeit dafür. Und da habe ich schon den Eindruck, ich kann auch noch mal eine Frage stellen. Das hat irgendwie Raum und Platz.“ (B2, 39:00)

Verdeutlicht wird hierbei, dass das Scheitern der ärztlichen Kommunikation nicht allein durch die Komponente des Zeitmangels, welcher in den Interviews häufig als Hindernis angeführt wird, ausgelöst wird. Vielmehr ist es das vermeidende Verhalten von Ärzt*innen, Verständnis für Menschen und Lebensrealitäten aufzubringen, die den ihren fremd sind. Ursächlich dafür, so berichten die Gesprächspartnerinnen, sind die Vorannahmen der Ärzt*innen, dass ein Termin mit diesen Frauen mit Mühen und Mehraufwand verbunden sein wird. Kritisiert wird das Verhalten der Ärzt*innen, welches aus dieser Abwehrhaltung resultiert. Diskriminierungserfahrungen sind der Gipfel der Problematik, so Begleitperson 2.

Wo die Unterschiede in dem Verständnis von Gesundheit der Frauen im Vergleich zu jenem der Ärzt*innen liegen, ist ein weiterer Schwerpunkt der Befragungen. Das Thema Gesundheitsvorsorge ist den marginalisierten Frauen ein weniger präsent Anliegen, obgleich die eigene Gesundheit dennoch ein Anliegen zu sein scheint. Begleitperson 1 kontrastiert das Vorsorgeverhalten der Frauen zu dem ihren:

„Ich würde sagen, dass mein Begriff von Gesundheit schon enger gefasst ist, als der von den Frauen zum Beispiel. Und ich viel schneller zu irgendeinem Vorsorgetermin renne, oder ich viel schneller mir denke, oh Gott, was habe ich jetzt? Das lasse ich mal lieber abchecken.

Das ist aber natürlich auch, weil ich es so gelernt habe, wie meine Mutter. Und ich würde sagen, die Frauen, die wollen alle gesund sein. Also man darf ihnen nicht unterstellen, dass sie nicht gesund sein wollen und dass ihnen das nicht wichtig ist.“ (B1, 25:47)

Aufgrund der häufig belastenden Lebensumstände der Frauen wird dem Präventionsfaktor häufig eine nebensächliche Rolle beigemessen. So beschreibt Begleitperson 1, dass das in ihren Augen häufig zu spät erfolgte Handeln bei gesundheitlichen Beschwerden bei ihr zunächst

Unverständnis auslöst, jedoch hinsichtlich der erschwerten Hintergründe der Frauen bei genauer Betrachtung nachvollziehbar ist. Während die Begleitpersonen in ihrer engen Zusammenarbeit mit den Frauen die Hintergründe ihres Verständnisses von Gesundheit erfahren, ist das Einbeziehen der Zusammenhänge des Gesundheitsverhaltens der Frauen kein Thema, welches Anklang in der Interaktion dieser Frauen mit ihren behandelnden Ärzt*innen findet.

Die Begleitpersonen erzählen im Zuge des Interviews von Beispielen in dem Gesundheitsverhalten der Frauen, welche von ihrem persönlichen Verständnis von gesundem Verhalten sowie den hierzulande üblichen ärztlichen Gesundheitspostulaten abweichen.

„In Somalia herrscht die Annahme, dicke Babys sind gesund.“ (B1, 30:15)

„Dass das Baby zu dick ist, ist vollkommen an ihr abgeprallt, weil sie sich dachte, ich mache es doch richtig. Also manchmal, glaube ich, war für sie der Arzt dann auch einfach der Unwissende, was ja auch irgendwie manchmal dann richtig ist, wenn man es so sehen will, dass er ja wirklich keine Ahnung hat, warum sie ihr Kind so erzieht.“ (B1, 32:29)

Annahmen über einen gesundheitsbewussten Umgang mit Kindern ist der ärztlichen Sichtweise different. Ebenso ist der Blick auf die medikamentöse Behandlung von Beschwerden ein anderer sowie die Einstellung psychischer Krankheiten gegenüber, da diese in anderen Kulturen weniger präsent sind und demnach von den Frauen häufig nicht als Ursache ihrer Beschwerden in Erwägung gezogen werden.

„Wir haben viele Frauen, die vielleicht kulturell bedingt nicht so eine Vorstellung wie wir von psychischer Gesundheit haben.“

Der psychosomatische Bereich ist oft etwas Neues. Frauen, die chronische Kopfschmerzen haben, dass das mit einer Depression zusammenhängen kann. Das bedarf oft viel Arbeit. Dass dafür Verständnis dann da ist.

Ich glaube, die Vorstellung ist oft, mir tut etwas weh. Ich gehe zur Ärztin.“ (B2, 25:12)

Bedingt werden die von einer Kultur vertretenen Gesundheitsrichtlinien ebenfalls durch religiöse Einflussgrößen, so berichten die Begleitpersonen, dass entgegen ihrer eigenen Einstellung, die von ihnen begleiteten Frauen arabischer Herkunft von der

gesundheitsfördernden Wirkung des Fastens überzeugt sind und hingegen das Essen großer Mengen als kraftraubend empfinden.

*„Also das Thema Fasten ist total präsent, halt rund um Ramadan. Und generell einige Frauen, die an Ramadan fasten, fasten auch das restliche Jahr über mal hier, mal da. Und das ist oft Thema, dass sie dann uns sagen, hey, das würde euch doch auch guttun. Und die Europäer*innen, die essen immer so viel. Eigentlich muss man gar nicht so viel essen. Eigentlich reicht es in der Früh zu essen. Da merke ich, dass wir oft... Da sind wir auch oft unterschiedlicher Meinung, weil eine bestimmte Frau hat oft wenig Energie den Tag über.“ (B2, 34:46)*

Jedoch wurde keiner dieser Annahmen im ärztlichen Gespräch thematisiert, was einerseits an dem Desinteresse der Ärzt*innen dem sozialen und kulturellen Hintergrund der Frauen gegenüber liegt und andererseits im Zusammenhang mit dem Gefühl der Frauen steht, ihre Annahmen in den ärztlichen Gesprächen nicht vorbringen zu können.

Diese von den Frauen empfundene Hürde, ihren eigenen Einstellungen zu Gesundheit im ärztlichen Gespräch Ausdruck verleihen zu können, ist durch den Mangel an Verständnis der Ärzt*innen determiniert, welche die sozialen und kulturellen Hintergründe der Frauen, die oft von Prekarität betroffen sind, nicht mit einbeziehen. Demnach entsteht keine Einsicht seitens der Ärzt*innen, dass Gesundheitsprobleme häufig mit einer anderen Priorisierung behandelt werden, als dies von den Ärzt*innen als richtig erachtet wird.

„Wenn wir mit existenziellen Problemen zu tun haben, wie einer Mindestsicherung oder Obdachlosigkeit, Drogensucht, was auch immer, dann habe ich keine Zeit, meine Zähne einfach mal kontrollieren zu lassen, weil ich mir denke, jetzt ist der Check-up mal wieder dran oder der Zahnarztbesuch. Sondern dann gehe ich wirklich erst hin, wenn es nicht mehr geht. Also wenn ich vielleicht schon die Wurzelbehandlung brauche, weil ich sage, ich komme mit Zahnschmerzen überhaupt nicht mehr klar.

Und ich finde, dass das Verständnis von den Ärzten dann fehlt, warum die Personen erst jetzt da sind. Dann heißt es immer, warum sind sie denn nicht eher gekommen? Dann hätte man doch was verhindern können. Oder ja, Vorsorge, wichtig.

Und deswegen ist der Punkt, wo man einfach sagt, da fehlt ein Verständnis für Lebensrealitäten einfach ganz doll.“ (B1, 10:52)

Statt den Differenzen in der Gesundheitsauffassung und der Einstellung präventiver Maßnahmen gegenüber Raum zu schaffen, wird der anders geartete soziale Hintergrund der Frauen in den Behandlungsgesprächen ausgeblendet.

„Befragende: Gab es da auch mal positive Erfahrungen, wo du dachtest, okay, jetzt wurde da auf die Hintergründe von den Patientinnen eingegangen, um Zusammenhänge besser zu verstehen?“

Befragte: Nein.

Befragende: Okay.

Befragte: Nein, gar nicht. “ (B1, 32:48)

Verständnisfragen seitens der Ärzt*innen werden nicht gestellt, wodurch den hintergründigen Annahmen nicht Rechnung getragen werden können.

„Und dann dass Annahmen darüber getroffen werden, wie sich die Frau ernährt oder nicht ernährt. Sagt man dann, ja, durch schlechte Ernährung, das ist klar und so. Und es wird quasi gar nicht die Frau mit einbezogen und gefragt, wie ernährt sie sich denn? Oder was ist denn so ihre Krankheitsgeschichte in der Familie? Ist das vielleicht erblich bedingt oder so? Also es werden einfach viele Vorannahmen getroffen. Das sind so einige Klischees in den Köpfen, kommt mir vor.“ (B2, 46:34)

Die Begleitpersonen gehen von einem stigmatisierenden Blick aus, den die Ärzt*innen auf die Frauen anderer Kulturen werfen. Begleitperson 1 ist der Meinung, dass diese Frauen von den Ärzt*innen als nicht fähig erachtet werden, den Ausführungen der Mediziner*innen und dem ärztlichen Rat folgen zu können.

„Sie ist recht laut, sie war stark geschminkt, hat aber trotzdem ein Kopftuch getragen, hatte so typische somalische Kleidung an. Ich kann mir schon vorstellen, dass ihr auch das Attribut dumm einfach schnell angehangen wird.“ (B1, 8:00)

Die Sichtweise des Professors für Kommunikation

Das zentrale Postulat des Professors für Kommunikation im Zusammenhang mit der somatischen Kultur, welche klassenabhängig hintergründig für gesundheitsbezogene Vorprägungen sorgt, ist, dass allen Patient*innen unabhängig des Hintergrunds mehr Verständnis gegenübergebracht werden sollte. Gemäß der Einschätzung des Experten lassen sich einige Problemlagen in der ärztlichen Kommunikation auf eine falsche Einschätzung der Mediziner*innen zurückführen, was eine an die zu behandelnden Patient*innen angepasste Kommunikation betrifft.

„Das ganz konkrete Beispiel, das mir eine Studentin selber mal gebracht hat, war, sie hat formuliert am AKH in Wien, das ist das größte Krankenhaus in Wien, und ist dort Visite mitgegangen. Sie hatte dort Visite für den Oberarzt, kommt rein ins Zimmer.

Im Zimmer liegt ein Arzt, auch im Bett. Und er erklärt mit möglichst vielen Fremdwörtern, ohne Verben erklärt er, was er denn hätte, was denn gemacht worden ist und was jetzt passieren wird. Und dann gehen sie wieder.

Und die Studentin hat danach noch ins Zimmer gehen müssen, hat Blutabnehmen oder Blutdruck messen müssen, eines von den zwei Sachen, ich vergesse das immer. Und dann fragt der Arzt im Bett, es ist ihm total unangenehm, können Sie mir das noch einmal erklären, was denn da jetzt gerade besprochen worden ist. Und wir fragen dann die Studierenden, was ist denn da jetzt passiert? Was passiert ist, dass der Arzt das Vorurteil hatte, da liegt ein Arzt im Bett, der kann alles gleich wie ich, der weiß alles wie ich, der ist hochgebildet und so weiter, Experte, mit dem kann ich so reden.“ (13:56)

In einigen Punkten deckungsgleich ist diese Begebenheit mit dem oben geschilderten Erlebnis der pensionierten Krankenschwester, welches ebenfalls eine ärztliche Fehleinschätzung der medizinischen Vorprägung der Patient*innen betrifft. Im Rahmen des Kommunikationstrainings, welches der Professor mit den Medizinstudierenden abhält, erlernen die Teilnehmenden den ersten Eindruck von Patient*innen nicht als Ausgangspunkt für die folgende Interaktion zu nehmen, da diese fehlleiten kann und somit Verständnisschwierigkeiten hervorruft.

Die Situationen, in der dem sozialen Hintergrund der Patient*innen ein gewichtetes Augenmerk zukommen sollte, sind jene, die erkennen lassen, dass unterschiedliche soziale Herkunft verschiedene Vorannahmen und Haltungen bezogen auf Gesundheitsthematiken hervorbringen.

Die Expertenmeinung des befragten Professors postuliert in diesem Zusammenhang die Kontextgebundenheit medizinischer Annahmen im kulturellen, milieuspezifischen und zeitgeschichtlichen Kontext. So würde er Annahmen, welche dem zeitgenössischen medizinischen Konsens widersprechen nicht per se verurteilen, denn das medizinische Wissen ist ein sich weiterentwickelndes Kontinuum und nicht statisch.

„Diagnosen, also eine Beispieldiagnose, die ZD10, ZD9, ZD8, ich weiß nicht mehr wo genau, verschwunden waren, bei Homosexualität, oder das ist ja eine medizinische Diagnose. Es gibt immer noch in Österreich zugelassen die Konversionstherapien. Es ist etwas, was ja auch in einem kulturellen Kontext passiert, und Medizinstudierende, die berichten, dass sie in anderen Ländern waren, vor allem in anderen Ländern mit anderen Kulturen, das ist jetzt keine westliche Zivilisation, von mir aus, asiatischer Kulturkreis, afrikanische oder südamerikanische Kulturkreise gedacht, kommen mit einem anderen Realitätsverständnis auch zurück. Also wir bewegen uns ja hier in einer Bubble, wenn man will. Das heißt, diese Fragen, die wir uns stellen über Gesundheit und gelingende Kommunikation, ist ja auch in einem kulturellen Kontext eingeordnet.“
(33:50)

Resümierend ist also die Diversität in den somatischen Kulturen der Patient*innen unterschiedlicher Herkunft und Hintergründen anzuerkennen, jedoch ist davon abzusehen, diese spekulativ zu erraten, da die Wahrscheinlichkeit einer Fehleinschätzung von dem Professor zu hoch eingeschätzt wird.

Nicht nur die kontextabhängige Haltung der Patient*innen Gesundheitswissen gegenüber solle Beachtung finden. Ebenfalls solle die Reflexion über die ärztliche Grundhaltung nicht ausbleiben. Das Verwenden von Fachsprache ist beispielsweise in dem Verhalten der Ärzt*innen aufgrund des stetigen Austauschs mit Kolleg*innen verankert. Dies ist als Grund für die Schwierigkeit der Anpassungsfähigkeiten der Ärzt*innen an die zu behandelnden Patient*innen anzuführen.

„Die Krux wieder ist, Ärzte sprechen mit Ärzten, oder Ärzte sprechen mit der Pflege, oder Ärzte sprechen mit anderen Gesundheitsprofessionisten, immer in der Fachsprache. Das heißt, da wird immer Fachsprache kommuniziert, und der Wechsel dann in eine Nicht-Fachsprache mit den Patienten wird immer schwieriger.“ (17:25)

5.3. Ärzt*innen als Sender, Patient*innen als Empfänger medizinischen Wissens

Wie im Theorieteil der Arbeit beschrieben, sind die Ärzt*innen in der Rolle das ärztliche Gespräch zu leiten. Es wird ihnen durch Luc Boltanski eine Position zugesprochen, welche durch die Legitimationshoheit über gesundheitsbezogene Themen charakterisiert ist. Betont wird, dass Personen aus weniger privilegierten Schichten das medizinische Wissen besonders passiv aufnehmen und weniger leicht neue wissenschaftliche Erkenntnissen annehmen, sondern vielmehr an den von Ärzt*innen postulierten Dogmen festhalten (Boltanski, 2018: 83).

Die folgenden Abschnitte werden aus den verschiedenen Perspektiven aufzeigen, inwiefern Ärzt*innen die Funktion der Vermittelnden medizinischen Wissens sind und sich als solche verstehen, während ihre Gegenüber in einer vorwiegend passiveren Rolle verbleiben.

Die ärztliche Sichtweise

Zunächst lässt sich zusammenfassend postulieren, dass sich vor allem die befragte Anästhesistin in erster Linie klar als Übermittlerin medizinischer Inhalte erkennt. Dies beschreibt sie nicht nur bezogen auf ihre eigene Aufgabe des Überbringens von Diagnosen oder Therapiemaßnahmen, sondern sieht Ärzt*innen insgesamt mit der Aufgabe bemüht, Patient*innen mit Informationen zu versorgen. Hinterfragend beschreibt sie jedoch, dass dies häufig in einen zu einseitig ablaufenden Prozess ausartet.

*„Und es gibt ganz gute Daten, die zeigen, dass Ärzte ihre Gegenüber zumüllen mit Informationen, ohne noch gegenzuchecken, was überhaupt davon ankommt.“
(Anästhesistin, 34:50)*

In dem weiteren Verlauf des Interviews wird verständlich, dass häufig das Kommunizieren von Ärzt*innen ein Abladen der Informationen an ihre Patient*innen bedeutet, da dies als Anforderung an Mediziner*innen verstanden wird. Dem Soll der fachlichen Informationsvermittlung, welches Ärzt*innen als Anforderung an sich verspüren, wird so Rechnung getragen ohne der Gegenseite, sprich der Perspektive der Patient*innen, genügend Raum einzuräumen.

Eine Dynamik, welche als Grund für die einseitige Kommunikationsweise von Ärzt*innen zu Patient*innen zu sehen ist, ist die durch die Befragten beschriebene Annahme der Mediziner*innen ihre Gegenüber aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung einschätzen zu können. Geschuldet dieser Annahme wird das Gegenprüfen, inwieweit das Gesagte verstanden wurde, obsolet.

„Es ist die Erfahrung des langjährig Aufklärenden zu spüren, wenn jemand zur Tür reinkommt und dir die Hand schüttelt und den ersten Satz sagt, dass du dieses Gefühl kriegst, das vielleicht manchmal täuschen kann, dass das schwierig sein könnte. Das ist die Erfahrung, wie der Mensch rüberkommt, wie er gekleidet ist, wie er auftritt, wie er sich gibt und wie er seine ersten Worte sagt, das sagt oft sehr viel.“ (Anästhesistin, 1:12:18)

Verknüpft man diese und weitere in ähnlichem Wortlaut getätigte Aussagen, so entspricht diese Selbstwahrnehmung von Ärzt*innen, Patient*innen einschätzen zu können und ihr Kommunikationsverhalten an dieser Annahme festmachen zu können, einer Fehleinschätzung. Es kann festgestellt werden, dass die befragten Ärztinnen, obwohl sie sich bemühen, die Perspektive der Patient*innen zu berücksichtigen, dennoch die Kommunikation maßgeblich steuern.

Die Sichtweise der pensionierten Krankenschwester

Die Passivität, in welcher sich die Patient*innen gedrängt sehen, kommt auch in dem Interview mit der pensionierten Krankenschwester zutage. Den Eindruck, dass die sie behandelnden Ärzt*innen ihr Interaktionsverhalten nicht an ihr Gegenüber anpassen und mehr in die Rolle der einseitigen Informationsvermittler verfallen, hegt auch sie. So erwähnt sie an einigen Stellen, dass sie, statt nachzufragen, dem von Ärzt*innen Gesagten vertraut, da sich dies als einfacherer Weg erwiesen hat.

„Er hat es erklärt, aber ich habe es dann nicht mehr verstanden. Das war bei der Wirbelsäule mal irgendetwas. Da habe ich einfach vertraut, dass er sagt, was ich jetzt machen soll.“ (23:58)

Ebenfalls von einer Passivität in der Patient*innenrolle der Befragten zeugt die Beschreibung einer Begebenheit des Beiwohnens eines Studenten ihrer Behandlung. Während ein fachlicher Austausch zwischen diesem und dem Arzt stattfand, wurde der medizinische Sachverhalt für sie nicht laiengerecht reformuliert.

„Der Computer war so gestanden, dass die Studenten das gesehen haben, ich aber nicht. Da habe ich dann nicht mehr nachgefragt. Da bin ich aber selber schuld, weil ich nicht nachfrage, wie sie dann mit den Studenten alles besprochen und so. Aber ich habe mich überhaupt nicht mehr ausgekannt. Und das hat mich persönlich geärgert, dass ich nicht noch einmal gefragt habe. Aber da kann sie nichts dafür. Ich meine, sie hätte können mich fragen, ob ich noch Fragen hätte. Das war dann nicht mehr. Sie hat sich auf die Studenten konzentriert wahrscheinlich.“
(20:44)

Auch wenn die befragte Probandin die Ursache der nicht in Verständnis mündenden Interaktion bei ihrem nicht erfolgten Nachfragen verortet, ist dennoch aus der theoriegeleiteten Perspektive strukturell der Grund der Divergenz zwischen Ärzt*innen als aktive Informationsvermittelnde und Patient*innen als passive Informationsrezipient*innen hinzuzufügen (Boltanski, 2018: 83).

Die Sichtweise der Begleitpersonen

Anders als die Beschreibungen der pensionierten Krankenschwester ist aus den Ausführungen der Begleitpersonen über die Interaktion zwischen den Ärzt*innen und den Frauen aus prekären Verhältnissen zu entnehmen, dass es sich hierbei nicht lediglich um eine Passivität der Patient*innen handelt, sondern sich diese Dynamik verstärkt und in ein Machtgefälle manifestiert.

*„Aber ich würde einfach sagen, dass man merkt, dass Ärzt*innen sich nicht an ihr Gegenüber anpassen, was auf der einen Seite des Schreibtisches sitzt, sondern dass sie einfach ihren Shit abladen, meistens noch gestresst sind, ihre Diagnose hinknallen, ihre Empfehlung, und dann ist gut. Und ob dich jemand jetzt versteht oder warum, vielleicht auch jemand, die gesundheitliche Beschwerden hat, die diese Person hat, dass die aus gewissen Gründen auch da sind und vielleicht nicht behandelt werden können. Ich finde, das ist überhaupt nicht vorhanden.“* (B1, 9:19)

Anhand dieses Zitats wird die These Boltanskis unterstrichen, dass Ärzt*innen jene Position innehaben, von der aus sie medizinische Inhalte an die Gegenüber adressieren, ohne diesem einen Anteil zur Mitgestaltung des Gespräches zuzugestehen. Der Mangel an emphatischem Eingehen auf die Bedürfnisse der Patient*innen zeigt weiter das folgende Zitat:

„Die eine Person, die Patientin, ist vulnerabel. Der andere nicht. Das sind die Arzt, Ärztin.

Das ist natürlich ein ungleiches Machtgefälle, weil die eine Person will was von der anderen. Da ist einfach mehr Empathie gefragt, finde ich. Ich war mit meinem einen Jugendlichen in der Psychiatrie. Mitten in der Nacht, weil der Amtsarzt der Polizei entschieden hat, der muss jetzt in die Psychiatrie. Da saß der Jugendliche da und hat geweint. Und dann meinte der Arzt in der Psychiatrie, ob wir uns jetzt mal zusammenreißen können.“ (B1, 43:21)

Ebenso wie der Mangel der persönlichen Note der Gesprächsführung auf ärztlicher Seite, beschreiben die Begleitpersonen in diesem Zusammenhang ebenfalls die Passivität, welche sie auf Patient*innenseite erkennen. Die Nebensächlichkeit der individuellen Bedürfnisse wird dabei jedoch nicht auf das Desinteresse der Patient*innen medizinischer Thematiken gegenüber zurückgeführt. Vielmehr ist dem ursächlich, dass die Mediziner*innen den Dialog mit den vulnerablen Frauen meiden und ihre gesundheitsbezogenen Postulate vorbringen, ohne zu hinterfragen, inwieweit sie dabei medizinisches Fachwissen auf Patient*innenseite voraussetzen. Begleitperson 1 überträgt diese von ihr kritisierte Problematik von ihren Erfahrungen als Begleitperson auf ihre persönlichen Erlebnisse in ärztlichen Gesprächen. Sie beschreibt, wie sie bei einem Besuch bei ihrer Frauenärztin auf einen nuancierten medizinischen Rat verzichten und stattdessen das medizinische Postulat der Ärztin unhinterfragt annehmen soll.

*„Da (durch Frauenärzt*innen) wird schon das Grundverständnis über deinen eigenen Körper und über die Biologie deines Körpers vorausgesetzt.*

Da wird dir jetzt nicht groß erklärt, wo, wieso die Spirale da reinkommt und was die eigentlich macht, sondern da heißt es ja, wir können die Spirale einsetzen und fertig.“ (B1, 21:04)

Erkannt wird von den Begleitpersonen, dass, durch den in vorherigen Teilen beschriebenen Mangel an persönlichem Eingehen auf Hintergründe der Patientinnen, der medizinische Rat der Ärzt*innen den Charakter einer totalen Wahrheit bekommt. Die Möglichkeit, die den Patient*innen eingeräumt werden könnte, dies durch Rückfragen zu durchbrechen, bleibt, so beschreiben die Aussagen der beiden Begleitpersonen, verwehrt. Dies geschieht weniger durch eine verbalisierte Ablehnung von Rückfragen durch die Ärzt*innen, sondern vielmehr durch eine nonverbale Abwehrhaltung potenziellen Nachhakens der Patient*innen.

„Also ich finde, dass oft der Arzt, Ärztin sagt, also sagt natürlich nie, stelle keine Rückfragen, das heißt Rücksprache bitte gerne und so weiter und so fort. Ich finde aber die Reaktion, wenn eine Rückfrage kommt, ist oft eher so, dass man sich denkt, oder dass man an der Stimmung des Raumes merkt, dass man denkt, ok, passt gut, wir wollen nicht stören.“ (13:30)

Die begleiteten Frauen sind demnach nicht in der Position, von der aus sie sich die ärztliche Gesprächssituation zu eigen machen können, um persönliche Anliegen in den Vordergrund zu stellen. Hingegen die einzige Situation im ärztlichen Kontext, in der die Frauen eine aktive Rolle einnehmen, ist jene der Behandlung ihrer eigenen Kinder. In diesen ärztlichen Konsultationen ist es den Frauen merklich wichtig, das persönliche Eingehen der Mediziner*innen auf die Gesundheit ihrer Kinder zu gewährleisten.

„Wenn es ihre Kinder betrifft oder betraf, dann haben sie deutlich mehr gefragt, weil sie es wirklich auch verstehen wollten.“ (B1, 22:34)

Bezogen auf die im vorherigen Unterkapitel angesprochene Tendenz, die sich aus dem Interview mit den Ärztinnen ableiten lässt, dass der erste Eindruck, welchen Ärzt*innen über ihre Patient*innen gewinnen, als Basis für die medizinischen Erklärungen dient, lässt sich eine Beobachtung von Begleitperson 2 anführen, welche dies untermauert.

„Also wieder in dem Beispiel von der Klientin, das ist eine syrische Klientin, die schon so weit Deutsch spricht, dass man so alltagssprachliche Dinge ganz gut kommunizieren kann. In dem Fall ist es in der Beziehung mit ihrer Hausärztin einfach mega schwierig und da hat die Klientin schon öfter versucht zu sagen, aber das kann doch nicht die Lösung sein, dieses eine Medikament, mir tut doch das und das und das weh? Und die

Ärztin hat es halt immer sehr abgetan. Ja, bei diesen Leuten weiß man ja irgendwie immer gar nicht, wo man ansetzen soll, bei denen tut alles weh.“ (B2, 8:32)

Erkennbar wird, dass Annahmen und Klischees den Ärzt*innen als Grundlage für ihren Kommunikationsweg dienen. Statt sich nach den Bedürfnissen der Patient*innen zu erkundigen und das eigene Verfahren zu überdenken wird sich auf die standardisierte und wenig ausführliche Informationsübermittlung konzentriert.

Die Sichtweise des Professors für Kommunikation

Als Ausgangslage für eine häufig hierarchisch ablaufende Kommunikation in ärztlichen Gesprächen beschreibt der Professor für Kommunikation ein Machtungleichgewicht aufgrund der Hilfsbedürftigkeit der Patient*innen. Dieses sollte jedoch, so die Einschätzung des Experten, überwunden werden, damit kein Ungleichgewicht in der Interaktion zulasten der Patient*innen zustande kommt.

Pathologisch ist, so der Befragte, die Haltung der Ärzt*innen, dass ihr medizinischer Rat dem Anspruch auf absolute Gültigkeit gerecht wird. Vielmehr ist diese Haltung hinderlich für die Möglichkeit des personalisierten Antizipierens auf die zu behandelnde Person. Das Eingehen auf die Patient*innen schafft das Potenzial, dass eine vertrauensbasierte Beziehung zwischen den beiden Parteien entsteht. Ein Rollenwechsel sollte dahingehend stattfinden, dass die Ärzt*innen von ihrer aktiven gesprächsführenden Rolle absehen und stattdessen eine passivere Haltung des Zuhörens nutzen.

„Das was Zuhören ist, was Zuhören schafft. Zuhören schafft Beziehung. Zuhören schafft Vertrauen. Und erst wenn ich jemandem vertraue, kann ich auch das annehmen, was mir mein Gegenüber sagt. Also wenn ich jetzt zu ihnen käme als Patient, als Ärztin, kenne ich sie ja nicht. Und grundsätzlich die Erwartungshaltung, sie sind Ärztin, sie werden schon was können, salopp formuliert. Sie werden mir helfen können. Aber wenn ich mich in der Sequenz, wo unsere Beziehung entsteht, nicht verstanden fühle, weil sie mir nicht zuhören oder weil ich den Eindruck habe, dass sie mir nicht zuhören, weil sie mich unterbrochen haben im Gespräch, dann nehmen sie als Ärztin mir die Möglichkeit Beziehung zu ihnen aufzubauen.“ (3:38)

Das Eingehen auf die Bedürfnisse, so spezifiziert der Professor, gelingt nicht durch das Beharren auf den einen erdachten richtigen Weg der Informationsvermittlung, den sich Ärzt*innen in ihrem alltäglichen Patient*innenkontakt aneignen.

„Also das Problem ist eher, dass Ärzte sagen, das sind Fakten. Die sind so und haben die absolute Gültigkeit.

Und mit dieser Absolutheit stößt man ja eher auf Widerstand als auf Verständnis. Wenn ich jemanden abhole, dort wo er ist, und dort auf seinen Bausteinen anbaue, dazubaue, aufbaue, kann ich ein gemeinsames Bild erzeugen.“ (32:31)

Um einen personalisierten Umgang mit den Patient*innen zu ermöglichen, ist es unabdingbar, dass auf ärztlicher Seite die Fähigkeit zur Gesprächsführung stets hinterfragt wird. Denn allgemein erkennt der befragte Experte die Tendenz der Überschätzung der Kommunikationsfähigkeit unter praktizierenden Ärzt*innen.

„Das Gefühl zu haben, ich kann ja sprechen, ich spreche seitdem ich ein kleines Kind bin. Wieso muss ich denn das dann lernen auf ein professionelles Niveau? Ich kann reden. Ich höre ja, was sie sagen. Also dieses Gefühl, ich kann das ja schon alles. Dass der größte Widerstand dafür sein kann, etwas versuchen zu können, zu erlernen.“ (2:59)

Vor allem langjährige Ärzt*innen sollten, so der Professor, angehalten werden ihre häufig festgefahrenen Kommunikationsmuster zu hinterfragen.

Der Machtgradient, welcher entsteht, wenn die Rolle der Ärzt*innen als Informationsvermittler*innen Patient*innen in eine passive Haltung drängen, würde sich in der idealisierten Vorstellung des Interviewten auflösen. Stattdessen müsste ein ärztliches Gespräch das Ziel anvisieren, stets die Perspektive von Gesundheit von Ärzt*innen und von Patient*innen zusammenzuführen.

„Und ich mag die Begriffe Wahrheit und Halbwahrheit in dem Zusammenhang eigentlich nicht, sondern mir würde es darum gehen, diese Perspektiven, die Patientenperspektiven und die Ärzteperspektive zusammenzuführen. Ich würde sie nie als Wahrheit bezeichnen wollen.“ (30:43)

Dies soll nicht das Negieren der Expert*innenrolle der Ärzt*innen bedeuten. Vielmehr soll die Kluft zwischen dem Wahrheitsanspruch der Patient*innen- und Ärzt*innenmeinung geschlossen werden.

„Das enthebt mich ja nicht der Expertenrolle, weil ich sozusagen dieses Fachwissen habe, aber es reduziert den Gap. Das heißt, ich versuche nicht höher, höher, höher zu schauen, sondern ich versuche runter, runter zu kommen.“ (37:27)

5.4. Medizinisches Wissen als Objekt der sozialen Distinktion

Die Milieugebundenheit des Wissens postuliert Boltanski in seiner körperbezogenen Soziologie. So werden die Wahrheiten und Denkgepflogenheiten, wie bereits im Theorieteil dieser Arbeit erklärt, durch die milieuspezifische Sozialisation bestimmt (Boltanski, 2018: 87-88).

Doch steht das Wissensrepertoire einer Person nicht nur in Abhängigkeit zum sozialen Umfeld, in dem sie sich befindet. Zudem ist der Umgang mit neuen Denkmustern und wissenschaftlichen Erkenntnissen durch die soziale Schicht determiniert. Während der Glaube an das wissenschaftlich Neue von der privilegierten sozialen Schicht sowie den Ärzt*innen geteilt wird, berufen sich Personen aus den gesellschaftlich mehr benachteiligten Schichten auf Denkweisen, welche als überholt und veraltet gelten. Die Dogmen, an denen sich diese Personengruppen orientieren, so beschreibt Boltanski, ist das „Krümelwissen“, welches durch die Weitergabe von Ärzt*innen an zunächst die am Zeitgeist interessierten Oberschichten zu den sozial schwachen Schichten gelangt (Boltanski, 2018: 83). Diese Weisheiten bilden daher nur ein plakatives Regelwerk von kontextentrissenen Einzelaussagen, welche in der Gesellschaft kursieren und den neuen Erkenntnissen der Mediziner*innen nicht entsprechen. Den Anspruch auf die Validität von gesundheitsbezogenem Wissen beanspruchen Ärzt*innen für sich, weshalb vermutet werden kann, dass anders gearteten Denkmustern die Gültigkeit abgesprochen wird.

Die folgenden Abschnitte thematisieren, wo die hierfür interviewten Personen die legitimatorische Hoheit für medizinisches Wissen verorten. Zudem ist von Interesse, inwieweit ein ärztliches Gespräch darauf abzielt ein Wissenskonsens der beteiligten Parteien zu schaffen

und somit, inwiefern dem Wissen der Laien in Bezug auf medizinische Inhalte Raum geschaffen wird.

Die ärztliche Sichtweise

Die beiden befragten Ärztinnen sehen den ärztlichen Standpunkt als Position des Vertrauensvorschlusses. Sie sehen Mediziner*innen als Wissensinstanz und reflektieren darüber, dass sie die eigenen Ansichten als Fachfrauen wenig hinterfragen und somit in den meisten Interaktionen mit Patient*innen ihre Sichtweise als die legitime betrachten.

„Wir neigen dazu, den Patienten, die uns zustimmen zu dem, was wir wollen, nicht zu hinterfragen, ob sie entscheidungsfähig sind und wir neigen dazu, den Patienten, die uns widersprechen und sagen, alles, was sie sagen, möchte ich nicht, denen wird automatisch unterstellt, dass sie einen Psychiater brauchen, dass sie nicht entscheidungsfähig sind, dass sie nicht kapieren, wo die Konsequenzen liegen und so weiter.“ (Anästhesistin, 47:53)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass die Haltungen von den zu Behandelnden in den Fällen für richtig empfunden werden, wenn sie der eigenen deckungsgleich ist.

Eine andere Komponente des Wissens wird im Gespräch deutlich. Das wechselseitige Teilen des Wissens ist nicht immer das Ziel der ärztlichen Aufklärung. Wie die Anästhesistin beschreibt, besteht auf Patient*innenseite ein Recht auf „Nichtwissen und Unvernunft“, welches von ihr als behandelnde Ärztin hingenommen wird und somit nicht alle Parteien gleichermaßen im Bilde über den medizinischen Kontext des Gesundheitszustandes sein müssen.

Die Sichtweise der pensionierten Krankenschwester

Hilfreich für ihre Rolle als Patientin ist gemäß den Aussagen der pensionierten Krankenschwester ihre durch ihren beruflichen Hintergrund erworbene Wissbegierde bezüglich medizinischer Zusammenhänge. Sie erkennt die Ärzt*innen, die sie konsultiert, als legitimatorische Wissensinstanz an und setzt diesem von ihr als richtig erachteten Wissen nichts

gegenüber. Sie ist stets gewillt, ihren Wissensstand an den Erkenntnissen der Fachmänner und Fachfrauen anzupassen.

Aus dem Interview kann erkannt werden, dass das von der Interviewten beschriebene Voraussetzen von Fachwissen durch die Ärzt*innen impliziert, dass wissenschaftlich fundierte Wahrheiten über Gesundheitsthematiken existieren, die voraussetzbar sind.

*„Befragende: Ist es manchmal so, bei Arztbesuchen, dass die Ärzt*innen ein medizinisches Vorwissen erwarten?“*

Befragte: Ja, bei Fachärzten hauptsächlich.

Bei Fachärzten ist es schon, ja.“ (8:18)

Über diese Sachzusammenhänge möchte die ehemals im Gesundheitsbereich Arbeitende im Bilde sein, so scheint das Ziel, über die medizinischen Sachverhalte aufgeklärt zu werden, sprich das eigene Wissen an das der Mediziner*innen anzupassen, in den meisten Fällen gegeben.

„Ich frage nach. Und ich frage so nach, bis ich es verstehe. Oft sagen sie dann irgendeinen medizinischen Ausdruck, den ich nicht verstehe. Aber ich will es immer wissen.“ (5:19)

Die Sichtweise der Begleitpersonen

Komplexer als der Austausch über medizinische Inhalte und das Adaptieren dieser durch die ehemalige Krankenschwester im Austausch mit ihren Ärzt*innen gestaltet sich jener Prozess der Wissensübermittlung zwischen den Frauen aus prekären Verhältnissen und ihren behandelnden Ärzt*innen.

Auch in Auseinandersetzung mit dem transkribierten Material der Interviews mit den Begleitpersonen lässt sich konstatieren, dass die Ärzt*innen eine totale Wissenshoheit innehaben. Diese wird von den begleiteten Frauen reproduziert, so dass das Wissen der Mediziner*innen meist unhinterfragt bleibt.

Jedoch ist erkennbar, dass der in vorherigen Kapiteln beschriebene Mangel an persönlicher Anteilnahme der Ärzt*innen an den gesundheitlichen Annahmen der Frauen zu einem nicht auf wechselseitigem Verständnis basierenden Wissensgradient führt. Unabhängig von den Annahmen der Frauen über gesundheitsbezogene Sachverhalte erscheint die von den Mediziner*innen postulierten Anweisungen als das einzig Gültige.

„Dass sie aber schon oft die Einschätzung eines Arztes oder einer Ärztin als die totale Wahrheit betrachten. Es ist dann so. Die Ärztin sagt das.“ (B1, 22:46)

Indessen resultiert die nicht erfolgte Aufklärung und Wissensvermittlung medizinischer Sachverhalte durch die Ärzt*innen nicht aufgrund eines Desinteresses der Frauen bezüglich dieser Zusammenhänge. Die Frauen, so beschreibt Begleitperson 2, haben durchaus das Bedürfnis nach einer ärztlichen Aufklärung, welchem sie jedoch aufgrund bereits erwähnter Rahmenbedingungen im ärztlichen Gespräch nicht Ausdruck verleihen.

„Also gerade die Klientin im Speziellen fotografiert immer wieder Medikamente ab und ist dann auch so, hey, was ist das eigentlich, was ich da einnehme, für was nehme ich das, wobei hilft mir das, also muss ich das überhaupt weiternehmen? Also da ist einfach viel, da ist auch Unwissen da und da wird aber wenig unterstützt von ärztlicher Seite.“ (B2, 6:47)

Die Befragungen der Begleitpersonen geben Aufschluss darüber, dass das Wissen über Gesundheit von den Frauen nicht mit jenem der Ärzt*innen deckungsgleich ist. Es herrscht, wie bereits in den Ausführungen über die Divergenz in der somatischen Kultur der Frauen im Kontrast zu jener der Ärzt*innen beschrieben, ein Unterschied im gesundheitsbezogenen Wissensrepertoire. Dies unterstreichend lässt sich an dieser Stelle eine Bemerkung der Begleitperson 2 anführen, welche beschreibt, dass eine ihrer Klientinnen den ärztlichen Anweisungen im direkten Austausch mit dem Mediziner seinen Erklärungen zwar nichts entgegengesetzt hat, jedoch im Nachhinein ihr eigenes Wissen zu dieser Thematik mit B2 teilte.

„Eine ältere Klientin, die wir begleiten, erzählt schon auch immer, wie bei ihr in Syrien, wie sie da das und das und das behandeln würden und nicht mit Medikamenten, sondern damit. Und da findet ein Austausch statt, aber erstaunlich wenig, wenn ich so drüber nachdenke.“ (B2, 33:34)

Es lässt sich aus den Erkenntnissen dieser Befragungen folgern, dass der Wissensstand der vulnerablen Frauen anderer sozialer und kultureller Hintergründe in ärztlichen Gesprächen nicht aufgegriffen wird. Stattdessen sehen sie sich mit einer medizinischen Meinung konfrontiert, die sie nicht antasten dürfen oder können. Das Fusionieren des gesundheitsbezogenen Wissens der beiden Seiten ist kein Bestandteil der ärztlichen Gespräche.

Die Sichtweise des Professors für Kommunikation

Bezüglich des häufig unterschiedlich gearteten Wissensrepertoires auf der Seite der Ärzt*innen und Patient*innen konstatiert der Professor für Kommunikation die Relationalität des Wissens über Gesundheit und der sozialen Hintergründe der Personen. Die unterschiedliche Konstruktion der Wirklichkeit der Ärzt*innen und der Patient*innen führt zu unterschiedlich geartetem Wissen. Die Überlegungen des Experten sind in diesem Kontext nicht wertend, so deckt er deskriptiv die Entwicklung des kontextabhängigen Wissens auf, welches sich in dem jeweiligen sozialen Zusammenhang bildet. Die Annahmen über Gesundheit und dem eigenen Körper sind zum einen zeitgeschichtlich einzuordnen und ebenso in Relation zu dem sozialen Hintergrund des Menschen zu sehen.

„Auf einer meta-philosophischen Ebene drüber wird stehen, dass es die Wahrheit an und für sich gäbe. Wenn man sich die Medizin und die Medizingeschichte anschaut, dann erkennt man, dass medizinische Erkenntnisse zeitgeschichtlich einzuordnen sind. Und medizinische Handlungen zeitgeschichtlich passieren. Und nicht einer absoluten Wahrheit entsprechen, sondern einer situativen Wahrheit, wenn man es so will. Ein momentaner Kenntnisstand.

Es gab medizinische Behandlungen, die man heute niemals so tun würde. Diagnosen, die gestellt wurden, die man niemals so stellen würde. Und die Annahme, dass das, was heute so erkannt ist, so darzustellen, dass es auch in 100 Jahren so wäre, das verneint die Demut vor der Geschichte zu lernen, dass es sich ändert.

Das heißt, dieser Satz, den Sie mich gefragt haben, die Halbwahrheiten von den Patienten, dann sind das ja auch nur deren Sichtweisen in dem momentanen Kontext, in dem sie sich befinden.“ (29:26)

Somit entsteht medizinisches Wissen im kulturellen Kontext und nicht im luftleeren Raum. Dieses Erkenntnis ist zentral und erfordert von Ärzt*innen das mit Einbeziehen des Wissenstandes der Patient*innen, um deren Konstruktion der Wirklichkeit zu erfahren und um in ihrem medizinischen Rat daran anknüpfen zu können. Eine gute ärztliche Kommunikation, so der Experte, muss demnach darauf abzielen, vor der Informationsvermittlung zu erfragen, wie weit die zu Behandelnden bereits über die spezifischen Zusammenhänge aufgeklärt sind.

„Das heißt, das Erste bei der Informationsvermittlung oder beim beratenden Aufklären ist die Frage, was wissen Sie denn schon darüber? Und dann kann man sagen, ich habe das schon zehnmal gemacht, das funktioniert so und so, dann brauche ich als Arzt oder als Erklärer nur noch sagen, ja genau so ist es. Und das müssen Sie beachten und das müssen Sie beachten. Wenn jemand mir gegenüber sitzt und sagt, das habe ich noch nie gehört, was ist denn das, was macht man denn da? Dann muss ich etwas ganz anderes erklären.

Aber es wäre meine Aufgabe als Professionist, das zu erfragen, mit welchem Vorwissen jemand daherkommt. Es ist nicht meine Aufgabe, es zu erraten. Gesprächsführungstraining macht mich nicht zum Zauberer, dass ich erraten kann, was mein Gegenüber denkt und meint und fühlt und was weiß ich.“ (12:57)

Der Einstieg in ein ärztliches Gespräch, so der Experte sollte bei jedem Patient*innenkontakt gleich verlaufen, sprich das Erfragen des Wissenstandes dieser zu allererst beinhalten. Spekulationen sollten in diesem Zusammenhang nicht angestellt werden. Persönlichkeitsmerkmale oder Hinweise auf beruflichen oder sozialen Hintergrund der Patient*innen sind nicht im ausreichenden Maße ausschlaggebend für den Wissensstand dieser. Eine Analogie führt der Professor an dieser Stelle an, welche dies anhand des Wissenstands seiner Studierenden verbildlichen soll.

„Und wir fragen dann die Studierenden auch, Sie sind jetzt alle im selben Semester, Sie lernen alle für die gleiche Prüfung. Haben Sie jetzt selber in diesem Moment alle dasselbe Wissen? Und es ist kein Problem für irgendeinen Studierenden zu sagen, natürlich nicht, das ist uns völlig klar, das wissen wir, dass dem nicht so ist.

Aber mit dem Erreichen des Abschlusses des Medizinstudiums scheint sich das zu wandeln und irgendwie entsteht der Eindruck, ich bin Arzt, er ist Arzt, wir wissen beide dasselbe und reden vom Gleichen. Das heißt, natürlich sind hier Unterschiede auch da,

aber das professionelle Gespräch wird anerkennen, dass ich es nicht erraten kann, was sie wissen und was ihr Stand ist, sondern dass ich es erfragen muss. Und dann kann ich mich auf die Unterschiede beziehen.“ (15:17)

Dennoch ist sich der Experte bewusst, dass diese auf die individuellen Hintergründe der Patient*innen orientierte Herangehensweise unter praktizierenden Ärzt*innen nicht sehr verbreitet ist. Das Wissenszugeständnis, welches Ärzt*innen ihren Patient*innen machen ist laut dem Experten mit dem persönlichen Weltbild der Mediziner*innen gekoppelt.

„Es ist ein bisschen ein Weltbild. Also wie nehme ich mein Gegenüber wahr? Gestehe ich es meinem Gegenüber zu, Wissen zu haben und die Fähigkeit, sich Wissen anzueignen? Oder glaube ich, mein Gegenüber kann das nicht? Das ist mehr so ein Weltbild. Das ist eine Menschbildfrage. Und da steckt eine Spur Überheblichkeit drin. Für mich. Also für mich, oder? Wenn man sagt, das ist jetzt so, ob du es jetzt glaubst oder nicht, oder ob du jetzt denkst, das ist so. Ist so. Ich muss das nicht erklären. Wenn man das erklärt haben wollen würde, stellt sich die Frage nicht. Dann ist eine Passung da. Wieder kommt es zurück, für mich, ich kann das nicht erraten, was ist die Passung. Ich muss sie fragen. Das heißt, ich sage Ihnen jetzt, was Sie haben, und danach muss ich eigentlich fragen, haben Sie eine Frage dazu? Das wäre der professionelle Anteil.“ (24:00)

Das Zusammenführen des Wissenstandes der Patient*innen mit dem der Ärzt*innen ist gemäß den Aussagen des Experten der zielführendste Weg hin zu einem verständnisbasierten Austausch.

5.5. Lösungsversuche, um das Verständnis in das Zentrum der ärztlichen Kommunikation zu rücken

Der Umgang mit der theoriegeleiteten Auseinandersetzung und der verständnisbasierten und klassenabhängigen ärztlichen Kommunikation ist beschreibender und erklärender Art. Ergänzend wird im Folgenden die lösungsorientierte Perspektive aufgezeigt, welche sich als zentrale Komponente in den Befragungen herausstellte.

In allen für diese Arbeit geführten Interviews ist eine Diskrepanz zu erkennen, welche sich zwischen dem aktuellen Zustand der ärztlichen Kommunikation und dem idealisierten Zustand identifizieren lässt.

Die Chronologie der folgenden Unterkapitel ist im Vergleich zum bisherigen Aufbau dahingehend verändert, dass die Äußerungen der Begleitpersonen vor jenen der Krankenschwester angeführt werden. Auf diese Weise kann die vergleichende Herangehensweise der ehemaligen Krankenschwester bezüglich der Transformation der Strukturen im Gesundheitssektor von früher und heute besser mit den Hinweisen des Professors für Kommunikation abgerundet werden.

Die ärztliche Sichtweise

Um eine gelungene Kommunikation zu gewährleisten ist es laut den befragten Ärztinnen unabdingbar, die Gesprächsführung an die Patient*innen anzupassen, statt auf Vorannahmen zu vertrauen. Jene Lösungsstrategie klingt banal, jedoch verdeutlicht die Anästhesistin, dass diese Unvoreingenommenheit in der Praxis nicht gegeben ist. Dass auch jahrelange Berufserfahrung einer Psychotherapeutin nicht ausreichend ist, um Patient*innen ausreichend einschätzen zu können, um das angebrachte Kommunikationsverhalten zu wählen, zeigt folgende Aussage:

„Wo man sich gedacht hat, man kann ja eins und eins nicht zusammenzählen, und dann, wenn man in der Emotionalität bleibt und sich beschäftigt mit den Menschen und interessiert nachfragt, kriegt man oft Sachen zu hören, wo man sich denkt, wow, das habe ich jetzt ja gar nicht gedacht.“ (Psychiaterin, 1:20:40)

Dass eine Unvoreingenommenheit der Ärzt*innen in den seltensten Fällen gegeben ist unterstreicht eine weitere Aussage der Psychiaterin:

„Es ist genau das, was du vorher gesagt hast, den Patienten da abholen, wo er ist, als erstes, und dann auch nachfragen, wohin habe ich Sie denn jetzt begleitet, wo stehen Sie denn jetzt, was haben Sie denn verstanden, und was brauchen Sie noch für Informationen, dass Sie gut gehen können. Das sind Fragen, die sind so, oder das klingt so einfach, es tut nur kein Mensch, aber das kann man lernen, und da geht es noch gar nicht um Fehler verhindern.“ (Psychiaterin, 1:26:24)

Gelingen kann diese Gesprächsführung, die das persönliche Eingehen auf die Patient*innen zum Ziel hat, laut der Anästhesistin durch ein „fragendes Nähern“, wodurch verstanden werden kann, auf welchem Kenntnisstand sich die zu behandelnde Person befindet und wo mit dem ärztlichen Rat angeknüpft werden kann. Diese Herangehensweise schafft eine vertrauensvolle Atmosphäre und nur so kann man ausreichend Verständnis dem Anliegen der Patient*innen gegenüber aufbringen.

Die Wichtigkeit einer guten Kommunikation lässt sich daran festmachen, dass die Ärzt*innen den therapeutischen Nutzen einer gelungenen Gesprächsführung auf den Genesungserfolg hervorheben. In diesem Atemzug übt die Anästhesistin Kritik an dem Gesundheitssystem, da dieses in ihren Augen jene therapeutische Herangehensweise über eine personalisierte Kommunikation mit heilender Wirkung nicht honoriert.

„Und es ist bei uns derzeit so, dass Gesprächszeit kein LKF-pflichtiger Teil ist. Also Gesprächszeit ist nichts, was im Intensiv-LKF-Katalog gelistet ist. Das heißt, die Gesprächszeit wird bei uns nicht anerkannt als therapeutische Handlung.“ (26:14)

Sich fragend an die Bedürfnisse der Patient*innen zu nähern ist eine Fähigkeit, die es gilt zu erlernen. Gemäß den befragten Medizinerinnen ließe sich diese Kompetenz durch das Üben von Gesprächssituationen aneignen. Der Fokus auf eine verständnisorientierte Gesprächsführung im Austausch mit den Patient*innen solle den Interviewten zufolge verpflichtend in der ärztlichen Ausbildung Einzug halten. Denn in der beruflichen Praxis sieht die Anästhesistin nicht die Möglichkeit für die werdenden Ärzt*innen gute Kommunikationsfähigkeiten zu erwerben,

„...weil sie haben keine guten Rolemodels.“ (1:33:06)

Die Sichtweise der Begleitpersonen

An die Verbesserungsvorschläge heranführend lässt sich der Vergleich der ärztlichen Besuche der Frauen mit den eigenen Erfahrungen mit Ärzt*innen anführen, welche sie an mehreren Stellen der Befragungen ausführen.

Dass Ärzt*innen häufig einem zeitlichen Druck unterliegen und dies Auswirkungen auf die Qualität der Interaktion im ärztlichen Gespräch mit sich bringt, schildern die beiden Befragten auch bezüglich ihrer eigenen Erfahrungen. Was ihnen jedoch nicht widerfährt ist das unfreundliche Verhalten der Ärzt*innen, welches den Klientinnen gegenüber häufig an den Tag gelegt wird.

„Ich würde nicht sagen, dass man immer freundlich zu mir ist.

Ich finde schon, dass man auch da den Stress merkt, der einfach in Arztpraxen herrscht.

Ich würde aber schon sagen, dass ich ernst genommen und verstanden werde.“ (B1, 17:52)

Anknüpfend ist dies an das Aufzeigen der abweisenden Verhaltensweisen anzuführen, welche Ärzt*innen speziell der vulnerablen Gruppe der Frauen aus prekären Verhältnissen gegenüber zeigen. Jene Abwehrhaltung ist, basierend auf den Erkenntnissen der vorangegangenen Kapitel, auf das vermeidende Verhalten der Ärzt*innen und dem erschwerten Kommunikationsprozess mit den teilweise kulturfremden Frauen zurückzuführen. Dass die gesprächsführende Instanz bei den Mediziner*innen liegt, wurde ebenfalls bereits ausgeführt, was das zu Wort kommen der Frauen in den meisten Fällen negiert oder den Umweg der Kommunikation über die Begleitpersonen bedeutet.

„Gerne auch mal ein bisschen öfter lächeln. Ein bisschen höflicher vielleicht auch öfter so was sagen wie, gibt es noch Fragen? Also dass sie von sich aus selber sagen, haben sie noch Fragen? Oder ist das alles klar? Ist das Vorgehen klar? Passt das alles für sie? Sowas.

Weil ich finde natürlich im großen Rahmen bräuchte es mehr Zeit und mehr Ärztinnen und mehr Awareness vielleicht für gewisse Themen.“ (B1, 36:50)

Aus den Gesprächen tritt klar hervor, dass die Ärzt*innen durchschnittlich einen geringen Fokus auf das Verständnis legen, auf welches ihre medizinischen Erklärungen auf der Patient*innenseite treffen. Ein stärkeres Eingehen auf die Hintergründe der Frauen erachten die Begleitpersonen in diesem Zusammenhang als ratsam. Auf diese Weise würden die Frauen stärker in den Mittelpunkt des Gespräches gebracht werden, wodurch ihren persönlichen Anliegen stärker Gehör verschafft werden kann. Besonders aufgrund der teils unterschiedlichen

kulturellen oder milieuspezifischen Prägungen der Frauen hinsichtlich ihrer Ansichten über Gesundheit ist ein Abfragen dieser Annahmen für das gegenseitige Verständnis essenziell.

„Befragende: Und grundsätzlich, wenn wir jetzt nochmal von der anderen Seite schauen, von der ÄrztInnen-Seite, kommen da spezifisch Fragen, um die Kultur zu verstehen?

Befragte: Ich würde sagen, wenig bis gar nicht. Zumindest ist es mir selten passiert.

Befragende: Denkst du, das wäre wichtig, das zu tun?

Befragte: Ich denke auf jeden Fall, dass es wichtig wäre.“ (B2, 36:18)

Während die Beschreibung der ärztlichen Konsultationen der Begleitpersonen in Kritik des Verhaltens, welches Ärzt*innen den Klientinnen gegenüber zeigen, mündet, hebt Begleitperson 2 diesen Missstand auf eine strukturelle Ebene. Nachdem anhand der konkreten ärztlichen Besuche abgehandelt wurde, worin sie das Fehlverhalten der Ärzt*innen bezogen auf ihr Kommunikationsverhalten sieht, eröffnet sie den Blick auf die Strukturen, welche sie im Hintergrund wirkend als mitausschlaggebend erachtet.

„Also eben dieser, gleich noch mal das, dass es gar nicht in den meisten Fällen der Arzt oder die Ärztin ist, die das vielleicht, die vielleicht unsere Klientin nicht adäquat behandeln will, sondern einfach durch die strukturellen Gegebenheiten irgendwie auch nicht kann. Also es gibt sicher Ausnahmen und Diskriminierungserfahrungen, die nichts mit dem System zu tun haben, aber ich sehe vor allem das Gesundheitssystem als die größte Hürde, dem unsere Frauen ausgeliefert sind.“ (B2, 47:18)

Beide Begleitpersonen erwähnen in den Interviews die zeitliche Belastung, unter welcher die Ärzt*innen ihren Praxisalltag bewältigen müssen. Gemäß den Angaben der Befragten ist dieser zwar auch in den eigenen ärztlichen Konsultationen spürbar, hingegen wird dies im Hinblick auf die erschwerten Ansprüche an die Kommunikation mit Personen anderer kultureller oder sozialer Herkunft besonders sichtbar. Jene von Begleitperson 1 erwähnte „sozialen Hürden“, welche für eine verständnisbasierte Kommunikation überwunden werden müssen, scheinen angesichts des stressigen Alltags der Mediziner*innen zu hoch. Auf institutioneller Ebene, so Begleitperson 2, liegt das Potenzial, wodurch mehr Kapazität geschaffen werden kann, um den Mehraufwand einer ärztlichen Kommunikation, die von dem erlernten Standard abweicht, leistbar zu machen.

Die Sichtweise der pensionierten Krankenschwester

Die Befragung der ehemaligen Krankenschwester legt offen, inwieweit eine Transformation der ärztlichen Kommunikationsweise über die Jahrzehnte ihrer Berufspraxis und ihres Patient*innendaseins hin zu einer stärker verständnisbasierenden Kommunikation gelungen ist.

Zunächst gilt zu konstatieren, dass in vorherigen Teilen der Arbeit aus dem Interview extrahiert wurde, dass die Momente der ärztlichen Interaktion der pensionierten Krankenschwester nicht immer in ein gegenseitiges Verständnis münden. Dennoch zeichnet die 80-Jährige wohlwollend eine Tendenz nach, welche jene Entwicklung beschreibt, dass Ärzt*innen heute im Vergleich zu früher stärker auf ihre Patient*innen eingehen. Gründe dafür lassen sich sowohl auf der Patient*innenseite als auch auf der Seite der Ärzt*innen verorten.

„Ich glaube nicht, dass einfach die Zeit jetzt anders ist. Die Leute interessieren viel mehr für sich selber.“ (26:41)

Einerseits ist das wachsende Interesse der Menschen für Themen ihrer eigenen Gesundheit ursächlich für ein größer werdendes Bedürfnis das von Mediziner*innen Vermittelte zu verstehen. Andererseits beschreibt die Befragte seitens der Mediziner*innen ein Bestreben über die fachliche Ebene hinaus, dem Menschlichen und den Bedürfnissen der Patient*innen in der Interaktion mehr Raum zu geben.

Auch wenn die von der ehemaligen Krankenschwester erlebten ärztlichen Besuche nicht immer den Vorstellungen einer gelungenen ärztlichen Aufklärung entsprechen, so sieht sie dennoch eine Tendenz des verstärkten Augenmerks auf das Gelingen der ärztlichen Kommunikation von Ärzt*innen und Patient*innen.

„Dass mehr erklärt wird, und dass sie sich eigentlich jetzt mehr um den Patienten kümmern. Auf ihn eingehen würden, das ist schon. Ich meine die, die ich jetzt sehe, es sind so viele verschiedene Ärzte, aber doch, sie nehmen sich mehr Zeit. Außer ein paar Kassen-Ärzte. Aber das ist dann, wenn es so schnell gehen muss. Nein, es ist besser geworden.“ (35:31)

Die Sichtweise des Professors für Kommunikation

Wie die Darlegung der Interviews, welche die Patient*innenseite widerspiegeln, erkennen lassen, löst eine nicht auf gegenseitiges Verständnis mündende ärztliche Kommunikation ein Unbehagen aus. Im direktesten Maße betroffen sind den befragten Begleitpersonen zufolge Personengruppen, welche verglichen mit der sozialen Herkunft der Ärzt*innen einer weniger privilegierten sozialen Schicht angehören. Hier liegt das sozialisationserworbene Verständnis von Gesundheit in einigen Punkten weit auseinander, was eine Verständnisproblematik zufolge hat.

Jedoch, so betont der Professor für Kommunikation, ist ein gegenseitiges Verständnis essenziell für den Erfolg der Behandlung. Die behandelte Person muss dafür im Bilde über die Hintergründe der anstehenden Behandlung sein, denn auf diese Weise ist das Vorgehen erfolgreicher, denn die Wahrscheinlichkeit des aktiven Mitwirkens der Patient*innen in dem Behandlungsprozess erhöht sich.

„Wenn ich mit der Diagnose will, dass mein Patient etwas ändert, einer Untersuchung zustimmt, dass ich eine Medikation nehme, dass es einen Lebensstil umstellt. Das gelingt doch nur, wenn ich es verstehe. Und wenn ich es nicht, also meiner Meinung nach, wenn ich es jetzt nicht verstehe, dann muss der Patient einfach das jetzt so glauben. Der Glauben an etwas versetzt Berge.“ (21:33)

Um das Wissen über die medizinischen Zusammenhänge auf Patient*innenseite herzustellen, ist das Verwenden einer verstehbaren Kommunikationsweise seitens der behandelnden Expert*innen zentral. Folgendes Zitat fasst in seiner Knappheit zusammen, was der Professor unter einer gelungenen und Verständnis hervorrufenden Kommunikation versteht.

„Vielleicht auf mehreren Ebenen. Auf der einen Ebene, dass die Patientin ihr Anliegen vorbringen hat können, verstanden worden ist, auf der einen Seite. Und auf der anderen Seite, die Ärztin der Arzt die Hilfe so formulieren hat können, dass sie annehmbar war oder verstehbar war für den Patienten. Annehmbar ist vielleicht noch etwas anderes, aber verstehbar war. Das wäre für mich eine gelungene Kommunikationssequenz.“ (0:21)

Weiterführend und abgesehen von einer verständlichen Art der Formulierung der fachspezifischen Inhalte ist gemäß dem Befragten gutes Zuhören der Anliegen der Patient*innen erfolgsversprechend für eine gelungene Kommunikation. Dem von Patient*innen Gesagten Gehör zu verschaffen, ermöglicht es, eine Beziehung zwischen den Parteien herzustellen, was unabhängig des sozialen Hintergrunds gelingen sollte.

„Und ich glaube überall ist es gleich bedeutsam, dass man als Patient, als Patientin das Gefühl bekommt, gehört worden zu sein. Und dieses gehört worden zu sein ist völlig egal, ob mir gegenüber ein Universitätsprofessor sitzt oder jemand sitzt, dem einmal ein anderes Schicksal im Leben zuteilgekommen ist. Ich glaube tatsächlich dieses gehört werden wollen als Patient vom Professionisten, der da sitzt, ist bei allen wahrscheinlich gegeben.

Und dieses Zuhören, allen sozusagen gleich zuhören zu können, ist das, auf was ich mich da beziehe. Dass ich vielleicht Dinge einfacher erklären muss oder mich vielleicht auf Vorwissen beziehen darf, wenn ich anderes erkläre, das ist klar. Aber das wäre in einem nächsten Schritt.“ (10:55)

Hier beschreibt der Experte, dass das Zuhören und das Eingehen auf den konkreten Fall, welchen eine zu behandelnde Person mit in das Gespräch bringt, vor einer Einschätzung über den weiteren Verlauf des Gesprächs geschehen sollte. Erfragt werden muss also zunächst die Ausgangslage, sprich die medizinischen Kenntnisse der Patient*innen, bevor daran fachlich angeknüpft werden kann.

Um gewährleisten zu können, dass die Artikulationen durch die Ärzt*innen den Patient*innen gegenüber stets auf Verständnis stoßen, muss die Möglichkeit von den Patient*innen als solche wahrzunehmen sein, stets mit Rückfragen Verständnislücken füllen zu können. Wurde im ausreichenden Maße auf die Patient*innen eingegangen, profitiert die wechselseitige Beziehung und die Hürde Rückfragen zu artikulieren schrumpft für die behandelte Person.

„Und jedenfalls nachher sollte ich immer fragen, ob sie eine Frage dazu haben. Und die Wahrscheinlichkeit natürlich ist, wenn ich vorher eine Beziehung aufgebaut habe, dass ich eine Frage bekomme, die da ist, wenn ich die Frage stelle, haben sie eine Frage dazu.“ (27:06)

Im Zusammenhang mit den Kapazitäten, welchen den Bedürfnissen der Patient*innen eingeräumt werden, ist die zeitliche Komponente zu behandeln. Aufgegriffen wird zudem der von den anderen Probandinnen erwähnte Faktor des Zeitmangels auf das Misslingen einer ärztlichen Kommunikation. Entkräftigend geht der Professor auf dieses Argument ein und stellt dem die Aussage gegenüber, gelungene Kommunikation sei nicht zwangsläufig lange.

„Also als Gründe des Scheiterns angeführt wird häufig Zeitmangel. Aber ein gutes Gespräch muss nicht länger dauern. Das ist ganz wichtig.

Also ein gutes Gespräch muss nicht lange dauern. Das kennen Sie von sich vielleicht selber auch. Man kann kurze Interaktionen mit Menschen haben, das fühlt sich gut an.

Und es kann lange Interaktionssequenzen mit Menschen geben und man geht trotzdem enttäuscht raus. Also die Länge ist kein Qualitätskriterium, wo man ein Gespräch gut anfängt. Aber es wird halt angegeben als Grundzeitmangel.

Wobei ich das nicht gelten lasse, aus professioneller Sicht heraus.“ (2:08)

Der Auffassung des Experten für Kommunikation zufolge sind die genannten Strategien der auf Verständnis basierenden Gesprächsführung, wie das Nachfragen und der Patient*innenbezug, unabhängig der Länge des Gesprächs.

Optimistisch blickt der Professor für Kommunikation auf die bisherige und kommende Entwicklung in dem Bemühen der werdenden Ärzt*innen, sich mit Möglichkeiten einer verbesserten ärztlichen Gesprächsführung zu beschäftigen. Das allgemeine Ziel der Reduzierung des Machtgefälles in der ärztlichen Kommunikation ist, laut den Aussagen des Professors, erkennbar.

„Also ich sehe dieses wohlwollende Bemühen, überall mehr auf Augenhöhe kommunizieren zu wollen.“ (37:07)

Diese stets auf die Patient*innenperspektive bedachte ärztliche Kommunikation ist Teil des Kommunikationstrainings, welches der Professor für die Medizinstudierenden abhält. Als weiterführendes inhaltliches Potenzial für seine Lehrveranstaltung sieht der Experte den Fokus auf kulturell unterschiedliche Wahrnehmungen von Gesundheit, welcher bislang nicht explizit im medizinischen Curriculum zu finden ist.

Ebenfalls als ausbaufähig beschreibt der Professor das Erlernen und Üben von verständnisbasierter ärztlicher Gesprächsführung auch nach langjähriger Berufserfahrung der Mediziner*innen. Wie bereits in vorherigen Teilen der Arbeit beschrieben, erläutert der Experte die Einschätzung der praktizierenden Ärzt*innen aufgrund ihrer Berufserfahrung angemessen kommunizieren zu können, in den meisten Fällen als Fehlannahme und beschreibt die Problemlagen, welche sich aus einer Kommunikationssituation auf Basis von vorschnell getroffenen Fehlannahmen der Ärzt*innen über ihre Patient*innen ergeben. Allein durch den Fokus auf die Schulung der Medizinstudierenden, welchen das Kommunikationstraining aktuell hat, wird man auch in Zukunft Gefahr laufen, dass die erlernten Strategien der Gesprächsführung im stressigen beruflichen Alltag der ausgebildeten Ärzt*innen verloren gehen. Das Ziel des Professors ist es demnach unter den praktizierenden Ärzt*innen eine Sensibilität dieser wichtigen Thematik gegenüber aufzubringen. Jedoch erkennt der Experte den starken Fokus auf das medizinisch Inhaltliche als limitierenden Faktor für die nötigen Bemühungen, welche es gilt in dem Bereich der Kommunikation aufzubringen.

6. Eine zusammenfassende Analyse der ärztlichen Gesprächsführung als Kontroverse

Die folgende analytische Auseinandersetzung mit dem empirischen Datenmaterial zielt darauf ab, die verschiedenen Perspektiven der Proband*innen vergleichend zu sammeln und den Theoriebezug der Interpretation der Interviews zu vertiefen. Am Leitfaden der fünf Gliederungspunkte werden in diesem Kapitel die Kerngedanken interpretiert sowie auf die Postulate Boltanskis geantwortet, die um die somatische Kultur als Erklärungsinstrument bestehen.

Problemlage in der ärztlichen Kommunikation

Der Anlass dieser Untersuchung der ärztlichen Kommunikation hinsichtlich der Verständnishürden, welche seitens der Ärzt*innen sowie der Patient*innen angenommen wurden, lässt sich durch die Ausführungen der Befragten validieren. Das Empfinden einer Problemlage in der ärztlichen Kommunikation ist aus jedem der durchgeführten qualitativen Interviews in verschiedener Intensität zu entnehmen. Dies lässt sich, dem Postulat Boltanskis entsprechend, auf eine Asymmetrie zwischen der Einstellung der Ärzt*innen und jener der Patient*innen zurückführen. Jene, so besagt die Theorie, wächst mit Zunahme der Distanz der Positionierung der beiden Parteien im sozialen Raum. Das Überwinden dieser ist somit mit Personen anderer sozialer Herkunft als jener der behandelnden Ärzt*innen mit einem Mehraufwand verbunden (Boltanski, 1971: 213).

Unter den Proband*innen der Interviews lassen sich die Frauen aus den prekären Verhältnissen im sozialen Raum den Ärzt*innen entfernt verorten, während die Begleitpersonen durch ihren akademischen Grad näher an der Lebensrealität der Mediziner*innen lokalisiert werden können. Die pensionierte Krankenschwester lässt sich hingegen in diesem Referenzbereich nahe den Ärzt*innen verorten, da sie sich aufgrund ihrer beruflichen Laufbahn im Gesundheitswesen vergleichbare habitualisierte Denk- und Verhaltensstrukturen angeeignet hat. Die Asymmetrie zwischen Patient*innen und den behandelnden Ärzt*innen ist demnach bei den begleiteten Frauen vulnerabler Gruppen besonders signifikant, was sich, wie die weiteren Ausführungen dieses Kapitels beweisen, in einer erschwerten verständnisbasierten Interaktion niederschlägt.

Während die ehemalige Krankenschwester neben Kommunikationssituationen, die bei ihr kein Verständnis über den medizinischen Sachverhalt ausgelöst haben, ebenfalls von gelungenen Begebenheiten berichtet, ist ein Erfolg in dem gegenseitigen Verständnis, was zwischen Patient*innen und Ärzt*innen erbracht wird, in dem Erfahrungsschatz der Begleitpersonen im Kontext der ärztlichen Besuche ihrer Klientinnen, nicht vertreten. Während die Proband*innen mit ähnlichem habitualisierten Gesundheitsverständnis im Allgemeinen von ausführlichen Erklärungen des medizinischen Fachpersonals profitieren, werden die Frauen aus prekären Verhältnissen über die Hintergründe der Behandlung im Dunkeln gelassen. Dass die Ausführlichkeit der Erklärung der Ärzt*innen in Abhängigkeit zu der gesellschaftlichen Schicht und der sozialen Herkunft der Patient*innen zu sehen ist, beschreibt Boltanski ebenfalls in seinen Ausführungen zu der sozial bedingten Asymmetrie zwischen den beiden aufeinandertreffenden Parteien im Kontext eines ärztlichen Gesprächs (Boltanski, 1971: 212, 213).

Das erfasste Bestreben der ehemaligen Krankenschwester, von ärztlicher Seite eine zufriedenstellende Aufklärung zu erhalten, so bezeugt das Datenmaterial, ist auf die intrinsische Motivation der Befragten zurückzuführen. Während ein Mangel an angepassten Erklärungen in der ärztlichen Gesprächsführung zwar von der pensionierten Krankenschwester anhand der Beschreibung eines Mangels an laiengerechter Aufbereitung der Inhalte sichtbar wird, kann dem Bedürfnis nach Aufklärung der Befragten meist nachgegangen werden. Wenn der Nachfrageprozess nicht gerade durch einen verspürten Zeitdruck oder die Scham über die eigene Unwissenheit gestört wird, bemüht sich die ehemalige Krankenschwester mit Rückfragen ihre Verständnislücken zu schließen. Mit der Theorie Boltanskis anzunehmen wäre, dass zwischen der pensionierten Krankenschwester und den sie behandelnden Ärzt*innen in der Kommunikation kaum soziale Hürden überwunden werden müssen sowie der Konsens über das medizinische Verständnis nicht erst hergestellt werden muss, sondern durch eine ähnliche milieuspezifische Sozialisation bereits vorhanden ist, woran im Gespräch lediglich angeknüpft werden kann.

Dem kontrastierend gegenüber steht die von einer der beiden Begleitpersonen klar ausgesprochene und durch die befragte Kollegin umschriebene „soziale Hürde“, welche zwischen den begleiteten Frauen aus prekären Verhältnissen und ihren behandelnden Ärzt*innen zu verorten ist. Die bereits von Béliard und Eideliman (2014) aufgegriffene Abhängigkeit der Auffassung medizinischer Sachzusammenhänge von dem sozialen

Hintergrund der Menschen und den sozialisatorisch erworbenen Einstellungen zu Gesundheitsthemen, zeigt sich auch hinsichtlich des unterschiedlichen Gesundheitsverständnisses der vulnerablen Frauen und ihrer behandelnden Ärzt*innen (Béliard, Eideliman, 2014: 531). Jenes wird als dem gegenseitigen Verständnis derart hinderlich charakterisiert, dass in der ärztlichen Gesprächsführung in den meisten Fällen ein Vermeiden dieser erschwerten Kommunikation erfolgt. Das Verständnis beider Parteien von Gesundheit und medizinischer Behandlung ist durch eine große Diskrepanz gekennzeichnet, weshalb, so erklären die Begleitpersonen, diese Verständnisbarriere von den Ärzt*innen vermieden wird zu überwinden. Das vermeidende Verhalten zeigt sich am aussagekräftigsten anhand der Tatsache, dass die direkte Kommunikation mit den Frauen, welche andere Denkmuster mit in das Gespräch bringen, umgangen wird, weshalb die Begleitpersonen über den medizinischen Sachverhalt der Frauen aufgeklärt werden und als Überbringerinnen der medizinischen Informationsvermittlung fungieren müssen.

Betreffend der Unterschiede, welche sich zwischen dem Gesundheitsverständnis der Frauen, die einer anderen sozialen Schicht als jener der Ärzt*innen zuzuordnen sind und ihren behandelnden Ärzt*innen verorten lassen, lässt sich eine Abgrenzung zu den Schilderungen der ehemaligen Krankenschwester finden. Dem liegt zugrunde, dass zwischen sozial nah an der Medizin vorgeprägten Patient*innen und ihren behandelnden Ärzt*innen weniger Verständnishürden herrschen, was auf sozialisatorisch erworbene körperbezogene Denkpraktiken zurückgeführt werden kann, welche in weiteren Ausführungen des Analyseteils unter dem Begriff der „somatischen Kultur“ gefasst wird.

Wie der in dem Werk *„Les usages sociaux du corps“* erläuterten Erklärung entnommen werden kann, ist die Dynamik, dass Personen aus privilegierteren sozialen Schichten mehr fachliches medizinisches Wissen aufweisen, ein Faktor, der sich positiv auf das ärztliche Gespräch auswirkt. Das ist laut dem französischen Soziologen dem geschuldet, dass sie dieses im engen Austausch mit den Mediziner*innen erworben haben, sowie im Umkehrschluss bedeutet, dass der Mangel an medizinischer Aufklärung den sozial unprivilegierten Schichten gegenüber die Asymmetrie nicht aufhebt, sondern verstärkt (Boltanski, 1971: 215).

Das Bewusstsein für eine Problematik in der Kommunikation und die Fähigkeit, das Scheitern auf die persönlichen Umstände der Patientinnen antizipieren zu können, ist den befragten

Ärztinnen bewusst. Die befragten Ärztinnen nennen die unterschiedliche soziale Herkunft jedoch nicht als zentralen Einflussfaktor, der das gegenseitige Verständnis behindern würde. Vielmehr besteht ein Bewusstsein über die allgemeine Problemlage der ärztlichen Kommunikation, welche aufgrund extern einwirkender Faktoren in vielen Fällen zu kurz kommt.

Es scheint, dass die befragten Ärztinnen den sozialen Hintergrund nicht als einen zentralen Faktor bei der Reflexion über mögliche Störfaktoren betrachten, die einem verständlichen Austausch im Weg stehen könnten. Dies könnte mit ihrem fachlichen Bereich zusammenhängen. Die Psychiaterin, die als Expertin für Kommunikation gilt, ist sich zwar der Kommunikationsfehler ihrer Kolleg*innen aus anderen Bereichen bewusst, aber sie reflektiert auch ihr eigenes Verhalten. Im Gegensatz zu anderen medizinischen Fachbereichen sieht sie es als ihre Aufgabe, den Genesungserfolg durch eine angepasste Kommunikation sicherzustellen. Die ärztlichen Gespräche der befragten Anästhesistin und Intensivmedizinerin sind in den meisten Fällen durch den stark eingeschränkten Gesundheitszustand der Patient*innen determiniert, weshalb hier einer nuancierten Unterscheidung der durch die soziale Herkunft bedingten Einflussfaktoren kein großes Augenmerk zukommen kann. Dass jedoch die Kommunikation nicht in allen Fällen ein gegenseitiges Verständnis auslöst, wurde, wie im vorherigen Teil der Arbeit dargelegt, anhand einiger Indizien und der kritischen Selbstreflexion der Expertinnen ersichtlich.

Wie bereits im Zusammenhang der Stichprobenwahl erklärt, pflegen die befragten Ärztinnen durch ihre fachliche Nähe und ihrem persönlichen Interesse an der ärztlichen Gesprächsführung bereits einen reflektierten Umgang mit den Möglichkeiten einer verständnisgenerierenden ärztlichen Kommunikation. Erschwert ist damit die Analyse einer unterschiedlichen Herangehensweise, die sich in ihrer Art durch den sozialen Hintergrund der Patient*innen unterscheidet. Vielmehr lassen sich dem Interview mit den beiden Expertinnen Strategien entnehmen, die für eine verständnisbasierte und auf die Patient*innen ausgerichtete Kommunikation hilfreich sind.

Den Ist-Zustand in der allgemeinen Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion ihrer Kolleg*innen kritisieren die Befragten. Auch ist ihnen bewusst, dass auch die eigene fachspezifische Kommunikation nicht immer den Umständen angepasst ist. Doch nicht nur das explizit Angesprochene lässt auf bestehende Probleme in der Kommunikation schließen. Ebenfalls

lassen sich Indizien in dem Interviewmaterial identifizieren, welche ursächlich für ein Misslingen des Herstellens des Verständnisses auf Patient*innenseite sind. An dieser Stelle lässt sich auf die Notwendigkeit der Zuhilfenahme des Pflegepersonals verweisen, was im klinischen Alltag die Regel zu sein scheint und das „Ausdeutschen“ der fachlichen Inhalte gewährleisten soll.

Die Hinweise auf ein nicht ausreichend angepasstes ärztliches Verhalten könnten darauf hindeuten, dass die Ärztinnen, insbesondere die befragte Anästhesistin, ihre Anpassungsfähigkeit an das Verständnis der zu behandelnden Patient*innen nicht ausreichend reflektiert haben.

Die Einschätzung, dass die auf die Bedürfnisse der Patient*innen orientierte ärztliche Gesprächsführung der beiden befragten Ärztinnen nicht exemplarisch für die allgemeine ärztliche Kommunikation gesehen werden kann, unterstreichen die Ausführungen des Professors für Kommunikation. Jener pocht auf die Ausbildung der Kommunikationskompetenzen im Medizinstudium, sieht jedoch die Dynamiken, welche sich in der Berufspraxis einschleichen, kritisch. Das im Zuge des Medizinstudiums erlernte Übersetzen der medizinischen Sprache in eine laiengerechte sieht der Experte als Kompetenz, welche unter der beruflichen Belastung der Mediziner*innen leidet. Auch das besonders von erfahrenen Ärzt*innen erachtete Vermögen, die Patient*innen als Partner*innen der Interaktion in ihrem Wissensstand und in ihrem Verständnis über gesundheitsbezogene Themen einschätzen zu können, sieht der befragte Experte für das gescheiterte gegenseitige Verständnis im ärztlichen Gespräch ursächlich.

[Somatische Kultur als Erklärung unterschiedlicher Verständniskonstruktion](#)

Um das zentrale Analyseinstrument, welches Boltanski dient, die Bezogenheit der Gesundheitsgewohnheiten auf die soziale Herkunft zu postulieren, auf seine Gültigkeit zu prüfen, sind die Interviews unter dem Anhaltspunkt der somatischen Kultur zu analysieren.

Die soziale Nutzung des Körpers wird von dem französischen Soziologen als Phänomen der klassenbedingten Vorprägung im Bereich der Gesundheitsfragen und dem eigenen Körper bezeichnet. Der sozioökonomische Hintergrund einer Person wirkt sich, so die Annahme Boltanskis, auf die erkennbaren Verhaltensweisen rund um gesundheitsbezogene

Körperpraktiken und der Einstellung diesen gegenüber aus (Boltanski, 1971: 211, 212). Die Fallauswahl der empirischen Untersuchung dieser Arbeit, welche darauf abzielt, ein breites Meinungsspektrum für dieses Forschungsinteresse abzubilden, ermöglicht es eine Idee zu bekommen, inwiefern sich die Einstellung dieser den genannten Themen gegenüber unterscheidet.

Dass bereits im Zuge der Darlegung des empirischen Materials angeführte Zitat hinsichtlich der von der Anästhesistin erklärten Interdependenz, in welcher der Mensch zu seinem sozialen Umfeld steht, wird hier nochmals angeführt.

„Im Endeffekt ist der Mensch ein interdependentes Lebewesen, der in seiner Kontextualität mit den anderen Menschen in seinem sozialen Umfeld lebt. Und damit ist die Autonomie, die du hast, immer relational“ (Anästhesistin, 1:05:48)

Erkannt wird hierbei, dass die Entscheidungen in gesundheitsrelevanten Fragen nie ohne die Einflussgröße der sozialisatorischen Vorprägung geschieht, in der sich eine Person verwoben sieht. Starke Parallelen lassen sich sinngemäß zu der Beschreibung Boltanskis ziehen, welche im Kontext der Beschreibung der Abhängigkeit des Menschen und seiner Weltsicht von seinen direkten Mitmenschen entstand. Die habitualisierten Verhaltensweisen werden von Boltanski als „System aus Regeln, welche tief internalisiert“ (Boltanski, 1971: 225) sind, mit Bezugnahme auf die verwandte Theorie Pierre Bourdieus charakterisiert. Den Aspekt der Tiefe, welcher der Beschreibung der Verankerung des Menschen in seine zugehörige soziale Gruppe beigelegt ist, lässt sich auch in den Ausführungen der Ärzt*innen im Zusammenhang mit der Bedeutsamkeit des sozialen Umfelds erkennen. Nicht nur die Entscheidungen, welche eine Person in Bezug auf den Behandlungsablauf trifft, auch der Erfolg, welcher mit diesem zu erwarten ist, korreliert stark mit dem sozialen Netzwerk und dessen stützenden Charakter im Hintergrund.

Zwar betonten die beiden befragten Ärztinnen, dass die soziale Situiertheit ihrer Patient*innen keine Einflussgröße auf den Erfolg der Gesprächsführung darstellt, jedoch geben sie an, auf Basis des ersten Eindrucks, welchen sie von der zu behandelnden Person erfahren, das eigene Verhalten dementsprechend anpassen zu können. Dass der erste Eindruck an Charakteristiken festzumachen ist, welche Rückschlüsse auf die soziale Herkunft und Gesundheitseinstellung einer Person ziehen lassen, ist demnach zu vermuten. Auch wenn die befragten Ärztinnen den

Prozess des Anpassens der Gesprächsführung auf Basis von Merkmalen der Patient*innen nicht bewusst vollziehen, so scheint er dennoch zu erfolgen.

Dass die ärztliche Kommunikation, welche das Eingehen auf die Bedürfnisse der Patient*innen zum Ziel haben sollte, auf diese Weise in vielen Fällen nicht erfolgt, betonen sowohl die befragten Ärztinnen als auch der Experte für ärztliche Kommunikation. Dass den Patient*innen folglich das Vertrauen in die Einschätzung der Mediziner*innen als einzig möglicher Umgang mit der am Verständnis gescheiterten Kommunikation bleibt, ist mit Blick auf die Interviews mit den Begleitpersonen erkennbar. Dies stützt die Erkenntnis Boltanskis, dass das Bemühen der Ärzt*innen, die Patient*innen über medizinische Hintergründe aufzuklären, von der Einschätzung bezüglich der Fähigkeit der Patient*innen abhängig ist, die Inhalte ohne Komplikationen verstehen zu können. Jene Personen, die gemäß der Einschätzung mit einer Verständnishürde konfrontiert sind, wenn es um das Begreifen der fachlichen Inhalte geht, bekommen, statt erläuternder Ausführungen, klare Anweisungen über den Ablauf der Behandlung (Boltanski, 2018: 75). Untermauert wird diese These durch die Erfahrungen der Begleitpersonen, die Situationen schildern, in denen die zu dem ärztlichen Besuch begleiteten Frauen Medikamente verschrieben bekommen haben oder unter Therapiemaßnahmen gestellt wurden, ohne dass sich seitens der Ärzt*innen um eine Erklärung zu dem Verständnis der Behandlung bemüht wurde.

An dieser Stelle lässt sich auf die Ergebnisse der bereits erwähnten Studie von Laura Siminoff et al. verweisen, die beschreibt, dass das personalisierte Eingehen der Mediziner*innen auf Patient*innen abhängig ist von dem sozialen Hintergrund sowie der Ethnie der zu behandelnden Person. Das Kommunikationsmuster, welches Ärzt*innen an den Tag legen, ist standardisiert, so ist die Möglichkeit des Eingehens auf Personengruppen erschwert, die Benachteiligungen in der Gesellschaft erfahren oder auf einem anderen Wissensstandpunkt begegnet werden müssen. Ebenfalls ist der emotionsbasierte Austausch mit Personen besserer Bildung sowie höherer Einkommensklasse verstärkt gegeben (Siminoff et al., 2006: 358-359).

Vergleichbar ist diese Erkenntnis mit dem Datenmaterial der Arbeit. Während die Begleitpersonen sowie die Krankenschwester von positiven Erfahrungen im Zusammenhang mit einzelnen Ärzt*innen sprechen, die teilweise einem persönlichen Austausch gleichen, kontrastieren die Begleitpersonen diese positiven Erfahrungen der verständnisbasierten Interaktion mit dem medizinischen Fachpersonal von den begewohnten Interaktionen ihrer

Klientinnen, die kein Eingehen der Ärzt*innen auf die persönlichen Bedürfnisse und Kenntnisse erfahren.

Zurückzuführen ist dies, mit Hinblick auf die Theorie Boltanskis, auf die „gewohnheitsbildende Kraft“, welche im Sozialisationsprozess für eine klassenspezifische Prägung in Gesundheitsfragen und Körperpraktiken sorgt (Boltanski, 2018: 79). Die Einstellung zu dem eigenen Körper ist somit vorgeprägt und weist im Falle der akademisch vorgeprägten Begleitpersonen und der ehemaligen Krankenschwester Ähnlichkeiten zu dem medizinischen Konsens über Gesundheit, wie er hierzulande vertreten wird, auf. Dies erklärt im Umkehrschluss, dass zwischen Ärzt*innen und Personen weniger privilegierter sozialer Schichten diese verbindenden Gewohnheiten nicht von vorneherein für einen erleichterten Prozess des Findens eines Konsenses auf der Verständnisebene sorgen kann.

Beispielhaft für eine der Vorprägung geschuldeten gesundheitsbezogenen Einstellung ist das Wahrnehmen von Präventionsmaßnahmen anzuführen, welche gemäß Boltanski in privilegierteren Schichten beobachtbar zentraler ist (Boltanski, 2018: 97-99). Die Begleitpersonen schildern, wie die Ärzt*innen ihren Patient*innen aus prekären sozialen Verhältnissen einen wenig gewissenhaften Umgang mit der eigenen Gesundheit vorwerfen, da diese in den Augen der Mediziner*innen zu spät medizinischen Rat konsultieren. Begleitperson 1 erklärt, dass sich dieses Verhalten des nicht Ernstnehmens gesundheitlicher Probleme ihrer Klientinnen ihrem persönlichen Präventionsverhalten sehr unterschiedlich ist. Wie der Theorie Boltanskis sowie den Worten des Professors entnehmbar ist, ist das Bedürfnis, durch Präventionsmaßnahmen eine gewisse Souveränität über den eigenen Gesundheitszustand zu behalten, ein Phänomen, das unter den privilegierten Schichten stark vertreten ist (Boltanski, 2018: 99). Jenes Verhalten scheint, so zeigt sich in Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial, dem Verständnis der Ärzt*innen des richtigen Umgangs mit der eigenen Gesundheit zu entsprechen.

Für die konkrete Kommunikationssituation bedeutet dies, dass das Beschreiben der Art der Beschwerden und das Ausmaß dieser im Zusammenhang mit der sozialen Herkunft der Patient*innen stehen. Schildern Personen aus privilegierten Schichten aufgrund ihrer klassenspezifischen Sozialisation ihre Beschwerden meist in einer Sprache, welcher der Fachsprache der Mediziner*innen verwandt ist, kommunizieren Menschen mit anderem sozialem Hintergrund mittels anderer Begriffe (Boltanski, 2018: 100-101). Diese Erkenntnis trat ebenfalls aus dem Gespräch mit den Begleitpersonen hervor, da jene Probandinnen

beschreiben, dass ihre Klientinnen im Regelfall nicht auf das von den Expert*innen Gesagte antizipieren, da ihnen die Fachsprache nicht geläufig ist und sie aufgrund dessen blind auf den medizinischen Rat vertrauen müssen oder im Nachgang Erklärungen bei ihren Begleitpersonen einholen.

Ärzt*innen als Sender, Patient*innen als Empfänger medizinischen Wissens

Hinsichtlich des empirischen Datenmaterials der Interviews werden in Folge die Rollen hinsichtlich des Geltungsanspruchs medizinischen Wissens zwischen Patient*innen und Ärzt*innen identifiziert.

Den Unterschied in der Rollenverteilung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen beschreibt Boltanski als hierarchische Verteilung zwischen den Mediziner*innen, welche den Geltungsanspruch auf gesundheitsbezogene Themen haben und den Patient*innen, welche passiv dieses Wissen empfangen. Jedoch, so distinktiert der französische Soziologe, ist die Gruppe der Patient*innen nicht allgemein in einer passiven Rolle zu verorten. Es lassen sich Unterschiede in dem Standpunkt der Patient*innen zu dem medizinischen Wissen feststellen, welche in Abhängigkeit zu dem sozialen Hintergrund der Personen zu betrachten ist. Menschen aus privilegierten sozialen Schichten sind weniger in der Rolle der passiven Wissensrezipient*innen zu beschreiben. Vielmehr macht sich diese Personengruppe das Wissen durch ihr gesteigertes Verlangen, die fachlichen Inhalte begreifen zu wollen, zu eigen. Wenig privilegierte Schichten werden von Boltanski hingegen als passive Rezipient*innen von den medizinischen Weisheiten beschrieben, welche sich gesundheitliche Wahrheiten als kontextentfremdete Dogmen aneignen. Jene medizinischen Grundsätze, welche die sozialen Schichten erreichen, die mit ihrer Positionierung im sozialen Raum am weitesten von jener der Mediziner*innen entfernt sind, beschreibt Boltanski durch seinen fragmentarischen Charakter als „Krümelwissen“ (Boltanski, 2018: 83). Jene gesundheitlichen Leitlinien sind demnach dem medizinischen Kontext entfremdet und sind weniger am Stand der Wissenschaft orientiert.

Diese These Boltanskis bestätigend, lässt sich das Selbstbild der befragten Ärztinnen anführen, welche sich in der Rolle der Übermittlerinnen medizinischer Inhalte wie Diagnosen oder Therapiemaßnahmen begreifen. Dass diese Dynamik sich in jene Richtung verstärken kann, dass die Expert*innen ihre Patient*innen aufgrund ihrem Auftrag des Vermittelns nicht zu Wort

kommen lassen, ist den Befragten bewusst. Die Erkenntnis weist darauf hin, dass die Patient*innen durch diese Rollenverteilung in eine passive Rolle gedrängt werden. Mediziner*innen schreiben sich oft die Kompetenz zu, Patient*innen bereits auf Basis des ersten Eindrucks einschätzen zu können. Folglich gestalten sie die Gesprächsführung, ohne zu prüfen, ob diese Kommunikationsweise bei den Patient*innen Anklang findet. Demnach lässt sich die „Sender“-Funktion der Ärzt*innen identifizieren, welche von den befragten Medizinerinnen als Imperativ ihres Aufgabenbereichs identifiziert wird.

Obgleich die befragte Krankenschwester durch ihre Vorprägung durch die medizinische Ausbildung den Ärzt*innen im sozialen Raum nahe zu stehen scheint, ist auch ihren Aussagen zu entnehmen, dass die Ärzt*innen auch ihr gegenüber primär die aktive Rolle der Informationsvermittelnden innehaben. Dem Interview ist zu entnehmen, dass die ehemalige Krankenschwester ihre behandelnden Ärzt*innen als Kompetenztragende anerkennt, welchen sie in manchen Situationen der Einfachheit halber vertraut. Teilweise ist ihre Rolle der passiven Rezipientin der medizinischen Information bewusst ergriffen. Anhand anderer Beschreibungen der Befragten wird hingegen erkennbar, dass die Möglichkeit des Einnehmens einer aktiven und gesprächsmitgestaltenden Rolle seitens der Mediziner*innen durch Hürden erschwert wird. Vor allem im Hinblick auf die Interviewsequenz, welche Aufschluss über eine Begebenheit gibt, in der ein Medizinstudent der ärztlichen Untersuchung beigewohnt hat, woraufhin die behandelnde Ärztin die Probandin als Patientin übergibt und ausschließlich mit dem Studenten in den Austausch trat.

Auch wenn zwischen der ehemaligen Krankenschwester und ihren behandelnden Ärzt*innen ein Gefälle in dem Informationsfluss zugunsten der Mediziner*innen herrscht, so sind die in dieser Befragung thematisierten ärztlichen Gespräche deutlich weniger hierarchisch geprägt, als das zwischen den begleiteten Frauen und ihren behandelnden Ärzt*innen der Fall ist. Unangepasst ist die ärztliche Kommunikation an den sozialen Hintergrund oder an den gesundheitlichen Wissenstand der Frauen, welche meist von prekären Lebenssituationen geprägt sind. Wie im vorherigen Kapitel erwähnt, ist, aufgrund der abweichenden sozialen Herkunft, eine Diskrepanz in den Körperpraktiken sowie im Gesundheitsbewusstsein zwischen den vulnerablen Frauen und ihren behandelnden Ärzt*innen. Eine angepasste Gesprächsführung, welche den Standpunkt der Frauen zentral behandelt, wäre, so die Begleitpersonen, angemessen. Hingegen werden die Frauen in eine passive Rolle der Informationserhaltenden gedrängt, wohingegen die Mediziner*innen ihrer Pflicht des

Vermitteln der medizinischen Inhalte als minimale Kommunikationsleistung nachgehen. Der totale Wahrheitsanspruch des von den Ärzt*innen Vermittelten ist somit konkretisiert.

Den Frauen gelingt es nicht, so die Ausführungen der Begleitpersonen, dem Gespräch eine persönliche Note beizufügen, was den eigenen Bedürfnissen nach einer passenden Behandlung keinen Anklang in diesem Kontext beschert. Die einzige Ausnahme, in der die Patient*innen sich die Gesprächssituation zu eigen machen sind die ärztlichen Konsultationen, in denen das eigene Kind die behandelte Person ist. Deckungsgleich ist diese Erkenntnis der Begleitpersonen mit den Ausführungen Boltanskis. Jener beschreibt ebenfalls die Situation der Behandlung des eigenen Kindes als einzige Situation, in der Personen weniger privilegierter Gruppen ein starkes Augenmerk auf den persönlichen Charakter des ärztlichen Gesprächs legen (Boltanski, 2018: 76-77).

Der Professor für Kommunikation äußert sich ebenfalls zu dem Machtgefälle zwischen Patient*innen und Ärzt*innen, das sich aus der Art und Weise ergibt, wie Mediziner*innen Informationen vermitteln. Dass in diesem Zusammenhang ein Machtungleichgewicht herrscht, lässt sich grundlegend auf die Hilfsbedürftigkeit der Patient*innen zurückführen, welche mit dem Bedürfnis des professionellen Umgangs mit ihren Gesundheitsproblemen den ärztlichen Rat konsultieren. Jedoch, so erklärt der Experte, müsse die Dynamik des in den vorherigen Abschnitten thematisierten Wahrheitsmonopols der Ärzt*innen durchbrochen werden, um der Patient*innenperspektive mehr Gehör verschaffen zu können.

In die Position der Informationsvermittelnden, welche das Eingehen auf die individuellen Hintergründe der Patient*innen negiert, bringen sich die Ärzt*innen durch die Erfahrungen, welche sie glauben durch ihre Berufspraxis erlangt zu haben. Jedoch verschleißt das sich Berufen auf den Erfahrungswert und der eigenen Kommunikationskompetenz die Möglichkeit des zu Wort kommen der Behandelten. Der Experte erkennt, dass auf diese Weise den Bedürfnissen der Patient*innen keinesfalls Rechnung getragen werden kann. Betont wird von dem befragten Experten, dass ein sich fragend nähernder Patient*innenkontakt keinesfalls die fachliche Souveränität der Mediziner*innen in Frage stellen würde, auch wenn dies vermutlich von eben diesen befürchtet wird.

Dass das medizinische Wissen gesellschaftlich „von oben nach unten“ gelangt, lässt sich anhand der beschriebenen Erkenntnisse konstatieren, wobei im sozialen Raum näher an den Ärzt*innen verortete Personen unmittelbarer von den fachlichen Zusammenhängen profitieren

(Boltanski, 2018: 83). Diese Dynamik lässt sich als Kreislauf begreifen, wobei Menschen weniger privilegierter Schichten nicht direkt von dem medizinischen Wissen profitieren, was sich bei ihnen in ein veraltetes Verständnis von Gesundheit niederschlägt. Jene unzeitgemäßen Glaubenssätze, so lässt sich annehmen, hindern wiederum das Entstehen einer verständnisbasierten Interaktion zwischen Ärzt*innen und den sozial schwächeren Schichten, was die veralteten und bruchstückhaften Wissensdoktrinen nicht revidiert.

Wissen

Dass Wissen, auch bei gesundheitsrelevanten Belangen, relational von der sozialen Gruppe abhängig ist, postuliert Boltanski in seinem Werk *„Prime éducation et morale de classe“*. Sichtbar wird die Kontextgebundenheit der medizinischen Annahmen auch in der Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial.

Allgemein ist zu konstatieren, dass sich Ärzt*innen laut den Ausführungen Boltanskis bereits seit Beginn des vorletzten Jahrhunderts als legitimatorische Wissensinstanz in Gesundheitsbelangen etabliert haben (Boltanski, 2018: 45).

Dessen sind sich auch die befragten Ärztinnen bewusst, sie erkennen den Vertrauensvorsprung, den die Patient*innen ihnen gegenüber haben als Indiz auf ihre Stellung als unangefochtene Autorität des medizinischen Wissens. Erkenntnisse aus der Datenauswertung machen zudem deutlich, dass dies auch dem Selbstbild der befragten Medizinerinnen entspricht. Sie sehen sich laut eigener Aussagen in der Position ihren Patient*innen legitime Anweisungen zu geben. Das Ziel ist das Angleichen der Einstellung der Patient*innen an ihre fachliche Ansicht über Gesundheit. Der wechselseitige Austausch der Kenntnisse und Annahmen ist nicht das zentrale Interesse, wenngleich sie das in dem Befragungsgespräch kritisch reflektieren.

Das Anerkennen der Ärzt*innen als unangefochtene Wissensquelle lässt sich auch den Aussagen der pensionierten Krankenschwester entnehmen, die ihren Wissensstand stets revidieren würde, um ihn den fachlichen Äußerungen der Mediziner*innen anzugleichen.

Kontrastierend dazu ist, gemäß den Ausführungen der Begleitpersonen, die Haltung ihrer Klientinnen zu handhaben, die durch die Kenntnisnahme der Postulate der Ärzt*innen ihr eigenes Verständnis von Gesundheit und Therapiemaßnahmen nicht überschreiben. Jene

Tendenz wird von den befragten Frauen, welche den ärztlichen Gesprächen ihrer Klientinnen beiwohnen, beschrieben, da die begleiteten Frauen häufig erst im Nachgang, nach dem Behandlungstermin, ihre abweichende Meinung zu den Gesundheitsthemen kundgeben.

Jener kontrastierende Vergleich in der befürwortenden oder ablehnenden Haltung gegenüber dem medizinischen Rat der Ärzt*innen lässt sich auf den unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergrund der Personen im Fokus zurückführen. Hingegen ist, wie Boltanski bereits ausschloss, der Umgang mit diesen Themen keine Generationenfrage und somit nicht mit konservativer und moderner Denkweise gleichzusetzen. Die Zuwendung zu neuem Wissen ist keine Altersfrage (Boltanski, 2018: 69). Unterstrichen wird diese Aussage hinsichtlich des Alters der verglichenen Personen. Die begleiteten Frauen, die dem medizinischen Rat den eigenen gesundheitsbezogenen Wissensstand kritisierend gegenüberstellen, sind durchschnittlich deutlich jünger als die befragte pensionierte Krankenschwester, die 80 Jahre alt ist.

Besonders die Art, wie mit neuem Wissen umgegangen wird, ist sozial erlernt, so teilt man mit den Personen gleicher sozialer Schicht eine ähnliche Herangehensweise an jene Themengebiete. Das Bestreben danach, das eigene fachliche Wissen an die zeitgenössische medizinische Forschung anzupassen, ist laut dem französischen Soziologen, charakteristisch für sozial privilegierte Schichten. Als veraltet hingegen beschreibt dieser die Kenntnisse der sozial schwächeren Schichten, da sich diese wenig im Austausch mit Personen befinden, die im direkten Kontext zur aktuellen medizinischen Forschung verortet sind (Boltanski, 2018: 74, 82).

Zwar ist am Datenmaterial zu erkennen, dass die Wissbegierde in diesem Zusammenhang bei der pensionierten Krankenschwester, die sozial den Ärzt*innen näher zu stehen scheint, größer ist als dies bei den zum ärztlichen Besuch begleiteten Frauen der Fall zu sein scheint. Jedoch lässt sich gemäß den Aussagen des Professors nicht so leicht zwischen „richtigem“ und „falschem“ Wissen unterscheiden. Nuancierter müsste die Unterscheidung ausfallen, da, so die Aussage des Experten für Kommunikation, Wissen immer kontextgebunden ist und hinsichtlich der Hintergründe seine Validität bekommt. Bestätigen lässt sich diese Aussage bezogen auf das Wissen der Frauen, welche einer vulnerablen Personengruppe angehören und sich ihr Wissen, durch eine teilweise ausländische Abstammung, häufig kulturell anders zusammensetzt. Dass die Wissenshoheit, welche bei den medizinischen Kenntnissen der Ärzt*innen liegt, trotzdem

kontextgebunden ist, beschreibt Boltanski nicht und muss an dieser Stelle durch die Erklärungen des Professors für Kommunikation ergänzend angeführt werden.

Die Konstruktion von Wissen ist, so der Experte für Kommunikation, kontextabhängig und die Legitimationshoheit, die bei dem von den Ärzt*innen postulierten Wissen liegt, ist eine erdachte. Dennoch sind die Ausführungen Boltanskis nicht fehlerhaft, hinterfragen jedoch nicht, weshalb die legitimatorische Wissensquelle bei den Ärzt*innen verortet ist und weshalb abweichende Annahmen in diesem Zusammenhang als mangelhaft tituliert sind.

Der Expertenmeinung zufolge ist das Einbeziehen des Vorwissens für eine erfolgreiche Unterhaltung relevant, obwohl er sich bewusst ist, dass dies in der Praxis nicht standardisiert verfolgt wird.

Lösungsversuche, um das Verständnis in das Zentrum der ärztlichen Kommunikation zu rücken

Wie der Lehrbeauftragte für ärztliche Kommunikation in der Befragung konstatiert, ist die häufig aufkommende Thematik der mangelnden zeitlichen Ressourcen kein Argument, das zur Erklärung des Scheiterns der Kommunikation der Ärzt*innen mit ihren Patient*innen herangezogen werden sollte. Wie Boltanski aus seinen Untersuchungen erkennen konnte, dauert das ärztliche Gespräch mit Personen aus weniger privilegierten Schichten kürzer als die Unterhaltung mit Personen, die den Ärzt*innen sozial ähnlich gestellt sind (Boltanski, 2018: 78). Entgegen der Vermutung, dass eine Kommunikation, welche bei beiden Parteien von Verständnishürden geprägt ist, mehr Zeit in Anspruch nimmt, um einen verständnisbasierten Konsens zu formen, werden kompliziert anmutende Gesprächssituationen vermieden und verkürzt. Dass dies geschieht, lässt sich durch die geführten Interviews bestätigen. Der Unterschied im zeitlichen Aufwand, den Ärzt*innen für Gespräche mit Patient*innen bereit sind aufzubringen, wird besonders eindrücklich sichtbar, wenn man die Erlebnisse der Begleitpersonen mit ihren beruflichen und persönlichen Erfahrungen vergleicht. Während der eigenen Anliegen der Begleitpersonen im ärztlichen Gespräch stets eine zentrale Bedeutung beigemessen wird und trotz zeitlicher Knappheit ein Gefühl seitens der Patient*innen entsteht, dass das gegenseitige Verständnis vordergründig ist sowie Zeit in Anspruch nehmen darf, wird der Gesprächssituation mit den begleiteten Frauen anderen sozialen Hintergrunds wenig

zeitliche Kapazität eingeräumt. Eine verbale sowie nonverbale Abwehrhaltung wurde in den Interviews beschrieben, welche Ärzt*innen jenen Patientinnen gegenüberbringen. Dass eine verständnisbasierte Kommunikation im medizinischen Kontext nicht alleine an der Variable Zeit scheitert, entkräftigt der Professor und stellt stattdessen seine Strategien einer auf die Bedürfnisse der Patient*innen zentrierte Gesprächsführung in den Raum, die ein Gefühl einer bedürfniszentrierten Behandlung auf Patient*innenseite hervorruft.

Luc Boltanski hingegen lässt in seiner Auseinandersetzung keine konkreten Strategien erkennen, mit denen er die Verständnisschwierigkeiten zwischen Ärzt*innen und Patient*innen mit anderer sozialer Herkunft überwunden sieht. Die Gründe für das Scheitern einer verständnisbasierten Kommunikation treten stattdessen besonders hervor. Die unterschiedlich geartete Weise des Umgangs mit der eigenen Körperlichkeit und Gesundheitsfragen zwischen den Ärzt*innen und Patient*innen schwacher sozialer Herkunft erschwert zusätzlich die ohnehin mühevollen Interaktion im ärztlichen Gespräch, welche für einen gelungenen Behandlungserfolg auf einem gegenseitigen Verständnis basieren sollte. Dass dieses Verständnis nicht lediglich auf der Ebene des gesprochenen Wortes zu verorten ist, verdeutlichen die Ergebnisse der empirischen Auseinandersetzung sowie ihre Verknüpfung mit der theoretisierenden Perspektive des französischen Soziologen Luc Boltanski. Hingegen bedarf es, so erklären die befragten Ärztinnen sowie der Experte für ärztliche Gesprächsführung, einer besonderen Herangehensweise an die Gesprächssituation mit Patient*innen verschiedener Hintergründe, welche situativ aus der Gesprächssituation durch Rückbezüge auf die Bedürfnisse und Kenntnisse der Patient*innen erarbeitet werden muss.

Aufgezeigt werden konnte im Hinblick auf die Beschreibungen Boltanskis und der Analyse des empirischen Materials, dass die Klassenabhängigkeit der gelingenden Gesprächsführung im ärztlichen Kontext zu einer Problemlage in dem beidseitigen Aufbringen von Verständnis führt. Intuitiv ist die Annahme, dass eine gerechtere Kommunikation für Menschen unterschiedlicher Hintergründe aus dieser Erkenntnis resultieren müsste. Jedoch ist die Theorie Boltanskis nicht konkret normativ, so bekommt diese thematische Auseinandersetzung erst in der Auseinandersetzung mit den Äußerungen der befragten Proband*innen ihren wertenden Charakter. Erkennbar ist, dass diese Ungerechtigkeit, ausgelöst durch die ungleiche Behandlung von Patient*innen, bei allen befragten Parteien den Wunsch nach einer sensibleren Herangehensweise der Ärzt*innen an eine angepasste Gesprächsführung erweckt. Der befragte Experte für Kommunikation beschreibt in diesem Kontext die Bedeutsamkeit einer

verständlichen und aufklärenden Kommunikation der Ärzt*innen hinsichtlich des Behandlungserfolges. Dies lässt sich auf ein stärker kooperatives Verhalten der Patient*innen zurückführen, welches nur durch das Verstehen und Nachvollziehen der medizinischen Zusammenhänge evoziert werden kann.

Werden Theorie und Empirie dieser Arbeit ergänzend zusammengeführt, so lässt sich erkennen, dass eine soziale Kluft zwischen privilegierten sozialen Schichten und benachteiligter gesellschaftlicher Gruppen besteht, welche für eine ungleiche Verteilung der Möglichkeit medizinische Aufklärung zu erhalten, verantwortlich ist (Boltanski, 2018: 75). Wird diese Problemlage von Boltanski aufgezeigt, wird sie durch das Datenmaterial bestätigt und dahingehend erweitert, dass durch alle befragten Proband*innen potenzielle Lösungsstrategien präsentiert werden, die sich in allen Fällen in die Richtung einer stärker patient*innenzentrierten ärztlichen Gesprächsführung ausrichten und von einer standardisierten Gesprächsführung abraten.

Nur das sich fragend Nähern an die individuellen Voraussetzungen der zu behandelnden Personen, um die Gesprächsführung auf dieser Basis anzupassen, kann den durch die Begleitpersonen identifizierten Problemlagen in der ärztlichen Kommunikation, welche an dem Herstellen einer Verständnisebene scheitern, begegnen.

Statt einem stärker erforderten Eingehen auf die individuellen Hintergründe speziell bei Personen aus vulnerablen Gruppen, wird von den Begleitpersonen eine abweisende Haltung erkannt, was als vermeidende Strategie gegenüber komplexer anmutenden Kommunikationssituationen identifiziert wird. Genau entgegengesetzt der Verhaltensmaxime, welche die befragten Ärzt*innen sowie der Experte für Kommunikation als idealen Gesprächsverlauf postulieren, wird das tatsächliche Verhalten der Ärzt*innen gegenüber den Frauen aus prekären Lebensbedingungen durch die Begleitpersonen beschrieben. Diese Abwehrhaltung, charakterisiert durch knappe Artikulationen bis hin zu einem unfreundlichen Verhalten den behandelten Frauen gegenüber, erfährt durch die Begleitpersonen scharfe Kritik und wird als Problemquelle für das gescheiterte Aufbringen von Verständnis seitens der Ärzt*innen erkannt. Legitimiert, so ahnen die befragten Sozialarbeiterinnen, ist die ärztliche Gesprächsführung dennoch, denn die Kommunikation der fachlichen Inhalte ist, auch wenn die Ausführungen auf der Gegenseite nicht auf Verständnis stoßen, erfolgt.

Dass diese Veränderung in der Art der Gesprächsführung von den werdenden Ärzt*innen erlernt werden muss, geht zentral aus den Äußerungen der befragten Expert*innen hervor. So wird, mit den Worten Boltanskis gesprochen, erkennbar, dass das Vertrauen in die eigenen kommunikatorischen Fähigkeiten von Ärzt*innen in der Regel keine Basis für eine gelingende Gesprächsführung bietet. Hingegen muss den behandelnden Expert*innen ihre eigene Sichtweise auf medizinische Zusammenhänge bewusstwerden, welche ebenfalls sozialisatorisch erworben sind und sich durch die fachspezifische Ausbildung sowie in dem Austausch mit Kolleg*innen gefestigt hat und auf diese Weise in gewisser Hinsicht von den Annahmen vieler Menschen mit weniger Zugang zu medizinischen Fachbereichen entfernt hat. Die „gewohnheitsbildenden Kräfte“ (Boltanski, 2018: 79), welche durch den Standpunkt der Mediziner*innen im sozialen Raum ausgebildet werden und für sich festigende Strategien der Gesprächsführung sorgen, manifestieren sich bei fortschreitender beruflicher Praxis und verstärken Kommunikationsmuster, welche den Fokus auf das Generieren eines beidseitigen Verständnisses, vor allem mit Personen schwächerer sozialer Schichten und drastisch abweichender „geistiger Gewohnheiten“ (Boltanski, 2018: 79), in den Hintergrund drängt (Boltanski, 2018: 100-101).

Der Verweis der Ärzt*innen darauf, dass die berufseinsteigenden Ärzt*innen „keine guten Rolemodels“ hätten, an denen sie lernen können, unterstreicht verstärkt die Relevanz der eben beschriebenen „geistigen Gewohnheiten“ sowie die Kontextgebundenheit dieser. Dass sie sich, gemäß der Aussagen der Ärztinnen und dem Experten für ärztliche Gesprächsführung im beruflichen Alltag verstärken, beweist den Einfluss, welcher ein fachspezifisches Umfeld auf Ärzt*innen ausübt und ihre Art der Gesprächsführung bedeutend prägt.

Es ist demnach zentral für eine ärztliche Kommunikation, um die Aussagen des Professors hinsichtlich einer verbesserten Kommunikationsweise mit der Studie „*Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors*“ von Laura Siminoff et al. (2006) zu verknüpfen, dass stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen auf der Emotionsebene eingegangen werden sollte. Dieses Vorgehen kann als Antwort auf die Kritik gesehen werden, die von den Autor*innen der Studie über die Kommunikation mit Krebspatient*innen in Abhängigkeit von deren sozialer Herkunft sowie von dem Kommunikationsexperten am üblichen Kommunikationsstandard geübt wurde. Diese Problemlage der ärztlichen Kommunikation konnte jedoch im ärztlichen Alltag, so zeigen die Ergebnisse der Studie Siminoffs et al. (2006), dennoch beobachtet werden.

Obgleich die Gesprächsführung im Regelfall seitens der Ärzt*innen nicht an die Gesprächspartner*innen angepasst wird, lässt sich dennoch erkennen, dass den persönlichen Bedürfnissen und Anliegen der Behandelnden aus privilegierten Schichten gegenüber mehr Aufmerksamkeit erbracht wird (Siminoff et al., 2006: 358-359).

Der Gesprächsführung eine personalisierte Komponente beizufügen hat, so ist dem Gespräch mit dem Experten für Kommunikation sowie der eben genannten Studie zu entnehmen, direkte Auswirkungen auf die Möglichkeit des Schaffens einer vertrauensbasierten Beziehung zwischen Patient*innen und Ärzt*innen. Bislang gelingt dies lediglich für Patient*innen mit ähnlichem Verständnis von Gesundheit und Krankheit wie ihre behandelnden Ärzt*innen (Boltanski, 2018: 79). Eine Gesprächssituation, welche den Patient*innen ermöglicht Nachfragen zu stellen und ihren Wissensstand in einem befriedigenden Maße erweitern zu können, ist bislang den privilegierteren Schichten vorbehalten, welche ihrerseits einen hohen Bildungsgrad und gleichen ethnischen Hintergrund wie die behandelnden Ärzt*innen aufweisen (Siminoff et al., 2006: 360). Wie im nächsten Abschnitt der Analyse aufgegriffen, ist die patient*innenzentrierte Kommunikation eng mit den zeitlichen Ressourcen verbunden, welche Ärzt*innen stärker gewillt sind gegenüber Personen aufzubringen, von welchen sie ein schnelles Verständnis hinsichtlich der geschilderten fachlichen Inhalte erwarten.

Uneinig sind sich die befragten Parteien bezüglich des Einflusses der im Hintergrund wirkenden strukturellen Voraussetzungen für das Gelingen einer verständnisbasierten ärztlichen Gesprächsführung allen Patient*innen gegenüber. Die befragten Ärztinnen sowie die Begleitpersonen vertreten die Meinung, dass Zeit als mangelnde Ressource als nachteilige Voraussetzung zu sehen ist, welche sich in höchstem Maße negativ auf den Kommunikationserfolg auswirkt. Hingegen, entgegen dem Postulat der mangelnden zeitlichen Ressource als Grund erschwerter Kommunikation, vertritt der Professor für ärztliche Kommunikation die Auffassung, dass eine patient*innenzentrierte Gesprächsführung, welche das gegenseitige Verstehen zum Gegenstand hat, nicht an dem Faktor Zeit scheitert. Die Erkenntnis unterstützt die These des Kommunikationsprofessors, dass nicht die Zeit, sondern eine von Anfang an auf Verständnis basierende Kommunikation entscheidend ist, um besser mit Patient*innen zu kommunizieren. Die Dauer an aufgewendeter Zeit ist demnach abhängig von dem beidseitigen Verständnis und nicht umgekehrt.

Erwähnung in dieser analytischen Auseinandersetzung mit den ärztlichen Kommunikationsmustern und ihren pathologischen Schieflagen ist die zeitliche Entwicklung dieser und der Ausblick, welcher sich daraus für zukünftige Entwicklungen der ärztlichen Gesprächsführung ableiten lässt. Die Ausführungen Boltanskis, welche als Anhaltspunkt dieser Arbeit dienen, datieren um die Jahre 1970. Dennoch ist ihre Relevanz hinsichtlich der Anwendbarkeit der Erkenntnisse Boltanskis auf die empirischen Untersuchungen, welche zur Überprüfung dieser durchgeführt wurden, bewiesen. Wie bereits durch Aude Béliard und Jean-Sébastien Eideliman (2014) vor zehn Jahren am Beispiel des sozial bedingten Umgangs mit mentalen Krankheiten erkannt wurde, ist die milieuspezifische Einstellung in Gesundheitsfragen der Ausgangspunkt für eine tiefgreifende Analyse der sich daraus ergebenden Dynamiken in der Patient*innen-Ärzt*innen-Interaktion.

Konstatiert werden kann an dieser Stelle, dass die soziale Frage nach der Herkunft damals wie heute eine Determinante für die ärztliche Kommunikation darstellt, welche als Analyseinstrument herangezogen werden sollte, um zukünftige Gesprächsführungen im Gesundheitsbereich angepasster gestalten zu können. Anzuführen ist hierbei der hoffnungsvolle Ausblick, welchen der Professor für Kommunikation angesichts des aktuell in Gang gebrachten Etablierens des Kommunikationstrainings gibt. Auch wenn die Strategien der verständnisgenerierenden Gesprächsführung bislang noch häufig an ihrer Implementierung in den praktischen Berufsalltag der Ärzt*innen scheitert, erwähnt der befragte Experte wohlwollend das verstärkt aufkommende Bestreben der Medizinstudierenden, ihre Kommunikationskompetenz zu stärken.

7. Diskussion

Bezugnehmend auf die empirische Untermalung der Erkenntnisse Boltanskis ist zu konstatieren, dass in dieser theoretischen wie empirischen Auseinandersetzung wichtige Erkenntnisse darüber generiert werden konnten, wie klassenspezifische Unterschiede der Patient*innen die ärztliche Gesprächsführung beeinflussen. Die folgende Diskussion soll die zentralen Erkenntnisse rückblickend analysieren, ihre Bedeutung im Kontext der bestehenden Literatur feststellen und die praktischen Implikationen für die ärztliche Praxis erörtern. Letzteres geht über die aufgegriffenen soziologischen Auseinandersetzungen Boltanskis hinaus, da konkrete Aussichten gegeben und der Arbeit einen normativen Charakter verliehen wird.

7.1. Die klassenspezifische Betrachtungsweise als normativer Blick auf die ärztliche Gesprächsführung

Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Position der Patient*innen im sozialen Raum einen erheblichen Einfluss auf die Art und Weise hat, wie ärztliche Kommunikation wahrgenommen und verstanden wird. Patient*innen aus sozial privilegierteren Milieus profitieren tendenziell von der ärztlichen Kommunikation, die ihren Bedürfnissen und ihrem sprachlichen Verständnis entgegenkommt. Dies steht im Einklang mit der Theorie Boltanskis, die beschreibend argumentiert, dass die Divergenz in der Wahrnehmung von Gesundheitsfragen und dem eigenen Körper zwischen Mediziner*innen und den ihnen sozial weiter entfernten Patient*innen eine Verständnisbarriere darstellt und zu einer asymmetrischen Kommunikationssituation führt.

Durch das Aufzeigen dieser Beschreibungen bekommt der Untersuchungsgegenstand im Zusammenhang mit den geführten Interviews eine normative Note, so äußern die befragten Proband*innen Implikationen für eine zukünftig verbesserte ärztliche Kommunikation für alle soziale Hintergründe. Stärker als dies durch die teils quantitativ oder beobachtenden Datenerhebungsstrategien des französischen Soziologen der Fall ist, wird hier durch den Rahmen der qualitativen Befragungen die Emotionsebene der Problemlage in der ärztlichen Kommunikation stärker in den Fokus gerückt. Die Äußerungen der Begleitpersonen sowie jene des Professors für Kommunikation, die allesamt eine stärker beobachtungszentrierte Perspektive auf die ärztliche Gesprächsführung haben, zeugen von einer als belastend empfundenen Problemlage in der ärztlichen Gesprächsführung. Während die Begleitpersonen

das Scheitern der Kommunikation spezifisch auf die klassenbedingten Unterschiede zwischen Ärzt*innen und Patient*innen aus sozial schwächeren Schichten zurückführen, beschreibt der Professor für Kommunikation allgemein das Scheitern der Ärzt*innen, sich an die individuellen Voraussetzungen der zu Behandelnden anzupassen.

Ebenso äußerten die befragten Ärztinnen und die ehemalige Krankenschwester Kritik an den Dynamiken, welchen sie sich an einigen Stellen kritisch gegenüber positionieren. Zwar betont die ehemals in der Krankenhauspflege arbeitende 80-Jährige die positive Entwicklung der weniger hierarchisch werdenden ärztlichen Gesprächssituationen, jedoch lassen einzelne Äußerungen darauf schließen, dass ihr Bedürfnis als Patientin auf ärztliche Aufklärung nicht in allen Fällen ausreichend befriedigt werden kann. Implikationen für eine Verbesserung lassen sich nur auf Basis dieser Beschreibungen aggregieren, da jene Befragte die Gründe für das fehlschlagende Verständnis zwischen ihr und den behandelnden Ärzt*innen auf ihrer Seite verortet.

Die interviewte Anästhesistin und Psychiaterin zeigen in dem Befragungsgespräch zum Teil idealisiert dar, wie ein ärztliches Gespräch abzufließen hat. Jedoch evaluieren sie selbstkritisch und mit Verweis auf Kolleg*innen, welchen das an die Patient*innen angepasste Kommunizieren schwerer zu fallen scheint, dass die aktuell praktizierte ärztliche Kommunikationsweise Schwächen aufweist. Jenen Problemlagen begegnen sie in ihren Beschreibungen mit stetigem Verweisen darauf, dass die Kommunikation an die behandelten Individuen anzupassen ist. Jedoch ist in dem Gespräch erkennbar, dass auch jene bereits sensibel in ärztlichen Gesprächen agierenden Ärztinnen in ihren Kommunikationsmuster auf Vorannahmen über Patient*innen basieren, statt die individuellen Bedürfnisse situativ neu zu erfragen.

Die Art der Stichprobenauswahl ermöglichte es durch verschiedene Perspektiven, die die Sichtweisen der Proband*innen aus unterschiedlichen sozialen Hintergründen aufzeigen, Einblicke in das Erleben der Befragten zu erhalten, insbesondere hinsichtlich des Gelingens, eine wechselseitige Verständnisebene zu erreichen. Fruchtbar war dieses Vorgehen in dem Sinne, dass eine Diskrepanz in der Möglichkeit der Patient*innen, den Ausführungen der Ärzt*innen folgen zu können, erkennbar wurde und auf das milieuspezifische unterschiedlich geartete Verständnis von Gesundheit von Patient*innen weniger privilegierten Schichten zurückgeführt werden konnte.

Demnach eignet sich die Herangehensweise der klassenspezifischen Betrachtungsweise als Mittel, wodurch sich Asymmetrien und Problemlagen in der ärztlichen Kommunikation zeigen.

7.2. Implikationen für die ärztliche Praxis

Die theoretische sowie empirische Auseinandersetzung mit den verständnisbedingten Problemlagen in der ärztlichen Kommunikation legt eine Sensibilisierung für soziale und kulturelle Unterschiede in der medizinischen Kommunikation nahe. Für die Praxis bedeutet dies, dass Ärzt*innen sich ihrer eigenen sozialen Prägung bewusstwerden und gezielt darauf achten, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patient*innen Rechnung tragen zu können.

Wie durch die Ausführungen des Professors für medizinische Kommunikation verdeutlicht wird, wird der ärztlichen Gesprächsführung auch im medizinischen Curriculum mehr und mehr Bedeutung beigemessen. Die Leerstelle, die im Zusammenhang mit der Diskussion über Strategien einer guten ärztlichen Gesprächsführung im mangelnden Kommunikationstraining erkannt wurde, soll laut dem Experten schrittweise durch Anpassungen im Lehrplan geschlossen werden.

Bis eine Verbesserung in der Gesprächsführung von praktizierenden Ärzt*innen zu erwarten ist, erkennt der Experte in vielerlei Hinsicht Potenzial zur Optimierung. Bislang sieht er das von ihm durchgeführte Kommunikationstraining für Medizinstudierende als wenig in den Gesamtkontext des Medizinstudiums eingegliedert. Bislang hielt, gemäß der Beschreibung des Professors für Kommunikation, das Training für dialogische Informationsvermittlung keinen Einzug in fachspezifische Unterrichtsfächer. Doch trotz des Potenzials der Implementierung seines Kommunikationstrainings für das erfolgreiche Sensibilisieren der Studierenden bezüglich einer angepassten Gesprächsführung, betont er dennoch die Erschwernis in der Anwendung dieser erlernten Kompetenzen in der beruflichen Praxis. Dies ist deckungsgleich mit der Aussage der Anästhesistin, welche postuliert, dass die werdenden Ärzt*innen von den falschen Vorbildern lernen. Ärzt*innen mit steigender Berufserfahrung, so ähneln sich die Ansichten der Ärztinnen mit jenen des Kommunikationsexperten, beurteilen ihre Einschätzungsfähigkeit den Patient*innen gegenüber zu optimistisch und verlernen somit das spezifische Eingehen auf den Einzelfall. Aus dieser Erkenntnis zieht der Professor für Kommunikation die Konsequenz, dass sich das Lernen von verständnisbasierter Gesprächsführung nicht lediglich auf die Zeit des Studiums beschränken sollte, sondern für einen tiefgreifenderen Erfolg für die ärztliche Praxis auch nach jahrelanger Berufserfahrung relevant wäre. Jedoch sieht der Befragte die Schwierigkeit der Implementierung eines Kommunikationstrainings für bereits ausgebildeten Ärzt*innen, welche häufig die Notwendigkeit einer verbesserten Kommunikationsweise nicht vor Augen haben.

7.3. Abgrenzung zu der soziolinguistischen Perspektive

Wie bereits zu Beginn der Arbeit erläutert, gilt es in dieser Arbeit eine Abgrenzung zum soziolinguistischen Ansatz durch eine tiefergreifendere Analyse zu gewinnen. Lediglich auf der Ebene des gesprochenen Wortes nach ausschlaggebenden klassenspezifischen Unterscheidungsmerkmalen zu forschen, scheint, mit Hinblick auf die vorangegangenen Auseinandersetzungen, zu kurz gedacht. Nach der Auswertung des Datenmaterials tritt zutage, dass die unterschiedlich geartete Ausdrucksweise zwischen Ärzt*innen und Patient*innen mit unterschiedlichem sozialem Hintergrund nur als direkt ersichtliche Ursache für das Scheitern des gegenseitigen Verständnisses beschrieben werden kann. Stattdessen sind sozialisatorisch im milieuspezifischen Kontext erworbene Denkstrukturen, die bei Ärzt*innen und Patient*innen verschieden angelegt sind, als Grund für ein erschwertes gegenseitiges Verständnis zu identifizieren. Der Mangel an Bestreben, der seitens der Ärzt*innen identifiziert worden ist, sich fragend an die Bedürfnisse der Patient*innen zu nähern und somit eine Vertrauensbasis sowie die Voraussetzung für ein gegenseitiges Verständnis zu schaffen, liegt der Asymmetrie der ärztlichen Kommunikation zugrunde. Die Ärzt*innen verstehen sich in der Rolle der Informationsvermittelnden und vernachlässigen in diesem Zuge die Notwendigkeit ihre Artikulationen an den Wissensstand der Patient*innen anzupassen.

Daher ist die Auffassung von Howard Waitzkin abzulehnen, die in seiner Studie „*Information Giving in Medical Care*“ den gehobenen Sprachgebrauch der Ärzt*innen im Vergleich zu dem der Patient*innen als Hauptgrund für die Kommunikationsschwierigkeiten anführt, mit denen Patient*innen aus weniger privilegierten Schichten mit einem weniger differenzierten Wortschatz im ärztlichen Gespräch konfrontiert sind (Waitzkin, 1985: 83-84). Dass Menschen mit privilegierter sozialer Herkunft einen auf ähnlichem Niveau ausgeprägten Sprachgebrauch wie ihre behandelnden Ärzt*innen aufweisen und demnach die Kommunikation zwischen diesen besser vonstattengeht, veranschaulicht die „gewöhnheitsbildende Kraft“ (Boltanski, 2018: 79). Diese führt aufgrund ähnlicher sozialer Vorprägung zu ähnlichen gesundheitsbezogenen Denkweisen. Der gemeinsame Nenner, welcher bezogen auf den Umgang mit gesundheitsspezifischen Fragen aufkommt, ist dem gegenseitigen Verständnis dienlich und führt im umgekehrten Fall bei Menschen aus sozial schwächeren Schichten zu einer hürdenreichen Verständigungssituation im ärztlichen Kontext.

Zwar beschreiben die befragten Proband*innen die Schwierigkeit, welche bei der Verwendung von medizinischer Fachsprache seitens der Ärzt*innen für das gegenseitige Verständnis entsteht, jedoch ist dies nur das sichtbare Symptom, dem ein nicht erfolgtes Ausrichten der Gesprächsführung auf die Patient*innen durch Erfragen der medizinischen Vorkenntnisse und des Gesundheitsverständnisses zugrunde liegt.

Resümierend ist zu konstatieren, dass die Theorie Waitzkins lediglich auf der Ebene des in der ärztlichen Kommunikation Sichtbaren analytisch ansetzt. Übersehen wird bei der Konzentration auf den klassenspezifischen Sprachgebrauch jedoch der eigentliche Grund des misslingenden Verständnisses, welcher bei einem sozialisatorisch erworbenen Gesundheitsverständnis zu verorten ist. Die Konklusion Waitzkins, welche oberflächlich erscheint, lässt sich auf das verwendete Forschungsdesign zurückführen, welches das quantitative Auswerten von ärztlichen Kommunikationssituationen zum Gegenstand hatte. Die qualitative Herangehensweise dieser Arbeit legt hingegen verstehend offen, welche versteckte Dynamiken dem Verständnis hinderlich sind.

7.4. Reflexion und Limitationen der Studie

Trotz der guten Verknüpfbarkeit der empirischen Untersuchungen, welche im Zuge dieser Arbeit angestellt wurden, birgt die kleine Stichprobe der befragten Personen Limitationen bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Das Sample, das verschiedene Sichtweisen auf die ärztliche Gesprächssituation als Interessensgebiet eröffnet, ermöglicht keine umfassende und erschöpfende Analyse der klassenspezifischen Dynamiken zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Hingegen ist das Eröffnen der Perspektive, welches eine körperbezogene Soziologie und der Blick auf die sozial bedingten Sichtweisen auf Gesundheitsfragen bietet, ein fruchtbares Analyseinstrument, um Asymmetrien in ärztlichen Gesprächssituationen erklären zu können. Zudem ist an dieser Stelle ein weiteres Mal zu betonen, dass es sich in der empirischen sowie theoretischen Auseinandersetzung dieser Forschungsarbeit um Erkenntnisse handelt, welche im europäischen Kontext ihre Gültigkeit entfalten. Das Datenmaterial der qualitativen Untersuchung wurde in Tirol im Innsbrucker Raum gesammelt und spricht somit für die hiesigen Ärzt*innen-Patient*innen-Dynamiken. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse, bezüglich der Dynamiken in ärztlichen Gesprächen, lassen sich, so der Professor für Kommunikation, nicht uneingeschränkt im internationalen Rahmen verallgemeinern. Er konstatiert, dass die Nahbarkeit der Ärzt*innen hierzulande im Vergleich

zu anderen Kulturkreisen bereits stärker ausgeprägt ist, wobei anderenorts die hierarchische Vormachtstellung der Ärzt*innen deutlich tiefer verankert ist.

8. Fazit

An dieser Stelle lohnt sich ein abschließender Blick auf die beiden Titel der Werke Luc Boltanskis, die als zentrale Referenz dieser Arbeit dienten. Die Titel, welche sich sinngemäß mit *„Erziehung und Klassenmoral“* und *„soziale Nutzung des Körpers“* übersetzen lassen, resümieren die zentralen Ergebnisse dieser Auseinandersetzung.

Dass die soziale Herkunft einer Person persönlichkeitsprägend durch das Vermitteln eines Werte- und Normenkonsens des spezifischen Herkunftsmilieus auf das Individuum wirkt, ist ein zentrales Postulat des französischen Soziologen Luc Boltanski. Von Interesse ist diese Erkenntnis hinsichtlich der Auswirkungen der sozialen Vorprägung in Situationen des Aufeinandertreffens von Personen verschiedener sozialer Vorprägung, was das Bilden einer konsensualen Definition von Situationen erschweren kann. Die Interaktionssituation eines ärztlichen Gespräches stellt in vielen Fällen eine solche Situation der Zusammenkunft zwischen Personen verschiedener sozialer Herkunft dar. Während Ärzt*innen durch ihre Ausbildung oder bereits durch die vorangegangene Sozialisation einer privilegierten sozialen Schicht zuzuordnen sind, ist diese Klassenprägung nicht bei allen Patient*innen deckungsgleich gegeben. Die in vielen Fällen abweichende soziale Herkunft von Patient*innen, so zeigen die theoretischen sowie empirischen Auseinandersetzungen dieser Arbeit, erschwert das wechselseitige Aufbringen von Verständnis für die jeweils andere durch die Vorprägung erlangte Haltung zu Krankheit und Gesundheit sowie dem richtigen Umgang mit dem Körper.

Dass es eine sozial erlernte Weise des moralischen Umgangs mit Gesundheitsfragen gibt, beschreibt nicht nur Luc Boltanski in seinen Ausführungen, so ist dies auch anhand des ausgewerteten Datenmaterials ersichtlich. Der Vergleich, den die Begleitpersonen zwischen ihrer eigenen Einstellung zu körperbezogenen Annahmen und der Einstellung von den Frauen aus prekären Verhältnissen ziehen, zeigt deutlich, dass ihre eigene Einstellung stärker mit der der Ärzt*innen übereinstimmt. Im sozialen Raum lassen sich die akademisch geprägten Begleitpersonen sowie die ehemalige Krankenschwester durch ihre Gesundheitsausbildung den Ärzt*innen näher verorten. Das sozial erlernte Verständnis von Krankheit und Gesundheit

resultiert, so folgert Boltanski in seinem zwei Jahre später erschienenen Werk über die „soziale Nutzung des Körpers“, in eine klassenspezifische Weise des Umgangs mit dem eigenen Körper. Dass Körperpraktiken genau wie die Einstellung zu krankheitsvorbeugenden sowie therapeutischen Maßnahmen oder die Wahrnehmung körpereigener Signale demnach sozial erlernt sind und nicht losgelöst vom milieuspezifischen Hintergrund zu betrachten sind, ist den Ausführungen Boltanskis zu entnehmen. Die „somatische Kultur“ als in diesem Werk präzisierter Begriff, welcher die beschriebenen, erlernten körperbezogenen Praktiken fasst, fand als Analyseinstrument für das Erkennen der Distinktionen durch das milieuspezifische Gesundheitsverständnis von Ärzt*innen und Patient*innen seine Anwendung.

Klassenbedingte und kulturspezifische Distinktionstendenzen in der Einstellung körperbezogener und gesundheitsrelevanter Themen gegenüber lassen sich in Situationen der ärztlichen Gesprächsführung erkennen. Auswirkungen davon werden sichtbar, wenn es um die Möglichkeit des Herstellens einer verständnisbasierten Auseinandersetzung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen unterschiedlicher sozialer Situiertheit geht.

Diese Masterarbeit hat das Ziel, durch die Darstellung der klassenspezifischen Herangehensweise an Problemlagen in ärztlichen Gesprächssituationen, die häufig nicht überwundenen Verständnishürden zu identifizieren. Der Schwierigkeit gilt es, so wird klar, auf den Grund zu gehen, die unterschiedlichen Auffassungen von Gesundheit in der ärztlichen Interaktion aufarbeiten zu können, um eine Verständnisbasis generieren zu können.

Die „soziale Hürde“, die eine der befragten Begleitpersonen zwischen Ärzt*innen und Personen mit weniger privilegiertem sozialen Hintergrund identifiziert, kann nur überwunden werden, wenn eine Annäherung der Sichtweisen der beiden Parteien geschieht. Eine Interaktion im ärztlichen Kontext, die auf der Verständnisebene seitens der zu Behandelnden Anklang findet, ist laut dem Professor für Kommunikation ein Charakteristikum einer geglückten ärztlichen Gesprächsführung. Jenes Bestreben lässt sich nur durch eine auf die Bedürfnisse der Patient*innen eingehende Gesprächsführung, die niemals einem standardisierten Muster folgen sollte, implementieren.

Verbesserte Bedingungen für ein gegenseitiges Verständnis ungeachtet der sozialen Hintergründe der Patient*innen schaffen zu können, sollte, so lassen sich die befragten Proband*innen verstehen, ein wesentliches Bestreben der ärztlichen Gesprächsführung werden.

Diese Arbeit leistet ihren Beitrag darin, aufzuzeigen, dass der sozial bedingten unterschiedlichen Auffassung von Körperwahrnehmungen und Gesundheitsthematiken für die Steigerung des gegenseitigen Verständnisses zwischen Ärzt*innen und Patient*innen Rechnung getragen werden muss.

Literaturverzeichnis

- Béliard, Aude, und Jean-Sébastien Eideliman. „Mots pour maux Théories diagnostiques et problèmes de santé“. *Revue française de sociologie* 55, Nr. 3 (2014): 507–36.
- Bogusz, Tanja. „Was heißt Pragmatismus? Boltanski meets Dewey“. *Berliner Journal für Soziologie* 23, Nr. 3 (1. Dezember 2013): 311–28. <https://doi.org/10.1007/s11609-013-0226-3>.
- Boltanski, Luc. „Les usages sociaux du corps“. *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 26, Nr. 1 (1971): 205–33.
- „Prime éducation et morale de classe“. In *Prime éducation et morale de classe*. De Gruyter Mouton, 2018. <https://doi.org/10.1515/9783111413884>.
- „Gesundheits- und Medizinsoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung - Universität Innsbruck“. Zugegriffen 18. März 2024. https://bibsearch.uibk.ac.at/primo-explore/fulldisplay?docid=UIB_alma21171049320003333&context=L&vid=UIB&lang=de_DE&search_scope=Blended&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=default_tab&query=any,contains,Gesundheitssoziologie%20hurrelmann&offset=0&pcAvailability=false.
- Mayring, Philipp. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlagsgruppe, 2016.
- Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 13., Überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz, 2022.
- Merleau-Ponty Maurice. *Phénoménologie de la perception*. 3e édition. Bibliothèque des idées. Paris: Gallimard, 1945.
- Misoch, Sabina. „Qualitative Interviews“. In *Qualitative Interviews*. De Gruyter Oldenbourg, 2019. <https://doi.org/10.1515/9783110545982>.
- Pohlmann, Markus. *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. 1. Aufl. Stuttgart: utb GmbH, 2022. <https://doi.org/10.36198/9783838555300>.
- Siminoff, Laura A., Gregory C. Graham, und Nahida H. Gordon. „Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors“. *Patient Education and Counseling*, International Conference on Communication in Healthcare - Chicago 2005, 62, Nr. 3 (1. September 2006): 355–60. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.06.011>.
- Waitzkin, Howard. „Information Giving in Medical Care“. *Journal of Health and Social Behavior* 26, Nr. 2 (1985): 81–101. <https://doi.org/10.2307/2136599>.

Gescheitertes Verständnis

Ärzt*innen	
„Ausdeutschen“ durch das Pflegepersonal	„...was immer stattfindet, ist, dass Angehörige aus einem schwierigen Arztgespräch kommen und dann sehr wohl die Pflegepersonen dazu befragen. Und dann sagt die Pflegeperson natürlich auch noch, dazu sagen wir jetzt nichts. Deswegen nehmen wir die Pflegeperson mit, und die Pflegeperson hilft schon, das noch einmal zu interpretieren. Die Pflegeperson hört es ja, sagen wir mal jetzt mit professionellen Ohren, was wir sagen, dann weiß sie auch, was wir gesagt haben, zu Tod und Sterben, zur Prognose, zu Verlauf usw. Und die Pflegeperson kann die Dinge wiederholen, die wir gesagt haben, und versuchen, das noch einmal klarzumachen.“ (20:33) „Wir erfahren das ja, die Pflegekraft kann auch noch einmal das ausdeutschen, was wir gesagt haben. Und unsere Erfahrung ist, das Gespräch kann noch so gut gelaufen sein, und es wird vielleicht bei euch auch ähnlich sein, dass die Patienten oft nach einem ersten Gespräch das nicht reproduzieren können, was wir ihnen gesagt haben. Deswegen stehen die Pflegepersonen bei uns immer am Bett. Der Raum auf der Intensivstation ist nie ohne Pflegeperson. Das heißt, Angehörige, die da sitzen, die haben immer die Möglichkeit zu sagen, kann ich mal mit Ihnen reden.“ (21:30)
Gescheiterte Kommunikation (aus Mangel an Ressourcen)	„Wenn man sich auch nicht speziell damit beschäftigt, so wie ich jetzt über viele Jahre auch, dann ist es den meisten nicht bewusst, würde ich mal sagen.“ (1:25:40)

	„Oder auch, dass sich Ärzte überhaupt trauen zu kommunizieren. Mein Gott, was ich an Internisten gesehen habe, die vor dem Bett stehen, haben da ihren Laborzettel in der Hand und reden mit dem Patienten so. Wo man sich denkt, ja das wäre ja eigentlich, ist das ja das lern ich im Kindergarten, oder? Nein, es gibt Kollegen, die können das nicht, oder? Dass man den Patienten anschaut, dass man fragt, haben Sie das verstanden, was ich Ihnen gesagt habe.“ (1:27:10)
Es gibt einen Ist und einen Soll Zustand	„Also Gesprächsführung, Kommunikation im Krankenhaus-Setting heißt, nicht nur dort wahrscheinlich, heißt auch zuhören und auch Pausen aushalten und auch mal warten, bis die anderen reagieren. Das ist mal ganz ein wichtiger Punkt, weil da gibt es gute Daten, dass wir es üblicherweise nicht tun.“ (35:50)
<i>Begleitpersonen</i>	
Begleitpersonen als Sprachrohr der Ärzt*innen zu ihren Patient*innen	„Die Dynamik verschiebt sich aber auf jeden Fall eher in eine unangenehme Richtung. Und zwar, dass die Arzt, Ärztin nur noch mit mir spricht und die betroffene Frau eigentlich nur noch daneben sitzt.“ (3:43) „Also ich meine, da ist ja der Gesprächsfluss nicht so da und dann gibt es vielleicht eine unangenehme Stille oder die Frau fragt nach oder der Arzt muss sich auch in seiner eigenen Ausdrucksweise beschäftigen. Und dann ist es einfach simpler, die Information gleich an mich zu packen und dann die Verantwortung sozusagen an mich abzuschieben, dass ich das der Frau, dem Kind oder dem Jugendlichen, das ist eigentlich egal, weiterleite. Was ich total doof finde, weil das ist quasi eine Stillepostunterhaltung und irgendwas geht auf jeden Fall verloren in dem Dialog dann.“ (4:11) „Also ich selber verstehe mich auf keinen Fall als Sprachrohr zwischen Ärztin und Klientin, bin es aber leider

	meistens. Ich selber will eigentlich die Frauen begleiten, um ihnen Sicherheit zu geben, um da zu sein, wenn sie irgendwie Rückfragen haben oder wenn sie vielleicht Fragen nicht selber beantworten können und lieber wollen, dass ich die Frage beantworte.“ (2:17) „Also die fordern das oft vorab schon mal ein und wenn ich dann dabei bin, habe ich so das Gefühl, dass sie denken, ach es ist eine Begleitperson dabei, dann rede ich automatisch mit der, weil es wird ja einen Grund haben, warum eine Begleitperson dabei ist. Also ich merke, dass einfach automatisch mehr mit mir gesprochen wird.“ (3:09) „Also es wurde gar nicht probiert, es gibt ja einfach Mittel und Wege, mit Menschen zu kommunizieren, die nicht Deutsch als Erstsprache haben, aber es wird überhaupt nicht probiert, also es wird an mir erklärt und erwartet, dass ich das einer Frau irgendwie übermittele.“ (6:04)
Kein Raum für Nachfragen	„Ich finde das steht immer auf jedem Zettel, den man mitkriegt, bei Rückfragen gerne und melden. Ich finde aber verbal geäußert wird das eigentlich nie. Es wird dir eher signalisiert, gutes Gespräch, jetzt vorbei, passt, tschüss.“ (38:02) Eigene Erfahrung: „Dann hat er mich zurückgerufen. Dann hab ich mein Anliegen gesagt. Und dann meinte er, ja das ist normal, dass einem danach schlecht ist. Es ist aber nicht normal, dass die Patientin extra deswegen anrufen.“ (40:32) „Ich habe das Gefühl, die Frauen vermeiden es eher. Oder haben vielleicht schon so das Gefühl, dass kein Raum für Rückfragen ist.

	Oder stellen dann eher Rückfragen an mich. Also ich habe oft das Gefühl, das meinstest du glaube ich auch vorhin schon mal, dass die Frau mich danach irgendwas fragt, wo ich mir denke, das hättest du doch vorher fragen können. Und ich glaube aber, dass sie irgendwie schon das Gefühl haben, dass ihnen nicht der Raum dafür geboten wird.“ (17:20)
Faktor Zeit als mangelnde Ressource	„Ich glaube Überforderung vielleicht. Ich glaube schon auch einfach viel zu viele Termine an einem Tag und einfach keine Zeit. Also ich will ihnen nicht mal etwas Böses unterstellen, ich glaube wirklich, dass sie einfach so einen engen Zeitplan haben, die Termine so getaktet sind, dass man sich vielleicht gar nicht darauf einlassen kann.“ (9:11)
Seitens der Ärzt*innen mangelt es an Freundlichkeit in der Interaktion mit vulnerablen Patient*innen	„Und da habe ich einfach auch wahrgenommen, dass die Frauen eher genervt behandelt werden, wenn sie kein Deutsch sprechen, wenn man nicht mit ihnen einfach kommunizieren kann. „Also einfach.““ (13:20)
<i>Ehemalige Krankenschwester</i>	
Austausch häufig über den Umweg des medizinischen Personals	„Befragende: Und dann haben die Patienten eben öfter mal das Krankenhauspersonal, also dich in dem Fall, gefragt? Befragte: Ja, was da jetzt bei der Visite gesagt wurde. Das ist schon öfter gewesen, ja.“ (28:15)
Notwendigkeit des Nachfragens, da medizinische Begriffe häufig nicht verstanden werden	„Da habe ich dann auch nicht nachfragen wollen, weil mir das dann peinlich war, wenn er weiß, dass ich Kramschwester bin und ich es nicht mehr weiß.“ (8:57)
Ärzt*innen fragen nicht nach Rückfragen	„Ja, und es sind ja einige, die nicht nachfragen, weil sie eben Angst haben oft, weil die Ärzte dann oft so Fachausdrücken bringen. Und dann wollen sie nicht nachfragen.“ (7:05)

Früher war ärztliche Kommunikation an sich noch wenig etabliert	„Das war total anders. Da ist nicht viel geredet worden. Wirklich überhaupt nichts.“ (26:14)
<i>Professor für Kommunikation an der medizinischen Universität</i>	
An der Praxis scheitert das theoretisch erlernte	„Wir starten ja im zweiten Studienjahr mit unserem Praktika und bis ins vierte Studienjahr hinein. Also da sind wir gut vertreten. Aber im fünften und im sechsten, wo es immer weiter in die Klinik hineingeht, sind wir dann weniger gut vertreten und dort erlebe ich mein Gegenüber, also ich als Studierender erlebe dort einen Arzt als Rollenvorbild und sehe wie der tut und sehe wie der spricht mit Patienten oder sie widerspricht auch über Patienten. Und das ist natürlich auch etwas, was ich lerne. Implizit.“ (4:54) „Ich glaube das Bewusstsein ist dann nicht mehr da und es ist vielleicht auch die Überforderung im Alltag selber, oder auch nicht nur die Überforderung, es ist vielleicht auch das Gefühl, jetzt kann ich endlich was tun, jetzt kann ich endlich helfen, jetzt kann ich endlich was machen. Dass man sich dann auf die Basics nicht mehr besinnt. Ich glaube, dass es untergeht, dass es so überschwemmt wird von den Anforderungen, die da auf mich hereinbrechen.“ (6:25)
Mit fortschreitender Berufspraxis wird der Wechsel in Nicht-Fachsprache immer schwieriger	„Auch am letzten Arbeitstag wäre es mein Wunsch an den behandelnden Arzt, an die behandelnde Ärztin, dass er oder sie immer noch so bereit ist zuzuhören, den Patienten wie an seinem ersten Arbeitstag. Weil es ja für den Patienten immer noch das erste Mal ist, dass es ein Herzinfarkt wäre. Und er immer noch so abgeholt werden möchte, wie von jemandem, der es vielleicht noch nie gehört hat. Wenn Sie etwas erzählt bekommen, was Sie noch nie gehört haben, dann sind Sie interessiert, dann nicken Sie, dann fragen Sie nach, dann

	interessieren Sie sich dafür. Wenn Sie es schon hundertmal gehört haben, dann ist es wieder schwierig, aufmerksam zu bleiben, zuzuhören, nachzufragen. Und das ist das, was das Professionelle ausmacht.“ (41:04)
--	---

Somatische Kultur von Ärzt*innen und Patient*innen determiniert durch soziale Situiertheit

Ärztinnen	
„relationale Autonomie“	„Im Endeffekt ist der Mensch ein interdependentes Lebewesen, der in seiner Kontextualität mit den anderen Menschen in seinem sozialen Umfeld lebt. Und damit ist die Autonomie, die du hast, immer relational“ (1:05:48)
Ärztinnen denken Patient*innen auf Basis des ersten Eindruckes einschätzen zu können	„Manchmal täuscht der erste Eindruck, aber oft merkst du es schon beim Handgeben, da denkst du schon, du musst jetzt sehr gut kommunizieren. (1:11:29) „Und um diese Frage zu beantworten, es ist die Erfahrung des langjährig Aufklärenden zu spüren, wenn jemand zur Tür reinkommt und dir die Hand schüttelt und den ersten Satz sagt, dass du dieses Gefühl kriegst, das vielleicht manchmal täuschen kann, dass das schwierig sein könnte. Das ist die Erfahrung, wie der Mensch rüberkommt, wie er gekleidet ist, wie er auftritt, wie er sich gibt und wie er seine ersten Worte sagt, das sagt oft sehr viel.“ (1:12:18)
Begleitpersonen	
Verständnisprobleme aufgrund der Sprache der Ärzt*innen	„Und das ist was, was man ihr auf jeden Fall hätte simpel sagen können. Und dann saß ich aber daneben und dann meinte der Zahnarzt zu mir, ja, Frau so und so hat Löcher, braucht Karies, bitte vereinbaren Sie draußen einen Termin zur Füllung reinmachen.“ (6:23)
„soziale Hürde“ zwischen Ärzt*innen und Patient*innen	„Das ist natürlich auch eine soziale Hürde, die man sich dann erst mal trauen muss nach wie vor vom Arzt, dass er doch noch so eine Respektperson irgendwie ist. Und auf der

	anderen Seite will man ja vor allem im Auftrag, in Anführungsstrichen, von der Frau da sein.“ (6:58) „Und ich glaube schon, dass das Verständnis für soziale Ungleichheit und die damit einhergehenden Probleme, dass die komplett fehlen. Und was gerade fehlt, ist, glaube ich, dieses Verständnis, was gerade bei Ärztinnen, finde ich, wichtig wäre. Dass gerade die Personengruppe, die geflüchteten Frauen, dass die ja nicht nur auf einer Ebene nachgestellt diskriminiert sind, sondern auf vielen.“ (16:01) Im Vergleich: „Ich bin zum Beispiel bei der gleichen Hausärztin wie die Klientin, die diese Langzeitbehandlung bekommt, wo die Hausärztin einfach oft ungeduldig ist, uns spüren lässt, dass sie keine Zeit hat. Und wenn ich bei ihr bin, geht es zwar auch alles zack zack, aber ich spüre nicht diesen Druck, dieses Ja, wir haben jetzt aber keine Zeit dafür. Und da habe ich schon den Eindruck, ich kann auch noch mal eine Frage stellen. Das hat irgendwie Raum und Platz.“ (39:00) „Und vielleicht sind es auch für unterschiedliche Ärztinnen und auch für unterschiedliche Gründe vielleicht doch oft einfach diese Vorannahme, jetzt wird es kompliziert. Und vielleicht schon dieses, jetzt wird es kompliziert, der Termin wird irgendwie mühsam. So kommt es mir manchmal vor. Und vielleicht ist es, weil sie sehen, es ist irgendwie eine migrantische Person und sie denken, okay, da wird keine Sprache, also da wird irgendwie keine Kommunikation möglich sein.“ (44:01) „Ich würde sagen generell im Gesundheitssystem wieder eher strukturell betrachtet. Es sind sicher einzelne Ärztinnen, durch die sie Diskriminierung erfahren, aber sicher auch
--	---

	viele, die einfach nicht die Ressourcen haben, um auf unsere Klientinnen adäquat einzugehen. Und es ist einfach, es fehlt halt einfach vorne und hinten an der ärztlichen Versorgung.“ (45:45)
Andere Kulturen/ soziale Hintergründe bringen anderes Verständnis von Gesundheit hervor	„Ich würde sagen, dass mein Begriff von Gesundheit schon enger gefasst ist, als der von den Frauen zum Beispiel. Und ich viel schneller zu irgendeinem Vorsorgetermin renne, oder ich viel schneller mir denke, oh Gott, was habe ich jetzt? Das lasse ich mal lieber abchecken. Das ist aber natürlich auch, weil ich es so gelernt habe, wie meine Mutter. Und ich würde sagen, die Frauen, die wollen alle gesund sein. Also man darf ihnen nicht unterstellen, dass sie nicht gesund sein wollen und dass ihnen das nicht wichtig ist.“ (25:47) „Ich finde, Gesundheitsfragen kommen immer erst ins Spiel, wenn ich mir in meinen Augen oder mich manchmal auch dabei ertapp, mir zu denken, warum hast du nicht eher was gesagt. Es ist einfach so, dass das meiste, was ins Spiel kommt, durch eine gute Vorsorge verhindert werden könnte, aber einfach eher bemerkt werden könnte.“ (27:30) „In Somalia herrscht die Annahme, dicke Babys sind gesund.“ (30:15) „Dass das Baby zu dick ist, ist vollkommen an ihr abgeprallt, weil sie sich dachte, ich mache es doch richtig. Also manchmal, glaube ich, war für sie der Arzt dann auch einfach der Unwissende, was ja auch irgendwie manchmal dann richtig ist, wenn man es so sehen will, dass er ja wirklich keine Ahnung hat, warum sie ihr Kind so erzieht.“ (32:29)

	„Wir haben viele Frauen, die vielleicht kulturell bedingt nicht so eine Vorstellung wie wir von psychischer Gesundheit haben. Der psychosomatische Bereich ist oft etwas Neues. Frauen, die chronische Kopfschmerzen haben, dass das mit einer Depression zusammenhängen kann. Das bedarf oft viel Arbeit. Dass dafür Verständnis dann da ist. Ich glaube, die Vorstellung ist oft, mir tut etwas weh. Ich gehe zur Ärztin.“ (25:12) „Und eine ältere Klientin, die wir begleiten, erzählt schon auch immer, wie bei ihr in Syrien, wie sie da das und das und das behandeln würden und nicht mit Medikamenten, sondern damit.“ (33:34) „Also das Thema Fasten ist total präsent, halt rund um Ramadan. Und generell einige Frauen, die an Ramadan fasten, fasten auch das restliche Jahr über mal hier, mal da. Und das ist oft Thema, dass sie dann uns sagen, hey, das würde euch doch auch gut tun. Und die EuropäerInnen, die essen immer so viel. Eigentlich muss man gar nicht so viel essen. Eigentlich reicht es in der Früh zu essen. Da merke ich, dass wir oft... Das sind wir auch oft unterschiedlicher Meinung sind, weil eine bestimmte Frau hat oft wenig Energie den Tag über.“ (34:46)
Stigmatisierung der Patient*innen	Sie ist recht laut, sie war stark geschminkt, hat aber trotzdem einfach ein Kopftuch getragen, hatte so typische somalische Kleidung an. Ich kann mir schon vorstellen, dass sie auch das Attribut Dumm einfach schnell angehangen wird.“ (8:00)

	„Und dann das Annahmen darüber getroffen werden, wie sich die Frau ernährt oder nicht ernährt. Sagt man dann, ja, durch schlechte Ernährung, das ist klar und so. Und es wird quasi gar nicht die Frau mit einbezogen und gefragt, wie ernährt sie sich denn? Oder was ist denn so ihre Krankheitsgeschichte in der Familie? Ist das vielleicht erblich bedingt oder so? Also es werden einfach viele Vorannahmen getroffen. Das sind so einige Klischees in den Köpfen, kommt mir vor.“ (46:34)
Kein Verständnis für das Gesundheitsverständnis und Vulnerabilität der Patient*innen	„Wenn wir mit existenziellen Problemen zu tun haben, wie einer Mindestsicherung oder Obdachlosigkeit, Drogensucht, was auch immer, dann habe ich keine Zeit, meine Zähne einfach mal kontrollieren zu lassen, weil ich mir denke, jetzt ist der Check-up mal wieder dran oder der Zahnarztbesuch. Sondern dann gehe ich wirklich erst hin, wenn es nicht mehr geht. Also wenn ich vielleicht schon die Wurzelbehandlung brauche, weil ich sage, ich komme mit Zahnschmerzen überhaupt nicht mehr klar. Und ich finde, dass das Verständnis von den Ärzten dann fehlt, warum die Personen erst jetzt da sind. Dann heißt es immer, warum sind sie denn nicht eher gekommen? Dann hätte man doch was verhindern können. Oder ja, Vorsorge, wichtig. Und deswegen ist der Punkt, wo man einfach sagt, da fehlt ein Verständnis für Lebensrealitäten einfach ganz doll.“ (10:52)
Ausblenden des sozialen Hintergrunds der Patient*innen	Befragende: Gab es da auch mal positive Erfahrungen, wo du dachtest, okay, jetzt wurde da mal auf die Hintergründe von den Patientinnen eingegangen, um Dinge besser zu verstehen? Befragte: Nein. Befragende: Okay. Befragte: Nein, gar nicht.“ (32:48)

Ehemalige Krankenschwester	
Gesteigertes medizinisches Interesse durch ihren Hintergrund als Krankenschwester	„Von der Bekannten die war bei Internisten, die versteht nichts. Wenn du gar kein Vorwissen hast, wahrscheinlich, bin ich schon viel mehr interessiert dadurch, ist es automatisch, dass ich das dann weiß.“ (11:48)
Als Krankenschwester wird bei Ihr Fachwissen vorausgesetzt	„Der Arzt ist Gefäßchirurg und hat gewusst, dass ich Krankenschwester war. Jetzt ist natürlich, der redet ganz anders mit mir, aber ich weiß das ja nicht mehr, das ist schon zu lange her. Da war das dann irgendwie peinlich. Da habe ich dann auch nicht nachfragen wollen, weil mir das dann peinlich war, wenn er weiß, dass ich Kramschwester bin und ich es nicht mehr weiß.“ (8:43) „Er (der Arzt) war sehr gut, nur das war halt peinlich, dass er so ein paar Ausdrücke vorausgesetzt hat, dass ich die weiß.“ (10:43)
Fachwissen bei Bekannten mit anderem professionellem Hintergrund weniger vorhanden	„Von der Bekannten, die war bei Internisten, die versteht nichts. Wenn du gar kein Vorwissen hast, wahrscheinlich, bin ich schon viel mehr interessiert dadurch, ist es automatisch, dass ich das dann weiß. Aber dann sagen sie noch ein paar so Ausdrücke, die jemand, der nicht vom Fach ist und sich nie interessiert hat dafür, sich nicht auskennt.“ (11:50)
Kommunikationshürde bei der Symptombeschreibung	„Befragende: Und wie ist es, wenn du deine Symptome beschreibst? Hast du das Gefühl, das wird sehr schnell verstanden von den Ärzten? Befragte: Ja, das ist wahrscheinlich je nachdem, wie ich mich ausdrücke. Wenn sie sagen, ein Schmerz beschreiben von 1 bis 10, das kann man schon nicht. Oder ob man sticht, das kann man nicht. Das bin ich immer ... Aber da können die Ärzte nichts dafür. Das ist so ein Schema, glaube ich, einfach bei ihnen.“ (6:49)

<i>Professor für Kommunikation an der medizinischen Universität</i>	
Vorurteile über Hintergrund der Patient*innen erschwert das Eingehen auf die speziellen Bedürfnisse	„Also wir machen Übungen zur sozialen Wahrnehmung im Sinne von ersten Eindruck. Und der erste Eindruck ist ja etwas, was niemand abstellen kann. Wenn jemand eine Person das erste Mal sieht, geht es so und man hat ein Bild von der Person. Als sie mich das erste Mal gesehen hat oder als ich sie das erste Mal gesehen habe, geht es so. Ich habe ein Bild von ihnen, sie haben ein Bild von mir. Ob das Bild jetzt stimmt oder nicht stimmt, kann ich nicht beurteilen eigentlich wirklich. Es wird mich aber leiten können in irgendeiner, also die Gefahr ist, dass es mich leitet in eine Richtung. Und wir versuchen eigentlich unsere Medizinstudenten darauf aufmerksam zu machen, dass es diesen ersten Eindruck gibt. Dass dieser erste Eindruck am Idealsten einfach stehen gelassen werden sollte und wir unsere Patienten mehr oder weniger gleich behandeln sollten. Das heißt sich eben nicht leiten zu lassen von dem ersten Eindruck.“ (8:58) „Das ganz konkrete Beispiel, das mir eine Studentin selber mal gebracht hat, war, sie hat formuliert am AKH in Wien, das ist das größte Krankenhaus in Wien, und hat dort Visite mitgegangen. Sie hatte dort Visite für den Oberarzt, kommt rein ins Zimmer. Im Zimmer liegt ein Arzt, auch im Bett. Und er erklärt mit möglichst vielen Fremdwörtern, ohne Verben erklärt er, was er denn hätte, was denn gemacht worden ist und was jetzt passieren wird. Und dann gehen sie wieder. Und die Studentin hat nach und nach ins Zimmer gehen müssen, hat Blutabnehmen oder Blutdruck messen müssen,

	eines von den zwei Sachen, ich vergisst das immer. Und dann fragt der Arzt im Bett, es ist ihm total unangenehm, können Sie mir das noch einmal erklären, was denn da jetzt gerade besprochen worden ist. Und wir fragen dann die Studierenden, was ist denn da jetzt passiert? Was passiert ist, dass der Arzt das Vorurteil hatte, da liegt ein Arzt im Bett, der kann alles gleich wie ich, der weiß alles wie ich, der ist hochgebildet und so weiter, Experte, mit dem kann ich so reden.“ (13:56)
Annahmen über Gesundheit ist immer dem sozialen Kontext und dem zeitgeschichtlichen Zusammenhang geschuldet	„Diagnosen, also eine Beispieldiagnose, die ZD10, ZD9, ZD8, ich weiß nicht mehr wo genau, verschwunden waren, bei Homosexualität, oder das ist ja eine medizinische Diagnose. Es gibt immer noch in Österreich zugelassen die Konversionstherapien. Es ist etwas, was ja auch in einem kulturellen Kontext passiert, und Medizinstudierende, die berichten, dass sie in anderen Ländern, vor allem in anderen Ländern mit anderen Kulturen, das ist jetzt keine westliche Zivilisation, gemein von mir aus, asiatischer Kulturkreis, afrikanische oder südamerikanische Kulturkreise gedacht, kommen mit einem anderen Realitätsverständnis auch zurück. Also wir bewegen uns ja hier in einer Bubble, wenn man will. Das heißt, diese Fragen, die wir uns stellen über Gesundheit und gelingende Kommunikation, ist ja auch in einem kulturellen Kontext eingeordnet.“ (33:50)
Das Verwenden von Fachsprache in der somatischen Kultur der Ärzt*innen verankert	„Die Krux wieder ist, Ärzte sprechen mit Ärzten, oder Ärzte sprechen mit der Pflege, oder Ärzte sprechen mit anderen Gesundheitsprofessionisten, immer in der Fachsprache. Das heißt, da wird immer Fachsprache kommuniziert, und der Wechsel dann in eine Nicht-Fachsprache mit den Patienten wird immer schwieriger.“ (17:25)

Ärzt*innen als Sender, Patient*inne als Empfänger medizinischen Wissens

Ärztinnen	
Ärzt*innen „müllen Patient*innen zu“	„Und es gibt ganz gute Daten, die zeigen, dass Ärzte eher gegenüber zumüllen mit Informationen, ohne noch gegenzuchecken, was überhaupt davon noch ankommt.“ (34:50)
Das Gefühl der Ärzt*innen aufgrund ihrer Erfahrung Patient*innen einschätzen zu können	„Manchmal täuscht der erste Eindruck, aber oft merkst du es schon beim Handgeben, da denkst du schon, du musst jetzt sehr gut kommunizieren. (1:11:29) „Und um diese Frage zu beantworten, es ist die Erfahrung des langjährig Aufklärenden zu spüren, wenn jemand zur Tür reinkommt und dir die Hand schüttelt und den ersten Satz sagt, dass du dieses Gefühl kriegst, das vielleicht manchmal täuschen kann, dass das schwierig sein könnte. Das ist die Erfahrung, wie der Mensch rüberkommt, wie er gekleidet ist, wie er auftritt, wie er sich gibt und wie er seine ersten Worte sagt, das sagt oft sehr viel.“ (1:12:18)
Begleitpersonen	
Machtgradient zugunsten der Ärzt*innen	„Aber ich würde einfach sagen, dass man merkt, dass ÄrztInnen sich nicht an ihr gegenüber anpassen, was auf der einen Seite des Schreibtisches sitzt, sondern dass sie einfach ihren Shit abladen, meistens noch gestresst sind, ihre Diagnose hinknallen, ihre Empfehlung, und dann ist gut. Und ob dich jemand jetzt versteht oder warum, vielleicht auch jemand, die gesundheitliche Beschwerden hat, die diese Person hat, dass die aus gewissen Gründen auch da sind und vielleicht nicht behandelt werden können. Ich finde, das ist überhaupt nicht vorhanden.“ (9:19) „Die eine Person, die Patientin, ist vulnerabel. Der andere nicht. Das sind die Arzt, Ärztin. Das ist natürlich ein ungleiches Machtgefälle, weil die eine Person will was von der anderen. Das ist einfach mehr

	Empathie gefragt, finde ich. Ich war mit meinem einen Jugendlichen in der Psychiatrie. Mitten in der Nacht, weil der Amtsarzt der Polizei entschieden hat, der muss jetzt in die Psychiatrie. Da saß der Jugendliche da und hat geweint. Und dann meinte der Arzt in der Psychiatrie, ob wir uns jetzt mal zusammenreißen können.“ (43:21)
Passive Rolle der Patient*innen	Eigene Erfahrung: „Und dann sagt sie auch nicht, hey, das ist wahrscheinlich eh gutartig, aber ich habe nicht das Equipment wie der Radiologe, sondern dann kommt, ja, musst du zum Radiologen gehen, hier bitte schön die Überweisung, tschüss. Und dann sitzt sie schon wieder an ihrem Laptop und macht das Nächste. Das finde ich dann eher.“ (19:55) „Frauenärztin finde ich schon, zu einem gewissen Teil. Da wird schon das Grundverständnis über deinen eigenen Körper und über die Biologie deines Körpers vorausgesetzt. Da wird dir jetzt nicht groß erklärt, wo, wieso die Spirale da reinkommt und was die eigentlich macht, sondern da heißt es ja, wir können die Spirale einsetzen und fertig.“ (21:04) „Was ich wirklich nach wie vor finde, dass Zahlenärzte einfach die schwierigsten sind, weil es gleichzeitig die teuersten sind, die dann deswegen am längsten vermieden werden und gleichzeitig auch die sind, die am meisten mit ihrem Jargon ankommen von Karies und Füllung und Amalgam und diese silberne Füllung, wie auch immer sie heißt. Und das zu verstehen, als jemand, der nicht die deutsche Muttersprache hat, ist einfach eine größere Thematik als Bauchweh zu verstehen.“ (21:29) „Ich finde, wenn es die Kinder, also wenn die Frauen wegen ihren Kindern beim Arzt waren, hat die Frau sich

	automatisch viel mehr Platz im Gespräch eingenommen, als wenn es um sie geht.“ (23:06)
Patient*innen wird das Nachfragen verwehrt	„Also ich finde, dass oft der Arzt, Ärztin sagt, also sagt natürlich nie, stelle keine Rückfragen, das heißt Rücksprache bitte gerne und so weiter und so fort. Ich finde aber die Reaktion, wenn eine Rückfrage kommt, ist oft eher so, dass man sich denkt, oder dass man an der Stimmung des Raumes merkt, dass man denkt, ok, passt gut, wir wollen nicht stören.“ (13:30) „Weil das einfach dann eher eine unfreundlichere Antwort ist, oder eine kurze Antwort, oder sowas wie, ja, wie bereits erwähnt. Was mir dann nicht unbedingt den Raum gibt, das Gefühl zu haben, ich kann nachfragen, wenn wir auf die Frauen bezogen sind.“ (13:51)
„totale Wahrheit“ der Ärzt*innen	„Ne, weil diese Halbwahrheiten auch überhaupt nie angesprochen werden. Also weil, natürlich heißt es dann vielleicht, okay, Frau Pipipip, ihr Kind ist übergewichtig. Aber, und das ist eben der Punkt, wo dann, finde ich, zu selten verstanden wird, warum das so ist. Und zwar nicht, weil die nicht schlechte Mama ist oder keinen Bock hat, sondern weil sie einfach aus einem Kultur- und Familienkreis kommt, wo dicke Babys als gesund angesehen werden und wo es auch einfach als ein Zeichen ein bisschen von gutem gesellschaftlichem Stand zeugt, wenn du etwas mehr auf den Rippen hast.“ (30:36)
Vorannahmen und Klischees seitens der Ärzt*innen	„Also wieder in dem Beispiel von der Klientin, das ist eine syrische Klientin, die schon so weit Deutsch spricht, dass man so alltagssprachliche Dinge ganz gut kommunizieren kann. In dem Fall ist es in der Beziehung mit ihrer Hausärztin einfach mega schwierig und da hat die Klientin schon öfter versucht zu sagen, aber das kann doch nicht die Lösung sein, dieses eine Medikament, mir tut doch das und das und das weh? Und die Ärztin hat es halt immer sehr

	abgetan. Ja, bei diesen Leuten weiß man ja irgendwie immer gar nicht, wo man ansetzen soll, bei denen tut alles weh.“ (8:32) „Also eben dieses, was ich vorhin beschrieben habe, von einem Hausärztin die Aussage, man weiß ja bei den Leuten gar nicht, wo man ansetzen soll. Und ich vermute mal, dass sie mit den Leuten meinte, Menschen, die vielleicht bestimmte psychosomatische Symptome auch haben, wo man vielleicht den Schmerz jetzt nicht so eindeutig dem Knie oder dem Bauch zuordnen kann. Aber auch die verdienen es ja, dass man sich das im Gesamten anschaut. Und ja, ich glaube tatsächlich, dass es der Faktor Zeit ist, dass es die Ressourcen sind.“ (15:26)
Persönliche Note in der Kommunikation lediglich in der Behandlung der Kinder	„Wenn es ihre Kinder betrifft oder betraf, dann haben sie deutlich mehr gefragt, weil sie es wirklich auch verstehen wollten.“ (22:34)
<i>Ehemalige Krankenschwester</i>	
Patient*innen in einer passiven Rolle: Verständnishürde ist bei Patient*innen verortet	„Der Computer war so gestanden, dass die Studenten das gesehen haben, ich aber nicht. Und das hat mich dann nachher, da habe ich dann nicht mehr nachgefragt. Da bin ich aber selber schuld, weil ich nachfrage, wie sie dann mit den Studenten alles besprochen und so. Aber ich habe mich überhaupt nicht mehr ausgekannt. Und das hat mich persönlich geärgert, dass ich noch einmal gefragt habe. Aber da kann sie nichts dafür. Ich meine, sie hätte können mich fragen, ob ich noch Fragen hätte. Das war dann nicht mehr. Sie hat sich auf die Studenten konzentriert wahrscheinlich.“ (20:44)

	„Er hat es erklärt, aber ich habe es dann nicht mehr verstanden. Das war bei der Wirbelsäule mal irgendetwas. Da habe ich einfach vertraut, dass er sagt, was ich jetzt machen soll.“ (23:58) „Ja, und es sind ja einige, die nicht nachfragen, weil sie eben Angst haben oft, weil die Ärzte dann oft so Fachausdrücken zu so Fachausdrücken bringen und dann nicht nachfragen wollen.“ (37:05)
Vertrauen in das von den Ärzt*innen Gesagte vereinfacht die Interaktion	„Befragende: Das heißt, für dich ist es jetzt gerade mit der Ärztin, die das dann nicht so ausführlich erklärt, auch ... Befragte: Das passt, ja.“ (6:25) „Nur Vertrauen allein. Ja doch, beim Hausarzt war es schon auch so, dass man einfach vertraut hat. Doch. Gerade so mit der homöopathischen Sache, da muss man vertrauen. Man kann es nicht nachvollziehen. Doch, doch. Ist schon auch der Sinn.“ (22:24) „Ich meine es ist so, es wird mir plausibel erklärt, aber dann verstehe ich es doch nicht ganz. Also bei der Wirbelsäule war mal irgendetwas, wo ich dann einfach vertraut habe, der wird das schon machen.“ (23:12) „Also wenn es dann zu komplex ins Detail geht, dann vertraue ich dann einfach, weil dann verstehe ich es nicht mehr.“ (23:25)
<i>Professor für Kommunikation an der medizinischen Universität</i>	
Überschätzung der Ärzt*innen ihrer Fähigkeit gut kommunizieren zu können	„Das Gefühl zu haben, ich kann ja sprechen, ich spreche seitdem ich ein kleines Kind bin. Wieso muss ich denn das dann lernen auf ein professionelles Niveau zu hören? Ich kann reden.

und Patient*innen über den ersten Eindruck einschätzen zu können	Ich höre ja, was sie sagen. Also dieses Gefühl, ich kann das ja schon alles. Dass der größte Widerstand dafür sein kann, etwas versuchen zu können, zu erlernen.“ (2:59)
Perspektive auf Gesundheit von Ärzt*innen und Patient*innen gilt es zusammenzuführen	„Und ich mag die Begriffe Wahrheit und Halbwahrheit in dem Zusammenhang eigentlich nicht, sondern mir würde es darum gehen, diese Perspektiven, die Patientenperspektiven und die Ärzteperspektive zusammenzuführen. Ich würde sie nie als Wahrheit bezeichnen wollen.“ (30:43) „Das enthebt mich ja nicht der Expertenrolle, weil ich sozusagen dieses Fachwissen habe, aber es reduziert den Gap. Das heißt, ich versuche mir nicht höher, höher, höher zu schauen, sondern ich versuche runter, runter zu kommen.“ (37:27)
Die absolute Gültigkeit des medizinischen Rates zu postulieren verhindert das persönliche Eingehen auf die Patient*innen	„Das was Zuhören ist, was Zuhören schafft. Zuhören schafft Beziehung. Zuhören schafft Vertrauen. Und erst wenn ich jemandem vertraue, kann ich auch das annehmen, was mir mein Gegenüber sagt. Also wenn ich jetzt zu ihnen käme als Patient, als Ärztin, kenne ich sie ja nicht. Und grundsätzlich die Erwartungshaltung, sie sind Ärztin, sie werden schon was können, salopp formuliert. Sie werden mir helfen können. Aber wenn ich mich in der Sequenz, wo unsere Beziehung entsteht, nicht verstanden fühle, weil sie mir nicht zuhören oder weil ich den Eindruck habe, dass sie mir nicht zuhören, weil sie mich unterbrochen haben im Gespräch, dann nehmen sie als Ärztin mir die Möglichkeit Beziehung zu ihnen aufzubauen.“ (3:38) „Also das Problem ist eher, dass Ärzte sagen, das sind Fakten. Die sind so und haben die absolute Gültigkeit. Und mit dieser Absolutheit stößt man ja eher auf Widerstand als auf Verständnis. Wenn ich jemanden abhole, dort wo er

	ist, und dort auf seinen Bausteinen anbaue, dazubaue, aufbaue, kann ich ein gemeinsames Bild erzeugen.“ (32:31)
In anderen Kulturkreisen haben Ärzt*innen noch mehr Autorität	„Der kommt aus Ägypten. Dort ist ein ganz anderes Weltbild. Dort ist der Arzt tatsächlich eine Autorität.“ (35:17)
Machtungleichgewicht aufgrund der Hilfsbedürftigkeit der Patient*innen überwinden	„Aber einfach dadurch, dass ich jemanden habe, der Hilfe sucht, habe ich automatisch ein Ungleichgewicht drinnen.“ (37:40)
Autoritätsreduktion aufgrund eines sich wandelnden gesellschaftlichen Verständnisses erkennbar	„Also ich sehe dieses wohlwollende Bemühen, überall mehr auf Augenhöhe kommunizieren zu wollen.“ (37:07)

Wissen

Ärztinnen	
Ärzt*innen als Wissensinstanz	„Wir neigen dazu, den Patienten, die uns zustimmen zu dem, was wir wollen, nicht zu hinterfragen, ob sie entscheidungsfähig sind und wir neigen dazu, den Patienten, die uns widersprechen und sagen, alles, was sie sagen, möchte ich nicht, denen wird automatisch unterstellt, dass sie einen Psychiater brauchen, dass sie nicht entscheidungsfähig sind, dass sie nicht kapieren, wo die Konsequenzen liegen und so weiter.“ (47:53) „Gesprächspartner, die einfach eh schon alles wissen, nur noch die Welt erklären, mit denen ist es schwierig.“ (1:10:23)
Recht auf Nichtwissen und auf Unvernunft	„Es gibt genauso das Recht auf Nichtwissen. Das heißt, wenn ein Patient sagt, dass er etwas nicht wissen möchte und der sagt, Frau Doktor, das macht mir eigentlich, Sie machen

	Angst und ich möchte das jetzt alles gar nicht so genau wissen, was Sie mir da erzählen.“ (14:28)
Begleitpersonen	
Bedürfnis der Patient*innen nach Wissen ist vorhanden, wird jedoch durch Ärzt*innen nicht befriedigt	„Also gerade die Klientin im Speziellen fotografiert immer wieder Medikamente ab und ist dann auch so, hey, was ist das eigentlich, was ich da einnehme, für was nehme ich das, wobei hilft mir das, also muss ich das überhaupt weiternehmen? Also da ist einfach viel, da ist auch Unwissen da und da wird aber wenig unterstützt von ärztlicher Seite.“ (6:47) „Eine ältere Klientin, die wir begleiten, erzählt schon auch immer, wie bei ihr in Syrien, wie sie da das und das und das behandeln würden und nicht mit Medikamenten, sondern damit. Und da findet ein Austausch statt, aber erstaunlich wenig, wenn ich so drüber nachdenke.“ (33:34)
Ärzt*innen haben die totale Wissenshoheit	„Dass sie aber schon oft die Einschätzung eines Arztes oder einer Ärztin als die totale Wahrheit betrachten. Es ist dann so. Die Ärztin sagt das.“ (22:46)
Ehemalige Krankenschwester	
Ärzt*innen setzen häufig Fachwissen voraus	„Ich frage nach. Und ich frage so nach, bis ich es verstehe. Oft sagen sie dann irgendeinen medizinischen Ausdruck, den ich nicht verstehe. Aber ich will es immer wissen.“ (5:19) „Befragende: Ist es manchmal so, bei Arztbesuchen, dass die Ärztinnen ein medizinisches Vorwissen erwarten? Befragte: Ja, bei Fachärzten hauptsächlich. Bei Fachärzten ist es schon, ja.“ (8:18)
Vergangenheit als Krankenschwester hilft ihr wissbegierig nachzufragen	„Ich habe das schon immer wissen wollen.“ (22:19)

<i>Professor für Kommunikation an der medizinischen Universität</i>	
Die Patient*innen „abholen“ Vorwissen der Patient*innen muss erfragt werden, nicht erraten	„Das heißt, wenn man die ärztliche Gesprächsführung in Sequenzen aufbaut, nämlich im Sinn von Anamnese, Informationsvermittlung, Befundvermittlung, dann wäre es bei der Anamnese überall gleich, tatsächlich. Egal, wer mir gegenüber sitzt. Beim Informationsvermittlung, also ich erkläre eine Behandlungsmethode oder ich erkläre Gesundheitsrisiken, was auch immer, da ist in der Lehre das wichtige Ziel, auf das wir achten, auf Vorwissen beim Patienten aufzubauen. Und da ist es natürlich so, da kommt der soziale Unterschied sehr wohl rein. Weil jeder mit einem anderen Vorwissen daherkommt. Nur dieses Vorwissen, auf was wir hinaus wollen, darf ich nicht erraten, sondern das sollte ich erfragen. Das heißt, mir kann ein Patient gegenüber sitzen, der schon zehnmal eine Angiografie gemacht hat, eine Untersuchung am Herzen. Ich selber habe sie noch nie durchgeführt, aber ich muss sie darüber aufklären. Das heißt, mein Patient weiß eigentlich mehr als ich, weil er hat sie schon zehnmal erlebt.“ (11:49) Das heißt, das Erste bei der Informationsvermittlung oder beim Beraten aufklären zur Angiografie ist die Frage, was wissen Sie denn schon darüber? Und dann kann man sagen, ich habe das schon zehnmal gemacht, das funktioniert so und so, dann brauche ich als Arzt oder als Erklärer nur noch sagen, ja genau so ist es. Und das müssen Sie beachten und das müssen Sie beachten. Wenn jemand mir gegenüber sitzt und sagt, das habe ich noch nie gehört, was ist denn das, was macht man denn da? Dann muss ich etwas ganz anderes erklären.

	Aber es wäre meine Aufgabe als Professionist, das zu erfragen, mit welchem Vorwissen jemand daherkommt. Es ist nicht meine Aufgabe, es zu erraten. Gesprächsführungstraining macht mich nicht zum Zauberer, dass ich erraten kann, was man gegenüber denkt und meint und fühlt und was weiß ich.“ (12:57) „Und wir fragen dann die Studierenden auch, sie sind jetzt alle im selben Semester, sie lernen alle für die gleiche Prüfung. Haben sie jetzt selber in diesem Moment alle dasselbe Wissen? Und es ist kein Problem für irgendeinen Studierenden zu sagen, natürlich nicht, das ist uns völlig klar, das wissen wir, dass dem nicht so ist. Aber mit dem Erreichen des Abschlusses des Medizinstudiums scheint sich das zu wandeln und irgendwie entsteht der Eindruck, ich bin Arzt, er ist Arzt, wir wissen beide dasselbe und reden vom gleichen. Das heißt, natürlich sind hier Unterschiede auch da, aber das professionelle Gespräch wird anerkennen, dass ich es nicht erraten kann, was sie wissen und was ihr Stand ist, sondern dass ich es erfragen muss. Und dann kann ich mich auf die Unterschiede beziehen.“ (15:17) „Es ist ein bisschen ein Weltbild. Also wie nehme ich mein Gegenüber wahr? Gestehe ich es meinem Gegenüber zu, Wissen zu haben und die Fähigkeit, sich Wissen anzueignen? Oder glaube ich, mein Gegenüber kann das nicht? Das ist mir so ein Weltbild. Das ist eine Menschbildfrage. Und da steckt eine Spur Überheblichkeit drin. Für mich. Also für mich, oder? Wenn man sagt, das ist jetzt so, ob du es jetzt glaubst oder nicht, oder ob du jetzt denkst, das ist so. Ist so. Ich muss das nicht erklären. Wenn das erklärt haben wollen würde, wenn das
--	--

	nicht erklärt haben würde, stellt sich die Frage nicht, die erinnert. Dann ist eine Passung da. Wieder kommt es zurück, für mich, auf das zurücklaufe ich als Arzt, kann das nicht erraten, was ist die Passung. Ich muss sie fragen. Das heißt, ich sage ihnen jetzt, was sie haben, und danach muss ich eigentlich fragen, haben sie eine Frage dazu? Das wäre der professionelle Anteil.“ (24:00)
Unterschiedliche Konstruktion der Wirklichkeit der Ärzt*innen und der Patient*innen führt zu unterschiedlichem Wissen	„Auf einer meta-philosophischen Ebene drüber wird stehen, dass es die Wahrheit an und für sich gäbe. Wenn man sich die Medizin und die Medizingeschichte anschaut, dann erkennt man, dass medizinische Erkenntnisse zeitgeschichtlich einzuordnen sind. Und medizinische Handlungen zeitgeschichtlich passieren. Und nicht einer absoluten Wahrheit entsprechen, sondern einer situativen Wahrheit, wenn man es so will. Ein momentaner Kenntnisstand. Es gab medizinische Behandlungen, die man heute niemals so tun würde. Diagnosen, die gestellt wurden, die man niemals so stellen würde. Und die Annahme, dass das, was heute so erkannt ist, so darzustellen, dass es auch in 100 Jahren so wäre, das verneint die Demut vor der Geschichte zu lernen, dass es sich ändert. Das heißt, dieser Satz, den Sie mir gefragt haben, die Halbwahrheiten von den Patienten, dann sind das ja auch nur deren Sichtweisen in dem momentanen Kontext, in dem sie sich befinden.“ (29:26)
Medizinisches Wissen entsteht im kulturellen Kontext und nicht im luftleeren Raum	„Das heißt, diese Fragen, die wir uns stellen über Gesundheit und gelingende Kommunikation, ist ja auch in einem kulturellen Kontext eingeordnet.“ (34:50)

Lösungsversuche, um das Verständnis in das Zentrum der ärztlichen Kommunikation zu rücken

Ärztinnen	
Kommunikation an die Patient*innen anpassen statt auf Vorannahmen zu vertrauen	„sich fragend zu nähern und einfach zu spüren, was der Patient wissen will, was er verstehen kann“ (8:21) „Wo man sich gedacht hat, man kann ja eins und eins nicht zusammenzählen, und dann, wenn man in der Emotionalität bleibt und sich beschäftigt mit den Menschen und interessiert nachfragt, kriegt man oft Sachen zu hören, wo man sich denkt, wow, das habe ich jetzt ja gar nicht gedacht.“ (1:20:40) „Es ist genau das, was du vorher gesagt hast, den Patienten da abholen, wo er ist, als erstes, und dann auch nachfragen, wohin habe ich Sie denn jetzt begleitet, wo stehen Sie denn jetzt, was haben Sie denn verstanden, und was brauchen Sie noch für Informationen, dass Sie gut gehen können. Das sind Fragen, die sind so, oder das klingt so einfach, es tut nur kein Mensch, aber das kann man lernen, und da geht es noch gar nicht um Fehler verhindern.“ (1:26:24)
Vertrauen Herstellen	„Also dieses Vertrauen herzustellen ist wichtig.“ (12:37)
Kommunikation und Aufklärung als Teil der Therapie	„Und es ist bei uns derzeit so, dass Gesprächszeit kein LKF-pflichtiges Teil ist. Also Gesprächszeit ist nichts, was im Intensiv-LKF-Katalog gelistet ist. Das heißt, die Gesprächszeit wird bei uns nicht anerkannt als therapeutische Handlung.“ (26:14) Also Gespräche müssen, und ein Gespräch hat immer, wenn es gut geführt ist, eine heilende Wirkung. Sowohl bei den Angehörigen im Sinne der Vermeidung des posttraumatischen Stresssyndroms, das beschrieben ist für Angehörige auf Intensivstationen, die rausgehen wie die Zombies, wenn sie drei Monate bei uns jeden Tag da

	reingehen und man weiß, dass Family Meetings diesen Stressfaktor extrem verringern können, wenn gut kommuniziert wird, das ist ganz ein wichtiger Punkt. Es gibt diesen alten Ausspruch, der Arzt ist die beste Medizin.“ (27:13)
Gute Kommunikation muss erlernt werden	„Da muss man es üben. Ich glaube, man muss es üben. Man muss es verpflichtend üben.“ (1:27:44) „Gerade bei den älteren auch. Die Jungen lernen es vielleicht jetzt mehr im Studium.“ (1:32:45) „Weil sie haben keine guten Rolemodels.“ (1:33:06)
<i>Ehemalige Krankenschwester</i>	
Verbesserung in der Behandlungs- und Kommunikationsweise der Ärzt*innen	„Befragende: Also kann man sagen, dass damals quasi der Wissensdurst von den Patient*innen weniger durch die Ärzt*innen gestillt werden konnte, als heute? Befragte: Ja, weil sie es einfach nicht so erklärt haben. Das war früher absolut nicht so, dass da jemand nachgefragt hat. Nein. Auf der Hautklinik hatten wir eine furchtbare Station. Das kann man sich jetzt nicht vorstellen. Da war ein Saal mit, sagen wir mal, was waren da, zehn Leute drinnen, und auf Haut ist natürlich, wenn jemand sehen will, wie die Haut ist. Da haben sich alle nackt ausziehen müssen, sie waren nackt im Bett, nur mit Leintuch, und dann ist der Chef rausgekommen und hat die angeschaut. Furchtbar, das kann man sich nicht vorstellen. Das war für mich als Krankenschwester furchtbar sogar.“ (28:37) „Ja, da hat sich erst sehr viel verändert. Und der ist dann einfach durchgegangen, hat dann mit dem einzelnen geredet nicht persönlich, er hat nur die Haut gesehen, sozusagen.“ (29:36)

	„Dass mehr erklärt wird, und dass sich eigentlich jetzt mehr um den Patienten kümmern. auf ihn eingehen würden, das ist schon. Ich meine, mit den, die ich jetzt sehe, es sind so viele verschiedene Ärzte, aber doch, sie nehmen sich mehr Zeit. Außer ein paar kassen Ärzte. Aber das ist dann, wenn es so schnell gehen muss. Nein, es ist besser geworden.“ (35:31)
Patient*innen sind heute wissbegieriger als früher	„Ich glaube nicht, dass einfach die Zeit jetzt anders ist. Die Leute interessieren viel mehr für sich selber.“ (26:41)
Begleitpersonen	
Vergleich mit der eigenen Erfahrung mit ärztlichen Gesprächen	„Ich würde nicht sagen, dass man immer freundlich zu mir ist. Ich finde schon, dass man auch da den Stress merkt, der einfach in Arztpraxen herrscht. Ich würde aber schon sagen, dass ich ernst genommen und verstanden werde.“ (17:52)
Verbesserung der Bedingungen durch mehr Freundlichkeit der Ärzt*innen	„Gerne auch mal ein bisschen öfter lächeln. Ein bisschen höflicher vielleicht auch öfter so was sagen wie, gibt es noch Fragen? Also dass sie von sich aus selber sagen, haben sie noch Fragen? Oder ist das alles klar? Ist das einfach Vorgehen klar? Passt das alles für sie? Sowas. Weil ich finde natürlich im großen Rahmen bräuchte es mehr Zeit und mehr Ärztinnen und mehr Awareness vielleicht für gewisse Themen.“ (36:50)
Stärkeres Eingehen auf den kulturellen Hintergrund der Patient*innen	„Befragende: Und grundsätzlich, wenn wir jetzt nochmal von der anderen Seite schauen, von der ÄrztInnen-Seite, kommen da spezifisch Fragen, um die Kultur zu verstehen? Befragte: Ich würde sagen, wenig bis gar nicht. Zumindest ist es mir selten passiert. Befragende: Denkst du, das wäre wichtig, das zu tun? Befragte: Ich denke auf jeden Fall, dass es wichtig wäre.“ (36:18)
Statt an Einzelfällen zu arbeiten müsste auf struktureller Ebene im	„Also eben dieser, gleich noch mal das, dass es gar nicht in den meisten Fällen der Arzt oder die Ärztin ist, die das vielleicht, die vielleicht unsere Klientin nicht adäquat behandeln will, sondern einfach durch die strukturellen

Gesundheitssystem ein Wandel passieren	Gegebenheiten irgendwie auch nicht kann. Also es gibt sicher Ausnahmen und Diskriminierungserfahrungen, die nichts mit dem System zu tun haben, aber ich sehe vor allem das Gesundheitssystem als die größte Hürde, dem unsere Frauen ausgeliefert sind.“ (47:18)
<i>Professor für Kommunikation an der medizinischen Universität</i>	
Ärztliche Kommunikation hat den Anspruch verstehbar zu sein	„Vielleicht auf mehreren Ebenen. Auf der einen Ebene, dass die Patientin ihr Anliegen vorbringen hat können, verstanden worden ist, auf der einen Seite. Und auf der anderen Seite, die Ärztin der Arzt die Hilfe so formulieren hat können, dass sie annehmbar war oder verstehbar war für den Patienten. Annehmbar ist vielleicht noch etwas anderes, aber verstehbar war. Das wäre für mich eine gelungene Kommunikationssequenz.“ (0:21)
Zuhören schafft Vertrauen und baut Beziehung auf unabhängig des sozialen Hintergrundes	„Auf ärztlicher Seite zuhören können, tatsächlich zuhören können und seinen Input strukturiert vermitteln zu können. Also angepasst an die Lebenssituation der Patientin und strukturiert.“ (1:26) „Und ich glaube überall ist es gleich bedeutsam, dass man als Patient, als Patientin das Gefühl bekommt, gehört worden zu sein. Und dieses gehört worden zu sein ist völlig egal, ob mir gegenüber ein Universitätsprofessor sitzt oder jemand sitzt, der einem ein anderes Schicksal im Leben zuteilgekommen ist. Ich glaube tatsächlich dieses gehört werden wollen als Patient vom Professionisten, der da sitzt, ist bei allen wahrscheinlich gegeben. Und dieses zuhören, allen sozusagen gleich zuhören zu können, ist das, auf was ich mich da beziehe. Dass ich vielleicht Dinge einfacher erklären muss oder mich vielleicht

	auf Vorwissen beziehen darf, wenn ich anderes erkläre, das ist klar. Aber das wäre in einem nächsten Schritt.“ (10:55)
Antwort als Zeitmangel als Ausrede: gute ärztliche Kommunikation ist nicht unbedingt lange	„Also als Gründe des Scheiterns eingeführt werden häufig Zeitmangel. Aber ein gutes Gespräch muss nicht länger dauern. Das ist ganz wichtig. Also ein gutes Gespräch muss nicht lange dauern. Das kennen Sie von sich vielleicht selber auch. Man kann kurze Interaktionen mit Menschen haben, das fühlt sich gut an. Und es kann lange Interaktionssequenzen mit Menschen geben und wenn man geht trotzdem enttäuscht raus. Also die Länge ist kein Qualitätskriterium, wo man ein Gespräch gut anfängt. Aber es wird halt angegeben als Grundzeitmangel. Wobei ich das nicht gelten lassen wird, aus professioneller Sicht heraus.“ (2:08)
Gegenseitiges Verständnis ist essenziell für den Erfolg der Behandlung	„Wenn ich mit der Diagnose will, dass mein Patient etwas ändert, eine Untersuchung zustimmt, dass ich eine Medikation nehme, dass es einen Lebensstil umstellt. Das gelingt doch nur, wenn ich es verstehe. Und wenn ich es nicht, also meiner Meinung nach, wenn ich es jetzt nicht verstehe, dann muss der Patient einfach das jetzt so glauben. Der Glauben an etwas versetzt Berge.“ (21:33)
Möglichkeit Rückfragen stellen zu können ist essenziell	„Und jedenfalls nachher sollte ich immer fragen, ob sie eine Frage dazu haben. Und die Wahrscheinlichkeit natürlich ist, wenn ich vorher eine Beziehung aufgebaut habe, dass ich eine Frage bekomme, so die da ist, wenn ich die Frage stelle, haben sie eine Frage dazu.“ (27:06)
Tendenz eines wohlwollenden Bemühens der Studierenden bessere ärztliche Gespräche führen zu können	„Also ich sehe dieses wohlwollende Bemühen, überall mehr auf Augenhöhe kommunizieren zu wollen.“ (37:07)
Erhaltungslernen: Sensibilität schon lange	„Wo kann ich es bei mir verbessern, dass ich es so strukturieren kann, dass es ankommen kann? Diese

praktizierender Ärzt*innen dieser Thematik gegenüber gilt es herzustellen	Bereitschaft, wenn die nicht dableibt, verbirgt sich hinter dem Schlagwort lebenslanges Lernen, wobei lebenslanges Lernen nicht meint, immer etwas Neues zu lernen, sondern vielleicht einfach auch Erhaltungslernen, etwas nicht zu verlernen. Aber dieses Gefühl, wieso muss ich das noch einmal machen, oder wieso soll man das noch einmal anhören? Einmal, vielleicht ist da was dabei, aber ich muss mich erinnern, was ich vielleicht nicht so mache.“ (43:12)
Das medizinisch Fachliche steht zu sehr im Zentrum	„Befragende: Weil dann das medizinisch Inhaltliche dann doch mehr im Fokus steht? Befragter: Ja. Also das überlagert das Ganze.“ (48:06)