

Arzt-Patienten-Kommunikation

Arzt-Patienten- Kommunikation

Analysen zu interdisziplinären Problemen
des medizinischen Diskurses

Herausgeber

Petra Löning

Jochen Rehbein



Walter de Gruyter · Berlin · New York
1993

∞ Gedruckt auf säurefreiem Papier, das die US-ANSI-Norm über Haltbarkeit erfüllt.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Arzt-Patienten-Kommunikation : Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses / Hrsg. Petra Löning ; Jochen Rehbein. – Berlin ; New York : de Gruyter, 1993
ISBN 3-11-013895-6
NE: Löning, Petra [Hrsg.]

© Copyright 1993 by Walter de Gruyter & Co., 1000 Berlin 30.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Printed in Germany. –

Druck: Arthur Collignon GmbH, Berlin.

Buchbinderische Verarbeitung: Lüderitz & Bauer, Berlin.

Einbandentwurf: Christopher Schneider, Berlin.

Photo auf dem Einband: Ullstein – Franz E. Möller.

Vorwort

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, in ihrer gegenwärtigen Form von Medien und wissenschaftlichen Untersuchungen kritisiert, läuft Gefahr, ein historisches Faktum zu werden. Denn durch die fortschreitende Technisierung in der Medizin und den zunehmenden Zeitdruck der behandelnden Ärzte ist das Arzt-Patienten-Gespräch als zentraler Bestandteil ärztlichen Handelns weiter entwertet worden. Diese Entwicklung wird nicht zuletzt durch die Favorisierung bestimmter Praxisstrukturen – und damit auch ganz bestimmter Versorgungsstrukturen unter Vernachlässigung anderer medizinischer Bereiche – aufgrund der Konstruktion der derzeitigen Honorarverteilung für das ärztliche Gespräch verstärkt. Nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) und dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), der einen maximalen Punktwert von 300 (0,10 DM / Pkt.) für das ärztliche Gespräch vorsieht, ist eine Ausrichtung auf eine High-Tech-Apparatomedizin quasi vorgegeben, die sich auch in einer evidenten Vernachlässigung der Kommunikation mit dem Patienten in der medizinischen Ausbildung niederschlägt.

Häufig scheint für die medizinische Versorgung das entscheidende Kriterium zu gelten, *wie viele* Patienten betreut werden, aber nicht, *wie* auf sie *kommunikativ* eingegangen wird, so daß etwa verschwiegene Anlässe des Arztbesuchs, die oft die eigentlichen sind, kaum zur Sprache kommen. Solange die kommunikative Dimension in ihrer Bedeutung für Diagnose und Therapie nicht erkannt und ihr in der täglichen Praxis nicht das ihr zukommende Gewicht beigemessen wird, solange dürfte eine Gesundheitsreform bei den Klienten der medizinischen Versorgung keine Bewußtseinsänderung bewirken, solange dürften weiterhin statt einer angemessenen menschlich-interaktionalen Zuwendung kostenintensive Apparaturen und Pharmaka als einzige Dienstleistung erwartet, gewünscht und auch verordnet werden.

Gleichwohl weisen *praktizierende Ärzte* darauf hin, daß das Gespräch mit dem Patienten nicht einfacher, sondern komplexer und für den Verlauf der Behandlung auch relevanter geworden sei. Einerseits sind die diagnostischen und therapeutischen Verfahren vielfältiger geworden, so daß deren Erklärung für den Patienten, der gemeinhin medizinischer Laie ist, mehr Zeit erfordert; andererseits haben Patienten gerade mit schweren Erkrankungen heute tatsächlich bessere Überlebenschancen, so daß in solchen Fällen ein großer Bedarf an kommunikativer Unterstützung während einer langen Betreuungszeit neu oder zumindest vermehrt entstanden ist. In beiden Hinsichten sind die Anforderungen an die sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten des Arztes gegenüber früher gewachsen. In der medizinischen Aus-

bildung sollte daher der Professionalisierung sprachlich-kommunikativer Fähigkeiten künftig erheblich größere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Zu Vorarbeiten in dieser Richtung möchten wir mit diesem Band beitragen.

Und gleichwohl haben sich auch die Erwartungen der *Patienten* an das ärztliche Gespräch geändert: Sie kommen mit Informationen aus den Medien in die Sprechstunde, die sie mit ihrem betreuenden Arzt besprechen möchten. Eine kurze Diagnose mit anschließender Verschreibung eines Medikaments ist heute für das ärztliche Gespräch in der Regel nicht mehr ausreichend, denn der auch immer stärker an den Kosten beteiligte Patient möchte an dem ärztlichen Entscheidungs- und Handlungsprozeß teilhaben. Dies erfordert ein Eingehen auf Fragen, Sorgen und Ängste des Patienten, eine Ermunterung zum Gespräch und eine möglichst umfassende Kommunikation mit ihm.

Es ist die *psychische Dimension*, der in der Arzt-Patienten-Kommunikation ein größeres Gewicht zuerkannt wird. In der '*Therapeutischen Kommunikation*', die sich hauptsächlich mit seelischen Vorgängen beschäftigt, ist dies selbstverständlich immer gesehen worden. Aber auch in der '*Medizinischen Kommunikation*', der der vorliegende Band gewidmet ist, ist diese Komponente kaum zu unterschätzen; in deren Thematisierung finden denn auch die Beiträge dieses Bandes ihren gemeinsamen Bezugspunkt, darin liegt ihre Interdisziplinarität. Dabei sind Sprache und Diskurs als besondere Medien zu verstehen, in denen sich diese Dimension ausdrückt, sie steuern, beeinflussen und disponieren die psychischen Dimensionen Medizinischer Kommunikation.

Eine Bestandsaufnahme der neueren wissenschaftlichen Untersuchungen in verschiedenen Disziplinen zum Thema 'Arzt-Patienten-Kommunikation' zeigt, daß die Forschung gegenüber den Arbeiten der siebziger und achtziger Jahre, die vorrangig eine Verbesserung der kommunikativen Bedingungen im Krankenhaus und eine Veränderung der hierarchischen Strukturen in der Gesprächsführung zum Ziel hatten, zunehmend an der Untersuchung spezifischer Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation interessiert ist und mit präziseren Methoden an konkretem sprachlichen Material arbeitet. Dabei besteht ein wesentliches Forschungsinteresse darin, immer wieder auftretende Probleme kommunikativen Handelns in dieser Institution aufzuzeigen, um für Ärzte und vielleicht auch Patienten hilfreiche Ratschläge entwickeln zu können.

In diesem Sinn erwies sich in dem vorliegenden Band eine Anordnung der Beiträge nach einzelnen Thematiken als nicht sinnvoll – es gibt theoretische wie inhaltliche Überschneidungen –, so daß eine alphabetische Reihung vorgenommen wurde. Die Rolle von Sprache, Kommunikation und Diskurs

wird in den Arbeiten jedoch nicht nur mit unterschiedlichen Verfahrensweisen betrachtet, sondern in ihrer Relevanz überhaupt unterschiedlich gewichtet.

Der Beitrag von *Ottomar Bahrs & Joachim Szecsenyi* behandelt die Gesprächsführung zwischen Hausarzt und Patient aufgrund einer Falldiskussion in einem Videoseminar, in dem das aufgezeichnete Arzt-Patienten-Gespräch mit dem beteiligten Arzt diskutiert wurde. Die sozialwissenschaftliche Ausrichtung dieses Seminars unter Leitung von *Bahrs & Szecsenyi*, die sich am Ansatz der 'objektiven Hermeneutik' orientieren, soll in gemeinsamer Diskussion mit den beteiligten Ärzten helfen, typische Probleme zu identifizieren und Handlungsalternativen für den behandelnden Arzt zu entwerfen. Vorgestellt werden in diesem Beitrag einerseits die Ergebnisse der Gruppendiskussion zu einem Fallbeispiel, andererseits eine Feinanalyse der Interaktionseröffnung anhand des Transkripts der Arzt-Patienten-Interaktion.

Monika Begemann-Deppe beschreibt die Zeichnungen einer 19 1/2-jährigen Schizophrenie-Patientin, um aufzuzeigen, wie die Aussagekraft einzelner Elemente für die Analyse der Gesamtheit von Daten genutzt werden kann. Dabei stützt sie sich methodologisch ebenfalls auf die 'objektive Hermeneutik' *Ulrich Oevermanns*. Ihre Analyse macht deutlich, wie durch eine detaillierte Bildtexterschließung der spezifische Einfluß der Krankheit auf die Genese der Bilder herausgearbeitet werden kann, so daß sich daraus für den klinisch tätigen Psychiater Hinweise für die zugrundeliegende psychische Störung der Patientin ergeben.

Thomas Bliesener zeigt anhand der Transkription eines Rollenspiels aus der Aids-Beraterfortbildung, daß das ärztliche Gespräch als Muster für die Aidsberatung unzulänglich ist, da damit nur rationale Probleme bearbeitet werden können. Als psychologisch orientierter Gesprächsanalytiker weist er nach, daß demgegenüber das klientenzentrierte Gesprächsmuster, in dem der autonome Lösungsprozeß des Klienten für nichtrationale Probleme gefördert werde, eine Alternative für die Aidsberatung darstellt.

Der Beitrag von *Konrad Ehlich* macht deutlich, wie mithilfe der diskursanalytischen Betrachtung von sprachlichen Prozeduren Erkenntnisse über deren Funktionalität in der Arzt-Patienten-Kommunikation gewonnen werden können. Dabei stellen die einzelnen sprachlichen Prozeduren unterschiedliche Anforderungen an die sprachliche Handlungsfähigkeit des Arztes. *Ehlich* untersucht das *System der Schreie und des Stöhnens*, um die sprachlichen Interaktionsverhältnisse und die daran beteiligten mentalen und interaktionalen Instanzen aufzuzeigen.

Dieter Flader, Ursula Bartholomew und Ute Bublitz stellen die Ergebnisse einer Pilotstudie vor, in der die sprachliche Dimension des in der Psychosomatischen Medizin verwendeten psychodiagnostischen Role-Construct-Repertory-Grid-Verfahrens aus sprachwissenschaftlicher Sicht untersucht wurde. Dabei stützt sich *Flader* als an psychotherapeutischen Fragestellungen interessierter Sprachwissenschaftler einerseits auf die in der linguistischen Tradition entstandene Semantik von *J. Lyons* und die psychologische Forschung von *L. S. Wygotski*, andererseits auf die in der Diskursanalyse von *K. Ehlich & J. Rehbein* erarbeiteten Wissenstypen. Anhand von Beispielen, die aus 15 von Patienten ausgefüllten 'Repgrids' stammen, zeigen *Flader u. a.*, daß die Benennung von Eigenschaften anderer Personen nur partiell das Wissen der Patienten abbildet, da bei nicht vorhandener sprachlicher Organisation des Bildwissens Bezeichnungen verwendet werden, deren Bedeutung durch die Eigenbegrifflichkeit des Patienten verändert ist. Die Einzelanalyse eines 'Repgrids' zeigt darüber hinaus, daß der von den Sprachwissenschaftlern analytisch gewonnene Eindruck über die psychische Verfassung der Patientin mit dem von den Klinikern erhobenen Symptomen korreliert.

Jennifer Hartog stellt zwei Transkriptionen aus einem Corpus von 32 genetischen Beratungsgesprächen vor, um die unterschiedliche Struktur und Funktion bei von Beratern elizitierten und nicht-elizitierten Laienvorstellungen deutlich zu machen. In ihrer Analyse der *Versprachlichung* von Klientenvorstellungen im Beratungsgespräch kommt sie zu dem Ergebnis, daß das Laienwissen über genetische Erkrankungen in Gegenwart von Experten stärker als laienhaft markiert wird und daß es gegenüber dem Expertenwissen bruchstückhaft ist. Dieses bruchstückartige Laienwissen wiederum werde für Erklärungen von genetischen Krankheiten benutzt, um eine gewisse Allgemeingültigkeit anzustreben. Diesen Prozeß bezeichnet *Hartog* als 'Laientheoretisieren'.

Um die Klärung eines Krankheitsbildes, das sich in einem Arzt-Patienten-Gespräch u. a. auch durch kommunikative Auffälligkeiten manifestiere, geht es *Heiko Hausendorf, Jutta Nordmeyer & Uta Quasthoff*. Dabei handelt es sich um sogenannte Artefakt-Patienten, die durch Manipulation körperliche Symptome erzeugen, um als organisch krank zu gelten. Da sie nicht als psychisch krank diagnostiziert werden möchten, müssen sie ihre Selbstschädigung konsequent leugnen. Aus diesem Grund entwickeln Artefakt-Patienten eine spezifische Beziehung zu ihrem Arzt, die sich in der Interaktion manifestiere. Dies wird von *Hausendorf, Nordmeyer & Quasthoff* in einer konversationsanalytischen Vorgehensweise an ausgewählten Transkriptausschnitten nachgewiesen. Ihre Ergebnisse aus der sprachwissenschaftlichen Analyse – Artefakt-Patienten inszenieren sich u. a. in parado-

xen Rollen – korrelieren sie anschließend mit den psychoanalytischen Befunden.

Der Beitrag von *Heidrun Kaupen-Haas u. a.* bietet einen kritischen Überblick über die institutionellen Besonderheiten und Bedingungen der Stationsvisiten aus medizinsoziologischer Sicht. Nach einer kurzen Abhandlung über die entscheidenden Einflußfaktoren und die Reformversuche zur klinischen Visite stellt sie die Ergebnisse einer Untersuchung von Chefarzt-, Oberarzt- und Stationsarztvisiten vor, die innerhalb des Hamburger Reformversuchs in den 1980er Jahren stattfanden. Anhand von Ausschnitten aus einem Transkript dokumentiert sie anschließend den Verlauf einer solchen Chefarztvisite, um aufzuzeigen, daß die entscheidenden Orte medizinischen Handelns das Labor und die technischen Räume und nicht die Visite selbst sind. Psycho-sozialen Konzepten von Krankheit könne somit aber kaum Entfaltungsmöglichkeiten innerhalb der Medizin geboten werden.

Johanna Lalouschek zeigt anhand einer exemplarischen sprachwissenschaftlichen Analyse eines Transkripts, wie die Forderungen nach mehr psycho-sozialer Kompetenz von den MedizinstudentInnen bei Anamnesegesprächen nicht ohne weiteres sprachlich umgesetzt werden können. Das herkömmliche Anamnese-Gespräch versage bei der Erhebung einer umfassenden psycho-sozialen Anamnese, so daß *Lalouschek* als Alternative anschließend ein '2-Phasen-Modell' für die Gesprächsführung vorschlägt.

Petra Löning geht es in ihrem Beitrag um die Problematik des ärztlichen Zuhörens, das in Gesprächen mit schwerkranken Patienten als sinnvolle Form der psychischen Betreuung auch von ärztlicher Seite postuliert wird. Die sprachwissenschaftliche Analyse eines zentralen Ausschnitts aus einem Transkript, das aus einem Corpus von 38 Gesprächen mit Mamma-Carcinom-Patientinnen stammt, basiert vor allem auf der von *K. Ehlich & J. Rehbein* entwickelten Diskursanalyse. Dabei macht *Löning* deutlich, wie komplex einerseits der Vorgang des 'ärztlichen Zuhörens' bei psychischen Problemen der Patientin ist und wie schnell es andererseits zu Mißverstehen zwischen Arzt und Patientin kommen kann. Dies wirke sich anschließend negativ auf den weiteren Gesprächsverlauf aus. Als angemessene Realisierung der Forderung vom 'ärztlichen Zuhören' schlägt sie im weiteren die Form des 'aktiven Zuhörens' vor. Erst durch Nachfragen und nochmaliges Verbalisieren des vermeintlich Verstandenen seitens des Arztes sei ein möglichst präzises Erfassen der verbalisierten Wissens Elemente zwischen Arzt und Patient gewährleistet.

Der Beitrag von *Florian Menz* dient der kritischen Betrachtung der medizinischen Ausbildung im Krankenhaus. Am Beispiel der Lehranamnese, deren Muster er nach der diskursanalytischen Bearbeitung von 25 Anamnesen

herausgearbeitet hat, weist er nach, daß die Ausbildungsfunktion gegenüber der Beziehung zum Patienten eindeutig im Vordergrund steht. Die Kommunikation laufe in erster Linie zwischen Famulant und Arzt ab und nicht mit dem Patienten, sondern über ihn. Dadurch lerne der angehende Arzt bereits in der Ausbildung ein Sprachverhalten, das sich nicht am Patienten orientiere, sondern an formalen Kriterien. Darüber hinaus werde der Patient nicht über die Lehr-Lernsituation informiert, so daß er an der Kommunikation kaum teilnehmen kann.

Rainer Obliers, Dirk Thomas Waldschmidt, Hella Poll, Christian Albus & Karl Köhle führen eine Methode zur Untersuchung der Beziehungsaufnahme zwischen Arzt und Patient in ärztlichen Erstgesprächen vor. Ausgehend von der psychologischen Semantik *Hans Hörmanns* geht es ihnen sowohl um das registrierbare, interpersonelle als auch um das nicht direkt beobachtbare intra-psychische Geschehen. Da beides für den Gesprächsablauf relevant sei, wird von ihnen ein 'doppelperspektivisches Drehbuch' angelegt, das 'Außenwelt' und 'Innenwelt' der beiden Gesprächspartner dokumentiert. Mittels Videoaufnahmen und Transkriptionen von verbaler und nonverbaler Kommunikation wird die 'Außenwelt' wiedergegeben und mit den in einem komplexen Prozeß erhobenen Daten der 'Innenwelt' zeitlich korreliert. Für die Erhebung der 'Innenwelt' werden die Videoaufnahmen des ärztlichen Gesprächs Arzt und Patient vorgeführt, ihre Kommentare auf Tonband aufgenommen und anschließend mit dem psychologischen Verfahren der Heidelberger-Struktur-Lege-Technik (SLT) anhand der Transkription rekonstruiert. Diese umfassende Methode illustrieren *Obliers u. a.* abschließend an einem Fallbeispiel mit Transkriptausschnitten, um aufzuzeigen, wie damit zur Aufklärung der Arzt-Patienten-Interaktion und der in ihr enthaltenen Beziehungsgestaltung beigetragen werden kann.

Jochen Rehbein untersucht in seinem Beitrag die verschiedenen Funktionen und Strukturen ärztlichen Fragens aus diskursanalytischer Sicht. Anhand einzelner Transkriptausschnitte aus fachärztlichen Gesprächen arbeitet er das Muster von Arztfragen und seine Rolle bei der medizinischen Wissensgewinnung heraus. Eine Typologie von Patienten-Antworten sowie deren Gruppierung nach zwei unterschiedlichen Formen der Verbalisierung innerer Wahrnehmungen wird vorgeschlagen; die Konsequenzen, die der Arzt aus der Antwort des Patienten zieht, vollziehen sich entsprechend der Analyse im mental-professionellen Bereich und müssen dem Patienten im wesentlichen verborgen bleiben.

Wolfgang Sohn stellt das Hausbesuchsprogramm vor, das in der Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf für Medizinstudenten durchgeführt wird, um in der Ausbildung bereits patientengerechteres

Sprechen vermitteln zu können. Er geht dabei vor allem auf die Kommunikationsprobleme der Studenten ein, die ohne Vorgaben den Ablauf des Gesprächs strukturieren und eine Vielfalt unterschiedlicher Wahrnehmungen zur Person des Patienten verarbeiten müssen.

Der Beitrag von *Paul ten Have* ist dem Fragen von Ärzten gewidmet. An der amerikanischen Konversationsanalyse orientiert untersucht *Ten Have* an vier Transkriptausschnitten aus dem Englischen und Niederländischen die sprachliche Sequenzierung ärztlichen Fragens. Dabei geht er von sogenannten 'Befragungssequenzen' aus, deren Kern aus der eigentlichen Frage-Antwort-Sequenz bestehe. Diese werde durch 'Präsequenzen' vorbereitet und finde häufig ihren Ausklang in 'Post-Antwort-Sequenzen'. In seiner Analyse kommt er zu dem Ergebnis, daß ärztliche Fragen verschiedene Hinweise zur Ausweitbarkeit der Antwort enthalten, die von den Patienten auch genutzt werden. Somit sei die These der Restringiertheit ärztlichen Fragens kritisch zu sehen.

Rüdiger Weingarten wendet sich einem besonderen Teilgebiet der medizinischen Kommunikation zu, die durch die zunehmende Relevanz von Computern innerhalb der medizinischen Versorgung bedingt ist. Die Entwicklung von Expertensystemen unterliege bestimmten kommunikativen Prozessen, die *Weingarten* am Beispiel eines Operationssaalmanagements deutlich macht. Ein wesentlicher Bestandteil bei der Entwicklung stelle die Phase der Wissensakquisition dar, in der das intuitive Wissen sowie die praktischen Fähigkeiten der Ärzte vom Wissensingenieur elizitiert und anschließend in eine verbale sowie algorithmische Form gebracht werde. Die Struktur dieser Wissensakquisition untersucht *Weingarten* unter diskursanalytischen Gesichtspunkten anhand eines Transkriptausschnitts, um aufzuzeigen, wie die Probleme der Übersetzung verschiedener Wissensarten in eine für das Expertensystem verarbeitbare Form von den Teilnehmern kommunikativ bewältigt werden.

Helga Wimmer untersucht aus der Perspektive der Medizinsoziologin und Psychotherapeutin die Auswirkungen der Information und Beratung bei Lungenkrebspatienten auf deren Krankheitsbearbeitung. Anhand eines Modells zur Krankheitsbearbeitung bei Krebspatienten, das sich an *Kübler-Ross* und *Selye* anlehnt, entwickelt sie die These, daß frühzeitige und umfassende Information sowie die Berücksichtigung des Selbstbilds der Patienten wesentliche Voraussetzungen für eine Unterstützung der Patienten bei der Bewältigung ihrer Krankheit sind. Diese These erläutert *Wimmer* anschließend an drei Fallgeschichten mit Transkriptausschnitten, in denen sie das jeweilige kommunikative Handeln des Arztes herausarbeitet.

Der vorliegende Band wendet sich vorrangig an Ärzte und andere in der medizinischen Versorgung tätige Personen, die tagtäglich mit dem leidenden Menschen konfrontiert sind und im Gespräch mit ihm vielfältige Aufgaben zu lösen haben.

Da Lösungsstrategien und mögliche Veränderungen erst nach Bewußtwerden des tatsächlichen kommunikativen Handelns entwickelt werden können, bieten präzise Analysen von realer medizinischer Kommunikation dafür eine wesentliche Grundlage. Den unmittelbar Handelnden wird in der Situation selbst die Funktion und Struktur der Kommunikation nicht immer deutlich, so daß erst eine umfassende Analyse an authentischem Material die notwendige Transparenz leisten kann. Dies zeigen die zahlreichen Beiträge dieses Bandes, die verschiedene Aspekte und Bereiche der medizinischen Kommunikation behandeln und aufgrund ihrer Materialbezogenheit die kommunikativen Probleme deutlich werden lassen.

Um einen Einblick in die neuesten Forschungsarbeiten zu geben, wendet sich der Band des weiteren an verschiedene Disziplinen, z. B. Allgemeinmedizin, Medizinpsychologie, Medizinsoziologie, Sprachwissenschaft, psychosomatische Medizin, mit anderen Worten an jene, in denen die Arzt-Patienten-Kommunikation wissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand ist.

Insgesamt hoffen wir, mit diesem Band einen Beitrag zum Verständnis sprachlich basierter Verfahren in der medizinischen Versorgung, zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie vielleicht zu deren Neubewertung leisten zu können.

Ganz besonders herzlich möchten wir an dieser Stelle *Claus Knapheide* danken, der in verantwortungsvoller Arbeit das ansprechende Layout sowie die Druckvorlage des Manuskripts erstellt hat.

Hamburg, im Februar 1993

Petra Löning Jochen Rehbein

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
<i>Ottomar Bahrs & Joachim Szecsenyi</i>	
Patientensignale – Arztreaktionen. Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinarztpraxen	1
<i>Monika Begemann-Deppe</i>	
Bilddarstellungen als Dialogbrücken in der Arzt-Patient- Beziehung	27
<i>Thomas Bliesener</i>	
Beratung als ärztliche Aufgabe – Irrwege und Auswege. Mit einem Beispiel aus der ärztlichen Aidsberatung	45
<i>Konrad Ehlich</i>	
Sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patienten-Kommunikation	67
<i>Dieter Flader, Ursula Bartholomew & Ute Bublitz</i>	
Patienten-Idiolekte – Eine Untersuchung sprachlicher Daten, die mit dem Role-Repertory-Grid gewonnen werden	91
<i>Jennifer Hartog</i>	
Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch	115
<i>Heiko Hausendorf, Jutta Nordmeyer & Uta M. Quasthoff</i>	
Zur Beziehungsstruktur zwischen Artefaktpatient und Arzt. Ein diskursanalytischer Beitrag	135
<i>Heidrun Kaupen-Haas in Zusammenarbeit mit Maria Mischo- Kelling & Gabriele Reiter</i>	
Arzt-Patient-Kommunikation 'Revisited'. Am Beispiel internisti- scher Stationsvisiten	149
<i>Johanna Lalouschek</i>	
"Irgendwie hat man ja doch bißl Angst." Zur Bewältigung von Emotion im psychosozialen ärztlichen Gespräch	177

Petra Löning

Psychische Betreuung als kommunikatives Problem: Elizitierte
Schilderung des Befindens und 'ärztliches Zuhören' in der
onkologischen Facharztpraxis 191

Transkript eines Gesprächs mit einer Mamma-Carcinom-Patientin 229

Florian Menz

Medizinische Ausbildung im Krankenhaus am Beispiel der
Lehranamnese: Die institutionalisierte Verhinderung von
Kommunikation 251

*Rainer Obliers, Dirk Thomas Waldschmidt, Hella Poll, Christian
Albus & Karl Köhle*

"Schau' mich gefälligst an dabei!" Arzt-Patient-Kommunikation:
Doppelperspektivische Betrachtung und subjektive Meta-
Invarianten 265

Jochen Rehbein

Ärztliches Fragen 311

Wolfgang Sohn

Das Hausbesuchsprogramm – Kommunikation mit allen Sinnen in
der Umgebung des Patienten 365

Paul ten Have

Fragen von Ärzten. Erste Bemerkungen 373

Rüdiger Weingarten

Medizinische Expertensysteme im Dialog. Wissensakquisition als
Kommunikationsprozeß 385

Helga Wimmer

Information und Beratung von Krebspatienten. Voraussetzungen
und Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten im Gespräch
mit dem Arzt 403

Namensregister 419

Die Autoren 425

Patientensignale – Arztreaktionen

Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinarztpraxen

Ottomar Bahrs & Joachim Szecsenyi

Zusammenfassung

In einer Zusammenarbeit von Sozialwissenschaftlern und Allgemeinärzten wird in Göttingen die Kommunikation zwischen Patient und Hausarzt untersucht. Videoaufzeichnungen aus der laufenden Praxis bilden die Grundlage für die regelmäßigen Gruppendiskussionen. Im Videoseminar haben die Ärzte als Experten in eigener Sache teil am Auswertungsprozeß, der sich methodisch an der strukturalen Hermeneutik orientiert. Gleichzeitig dienen die Diskussionen der Fortbildung. Der Qualitätszirkel hat sich inzwischen als eigenständiges kontinuierliches Forschungs- und Fortbildungsseminar etabliert. Das Protokoll einer Fallbesprechung zeigt exemplarisch, wie sich das Modell der Weggenossenschaft in der Dauerversorgung chronisch Kranker bewährt und wie sich in Kooperation von wissenschaftlicher und praktizierter Allgemeinmedizin Prinzipien hausärztlichen Handelns rekonstruieren lassen.

1. Forschung und Fortbildung: das Videoseminar in der Allgemeinmedizin

Aus einer Studie über die Strukturierung der Arzt-Patienten-Beziehung im Erstkontakt hat sich das *Videoseminar* entwickelt, ein Qualitätszirkel, der als Fortbildungs- und Forschungsinstrument in der Allgemeinmedizin zugleich fungiert. Seit Januar 1989 diskutieren wir mit einer Gruppe von Hausärzten regelmäßig über auf Video aufgezeichnete Arzt-Patienten-Gespräche. Die Seminarteilnehmer stellen abwechselnd authentische Videoprotokolle von eigenen Arzt-Patienten-Gesprächen in der allgemeinärztlichen Sprechstunde zur Diskussion. Das zur Behandlung stehende Problem und die Art, in der Arzt und Patient dieses angehen, wird fallbezogen herausgearbeitet, Handlungsalternativen entworfen und in Bezug zur eigenen Behandlungserfahrung gesetzt. Unsere Fragen lauten also: bei welchem Problem erhofft sich der Patient Hilfe? Welches Problem will der Arzt lösen? Welches ist das gemeinsame Behandlungsproblem, auf das sich Arzt und Patient faktisch einigen?

Die Gruppendiskussion von prinzipiell Gleichrangigen soll gegenseitige Supervision (besser: 'Intervision') ermöglichen. Die Analysen lassen darüber hinaus typische Behandlungssituationen und deren typische Probleme verallgemeinernd identifizieren und werden damit auch als Forschungsinstrument wirksam. Die Gruppendiskussionen werden ihrerseits protokolliert

und zum Zwecke der Evaluation der Gruppenarbeit ausgewertet. Die Diskussion verläuft verabredungsgemäß in 2 Phasen: zunächst wird das aufgezeichnete Gespräch wie eine Einbringung in einer Balint-Gruppe behandelt, Wahrnehmungen und Phantasien der Teilnehmer stehen im Vordergrund und verdichten sich zu einer Gesamtbeurteilung des aufgezeichneten Gesprächs. In der zweiten Phase geht es auf der Basis des Wortprotokolls (Transkript) um die Feinanalyse der Interaktionseröffnung.

Wir haben unser Projektdesign an anderer Stelle ausführlich vorgestellt (Bahrs & Köhle 1989 a,b; Bahrs & Köhle 1990; Bahrs & Köhle & Wüstenfeld 1990) und auch über Konzeption und erste Erfahrungen mit dem Videoseminar berichtet (Adam & Bahrs & Gerke & Szecsenyi 1991). Hier geht es uns darum, exemplarisch zu zeigen, wie die Kooperation von Hausärzten und Wissenschaftlern praktisch aussieht. Das nachfolgende Protokoll gibt in gedrängter Form eine Falldiskussion wieder, die mit Wissen der Beteiligten auf Tonband mitgeschnitten worden war.

2. Fallbesprechung: Protokoll des Videoseminars am 9.6.1990, 9.30-13.30

Teilnehmer: Herr Abraham, Herr Bahrs, Herr in der Beek, Frau Blumenfeld, Frau Buttler, Herr Domsch, Frau Gercken, Frau Wedekind, Herr Kellner, Frau Kirchner, Herr Moses, Herr Szecsenyi.¹

Zur Diskussion stand die Aufzeichnung eines etwa 12-minütigen Gesprächs zwischen Dr. Moses und einer 61jährigen Patientin mit Diabetes mellitus. Dr. Moses führt gemeinsam mit einem bei ihm angestellten Arzt eine mittelgroße Praxis in einer im Einzugsbereich der Universitätsstadt gelegenen Kleinstadt. Er ist Allgemeinarzt mit einem "Faible für Psychosomatik". Die Patientin wird seit gut 10 Jahren von Dr. Moses betreut.

Da Dr. Moses an einer an der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen durchgeführten Studie zur Qualitätssicherung der Diabetes-Behandlung mitarbeitet und wir uns von einer Falldiskussion Einblick in die Aussagekraft der gemeinsam erhobenen Daten sowie Aufschluß über Interpretationsmöglichkeiten erhofften, hatten wir ihn gezielt gebeten, auch Gespräche mit Patienten mit einem Diabetes per Video aufzuzeichnen. Drei der insgesamt acht im März und April 1990 aufgezeichneten Gespräche hatten die Diabetes-Behandlung zum Thema, in fünf Fällen handelt es sich um

¹ Die Namen der ärztlich tätigen ständigen Seminarteilnehmer wurden anonymisiert.

Erstkontakte. Die Gesprächsaufzeichnung erfolgte im Rahmen der regulären Sprechstunde, bei Gesprächsbeginn hatten die Patienten in die Dokumentation eingewilligt.²

3. Gespräch zwischen Dr. Moses und Frau Bebel im März 1990 (Transkript der Videoaufzeichnung)³

A1: Is' doch ziemlich kalt draußen, ne?

P1: Ja.

A2: Ja. So, in diesem Jahr waren Sie ja noch gar nicht hier, Frau Bebel.

P2: Nee. Vor Weihnachten war ich hier. (lacht)

A3: (undeutlich) ne' Weile nicht gesehen haben, tatsächlich.

P3: Ja, ich sage doch, vor Weihnachten. Ich hatte Medikamente alles, und jetzt im Moment, da bin ich so im Streß, also da weiß ich, daß ich bestimmt hohen Zucker hab'. Ich hab' zwei Kranke noch zu betreuen, im Krankenhaus (undeutlich), nech, und also Zucker hab' ich bestimmt wieder bißchen höher. Und jetzt im Moment ähm' schläf' äh schlafen abends die Arme sogar von hier oben bis unten in die Beine ein.

A4: Mhm.

P4: Und denn krieg' ich so'n, und denn will ich aufstehen mit'm Krampf und komm' überhaupt nich' hoch.

A5: Wie kommen Sie darauf, daß es Ihr Zucker wäre, woraus schließen Sie das?

P5: Ja, weil ich mich eben immer wieder aufrege. Ja, ich reg' mich über das Schimpfen meiner Schwester auf (undeutlich), weil ich mich über andere Leute aufrege.

A6: Ja.

P6: Nech.

A7: Und dann essen se' 'n Happen, damit dann die Aufregung weggeht.

P7: Ja. Und jetzt durch den, daß ich nicht mehr spritzen brauch, da hab' ich sowieso schon immer bißchen mehr Hunger, aber ich *lebe* danach, nech. Nicht daß ich fett esse oder irgendwas. Ne, zwischendurch mal nen' Zwieback mehr oder mal nen' Joghurt.

A8: Den schieben Se' dann schon mal dazwischen.

P8: Ne, schieb' ich schon mal zwischen. Aber das ist irgend, das ist nur die innere Aufregung anderer Leute, ne.

A9: Ja.

P9: Gestern hat meine Schwester auch wieder geschimpft. Da sagt se' (undeutlich). (undeutlich) die ist gestern ins Krankenhaus gekommen, das haben se' mir jetzt, hat se' am Montag (undeutlich). Haben se' mir nen' Vogel runtergebracht, ne.

A10: mhm.

P10: Nech. Also.

A11: Wie geht das denn dann? Nech also, Sie haben ja gelernt im Krankenhaus, so wie ihre

P11: Mahlzeiten

A12: Kost sein soll

P12: das hab' ich zu Hause mal, zu Hause hab' ich das auch mal (undeutlich)

A13: Wiegen Sie das noch ab?

P13: Wa?

² Dr. Moses hatte die Patienten jeweils persönlich gefragt und nur in einem Fall – bei einem jungen Mann – eine Absage erhalten.

³ Beide Namen sind anonymisiert.

A14: (spricht ganz deutlich) Wiegen Sie noch ab?

P14: Nee, abwiegen, ich weiß ja gar nich' (undeutlich) im Krankenhaus gekriegt hab', nech, und das das (undeutlich) jetzt dadurch, daß ich immer nen' Zwieback noch 'n bißchen dazu esse.

A15: Ja, ja, ja.

P15: Aber auch nich' fetter oder oder, ja, was ich nicht essen darf. Also, das, das, ich lebe da schon nach, ne.

A16: Mhm.

P16: Nur, und ich meine auch, weil ich vielleicht mit'm Spritzen aufgehört hab', daß ich davon eben mehr, mehr Hunger habe, nech.

A17: Und Sie haben jetzt mehr Hunger?

P17: Ja, und ich nehm' ja auch morgens jetzt nur eine Tablette und abends eine halbe Zuckertablette.

A18: Mhm. Den Zucker geprüft haben Se' aber gar nich' mal selbst?

P18: Nee, (undeutlich) nee, nee.

A19: So'n Streifen oder so'n Urintest gemacht haben oder so?

P19: Nee, das hab' ich nich' gemacht.

A20: Nee?

P20: Nee.

A21: Sie *haben* doch aber sowas.

P21: Nee, hab' ich nich'.

A22: Nee. Haben Sie das nicht mitgekriegt?

P22: Nee, das hab' ich nicht mitgekriegt.

A23: Hmh.

P23: Und jetzt auch hier die Beine, das ist alles (undeutlich). Ich hab' im Moment auch wieder ganz schlecht (undeutlich). Und hier tut mir alles rauf weh. Und hier die ganze Ecke, die, abends, als wenn das prickelt und.

A24: Mhm, ja.

P24: Und die Krampfadern, die machen ja wieder anständig zu schaffen.

A25: Und Sie sagten vorhin, Sie haben Schmerzen. Sind das richtig Wadenkrämpfe? (undeutlich)

P25: Ja, also ich hatte jetzt Gummistrümpfe an (undeutlich). Hier, das fängt von hier an, und denn zieht das runter. Da kann ich nich' auf'n Fuß treten, und in der Nacht, jetzt schon'n paar mal in der Nacht, also.
(längeres Schweigen. Arzt untersucht das Bein.)

A26: Mhm. Und das nachts auf'n Fuß treten. Nachts liegen Sie doch im Bett.

P26: (Einfallend) Ja ich, ja ich will, ich will denn sehen, daß der Krampf rausgeht, dadurch steh' ich eben auf, nech.

A27: Ach so, ah ja.

(Patientin räuspert sich)

P27: Und ich meine, ich hab' jetzt alles keine Tabletten zu (undeutlich).

A28: Is' denn nun mal'n Zucker abgenommen worden heute? Ich seh' überhaupt nichts.

P28: Nee, das war, das war schon zu spät. Ich war so um kurz vor halb zwölf da.

A29: Ja.

P29: Und da hat se' gesagt, wär n'nen bißchen spät.

A30: Ja.

P30: Ne.

A31: Naja, Frau Bebel, hätten wir ja noch mal n'nen Zucker machen können, ne, aber ich denke, daß es auch ganz wichtig wäre, dann bei der Gelegenheit.

P31: Ich komme ja denn auch wieder alle 14 Tage, also das, aus'm Krankenhaus, wenn die eine kommt Montag schon wieder raus, und seit acht Wochen bin ich da tagtäglich. Ne' Arbeitskollegin, die hat sich ne'n Bein angebrochen. Da bin ich denn da nachmittags hin, morgens bin ich mit der zur Gymnastik gefah-

ren, spazierengefahren, bis in die Wohnung (undeutlich), nech.

A32: Mhm.

P32: Das ist eben, selber nicht so auf'm Posten, aber denn fühlt man sich stark, ne.

A33: Mhm. Und wie haben wir das jetzt mit den anderen Pillen gemacht? Sie hatten Tropfen. Sie haben doch da n'en ganzen Schwung gehabt, fürs Herz.

P33: Ja, das hab' ich, also dies haben Se', das hab' ich jetzt zuletzt (undeutlich), und das hab' ich zu Hause auch weiter eingenommen, wie ich zur Kur gekommen bin, ne.

A34: Ja.

P34: Jetzt hab' ich *aber gar* nichts mehr.

A35: Seit wann sind die denn alle schon weg?

P35: Naja, nein, also Zuckertabletten hab' ich noch für drei Tage,

A36: Ja.

P36: und die anderen und eine (undeutlich) so ungefähr seit Freitag. Da hab' ich denn nur immer eine genommen statt (undeutlich).

A37: So'n bißchen gestreckt.

P38: Ja, ja. (undeutlich, lacht).

A38: Na, ja. Also, so ganz lupenrein ist das nicht, daß (undeutlich)

P38: Ja, ja, das weiß ich. Ich hab' nur also nur noch dies Pflaster, die hab' ich noch, aber das andere hab' ich jetzt alles nicht mehr.

A39: Mhm.

P39: Also bis auf eben die Zuckertabletten und

A40: Dann is' meine Vorstellung dazu, daß wir nich' nur Zucker angucken, sondern in demselben Arbeitsgang die Nierenwerte.

P40: (undeutlich) da sollten Se', ja, da hat-

ten Se' gesagt, Anfang des Jahres,

A41: Mhm.

P41: weil dann wollten Se' den Ul-

traschall noch mal machen, ne.

A42: Mhm.

P42: Und das wird wohl auch sein, ich hab' jetzt, wenn ich aufstehe, manchmal hierüber kolossale Schmerzen, denn komm' ich überhaupt nicht hoch. Denn dauert das erst ne' Weile, und wenn ich dann nen' Moment gegangen bin, dann geht's auch, und denn streck ich mich, und denn,

A43: Naja, das klingt mir

aber

P43: und

neulich saß ich auf'm Tisch beim Telefonieren, ne, mit meiner Schwester, da kam ich bald auf'n Tisch nicht wieder hoch, ne. Das hat zehn Minuten gedauert, eh ich hoch gekommen bin.

A44: Aber das ist nicht die Niere, ne.

P44: Nee, ich hab', ich hab' angenommen, daß es 'n Hexenschuß (undeutlich), aber es könnte eventuell (undeutlich)

A45: Nee, das is' schon ihr Kreuz.

P45: Ja.

A46: (.) Ja. Da kann man nichts machen. Also dann füllen wir heute erstmal nur den Pillenvorrat auf, ich geb' Ihnen was gegen die Wadenkrämpfe mit.

P46: Ja, das ist nur (undeutlich)

A47: Ja. Und dann machen wir erstmal ne' Kontrolle, ne. Und Sie geben mal das Wasser mit ab. Und dann nehmen wir Blut ab. (Arzt mißt derweil den Blutdruck)

P47: Mhm.

A48: Und wir gucken dann auch mit Ultraschall die Niere an. Aber mit der Ultraschalluntersuchung, da müssen Se' dann erstmal zehn Tage warten, ich fahr' dann erstmal zehn Tage in Urlaub.

P48: Naja, nun hat's so lange gedauert, nun wird's auf das bißchen auch nicht drauf ankommen. (lacht)

A49: Und dann schau' Se mal, daß Sie mit dem zusätzlichen Zwieback und den Joghurt, daß Sie das wieder bißchen enger in' Griff kriegen.

P49: Ja, nech. Also, es ist nicht groß, also, aber, nech.

A50: Naja, aber es ist *zusätzlich*, ne. Und eigentlich müßten Se's, wenn Sie da n'nen Apfel oder n'nen Joghurt essen, müßten Sie das mit einrechnen.

P50: Ja.

A51: Ne, und dann müssen Se' an einer anderen Stelle rauskneifen, sonst geht das daneben.

P51: Ich bin ja nun schon froh, daß ich, daß se' mich bei der Kur mit Spritzen abgesetzt haben, ne also.

A52: Das läßt sich aber nur durchhalten, wenn Sie mit Ihrer Kost ziemlich eisern sind. (Bestimmt)

P52: Ja, also das bin ich, also das is.

Schweigen. Arzt schreibt.

A53: Also Sie sagten, Sie brauchen jetzt nur die Pillen (undeutlich).

P53: Die Zuckertablette, diese und, ja, alle hab' ich sie nicht mehr, und die Tropfen auch nicht mehr.

A54: Ja. (.)

P54: Alles *wech*. Naja, ich hatte nochmal, bevor ich von der Kur kam, da hatte ich auch nochmal alles gekriegt, also nech, also (undeutlich) (lacht).

A55: Da muß ich so'n bißchen knapper aufschreiben, damit Sie 'n bißchen *öfter* kommen.

Patientin lacht

P55: Nö, nö, ich komme jetzt wieder (undeutlich)

A56: Also wenn der Zucker in Ordnung ist, dann brauchen Sie von mir aus nicht alle 14 Tage, dann reicht mir einmal im Monat, aber er muß denn erst in Ordnung sein.

P56: (Einfallend, undeutlich) ja. Das wird auch, also ich weiß selber noch, wie ich wieder geschludert habe.

A57: Das ist ja schon viel wert, wenn Sie selbst merken, woran es gelegen hat. Sie können das auch selber besser wieder in den Griff kriegen, ne.

P57: Ja, ja. Bei mir, ich sage immer, ob mir denn auch mal einer hilft, wenn ich mal n'nen bißchen schlecht dran bin, das glaub' ich nicht. Ich springe immer für andere Leute ein, aber, (lacht) naja nun (undeutlich), die hat ja auch keine Verwandten, ne.

A58: Mhm.

P58: Meine Bekannte hat keine Verwandten, ja, wer will se da dann ab und zu mal versorgen, ne.

A59: Passen Sie mal auf, ich hab' Ihnen hier noch mal was aufgeschrieben. Da nehmen Sie abends vorm Schlafen gehen mal ne' halbe Tablette, damit Sie die Wadenkrämpfe mal los werden.

P59: Und hier in den Knien. Die schlottern auch immer.

A60: Was heißt das, schlottern?

P60: Wenn ich mich knie, dann tun die weh. (undeutlich) hier das zieht dann immer hier so rüber, da war ich schon mal bei Ihnen, da hatten Sie mir schon mal was für gegeben. Salbe. Hab' ich immer eingerieben.

A61: Aber wackelig sind Se' nicht, ne?

P61: Nee.

A62: Halt haben Sie in den Knien?

P62: Ja, aber wenn ich mich jetzt knie oder was, denn als wenn wie Wasser, oder gluckerts ab und zu mal drinne.

A63: Hier hinter?

P63: Ja, ja.

A64: Ah, das sind die Schleimbeutel hinter der Kniescheibe, ne, wenn Sie auf Knien viel machen.

P64: Ja, ja also ich bin altmodisch, ich wische meine noch auf'n Knien noch also, ne. Und bei der Kur haben sie mir auch einmal Salbe gegeben.

A65: Also haben Sie dann wenigstens da mal 'n Polster, wenn Sie jetzt auf Knien durch die Wohnung sausen?

P65: Nee, nur so.

A66: Dann nehmen Sie sich mal nen' altes Kissen.

P66: Das ist nur praktisch

A67: Ja, aber sonst gehen ihre Knie kaputt, ne.

P67: Also, das tut abends manchmal richtig weh.

A68: Ja, denn kriegen Sie Schleimbeutelentzündung. Es gibt doch auch so schöne neu-modische Sachen, so mit einem Stiel,

P68: Ach, nee.

A69: wo man auswringen kann und so.

P69: Nee, also das haben se' schon damals im (undeutlich), die jungen Mädchen, die haben sie alle, ich sage ja, ich mache aber eure *Ecken* sauber, sag' ich. Ihr geht ja auch nicht in die Ecken rein. Die haben denn gestanden und haben gelacht, ne.

A70: Und dabei hätten (undeutlich) auf die Knie gehen können, aber Sie können das eigentlich nicht mehr.

P70: Ne, ne. Also.

A71: Gehen wir mal runter und äh (Arzt übergibt Rezept)

P71: Und was soll ich denn?

A72: Und ich schreibe, ich gebe Ihnen mal n'nen Zettel, was wir noch machen müssen, und dann klären Sie das mit meinen Damen.

P72: Ja.

(längere Pause, Arzt schreibt)

A73: So, Frau Bebel

P73: Danke schön.

A74: Dann bis demnächst in diesem Theater.

P74: Ja, nech, also Wiedersehen.

A75: Wiedersehen.

Patientin ist schon außerhalb des Raumes:

P75: Naja, es wird schon werden. (undeutlich) was meinen Se', was ich da gelaufen bin und gewandert, und hier bin ich immer zu faul. Morgens zwei, drei Stunden, mittags zwei Stunden, abends drei Stunden. Also da

A76: Das ist für Zucker *hervorragend*.

P76: Nech, also das war, also da sind wir wirklich viel gelaufen, ne.

A77: Mhm.

P77: (undeutlich) also Wiedersehen. (Singend)

A78: Denn mal los, Wiedersehen.

Gesprächsende

4. Eindrücke vom Gesprächsverlauf insgesamt

Arzt und Patientin kannten einander aus vielen Begegnungen. Diese Vertrautheit schlug sich in der Gesprächsatmosphäre nieder, die durchweg als sehr positiv (ruhig und angenehm) empfunden wurde. Die Selbstverständlichkeit, mit der Arzt und Patientin miteinander umgingen, imponierte. In der Diskussion wurde zunächst die Gesprächstechnik thematisiert.

4.1. Überlegungen zur Gesprächsführung⁴

4.1.1. Die Dauer des Gesprächs

Der Arzt habe die Patientin ausreden lassen, sich selbst unterbrechen lassen – vielleicht hatte der Arzt seinerseits keine Chance, die Patientin zu unterbrechen? –, so daß das Gespräch vergleichsweise lang wurde. "Weiß Gott keine 5-Minuten-Medizin." Dr. Moses war selbst von der Länge überrascht, obgleich es ihm während des Gesprächs keineswegs lang vorgekommen sei.⁵ Die Aufzeichnungssituation⁶ war ohne Einfluß auf die Gesprächslänge: in dieser Praxis sind 15 Minuten für Gespräche vorgesehen, aber "ich krieg' mit meinen Damen schon Schwierigkeiten." (Dr. Moses).

4.1.2. Die Sitzordnung

Die Patientin saß in einem Winkel von 90° zur Rechten des Arztes, was in der "Theorie der Sitzordnung" – vor allem in der angelsächsischen Literatur – als "ideal" beschrieben werde. Die Möglichkeit einer solchen Verallgemeinerung wurde von einigen Diskutanden skeptisch beurteilt. Arzt und Patientin hatten "Kniekontakt"⁷. Einigen Seminarteilnehmern – einem Mann aus der imaginierten Position der Patientin, einer Frau hingegen von der Arztseite her – wäre dies zu persönlich gewesen, "zu dicht, das hätte ich nicht gewollt". Arzt und Patientin muß es insgesamt wohl angemessen erschienen sein, denn eine Korrektur wäre in der Situation auch möglich gewesen.

⁴ Die Gliederung folgt dem tatsächlichen Ablauf der Diskussion. Es war auch in anderen Videoseminaren charakteristisch, daß die Gesprächsführung des Arztes ad hoc bewertet wurde und die Beurteilung sich danach zunehmend ausdifferenzierte, indem ein immer detaillierteres Bild des 'Problems der Patientin' sowie der sich entfaltenden Arzt-Patienten-Beziehung entstand.

⁵ Das Aushalten einer solchen Gesprächsstruktur könne ihm aber durchaus auch Schwierigkeiten bereiten.

⁶ Erstmals wurde in unserer Runde nicht auch nur erwogen, daß die Aufzeichnungssituation den Gesprächsablauf 'verfälscht' haben könnte: das Verhalten von Arzt und Patientin wurde als 'typisch' wiedererkannt.

⁷ Zur Bedeutsamkeit des Knies vgl. unten.

4.1.3. Einheit von Gespräch und Untersuchung

Gerade die auch körperliche Nähe erlaubte eine gleichsam organische Einheit von Gespräch und Untersuchung. Die Patientin zeigte wie selbstverständlich ihren Fuß, den der Arzt ohne Aufhebens während des Gesprächs untersuchte. In ähnlich stummer Selbstverständlichkeit war die Blutdruckmessung in das Gespräch verwoben. "Sie haben eine Leistung vollbracht, die ich nicht für möglich gehalten hätte: während des Blutdruckmessens eine vollständige Therapieanweisung zu geben."

Der Faszination war Skepsis hinsichtlich der Funktion, den diese Untersuchung denn haben könnte, beigemischt. Besteht nicht die Gefahr, daß ein solcher Meßvorgang, ohne Ankündigung in das Gespräch eingeschaltet und, da die Meßwerte nicht mitgeteilt wurden, auch ohne erkennbaren Einfluß auf den weiteren Gesprächsverlauf, den Mangel an Verantwortung unterstützt, den die Patientin für ihre Krankheit übernimmt? Ist es "ein entfremdeter Vorgang, den der Arzt zur Beruhigung seines Gewissens macht"?

Ist es also ein typisches⁸ und gleichwohl *änderungsbedürftiges* Arztverhalten? Oder ist umgekehrt diese Wortlosigkeit gegenüber der Patientin durchaus adäquat, weil die Patientin in ihrer langen Patientenkarriere sicher schon öfter über ihre Krankheit(en) aufgeklärt wurde und bei Erläuterungen ihrer objektivierbaren Daten ohnehin nicht zugehört hätte?⁹

4.1.4. Medikamentenverordnung

Es wurde bedauert, daß der Arzt, nachdem er geduldig der Patientin gestattet hatte, alles bei ihm abzuladen, sich bei der Medikamentenverordnung nur noch wenig Zeit nahm. Einige Diskutanden hatten den Eindruck, er wollte mit der Rezeptübergabe einen Schlußpunkt setzen und sich gleichsam "aus dem Gespräch rausschleichen"¹⁰ – mit der Folge, daß dann kein "vernünftiges Erklären"¹¹ mehr stattgefunden habe. In Analogie zur Ar-

⁸ "Ich mach es auch, klar."

⁹ Diese beiden Grundpositionen traten unter verschiedenen Aspekten im weiteren Diskussionsverlauf immer wieder hervor. Verhältnis von Untersuchung und Gespräch (→ Forderung nach stärkerer Distanz zum Körper, d. h. bewußterer Kontrolle); strengere Zuckerkontrolle (→ Objektivierung von Krankheit und Behandlung, strengere Kontrolle); Konfrontation (→ Forderung nach stärkerer Distanz zur Außenwelt → strengere Kontrolle); Behandlungsziel (wer setzt die Maßstäbe); Krankheitstheorien (Zucker → Streß versus Streß ↔ Zucker). Dahinter stehen unterschiedliche Krankheitstheorien – aber auch unterschiedliche Vorstellungen davon, wie man – und das heißt sowohl Arzt und Patient – leben soll.

¹⁰ Vgl. A46: "...Also dann füllen wir heute erstmal nur den Pillenvorrat auf..."

¹¹ Auch die Verordnung selbst folgt einer recht eigenwilligen Rationalität: "Ich weiß, wie weh Wadenkrämpfe tun, und in dem Augenblick wollte ich hauptsächlich was gegen den Wadenkrampf tun, meinen eigenen" (Dr. Moses).

gumentation unter (3) wurde andererseits auch bezweifelt, ob der Arzt bei dieser Patientin – die ja gerade einen Aufenthalt in einer Kurklinik hinter sich gebracht hatte und dort auch instruiert worden sein dürfte – überhaupt bei Fragen des Medikamentenverhaltens Gehör gefunden hätte. Tatsächlich ist der Patientin ihr 'Fehlverhalten' völlig klar – "also ich weiß selber noch, wie ich wieder geschludert habe" (P56) –, und sie reagiert deutlich abwehrend auf Vorhaltungen des Arztes.¹² Dabei nimmt die Frage der Medikamentenverordnung großen Raum im Gespräch ein: sie taucht implizit bereits in P3 auf und bleibt bis zur Rezeptübergabe (A71) ständig implizites Thema. Da das Medikamentenverhalten gleichzeitig aber kaum explizit thematisiert wird, kann man von einer doppelten Rahmung des Arzt-Patienten-Gesprächs sprechen: neben der formalen Rahmung – Beziehungsaufnahme in A1 bis P3 und Verabschiedung in A73 bis A78 – setzt die Medikamentenverordnung gleichsam den inhaltlichen Rahmen, innerhalb dessen die Behandlung sich bewegt. Anders gesagt: die Verschreibung ist *Bedingung* der Behandlung, nicht aber deren Kern.

4.1.5. "Die Patientin kürzer an der Leine führen!"

Dr. Moses Gesprächsführung fand insgesamt allgemein Anklang, doch hätten sich einige Seminarteilnehmer ein stärker strukturierendes (autoritäreres) Verhalten gewünscht. Um die Stoffwechsellage besser kontrollieren zu können, erscheine ein häufigerer Praxiskontakt wünschenswert. Auch bedeutete die diskontinuierliche Konsultation – die Patientin hatte 3 Monate lang keinen Praxiskontakt –, daß der Arzt mit einer Vielzahl von Anliegen gleichzeitig konfrontiert werde und bei der Aufgabe, mehrere Organsysteme zu behandeln, notwendig überfordert sei.

"Das kann man sich ja gar nicht leisten, und Sie machen es trotzdem. Das bedeutet, daß in der Zeit drei andere Patienten zu kurz kommen..."

Der Arzt müsse unter diesem Gesichtspunkt auf häufigere Praxiskontakte drängen.¹³ Dies bedeute auch, die Patientin stärker mit in die Verantwortung einzubeziehen. (Vgl. unten: Arzt-Patient-Beziehung.)

Die Beurteilung der Gesprächsführung macht implizite von einem Verständnis der die Patientin insgesamt konstituierenden Probleme Gebrauch,

¹² Vgl. A38: "...Also, so ganz lupenrein ist das nicht." (P38) "Ja, ja, das weiß ich ..."; ähnlich in P57.

¹³ Unter den Bedingungen einer anderen Praxisorganisation könnte Dr. Moses Gesprächsführung dysfunktional sein. Für Dr. Moses Praxis trifft das der Organisation geltende Bedenken jedoch insofern nicht zu, als der aufgezeichnete Kontakt durchaus im Rahmen der pro Gespräch reservierten 15 Minuten bleibt.

die auch zentrales Behandlungsproblem sind. In der weiteren Diskussion wurde konsequenterweise die psychische Verfassung der Patientin zunehmend thematisiert.

4.2. Das Problem der Patientin

Vordergründig gesehen besteht das Hauptanliegen der Patientin darin, sich erneut mit Medikamenten zu versorgen (P3, P27, P34-P39, P53, P54). Später klagt sie über Schmerzen und Empfindungsstörungen (P3, P23-P26, P42-P45, P60). Offenbar stolz darauf, über längere Zeit allein zurecht gekommen zu sein und im Alltag mehrere Aufgaben bewältigt zu haben, ist ihr dies nun doch ein bißchen zu viel geworden, so daß sie eigenständig den Arzt aufsucht (keine Einbestellung). Sie opfert sich für andere auf ("Ich springe immer für andere Leute ein" (P57)) – und fühlt sich gleichsam stark, wenn die anderen noch kränker sind. (Vgl. P32) Daß diese Stärke trügerisch ist, ist ihr durchaus bewußt, und sie hat Angst, gegebenenfalls selbst keine Unterstützung zu erhalten (P57). Sie braucht also Anerkennung und Medikamente, vor allem aber die Gewißheit, sich auf Hilfe verlassen zu können. Sie hat ein großes Mitteilungsbedürfnis¹⁴ und läßt die Untersuchung, die eher den äußeren Rahmen zur Verfügung stellt, 'wohlwollend über sich ergehen'.

Ein erklärungsbedürftiger Kontrast schien zwischen der Genauigkeit, die die Patientin im Arbeitsbereich (Putzen) für sich in Anspruch nimmt, und ihrem legeren Krankheitsverhalten ('Strecken' von Medikamenten, Nichtwahrnehmen eines Arzttermins?, Nichteinhalten der Diät) auf. Der Kontrast bedeutet aber keineswegs Inkonsistenz: einerseits handelt es sich um Verhalten mit unterschiedlichen Voraussetzungen, andererseits hat es in der (latenten) Selbstschädigung sein gemeinsames Maß. Der Patientin sind die Konsequenzen mangelhafter Kooperation bei der Behandlung aus eigener Erfahrung ja bekannt, die durch das Putzen auf den Knien hervorgerufenen Schmerzen sogar unmittelbar erfahrbar.

"Das fand ich schon beachtlich, daß Herr Moses ihr, einer gestandenen Putzfrau, mit dem Kissen ein so einfaches Hilfsmittel vorschlägt. Andere Instrumente kannte sie ja sicher auch. Daran zeigt sich ja gerade das Ausmaß der Selbstschädigung¹⁵, daß sie

¹⁴ Dies wird auch darin deutlich, daß sie nach der Verabschiedung (A73 bis A75) schon außerhalb des Sprechzimmers noch einmal neu zur Erzählung ansetzt.

¹⁵ Daß die Etikettierung als 'masochistisch' nicht in einem moralischen Sinne gemeint sei, war in der Diskussion unumstritten. "Wir machen das ja alle. Dr. Moses hat das ja auch so gemacht: 4 Organsysteme gleichzeitig zu behandeln, das ist ja abrechnungstrechnisch kaum zu bewältigen, von seiner Arbeitszeit, Arbeitskraft und Lebensmöglichkeiten her ist das schon in derselben Richtung, nicht 'auf den Knien', aber immerhin. Wenn man das rein arbeitsmäßig sieht, hat er in dem Kontakt mehr hergegeben, als es die Praxissituation eigentlich zuläßt."

nicht einmal so einfache Hilfsmittel, die sie an ihrem eigentlichen Ziel nicht hindern würden, benutzt."

Offenbar brauche sie auch das Leiden, ihre Aufopferung müsse von anderen gesehen werden, dann sei sie glücklich. In der Krankheit liege daher für sie auch ein Gewinn, und das Strecken der Medikamente kann als Versuchung begriffen werden: "Unterbewußt braucht sie ab und zu mal 'nen Zusammenbruch." (Dr. Moses).

Das emphatische Festhalten an einer überlieferten, aber schmerzenden Praxis ("ich bin altmodisch", P64) erscheint sozusagen "durch eine höhere Instanz" fraglos begründet, sei es, daß die alten Gewohnheiten Halt geben, sei es, daß die – partielle – Selbstschädigung in einem weiteren Sinne der Selbsterhaltung dient und letztlich sogar das psychophysische Gleichgewicht sichert.¹⁶ Dann müßte es etwas geben, das tiefer reicht als der Schmerz: die Angst.

Die Angst der Patientin wurde in der Diskussion erst vergleichsweise spät thematisiert. Einigen Diskussionsteilnehmern war eine Diskrepanz zwischen ihrer vordergründig Fröhlichkeit ausstrahlenden Leichtigkeit und dem, worüber sie sprach, aufgefallen. Wenn sie lachend Dinge sage, die keineswegs zum Lachen seien, erhalte man den Eindruck, daß sie sich selbst nicht ernst nehme (Banalisierung). Dr. Moses bestätigte diesen Eindruck:

"Streng genommen sind ihre Lebensumstände zum Heulen. Wenn sie das zuläßt, weiß ich nicht, wie es ihr dann geht. Dann ist sie in der Depression."

Denkbar, daß die vermutlich isoliert lebende Patientin Angst vor dem Altern habe, für das ihr keine adäquaten sozialen Rollen zur Verfügung stünden. Dementsprechend könnte das Festhalten an alten Gewohnheiten (auf den Knien putzen) ebenso als Abwehr des Alterns gedeutet werden wie einige kokettierend wirkende Bewegungen (Knie- bzw. Kopfhaltung, vgl. unten).

Ihre Angst scheint konkreter, wie in P57 explizit formuliert, darin zu bestehen, in einer Situation der Ohnmacht keine Hilfe zu erhalten. Sie wehrt diese Angst zugleich ab, indem sie sich selbst als potente Helferin gegenüber jenen, die noch ärmer dran sind als sie selbst, beweist. Daß diese forcierte Selbständigkeit aber nur trügerische Sicherheit gibt, hatte sie schon in (P32) angedeutet.

Unterstützung würde sie, so wird wiederum in P57 deutlich, von Verwandten erwarten: indem sie "einspringt" (P57, P58), stellt sie selbst den Ersatz

¹⁶ Insofern scheint die Patientin auch kein authentisches Schuldgefühl wegen der Vernachlässigung ihres Körpers (bzw. dessen Behandlung) zu besitzen, ihre selbstanklagend klingenden Äußerungen stehen eher im Dienste der Sicherung der Beziehung zum Arzt.

für die ihrer Bekannten fehlenden Verwandten dar. Im Gegensatz zu ihrer Bekannten hat sie selbst aber mindestens eine Verwandte: ihre Schwester. Mit ihrer Formulierung "ob mir denn einer hilft, (...) das glaub' ich nicht" gibt sie daher zu verstehen, daß sie sich der Hilfsbereitschaft ihrer Schwester nicht sicher ist. Ihre Äußerung kann somit als Appell an den Arzt verstanden werden, für die Schwester "einzuspringen". Weil der Arzt seiner Berufsrolle gemäß in solchen Situationen ohnehin zuständig ist und die Patientin dies auch aus eigener Erfahrung wissen muß, hätte es der Bitte eigentlich nicht bedurft. Insofern bedeutet die Patientin dem Arzt indirekt, daß die Notsituation schon jetzt gegeben ist und er ihr im Hier und Jetzt der Behandlungssituation bislang keine ausreichende Hilfe ist. Sie entwertet damit sein konkretes Bemühen – immerhin hatte er sich ihr schon längere Zeit zur Verfügung gestellt – und bezweifelt, eher implizit, daß er ihr überhaupt helfen würde. Allgemeiner formuliert: es ist fraglich, ob seine Hilfe je genug sein kann. Weil ihre Angst "frei flottiert", muß konkrete Unterstützung immer ungenügend bleiben. Dies ist von ihr selbst offenbar zutiefst empfunden: die Angst vor Hilflosigkeit geht mit der Angst vor Abhängigkeit einher. Weil jeder Therapeut mit der Aufgabe umfassender Identitätssicherung überfordert ist, hat ihre Ambivalenz Züge von Realitätstüchtigkeit - auch wenn ihr Autonomiebestreben¹⁷ für jeden Therapeuten frustrierend sei, wie ein Diskutand feststellte. Unter diesem Gesichtspunkt soll die Frage der Behandlung noch einmal aufgeworfen werden.

4.3. Behandlungsregime und Arzt-Patient-Beziehung

Diese chronisch kranke Patientin suchte die Praxis überwiegend dann auf, "wenn es ihr dreckig ging". Dann war ihr Zustand zumindest subjektiv oft bedrohlich, manchmal auch objektiv.

"Und ich hab den Eindruck, wenn sie sich da stabilisiert fühlt, dann braucht sie den Kontakt nicht. Erst dann, wenn's den Bach hinab geht, kommt sie wieder. Dann ist meine Aufgabe halt, sie aufzufangen ein Stück." (Dr. Moses).

Aus der fiktiven Perspektive der Diabetes-Ambulanz wurde die Frage aufgeworfen, was den Arzt daran hindere, auf größerer Regelmäßigkeit der Kontakte zu bestehen. Unter dem Aspekt der Diabeteskontrolle führte Dr. Moses aus, daß die Patientin zu anderen Zeiten häufiger gekommen sei, manchmal jeden zweiten oder dritten Tag, wobei die Zuckerkontrolle nur ein wichtiger Programmpunkt unter anderen gewesen sei. Inzwischen sei es

¹⁷ Unter der Annahme eines forcierten Selbständigkeitsbestrebens wird man es kaum als zufällig ansehen, daß ausgerechnet die Beschwerden an den Bewegungsorganen (Fuß, Beine, Knie) der Patientin am stärksten zusetzten.

zu einer Konsolidierung gekommen, so daß auch das Insulinspritzen nicht mehr erforderlich sei.¹⁸

"Es gab kritische Situationen. Als wir anfangen, lagen die Werte so bei 500, so um die Preislage und waren überhaupt nicht mehr beeinflussbar. Und da waren die Spritzen auch wie so 'ne Drohung: 'Paß auf, jetzt müssen wir spritzen, jetzt tun wir das, und erst wenn du Dich wieder führst, dann haben wir 'ne Chance, daß Du zu den Tabletten zurückkommst.' Und irgendwann hat sie das gepackt." (Dr. Moses).

Daher könne man sich auf das Spiel einlassen, und eine engere Führung sei derzeit nicht erforderlich. Die Patientin wisse im Grunde, was sie machen müsse. Sie kenne ihr Verhalten und dessen Folgen einigermaßen und wisse vorher schon, wie ihr Zucker ist.

Dieser Argumentation standen einige Seminarteilnehmer skeptisch gegenüber. Kann man es als Arzt verantworten, es immer wieder so weit kommen zu lassen?

"Ich finde, daß man bei fast allen chronischen Krankheiten nicht sagen kann: der weiß schon, was er tut. Theoretisch weiß er das. Ich glaube, daß man immer wieder den Verdrängungsmechanismus, der ja auch wohl bei vielen chronisch Kranken permanent da ist, durchbrechen muß beim Arztbesuch, um sie strenger zu führen, damit sie sich klar machen mit diesen abstrakten Spätfolgen, daß sie sich strenger führen müssen."

Dieser eher krankheitszentrierten "Argumentation der Diabetes-Ambulanz" setzte Dr. Moses eine patientenbezogene hausärztliche Handlungsmaxime entgegen:

"Ich meine, einigermaßen ihre Art, Beziehungen zu gestalten, zu kennen. Und das geht so, daß sie 'ne Zeit lang gern 'nen engen Kontakt hat und dann den Kontakt abbricht, weil's ihr zu dicht wird, und dann für sich selber leben möchte. Und das macht sie genauso mit ihrem Zucker, der Einstellung des Zuckers. Sie führt den Kontakt, solange sie will, nicht solange der Arzt will, und ich glaube nicht, daß ich die Möglichkeit habe, den Kontakt über einen gewissen Toleranzzeitraum, über den man verhandeln kann, hinauszuführen."

In dieser durchaus programmatisch zu verstehenden Aussage ging Dr. Moses von einer allgemeinen Form, "Beziehungen zu gestalten", aus, die sich im Umgang der Patientin mit anderen, sich selbst, ihrer Krankheit und auch ihrem Arzt darstellt. Er nimmt an, daß eine Behandlung der Patientin *nur*

¹⁸ Wie bereits erwähnt, beteiligt sich Dr. Moses an dem von J. Szecsenyi und R. in der Beek durchgeführten Projekt zur Qualitätssicherung in der Diabetesbehandlung. Daher konnten die am Tag nach dem aufgezeichneten Kontakt bestimmten Blutzuckerwerte der Patientin berücksichtigt werden: sie lagen mit 165 für den Blutzucker und 8,1 für den HbA1 im Normbereich. Demgegenüber waren nahezu alle Diskutanden – und auch die Patientin selbst – von der Annahme ausgegangen, daß die Zuckerwerte erhöht seien. Der Dokumentation nach war sie im ganzen letzten Jahr hinsichtlich des Diabetes "gut eingestellt", so daß sie in dieser Hinsicht, wie Dr. Moses auch vermutete, keiner engeren Führung bedurfte.

unter *Anerkennung dieser Lebensart*¹⁹ möglich ist. Bei einem strengeren Vorgehen würde die Patientin seiner Meinung nach die Beziehung abbrechen. Aus demselben Grunde verzichte er auch darauf, ihre Abwehr massiv zu durchbrechen und ihre Scheinwelt zu zerstören, auch wenn ihm ihre dargestellte Selbständigkeit zumindest teilweise als 'Theater' erscheine (vgl. A74).

"Natürlich, sie definiert sich darüber. Ihre ganze Daseinsberechtigung definiert sie in dem Augenblick. Wenn ich ihr sage, 'das stimmt doch gar nicht', zieh ich ihr den Boden unter den Füßen weg. Ich hab halt meine Zweifel, aber die sag ich in dem Moment nicht, im Gegenteil. Wenn sie das in dem Augenblick stabilisiert, o.k." (Dr. Moses).

Diese *Voraussetzung* – hausärztliche Behandlung ist Behandlung der ganzen Person – wurde allgemein akzeptiert, doch wurden auch aus hausärztlicher Sicht *andere Schlußfolgerungen* gezogen. Denn gerade das Sich-zur-Verfügung-Stellen und der Verzicht auf Konfrontation sei für die Patientin keineswegs hilfreich, auch könne die Beziehung selbst – dies zeige sich in der Unregelmäßigkeit der Kontakte – nicht als stabil angesehen werden. Die Gesprächsbereitschaft des Arztes werde als gleichsam vertrauensbildende Maßnahme²⁰ vielleicht gerade wegen der Unregelmäßigkeit der Kontakte immer wieder notwendig. Es müsse Struktur in das Chaotische gebracht werden, größere Regelmäßigkeit und rigiderer Umgang wären daher besser.²¹

Diese Forderung nach strengerer Patientenführung impliziert neben einem anderen Behandlungsrhythmus zugleich eine andere Behandlungsform und ein anderes Behandlungsziel. Der Patientin 'Struktur' zu geben, heißt ihren Lebensstil ändern. Da Dr. Moses selbst psychotherapeutisch arbeitet, lag die Frage nahe, warum er dieses Setting nicht auch bei dieser Patientin wählt, zumal diese viel mehr Psychisches biete als Diabetisches, worauf er aber nicht eingehe.²²

¹⁹ "Den Rhythmus hat sie bestimmt, nicht ich. Ich kenne das Spiel." (Dr. Moses). Vgl. dementsprechend A74.

²⁰ Vertrauensbildung sei auch durch Einbestellen möglich, denn "es ist angenehm für den Patienten, einbestellt zu werden, er weiß: 'Der Doktor will was mit mir zu tun haben.' (...) Er weiß, er ist willkommen."

²¹ Die Patientin habe eine Suchtstruktur und mehrere Jahre lang massiv getrunken, so daß nicht zufällig Ähnlichkeiten zur Behandlung von Alkoholabhängigen diskutiert wurden. Auch bei einem Alkoholkranken habe es, so ein Teilnehmer, "nach meiner Erfahrung weniger Erfolg, (dessen Uneinsichtigkeit) aufzudecken, als wenn ich das nicht tun würde. Denn der Arztkontakt deckt nur einen kleinen Teil der Wirklichkeit des Patienten ab."

²² Beispielsweise in A7, wo statt der von der Patientin angesprochenen Belastung (Schimpfen der Schwester, innere Aufregung anderer Leute) der Modus ihres Umgangs damit (Essen, damit die Aufregung weggeht) zum Thema gemacht wird und somit eine Verschiebung vom Psychosozialen ins Diabetische nahegelegt wird. Ähnlich in A11 und A76.

Tatsächlich bereite es Dr. Moses enorme Schwierigkeiten, daß "sie sich immer wieder in 'ne andere Welt verabschiedet." Aber er halte ein "Herumstochern" für gefährlich, fürchte, daß die Patientin dann den Kontakt abbrechen könnte, ohne einen anderen Arzt aufzusuchen. Unter diesen Bedingungen könnte sie suizidgefährdet²³ sein in dem Sinne, daß sie

"in der Wohnung liegen (würde) und könnte die Tür nicht mehr aufmachen. Ich merke auch, daß ich jetzt unheimlich starke Beklemmungen kriege. Ich denke, das ist sehr gefährlich." (Dr. Moses).

Eine Gesprächspsychotherapie sei nicht möglich, weil die Patientin "intellektuell nicht so hoch sei und inzwischen wohl auch hirnorganische Veränderungen" vorhanden seien. Auch fühle er sich aufgrund erst 5-jähriger psychotherapeutischer Erfahrung noch nicht sicher genug.²⁴ Es wurde aber auch allgemeiner bezweifelt, ob ein konfrontativeres Vorgehen mit dem Ziel einer Bearbeitung der inneren Realität der Patientin geeignet sein könne, diese in einer Weise lebensstüchtig zu machen, daß sie auch mit ihrer äußeren Realität besser zurechtkäme. "Ist es nicht vielleicht so, daß die äußeren Umstände so wenig beeinflussbar erscheinen, daß es fast sicherer ist, sich damit abzufinden?" Die stützende Art der Gesprächsführung²⁵ könne als *Inszenieren* eines Auf-die-Patientin-Eingehens angesehen werden, ohne daß deren Probleme explizit thematisiert würden. Die Patientin scheine in der Behandlung das bekommen zu haben, was sie gewollt habe, was daran deutlich werde, daß sie das Gespräch selbst beendet und die Verabschiedung eingeleitet habe.²⁶

²³ Sie sei vor Jahren in 'ne Depression gerutscht, nachdem ihr langjähriger Lebensgefährte sie verlassen hatte.

²⁴ Das Gefühl von Ohnmacht war an dieser Stelle greifbar, und die Diskussion wechselte vom 'Problem der Patientin' zu einem Problem der Hausärzte. Die Begrenzung der psychotherapeutischen Gestaltungsmöglichkeiten zeige die Unmöglichkeit, das intellektuelle Niveau von Fortbildungen im Praxisalltag umzusetzen, "wo auf jeden Fall alles los ist, nur nicht intellektuelle Befriedigung". Dies sei vielleicht einer der Gründe für die Enttäuschung hinsichtlich mangelnder Therapieerfolge. Dann aber nütze das in solchen Fortbildungen vermittelte Wissen nichts in der Realität des Hausarztes – und analog sei entgegen der in der Diskussion beobachtbaren Tendenz Hilfe auch kaum von fachärztlichen Konsilien (Diabetologen, Psychotherapeuten) außerhalb der Hausarzt-Patient-Beziehung zu erwarten.

²⁵ Auch habe Dr. Moses keineswegs auf Konfrontationen verzichtet (A5, A20-A23, A28, A31, A38, A49-A52, A55-A57, A65-A70). Die Patientin würde mit einer bloßen Spiegelung auch kaum zufrieden sein, erwarte schon Empfehlungen, auch was anders zu machen. Dem habe der Arzt auch entsprochen. "Mehr kann man auch gar nicht machen. (Mit der Forderung, Struktur reinzubringen) ist jeder Arzt überfordert. Das wär 'ne Sozialarbeiterrolle. Aber wenn konkret was ist, ist Herr Moses jemand, der initiativ werden kann, aber das müßte dann von der Patientin kommen."

²⁶ Ob die Patientin schon durch das Gespräch selbst wirklich zufriedengestellt war, muß dennoch bezweifelt werden, da sie nach der Verabschiedung zwischen Tür und Angel noch einmal zu einer Erzählung ansetzte (P75, P76). Erst nachdem sie hier endlich ihre Anerkennung erfahren hatte ("hervorragend", A76), verabschiedet sie sich endgültig. Ein Seminarteilnehmer sah in diesem "schönen Schluß" ihre Bereitschaft, in Verständnis von Dr. Moses Behandlungskonzept mehr Eigenverantwortung zu übernehmen.

Dr. Moses Konzept kann damit insgesamt als *Wegbegleitung* begriffen werden:

"Ich bin nicht ihr Lebensbewältiger. Es ist *ihre* Verantwortung. *Meine* Verantwortung ist zu versuchen, es ihr immer wieder nahezubringen. Wenn ich davon ausgehen kann, daß sie es eigentlich wissen müßte, dann ist es ihre Verantwortung. Die übernehme ich nicht."

Ob es richtig sei, sich so stark am Wunsch des Patienten zu orientieren, wurde von einigen Seminarteilnehmern bezweifelt. Damit ist die Frage nach dem auch subjektiv begründeten Behandlungsmaßstab aufgeworfen.

4.4. Das Problem des Arztes

Der Patientin die Führung zu überlassen, sei keineswegs bloß altruistisch:

"Das ist 'n Stück aggressiv meinerseits. Aus meiner Erfahrung, 'das bringt ja doch nichts', sag ich: 'Paß mal auf – ich bring Dich 'n Stück, und dann verabschieden wir uns. Du kannst gern wiederkommen.'"

Aggression gegenüber der Patientin empfanden neben dem behandelnden Arzt offenbar auch andere Seminarteilnehmer. In der Formulierung: "die Patientin (darf) ein Anspruchsverhalten an den Tag legen", scheint durch, daß ihr dies besser nicht gestattet sein sollte. Warum nicht? Aus therapeutischen Gründen, aus disziplinarischen Gründen oder um einer Ausbeutung des Arztes vorzubeugen? Inwieweit sind die Behandlungsmaximen geschlechtsspezifisch?

"Ich hätte mir gewünscht: 'warum haut er nicht mehr auf'n Putz und nimmt sie nicht strenger ran.'"

Es kann kaum Zufall sein, daß 3 der 4 Frauen, die sich zum Behandlungsregime geäußert haben, eine strengere Behandlung forderten. Es kann kaum Zufall sein, daß vor allem die Seminarteilnehmerinnen in der Darbietung des Knies auch Züge einer Verführungssituation sahen und die Frage aufwarfen, ob Dr. Moses für die Patientin vielleicht auch jenseits der Arztrolle bedeutsam sei und ob sie ihn vielleicht verehere. Insgesamt meinte zwar kein Diskutant, daß erotische Faszination bei diesem Arzt-Patientinnen-Kontakt im Vordergrund gestanden habe, aber die bloße Möglichkeit zuzulassen, fiel den männlichen Teilnehmern doch so offenkundig schwerer, daß die Vermutung, diese Patientin sei für Männer sehr unangenehm, nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Ob dies wirklich ein Hinweis darauf ist, daß Männer sich in die Situation der Patientin schwerer hineinversetzen können, scheint uns fraglich. Sowohl in Dr. Moses Vorgehen wie in einigen Diskussionsbeiträgen anderer männlicher Teilnehmer sind deutlich Züge von Identifikation erkennbar:

Dr. Moses behandelt ihre Wadenkrämpfe als seien es seine *eigenen* (vgl. oben). Er schlägt ihr ein ihrer Situation angemesseneres Vorgehen beim Putzen vor. Die Angst, die Patientin könne durch ein aufdeckendes Vorgehen in die Haltlosigkeit abgleiten, ist zumindest teilweise auch die Angst²⁷ davor, man *selbst* würde eine der Patientin vergleichbare Vereinsamung nicht ertragen. (→Beklemmung)

"Wenn ich da voll drauf einsteige und sage 'Das ist prima, wie Sie das machen', dann hab ich echt Schwierigkeiten, denn das ist nicht meine Realität. Ich will schon in meiner Realität bleiben."

Das Aufrechterhalten der Scheinwelt ist für den Arzt nicht befriedigend, sondern ständige Quelle von Ohnmacht. Von daher wird verständlich, daß der Arzt der Patientin bis zum Schluß des Gesprächs die ausdrückliche Anerkennung ihrer Selbständigkeit verweigert. Erst mit der Kompromißformel "für Zucker hervorragend" (A76), mit der er zugleich der Leistung der Patientin *Anerkennung* zollt, sie *relativiert* – hervorragend für einen Zuckerkranken, d. h. jemanden, der in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist – und schließlich zu einem – allerdings in diesem Sinne außerordentlich wertvollen – *Beitrag zur Behandlung umwertet*, wird die gemeinsame Wirklichkeit rekonstruiert und, da diese nun auch außerhalb des Behandlungszimmers erscheint, die Beendigung des Gesprächs möglich (vgl. Textanalyse).

Der Arzt stellt sich nicht aus Spaß immer wieder zur Verfügung, sondern eher weil ihm eine Alternative fehlt. Dennoch:

"Wenn ich innerhalb ihrer Welt sie stabil kriege, halbwegs, dann ist das mir genug." (Dr. Moses).

5. Textanalyse der Gesprächseröffnung

Die Textanalyse geht von der Voraussetzung aus, daß Arzt und Patient – wie jeder Sprecher bzw. Hörer – die Vielzahl prinzipiell möglicher Bedeutungen ihrer Äußerungen notwendig nur begrenzt wahrnehmen, daß also jede Interpretation selektiv ist. Weiterhin wird davon ausgegangen, daß die Selektion ihrerseits nicht zufällig erfolgt, sondern der jeweiligen Problematik – der Fallstruktur – zu verdanken ist. Aus der Rekonstruktion der Art der Selektion kann daher auf die Regel, nach der die Fallstruktur erzeugt wird, gefolgert werden. Bei der Analyse muß daher zunächst die Offenheit der Interpretation wieder hergestellt werden, d. h. jede grundsätzlich mögliche Deutung zunächst zugelassen werden, solange sie nicht als abwegig ausge-

²⁷ Ein Seminarteilnehmer berichtete von ähnlichem Unbehagen, einer Mischung aus dem Gefühl von Mißbrauchtwerden und Beklemmung, aus einer Situation, in der er als Taxifahrer wöchentlich einmal eine alte Frau aus dem Altersheim gegen Bezahlung offenbar ziellos durch die Stadt kutschieren mußte, was ganz ihren einzigen Außenkontakt darstellte.

geschlossen werden kann. Je rigider die Struktur ist, d. h. je weniger Interpretationsmöglichkeiten den Interakteuren zur Verfügung stehen, umso schneller wird die Regel sichtbar, nach der sich die Beziehung aufbaut. Bei Beginn einer jeden Interaktion sind grundsätzlich die Möglichkeiten noch am wenigsten festgelegt, so daß sich für die Deutung zunächst die Detailanalyse der Eröffnungssituation anbietet. Eine umfassende systematische Auswertung dieses Arzt-Patienten-Gesprächs muß wiederum einem späteren Zeitpunkt vorbehalten bleiben.

A1: "Is' doch ziemlich kalt draußen, ne?"

Über das Wetter zu reden, ist eine durchaus übliche Gesprächseinleitung, die vor allem dann gewählt wird, wenn die Interakteure ihre Beziehung noch erst definieren müssen. Es ist demgegenüber *keine* typische Eröffnungsfrage in einem Arzt-Patienten-Gespräch, in dem die Beziehung ja rollenförmig vordefiniert ist. Die Besonderheit der Frage muß daher situations-, personen- und kontextspezifisch erklärt werden.

Die erste Äußerung des Arztes hat die Form einer Frage. Sie macht Sinn nur aus der Perspektive desjenigen, der sich in einem vom "Draußen" verschiedenen "Drinnen" befindet, wo es nicht "ziemlich kalt" ist. Sie unterstellt, daß der Gesprächspartner die Frage beantworten kann, d. h.: dieser muß über die Temperaturen draußen und drinnen informiert sein. Weiterhin muß der Übergang von der einen in die andere Situation zumindest vorstellbar sein, damit das Wissen um die Temperatur einen Gebrauchswert erlangen kann – sei es, daß jemand aus der Kälte kommt, sei es, daß jemand sich über das ihm bevorstehende Schicksal informieren will.

Der Fragende ist freilich vorinformiert. Das Zustimmung erheischende 'ne' indiziert, daß er keine wirklich inhaltliche Antwort erwartet. Vielleicht will er sich lediglich absichern, bevor er den Sprung nach draußen wagt, vielleicht auch bestätigt wissen, daß seine – beispielsweise vom Gegenüber – in Zweifel gezogene Annahme *doch* triftig ist.

Wir wissen, daß die Videoaufzeichnung etwa gegen 12 Uhr an einem Märztag 1990 erfolgte. Auch wenn es insgesamt 1989/90 keinen kalten Winter gegeben hat, könnte es doch zu diesem Zeitpunkt 'draußen' 'ziemlich kalt' gewesen sein. Für das Befinden und Handeln des Arztes dürfte dies eher folgenlos gewesen sein: er hat den Vormittag im beheizten Sprechzimmer verbracht und zumindest während des kommenden Gesprächs sicherlich nicht vor, nach draußen zu gehen. Die Übergangssituation kann sich also nur auf die Patientin beziehen: diese muß ja, um den Arzt überhaupt zu erreichen, von draußen gekommen sein. Daß sie unmittelbar von der Straße ins Sprechzimmer geschneit ist, ist freilich außerordentlich unwahrscheinlich: sie war nicht bestellt und wird sich vermutlich im Wartezimmer längst

aufgewärmt haben. Die Frage des Arztes kann sich daher kaum auf die äußere Realität beziehen: sie hat symbolische Bedeutung. 'Draußen' - das meint die Außenwelt der Patientin, 'draußen' ist zugleich all das, was sich jenseits des Sprechzimmers befindet. Die Frage kann damit als Angebot an die Patientin verstanden werden, sie vor der 'kalten' – lieblosen, ungemütlichen, grausamen usw. – Außenwelt abzuschirmen, ein Angebot, sich im Sprechzimmer zu 'entäußern', ein Angebot, ihre Realität mit ihr zu teilen. Darin liegt gleichsam Wärme und Behaglichkeit eines Nestes versprochen. Das Angebot verspricht Vertrauen und kann ohne Zudringlichkeit nur unterbreitet werden, wenn bereits eine Vertrauensbeziehung besteht. Die *Aufwärmfrage* des Arztes dient also dazu, ein bereits vorbestehendes Bündnis zu aktualisieren. Verschwörerisch wird ein Pakt geschlossen, mit dem zugleich der Patientin Schutz versprochen und sie in den Schutzraum verpflichtet wird. Daß die Frage gestellt werden muß, zeigt an, daß Arzt und Patientin zumindest vorübergehend keine gemeinsame Realität hatten.²⁸ Die Wiederherstellung der Gemeinsamkeit gelingt, wie Patientin (P1) und Arzt (A2) sich wechselseitig bestätigen. Da die Patientin seine ohnehin schon vorausgesetzte Annahme erwartungsgemäß bestätigt hatte, hätte es des "Ja" in A2 des Arztes nicht mehr bedurft. Auch diese Äußerung hat daher ausschließlich symbolische Bedeutung, ist *Versicherung von Gemeinsamkeit und personaler Akzeptanz*.²⁹

A2: Ja. So, in diesem Jahr waren Sie ja noch gar nicht hier Frau Bebel.

Das "so" indiziert, wie bei der Analyse von Eingangssequenzen immer wieder feststellbar, den Übergang in eine neue Situation: die allgemeine Einleitung als Herstellung eines Behandlungsbündnisses ist mit dem "Ja" des Arztes erfolgreich abgeschlossen. Es wäre naheliegend, nunmehr das heutige Anliegen der Patientin zu thematisieren, typischerweise in Form einer Frage. Es folgt jedoch eine Feststellung: "in diesem Jahr waren Sie ja noch gar nicht hier Frau Bebel.", die verdeutlicht, daß der Arzt seine Patientin *wiedererkennt*.³⁰ Offenkundig handelt es sich um eine schon länger andauernde

²⁸ Im 'doch' schwingt auch etwas Ermahnendes, Vorwurfsvolles mit, fast gar ein wenig Genugtuung: 'Siehst Du, ich hab's Dir doch gesagt, Du wärest besser hiergeblieben...'

²⁹ "Zumindest in anderen Situationen – Hypnose oder Autogenes Training – mach ich es bewußt, übers Wetter zu reden, um ein inneres 'Ja' bei den Patienten auszulösen. Ob das hier so war, weiß ich nicht." (Dr. Moses). Diese 'anderen Situationen' konstituieren ein im weiteren Sinne psychotherapeutisches Setting. Anders gesagt: die als Diabetesbehandlung imponierende Arzt-Patient-Interaktion war von Dr. Moses von vornherein in jener Weise strukturiert, die von einigen Teilnehmer gefordert wurde. Obgleich die Behandlung gleichsam mit einer Realitätsprüfung eingeleitet wird, handelt es sich in allen diesen Beispielen nicht um ein aufdeckendes Verfahren.

³⁰ Der Verzicht auf die Frage nach dem Anliegen der Patientin ist eine fallspezifische Selektion, die möglich wird, weil der Arzt das Problem der Patientin bereits kennt oder doch zu kennen meint. De facto fragt er nicht, warum sie kommt, sondern warum sie nicht gekommen ist.

de – mindestens seit dem Vorjahr – und zeitweilig – in diesem Jahr – unterbrochene Beziehung. Auf beides – Kontinuität und Bruch – wird zugleich aufmerksam gemacht. Es scheint schon häufigere Kontakte in offenbar kürzeren Abständen gegeben zu haben, wundert sich doch der Arzt über die Dauer der Unterbrechung ("in diesem Jahr ... noch gar nicht"). Da seine Aussage im logischen Sinne eine der Zustimmung bzw. Ablehnung fähige Behauptung ist, deren Bestätigung ("ja") er freilich bereits vorweggenommen hat, wird von seiner Gesprächspartnerin vor allem eine Erläuterung erwartet und damit indirekt das heutige Anliegen der Patientin angesprochen.

Die Unterbrechung des Kontakts wird nicht bewertet. Offen bleibt, ob der Arzt gekränkt ist, weil die Patientin sich nicht hat sehen lassen, oder sich darüber freut, daß sie seiner nicht bedurfte (oder gar: weil er sie nicht zu sehen brauchte). In analoger Weise kann die Äußerung doppelt auf ihren Gesundheitszustand bezogen werden: als Freude bzw. Anerkennung, wenn sie sich stabilisiert hatte, als Ärger und Mißbilligung hingegen, sofern eine Behandlung eigentlich erforderlich gewesen wäre.³¹

Während Dr. Moses in A1 zunächst Bekanntschaft und Vertrautheit auf der Ebene von Gleichrangigkeit wiederbelebt hatte, strukturiert er in A2 spezifischer eine *Klientenbeziehung*, die notwendig asymmetrisch ist: er kann offenbar begründet davon ausgehen, daß die Patientin ihn immer wieder "hier" aufsucht.

Dr. Moses geht offensichtlich davon aus, daß er das Problem seiner Patientin bereits kennt.³² Er fragt de facto *nicht*, warum sie kommt, sondern warum sie *nicht früher* gekommen ist. Da er mit seinem "ja" die Bestätigung seiner Feststellung in A2 bereits vorweggenommen hat, obgleich diese eine prinzipiell auch der Ablehnung fähige Behauptung darstellt, wird von seiner Gesprächspartnerin nunmehr vor allem eine Erläuterung der Regelmäßigkeit ihrer Arztbesuche und damit nur indirekt eine Darlegung ihres heutigen Anliegens erwartet. Seine Äußerung hat damit objektiv die Funktion eines Vorwurfs, der Rechtfertigung verlangt.

P2: Nee. Vor Weihnachten war ich hier. (lacht)

Frau Bebel setzt dem "ja" des Arztes ein "Nee" entgegen und verweigert die Akklamation. "Nee" ist entweder eine sinnvolle Antwort auf eine Entscheidungsfrage – eine solche wurde nicht gestellt – oder Ausdruck eines in der

³¹ Anders gesagt: wenn die Patientin sich vernachlässigt, vernachlässigt sie auch ihren Arzt; wenn sie mit sich verantwortungsvoll umgeht und ihre Selbständigkeit als Bestätigung erfährt, bestätigt sie zugleich auch ihn.

³² Der Verzicht auf die Frage nach dem Anliegen der Patientin ist als fallspezifische Selektion anzusehen.

Regel im folgenden begründeten Widerspruchs. Der von Frau Bebel angegebene Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs ("vor Weihnachten") ist freilich mit der Aussage des Arztes ("nicht in diesem Jahr") vereinbar, so daß der Widerspruch sachlich unbegründet bleibt. In einem Gegensatz zum Arzt kann sie sich daher nur hinsichtlich der Erwartung häufigerer Kontakte sehen. Dies wird auch darin deutlich, daß sie statt der Diskontinuität – "Sie waren nicht hier" – die Kontinuität – "ich war hier" – in den Vordergrund rückt. Sie setzt den ärztlichen Erwartungen begründungslos eigene entgegen und verweigert sich damit der in A2 gesetzten Erwartung, den Nichtbesuch zu erläutern.

Nun hatte die Formulierung des Arztes die Möglichkeit offen gelassen, daß die Unterbrechung des Kontaktes motiviert sein könnte. Durch eine Darstellung ihrer Situation hätte die Patientin die Unangemessenheit der impliziten ärztlichen Erwartungen zeigen oder begründen können, warum sie diesen nicht entsprochen hat. Letzteres wäre notwendig mit einem schlechten Gewissen einhergegangen. Die Patientin unterläßt demgegenüber eine Motivierung ihres Verhaltens, sei es, weil sie sich nicht erklären *will*, sei es, weil sie dies nicht *kann*. So könnte sie es beispielsweise als Zurückweisung empfunden haben, in einer Situation ihres *Da-Seins* über ihre *Abwesenheit* zu reden. Da sie – zumindest aus ihrer Sicht – kaum deshalb *jetzt* gekommen sein wird, weil sie Dr. Moses zwischenzeitlich nicht aufgesucht hat, könnte ihr die implizite Frage des Arztes als Zumutung bzw. als Zudringlichkeit erschienen sein: was sie in der Zwischenzeit gemacht hat, ist gleichsam ihre Privatangelegenheit und geht den Arzt in seiner Eigenschaft als Arzt nichts an. Vorstellbar ist allerdings auch, daß Frau Bebel ihr Verhalten selbst gar nicht *motivieren* kann. So könnte ihr die Aufforderung des Arztes entgangen sein, weil sie gar nicht in der Lage ist, seine Perspektive – allgemeiner: die Perspektiven des Dritten – zu teilen. Indem sie *faktisch* ihre Gegenüber als bedeutungsgebende Zentren ignorierte, strukturierte sie Beziehungen als Machtkampf. Beide Möglichkeiten lassen es erwarten, daß *Kontrolle* ein wesentliches Problem in dieser ambivalenten Beziehung darstellen wird.

Nun hatte sich die Patientin mit P1 grundsätzlich auf eine Behandlung eingelassen. Ihr schroff klingender Widerspruch in P2 kann daher nicht der Beziehung insgesamt gelten, sondern stellt ihre spezifische Formulierung des Problems dar (Behandlung im Hier und Jetzt), die von der Problemformulierung des Arztes (Kontinuität, d. h. Behandlung auch in der Abwesenheit) abweicht.³³ Auszuhandeln bleibt damit stets aufs Neue der Spielraum ärztlichen Verhaltens.

³³ Eine Behandlung, die nicht auch auf das Hier und Jetzt eingeht, hat somit keine Chance, eine gemeinsame Wirklichkeit von Arzt und Patient zu konstituieren. Konsequenterweise wird allein die Schmerztherapie kommentiert (A59).

Erklärungsbedürftig bleibt das Lachen, mit dem Frau Bebel ihre Äußerung beendet. Im *Lachen* findet auf einer symbolischen Ebene typischerweise das seinen Ausgleich, was im bloß Faktischen unlösbar erscheint. So ist auch das Lachen, das die Patientin ihrer zweiten Äußerung folgen läßt, in seiner objektiven Sinnstruktur außerordentlich vieldeutig. Man könnte es als Ausdruck dessen verstehen, daß die Patientin auskostet, wie sie den Arzt in Umkehrung der Patientenrolle hat auflaufen lassen. Das Lachen wäre dann ein *Auslachen*. Andererseits könnte man darin ganz im Gegenteil eine Manifestation von Scham sehen, die *Abwehr* von Unsicherheit und Schuldgefühl, weil sie unbestimmt ahnt, den Erwartungen des Arztes nicht entsprechen zu haben. Das Lachen könnte auch als Werben um die Sympathie des Arztes gedeutet werden (*Anlachen*), ein Werben, das zugleich – im Sinne eines Kindes – ihr 'Fehlverhalten' vergessen läßt und – durchaus kokett – den Arzt in Bann zu nehmen sucht. So sind in diesem Lachen von der Asymmetrie (Macht wie Ohnmacht) bis zur Gleichrangigkeit alle möglichen Beziehungskonstellationen präsent. Das Lachen ist damit *Einladung zur Gemeinsamkeit*, der doch mit dem "Nee" noch eine schroffe Absage erteilt zu sein schien.

Das Lachen faßt somit in seiner objektiven Bedeutungsstruktur die widersprüchliche Äußerung der Patientin zusammen. Während Frau Bebel die Schadenfreude gleichsam noch aus den Augen blinkt, gibt sie dem Arzt zu verstehen, daß ihr Einspruch doch nur ein Spielchen³⁴ nach dem Motto war: 'Was soll das, daß Sie mich immer wieder daran erinnern, daß ich häufiger kommen soll? Sie wissen doch selbst, daß ich das schon weiß, Sie wissen doch auch, daß diese Unregelmäßigkeit bei mir die Regel ist – immerhin *darauf* können Sie sich doch verlassen, oder?' Ähnlich dem Arzt würde sie damit ein Vertrauensverhältnis zugleich rekonstituieren und bereits in Anspruch nehmen. Die Arzt-Patienten-Beziehung hätte in diesem Sinne zwar einen *ritualisierten Konflikt*, könnte aber als *insgesamt stabil* angesehen werden.

A3: (undeutlich) ne' Weile nicht gesehen haben, tatsächlich.

Dr. Moses zeigt sich in seiner dritten Äußerung sehr um Neutralisierung und Auflösung der Gegensätze bemüht. Die unbestimmte Zeitangabe "ne Weile" ist mit seiner eigenen Terminierung "nicht in diesem Jahr" ebenso vereinbar wie mit Frau Bebel's "vor Weihnachten". Die Pluralform "haben" bürdet *beiden* Interakteuren die Verantwortung für den ausgebliebenen Kontakt auf: es geht nicht mehr lediglich darum, daß Frau Bebel die Praxis nicht aufgesucht hat. Mit der 'Wir'-Perspektive ist die für die Behandlung notwendige Ebene einer gemeinsamen Bedeutungswelt erreicht. Insoweit

³⁴ Vgl. A74: "Dann bis demnächst in diesem Theater."

Dr. Moses Frau Bebels Kommunikationsangebot also aufnimmt, könnte jetzt das Gespräch über ihr heutiges Anliegen beginnen.

Doch der Struktur von A2 analog stellt Dr. Moses auch jetzt die Gemeinsamkeit in Frage, indem er den zweiten Teil seiner Äußerung mit dem nachgeschobenen "tatsächlich" ausklingen läßt. Über *Tatsachen* hatte nämlich von vornherein keine Uneinigkeit bestanden und der Gegensatz erst dort begonnen, wo es um die *Bedeutung* der Fakten ging. Der Unterschied ist erheblich: während die Teilung einer Bedeutungswelt in der gemeinsamen Perspektive des 'wir' gründet, erschließt sich das Tatsächliche dem übergeordneten Erkenntnisobjekt objektiver Wissenschaft, deren Statthalter im Zweifel der *Arzt* ist, nicht der Patient. So ist das scheinbar zustimmende "tatsächlich" keineswegs Ausdruck von personalem Vertrauen in die Aussage der Patientin, sondern bestätigt bloß die Übereinstimmung ihrer Äußerung mit den Angaben in der Karteikarte, die für Dr. Moses offenbar als letzte Instanz gilt und in dieser Form auch jedem anderen Arzt die Ratifikation ermöglicht hätte.

Indem Dr. Moses derart die eigene Subjektivität zurücknimmt, stellt er sich auf eine Stufe mit der Patientin: auch seine eigene Wahrnehmung ist grundsätzlich bezweifelbar, auch ihm darf nicht unbedenklich vertraut werden. Er schlägt faktisch vor, die Lösung ihrer gemeinsamen Unsicherheit in der Einführung einer dritten, unabhängigen Perspektive zu suchen, der er selbst sich sogleich unterwirft. Man kann dies als therapeutischen Akt interpretieren: die Macht des Arztes wird begrenzt, die Position der Patientin relativ gestärkt und ihr damit die Herstellung von Intersubjektivität allererst ermöglicht.³⁵ Das Kontrollproblem scheint damit wesentlich, wie bereits in P2 angedeutet, diese Arzt-Patienten-Beziehung zu strukturieren, und es scheint, weitergehend, nicht auf die innere Realität der Patientin reduzierbar zu sein. Durch Entkoppelung von subjektiver Wahrnehmung und Realitätsprüfung wird eine eindeutig professionelle Beziehung hergestellt, Frau Bebel die Patientenrolle zugewiesen – deren Verletzung ihr in A2 noch indirekt vorgehalten worden war – und der Raum von Gemeinsamkeit auf die Behandlung beschränkt. Die Patientin gerät damit in Zugzwang: sie *muß* jetzt ihr Anliegen vortragen und beginnt damit auch in P3.

Es würde zu weit führen, die Textinterpretation hier weiter auszudehnen. Bei weiterer Diskussion würde die unterschiedliche Problemformulierung von Arzt und Patientin deutlich werden. Der der Patientin zusetzende 'Streß', zugleich äußerliche Belastung (das Schimpfen der Schwester bzw.

³⁵ Das Unternehmen kann nur gelingen, wenn Frau Bebel überhaupt der Empathie fähig ist. Anders gesagt: Dr. Moses geht davon aus, daß seine Patientin ihr Verhalten grundsätzlich motivieren könnte.

anderer Leute (P5)), innere Unausgeglichenheit (Aufregen über die anderen (P5)) und Vermittlung beider (*innere Aufregung anderer Leute (P8)*)³⁶ wird dem Arzt nicht einsichtig, der seinerseits das Problem der Diabetesbehandlung in den Vordergrund stellt (A5, A7, A8 etc.). Deutlich wird, daß Patientin und Arzt hinsichtlich der Krankheitstheorie nicht übereinstimmen: für die Patientin sind Aufregung und Zucker unterschiedliche Ausdrucksformen eines gemeinsamen Krankseins, sie indizieren sich wechselseitig. Unter dieser Voraussetzung bedarf es begreiflicherweise keiner expliziten Bestimmung des Zuckerspiegels. Der Arzt sieht demgegenüber Streß und Stoffwechsellage in einem Folgeverhältnis: aus inadäquater Streßbewältigung (Essen zur Beruhigung) resultiert der erhöhte Zuckerspiegel. Naheliegenderweise wird der Arzt versuchen, auf adäquateres Eßverhalten (→ Kontrolle) zu drängen, während der Patientin die adäquatere Streßbewältigung aus äußeren und inneren Gründen offenbar überhaupt nicht vorstellbar erscheint.

Diese Diskrepanz bleibt ungelöst, so daß das Gespräch nicht einfach beendet werden kann. Wir finden vielmehr eine *doppelte* Schlußform in Analogie zur zweifachen Eröffnung als allgemeiner Beziehungsaufnahme in A1 bis A2 und Rekonstituierung der Institution Arzt-Patienten-Beziehung in A2 bis P3. Hatte das Arzt-Patienten-Gespräch in A71 bis A75 mit Rezeptierung, Wiedereinbestellung und beidseitiger Verabschiedung sein *förmliches* Ende gefunden, so ging Frau Bebel doch erst, nachdem sie auf die ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung – sich in Gesellschaft bewegen – hingewiesen und darob die Anerkennung ihres Hausarztes gefunden hatte (vgl. P75 bis A78). Außerhalb des Sprechzimmers stehend versichert sie, daß "es schon werden wird" (P75) und gibt damit zu verstehen, daß es nunmehr "draußen" doch nicht mehr so kalt ist (vgl. A1).

Es ist insgesamt bemerkenswert, daß, eingelassen in ein psychotherapeutisches Arrangement, eine Diabetes-Behandlung stattfindet, in der Arzt und

³⁶ Daß die Patientin unter einer inneren Aufregung anderer Leute leiden kann, ist erstaunlich, kann sie von deren Existenz doch eigentlich erst nach deren Manifestation wissen. Daß diese ausbleibt, vermag sie nicht als "Ausgeglichenheit" zu interpretieren: die Aufregung der anderen erscheint ihr auch dann noch gewiß, wenn sie nicht sichtbar wird. Es würde einleuchten, wenn der Patientin das Ausrasten anderer zusetzen würde. Die Formulierung legt jedoch ganz im Gegenteil nahe, daß die Patientin gerade durch das Fehlen emotionaler Entäußerung der anderen verunsichert ist. Anders gesagt: ihr fehlt die Zuwendung selbst in deren negativer Variante, als Schimpfen. Damit ist Isolierung und Kontaktlosigkeit beschrieben, eine tiefe Verunsicherung bezeichnet, die sie zum Zwecke der Abwehr gleichsam nach außen (auf andere) verschiebt. Möglicherweise ist zugleich eine ebensolche Unsicherheit der ihr relevanten Anderen (ihrer Schwester) mitbeschrieben, die der Patientin den notwendigen Halt nicht zu geben vermag, weil sie ihn selbst nicht besitzt.

Patientin nicht ihre gemeinsame Wirklichkeit finden.³⁷ Diese liegt, wie in P75-A78 deutlich wird, vielmehr auf der Ebene personaler Akzeptanz, d. h. der Arzt ist für die Patientin nicht so sehr als medizinischer Experte denn als Vertrauter bedeutsam.

Literaturverzeichnis

- Adam, H. & Bahrs, O. & Gerke, H. & Szecsenyi, J. (1991) Videoseminar als Fortbildungs- und Forschungsinstrument. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 8/1991, 22-26
- Bahrs, O. & Köhle, M. (1989a) Hausarzt und Patient im Gespräch. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 18/1989, 34-35
- Bahrs, O. & Köhle, M. (1989b) Das doppelte Verstehensproblem – Arzt-Patient-Interaktion in der Hausarztpraxis. In: Neubig, H. (1989) Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis, Band 4. Berlin: Springer, 103-130.
- Bahrs, O. & Köhle, M. (1990): Die Strukturierung der Arzt-Patienten-Beziehung im Erstgespräch – Analyse auf der Basis von Videoaufzeichnungen in Hausarztpraxen. In: *Medicina Generalis Helvetica* 10/1990, 19-27 und 34-40
- Bahrs, O. & Köhle, M. & Wüstenfeld, G. B. (1990) Der Erstkontakt in der Allgemeinmedizin. Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient als psychosoziale Interaktion. In: Neubig, H. (1990) Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis, Band 5. Berlin: Springer, 181-202
- Oevermann, U. (1986) Kontroversen über sinnverstehende Soziologie. Einige Probleme und Mißverständnisse in der Rezeption der 'objektiven Hermeneutik'. In: Aufenanger, S. & Lenssen, M. (Hg.) (1986) *Handlung und Sinnstruktur*. München: Peter Kindt Verlag, 19-83
- Oevermann, U. & Allert, T. & Gripp, H. & Konau, E. & Krambeck, J. & Schröder-Caesar, E. & Schütze, Y. (1976) Beobachtungen zur Struktur der sozialisatorischen Interaktion" In: Auwärter, M. & Kirsch, E. & Schröter, K. (Hg.) (1976) *Kommunikation, Interaktion, Identität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 371-403
- Oevermann, U. & Allert, T. & Konau, E. & Krambeck, J. (1979) Die Methodologie einer 'objektiven Hermeneutik' und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, H.G. (Hg.) (1979) *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler, 352-434
- Szecsenyi, J. & Köhle, M. & in der Beek, R. & Bormann, M. & Koc, J. (1990) Zur Qualität der allgemeinärztlichen Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus. Ein-Jahres-Ergebnisse aus 12 hausärztlichen Praxen. In: *Allgemeinmedizin* 19/1990, 99-108

³⁷ Die Diskrepanz wird besonders deutlich in (A57)/(P57), wo der Arzt an ihre Selbstverantwortung hinsichtlich der Zuckerbehandlung appelliert und die Patientin demgegenüber sich über Vernachlässigung beklagt und damit keineswegs die Diabetesbehandlung meint. So bleibt ihr nur, sich selbst zu stützen, eine Struktur, die sich bis zum Ende durchhält. (Vgl. P75)

Bild Darstellungen als Dialogbrücken in der Arzt-Patient-Beziehung

Monika Begemann-Deppe

Zusammenfassung

Anhand von drei Zeichnungen wird, fußend auf der sozialwissenschaftlich fundierten Methodologie der "Objektiven Hermeneutik" (Oevermann & Allert & Konau & Krambeck 1979), ein Strukturierungszusammenhang aufgezeigt, der Einblick in eine durch Krankheit erschwerte Adoleszentenentwicklung eröffnet. Der Ertrag dieses Vorgehens für den Kliniker wird "am Fall" demonstriert.

1.

Mit Testverfahren, Fragebögen, Tonband- und Videotechniken operierenden Untersuchungs- und Dokumentationsmethoden sozialer klinischer Prozeduren wohnt heute kaum weniger als der am naturwissenschaftlichen Modell orientierten klinischen Medizin eine Dynamik inne, riesige Datenmengen zu produzieren, die ihrerseits wieder neue Datenlawinen ausklinken. – Wie früh und wie tief diese Form der Annäherung an das unbekannt klinische Objekt bereits verinnerlicht ist, mag ein konkretes Beispiel aus dem psychiatrischen Studentenunterricht verdeutlichen: Hatte nach einer ausführlichen Exploration von Lebens- und Krankheitsgeschichte der Patient das Untersuchungszimmer verlassen, machte sich häufig abrupt eine verzweifelte Ratlosigkeit im Raum breit. Diese kanalisierte sich dann in eine Fülle von Einfällen, die sämtliche darauf hinausliefen, was alles zu fragen versäumt und vergessen worden sei. Es bedurfte großer Anstrengungen, die Fragerichtung umzukehren, um die soeben zusammengetragene, erdrückende Informationsmenge auch nur im Ansatz zu strukturieren und auf ihre klinische Relevanz hin auszuloten – ein Vorgehen, für das der Zeitrahmen einer Unterrichtseinheit nicht annähernd ausreichte und dessen immanente Zwänge, statt thematisiert und aufgelöst zu werden, sich von Mal zu Mal reproduzierten. Daß diese Tendenz, "Überschuß zu produzieren", sich auch in ausgereiften Professionalisierungskontexten wiederfindet, weiß jeder, der mit klinischen Falldiskussionen, Balint-Gruppen-Arbeit oder Supervisions-tätigkeit befaßt ist. –

Ganz anders setzt sich die in der soziologischen Theorie verankerte Methodologie der "Objektiven Hermeneutik" (Oevermann u. a. 1979, Oevermann

1983, 1988, Soeffner 1979) zur Empirie ins Verhältnis. Indem hier die Sinn-aufsättigung auch einzelner Elemente aus einem Kontinuum von Daten reklamiert und für ein methodisch kontrolliertes Verfahren ihrer Erschließbarkeit im Zuge einer extensiven Sinnauslegung forschungspraktische Wege gewiesen werden, könnte ihr im klinischen Denken und innerhalb einer biographisch orientierten Medizin eine wichtige korrektive Funktion zuwachsen.

Im folgenden werde ich zunächst anhand einer Bilddarstellung, die noch vor diagnostizierter Krankheit entstand, die Sinnstrukturiertheit eines Konfliktfeldes herauspräparieren, um dann an zwei späteren Zeichnungen deutlich zu machen, daß die strukturellen Defizite, die erst im Rahmen eines äußerst ungünstigen klinischen Verlaufes in ihrer ganzen Tragweite manifest wurden, bereits "im klinischen Vorfeld" zur Ausformulierung gelangt waren.

2.

Die in Abbildung 1 wiedergegebene Zeichnung nimmt in einem in rotes Saffianleder gebundenen und mit einer verschließbaren Lasche versehenen Tagebuch eine ganze Seite ein. Art und Ausführung der Personendarstellung geben nicht nur sogleich und unzweifelhaft ihre Zugehörigkeit zum Genre des Comics zu erkennen, die Ausführung mit Kugelschreiber und die ohne Korrekturansätze durchgezogene Linienführung weisen das Bild überdies als ein nach einer Vorlage gepaustes aus.

Fehlender Text, das für Comicsequenzen eher untypisch große Format und die Geschlossenheit und Prägnanz der "message" lassen vermuten, daß das (nicht erhaltene) Original am ehesten in die Kategorie jener gefalteten, auf der Vorderseite mit Bild – häufig auch mit Text – versehenen Briefkarten fällt, wie sie auf eigens dafür konstruierten Kartenständern in Papiergeschäften zum Kauf angeboten werden. Zu jedwedem Anlaß mit dem rechten Kommentar oder Sinnspruch zur Stelle, werden derartige Karten zu festlichen oder als für den Adressaten bedeutsam erachteten Anlässen verschickt und kommen auch dort als Kommunikationsvehikel zum Einsatz, wo der Absender in primärer oder situativ bedingter Ermangelung souveräner (Selbst-)Thematisierungsmöglichkeiten durch Anknüpfung an einen präfabrizierten, meist humorvoll abgefaßten Bild/Wort-Text das Risiko, sein Inneres ungeschützt bloßzulegen, zumindest partiell entschärfen kann.

Es wäre denkbar, daß auch in unserem Original an der Ober- oder Unterseite ein Worttext plazierte war. Sein faktisches Fehlen in der Kopie könnte jedoch als Hinweis auf eine weitere verbreitete Herkunftsquelle des Comics dienen: es wäre möglich, daß er auf dem Titelblatt oder der "Witzseite" ei-



Abbildung 1

ner Jugend- oder Fernsehillustrierten plazierte war, wo solche Darstellungen häufig mit Bezug auf den Text oder nur "zum Auffüllen" abgedruckt werden.

Wenn wir uns nun dem Inhalt der Zeichnung zuwenden, dann sehen wir ein Mädchen und einen Jungen, beide im pubertären Entwicklungsstadium, das Mädchen vielleicht etwas jünger. Die Arme in kokett-abwehrender, versteifter Haltung auf die Knie gestützt und vor den Leib haltend, ist sie mit ihrem Körper dem Jungen zugewandt, während sie den Kopf zur Seite gedreht hält und mit weit aufgerissenen Augen einen zugleich Zögern und Neugier signalisierenden Blick auf ihn richtet. Der Junge, im Bildvordergrund plazierte, präsentiert sich etwas unbeholfen und deutlich weniger attent. undefinierbar lächelnd, im Ausdruck des Gesichtes mehr nach innen als nach außen zentriert – ein möglicher Hinweis auf seine gesteigerte Phantasietätigkeit – überreicht er dem Mädchen mit der rechten Hand eine langstielige Rose; in der linken, den Blicken des Gegenübers (noch) verborgen, hält er ein Päckchen an einer Schnur fest – ein Detail, das die dargestellte Szene einerseits in einen diachronen Zusammenhang stellt (in verdichteter Form wird eine Geschichte erzählt), ihr andererseits eine Doppelbödigkeit verleiht, deren Verursacher sie zugleich dingfest macht. Der kindlich-jungenhafte Eindruck des Akteurs im Bild wird aber nicht nur durch Hinweis auf sein planendes Verhalten, sondern schon rein äußerlich durch das über dem Leib mit nur einem Knopf unter Spannung zusammengehaltene Jackett, die zu kurzen und zu engen Hosen und die ins Riesenhafte ausgewachsenen Füße – diese sind den Kinderschuhen bereits endgültig entwachsen – eindrücklich konkretisiert und die Szene mit sexueller Symbolik aufgeladen. –

Kein Zweifel, daß hier ein komplexer thematischer Zusammenhang ins Bild gesetzt ist: die durch den pubertären Entwicklungsschub bei Jungen wie bei Mädchen gleichermaßen ausgelöste Neugier und Spannung in der Orientierung auf das andere Geschlecht; das traditionell dem Mädchen auferlegte, ambivalent tingierte lockend-zurückweisende Gebaren im Ausbalancieren von Annäherung und Distanzierung bei dem Jungen vorbehaltener Steuerung der Situation und Erwartungen an eine aktive und zielstrebige Ausgestaltung seiner Rolle; als latente konflikthafte Botschaft wird schließlich das äußere und innere Krisenpotential, das mit dem biographisch zu vollziehenden Bedeutungssprung im Übergang von spielerisch-erotisch werbender Annäherung ("Rose") zur sexuellen Initiation ("Päckchen") freigesetzt wird, auf den ersten Blick clichéhaft, bei genauerem Hinsehen jedoch mit großem zeichnerischen Können ins Bild gesetzt. – Kenner der Comic-Literatur werden den Jungen bereits als "Gaston", eine Figur des belgischen Cartoonisten Franquin identifiziert haben.

Die Person, die den Comic in ihr Tagebuch gepaust hat, muß von der Thematik stark berührt gewesen sein. Die naheliegendste Vermutung, daß ihr eigenes psychosexuelles Entwicklungsstadium mit dem der dargestellten Figuren in eins fallen könnte, würde sich ihrerseits harmonisch in das Faktum der Plazierung in ein Tagebuch einfügen; hat doch das Verfassen von (geheim geführten) Tagebuchtexten seinen typischen biographischen Ort im Übergang von Pubertät zu Adoleszenz, der kritischen und konflikträchtigen Phase von Ich-Identitäts- und Autonomiebildung, die "mit der für die Frühadoleszenz typische(n), übersteigerte(n), egozentrische(n) Selbst-Reflexion" (Döbert & Nunner-Winkler 1975, S. 43) einhergeht.¹ Für Ausmaß und Intensität des affektiven Beteiligtseins spricht auch die sorgfältige Kolorierung der Blüte, der Haarschleifen und vor allem der Hautpartien mit leuchtendem Rotstift wie die ebenso exakt ausgeführte Ausmalung der Haare mit schwarzem Bleistift (möglicherweise in Anlehnung an die Originalvorlage); die pausende Person scheint "mit Haut und Haar" in den Bann des Dargestellten geraten zu sein. In der roten Farbwahl drückt sich ein weiteres Mal das auf die Kopie übergesprungene hochgespannte Erregungspotential der Szene, ihre Polarisierung im Schwarz-Rot-Kontrast aus.

Daß hier eine Identifizierung vonstatten gegangen ist, findet seine nachhaltigste Bestätigung jedoch im Vorgang des Pausens selbst; wie anders wäre nämlich das sorgsame Nachfahren der Linien eines anderen zu verstehen, denn als Versuch, ganz in dessen Vorstellungswelt einzudringen und sich sein Wissen anzueignen – im konkreten Fall, die komplexen Zusammenhänge einer zwar typisierten, jedoch immer wieder neu und individuell auszugestaltenden Situation dem eigenen, höchst intimen Erlebens- und Erfahrungshorizont, wie er sich in einem Tagebuch zu artikulieren pflegt, Zug um Zug anzuverwandeln.

Die Faszination und Attraktion, die von einem solchen, aus der Erwachsenenperspektive auf die Jugendlichen besonders gemäßige Comic-Sprache

¹ Döbert und Nunner-Winkler geben eine prägnante Skizzierung des Problemfeldes: "Das optimale Resultat des für die Adoleszenzphase typischen Entwicklungsschubs ist die Transformation der strikt rollengebundenen Identitätsformation der vorangehenden Periode in eine stärker individualisierte, relativ rollenunabhängige Form der Integration des Persönlichkeitssystems. Ausgelöst wird dieser Schub durch eine Reihe von Veränderungen des Rollensystems, und zwar sowohl durch Ausweitung des Rollensets wie durch qualitative Veränderung alter Rollen (Geschlechterrolle). Um einige Veränderungen zu nennen: Intensivierung der "peer-group"-Interaktion; Aufbau heterosexueller Beziehungen; Vorbereitung auf die Berufsrolle und Konkretisierung der Staatsbürgerrolle; Veränderung der Beziehung zur Herkunftsfamilie, tentativer Erwachsenenstatus. In diesem Netz von Erwartungen muß der Jugendliche agieren, ohne daß die Lösung möglicher Konflikte durch eine eindeutige Hierarchisierung präjudiziert wäre oder einfach anderen Agenten angelastet werden könnte. Damit ist genau die Situation gegeben, in der (...) Intersubjektivität auf hochgradig autonome Individualität verwiesen ist" (Döbert & Nunner-Winkler 1975, S. 41 f.).

transponierten Bildtext ausgeht, ist durchaus plausibel motivierbar: hier werden von einer ausgereiften Position her Problemaspekte einer Lebensphase mit einer Souveränität "auf den Punkt gebracht", wie dies nur aus retrospektiver Distanz und niemals aus der Situation eigenen Betroffenseins heraus möglich wäre. Der subjektive Ertrag einer minutiösen Einverleibung des Originals könnte genau darin liegen, daß bis dahin nur diffus Phantasiertes, Halb- und Noch-nicht-Gewußtes den unfertigen und unausgereiften inneren Strukturen zugeführt und als Material "eingefüttert" wird, aus dem dann Phantasien und Tagträume in der für diesen Lebensabschnitt charakteristischen Weise neue Nahrung ziehen können.² Dabei wird im konkreten Fall alles davon abhängen, ob sich die an den Vorgang des Pausens geknüpfte Phantasietätigkeit eher auf die progressive Seite der Bildaussage schlägt, oder stärker an die regressive Seite der im Comic ausformulierten Ambivalenz anknüpft – mit anderen Worten, ob triebhafte Wünsche ermutigt und verstärkt, oder ob eher angstbesetzte Affekte und Vorstellungsinhalte aktualisiert werden. –

Aus der formalen Qualität der Darstellung können wir bisher nur soviel schließen, daß der investierte Zeitaufwand und die Akkuratheit der Ausführung nicht gering zu bemessen sind; auch die durchaus schwungvolle und souveräne Strichführung verleiht der Kopie ein gewisses Maß an eigenständiger Qualität.

Umso mehr macht sich ein irritierendes inhaltliches Detail bemerkbar: Während die männliche Figur sicher und fest im Bild steht, fehlt ganz offensichtlich unter dem Leib des Mädchens eine Stütze als zur Körperkontur korrespondierendes Bildelement. Eine Bank oder ein Mäuerchen müssen im Original – vielleicht als farbige Fläche – vorhanden gewesen sein; anderenfalls entbehrten die rechtwinkligen Übergänge an Steiß und Knie jeglichen Sinnes innerhalb einer Komposition, auf deren Professionalität bereits hingewiesen wurde.

Es gibt zu denken, daß diese "Leerstelle" trotz offensichtlicher zeichnerischer Sorgfalt nicht als ergänzungsbedürftig identifiziert und aufgefüllt wurde. Stellt man in Rechnung, wie sich das unausgeführte Detail auf den Bildinhalt auswirkt, welcher Eindruck auf Grund seines Fehlens beim Betrachter evoziert wird, so ist unzweifelhaft, daß die im Original bereits intendierte Wirkung von Unsicherheit auf Seiten des Mädchens dadurch, daß sie jetzt tatsächlich "auf der Kippe steht", verstärkt wird. Es scheint daher nicht zu weit gegriffen, den "Defekt" im Bildtext wie eine Fehlleistung zu behan-

² Als weitere ergiebige Quellen fungieren nicht "jugendfreie" Filme oder im entsprechenden kulturellen Milieu auch literarische Texte, wie z. B. die "einschlägigen" Stellen in D. H. Lawrence's "Lady Chatterley's Lover" usw.