



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

**Arzt-Patienten-Interaktion: Eine Analyse der Interaktion
zwischen Arzt und Patient bei wechselseitiger
Bedeutungszuschreibung des Rahmens**

Bachelorthesis zur
Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt von Ina Kraatz

Urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2016-0394-8

Erstprüfer: Prof. Dr. Johannes Boettner
Zweitprüfer: Prof. Dr. Volker Kraft

Datum: 13.06.2016

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angebenden Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit habe ich bisher keinem anderen Prüfungsamt in gleicher oder vergleichbarer Form vorgelegt. Sie wurde bisher auch nicht veröffentlicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit mit Hilfe eines Plagiaterkennungsdienstes auf enthaltene Plagiate überprüft wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Die Arzt-Patienten-Beziehung aus soziologischer Perspektive	2
1.1. Arzt-Patienten-Beziehung im historischen Zusammenhang	3
1.2. Die Sozialisationsprozesse	5
1.3. Die Rolle des Arztes aus soziologischer Sicht	7
1.4. Die Rolle des Patienten aus soziologischer Sicht	8
1.5. Gesellschaftstheoretischer Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung	9
2. Die Bedeutung von „Rahmen“ für die Arzt-Patienten-Interaktionen	10
2.1. Rahmenanalyse nach Erving Goffman	10
2.2. Interaktionsrituale im Hinblick auf Situationen und ihre Menschen	12
2.3. Rituelle Rollen und das Selbst	13
2.4. Ehrerbietung und Benehmen	15
2.5. Verlegenheit und soziale Organisationen	18
3. Arzt-Patienten-Interaktion anhand eines Praxisbeispiels (beispielhafte Illustration)	22
3.1. Verständigungsprobleme zwischen Arzt und Patienten	22
3.2. Die gelingende Kooperation zwischen Arzt und Patienten	23
3.3. Methodischer Hintergrund zur Datenerhebung	26
3.4. Interaktion zwischen Arzt und Patient	27
3.5. Ergebnisse der Illustration	31
3.6. Relevanz der Erkenntnisse für die Arzt-Patienten-Interaktion	33
4. Schlussbemerkung	34
Literaturverzeichnis	36

Einleitung

Eine gute Arzt-Patienten-Interaktion gilt als Voraussetzung und Basis für den Behandlungserfolg. Die Zusammenarbeit von Arzt und Patient hängt von unterschiedlichen Erwartungen und Wertehaltungen ab. Auf beide Seiten sind durch verschiedenste Prägungen und Sichtweisen, auf die Art und Weise eines Umgangs miteinander, entstanden und stellen eine Herausforderung dar. Die Sichtweisen des Gegenübers werden nur bedingt und unvollständig berücksichtigt und so scheint eine Irritation des Interaktionsverhaltens als unausweichlich. Damit der Patient eine adäquate Behandlung erhält, ist die gelingende Interaktion mit dem Arzt entscheidend. Zudem sollte der Arzt in der Lage sein, den Patienten so gut wie möglich zu verstehen, um daraufhin die Diagnose festzustellen und aufgrund dessen eine geeignete Therapieform zu besprechen.

In meiner Tätigkeit als Sozialarbeiterin in einer psychiatrischen Klinik, konnte ich empirische Beobachtungen im Hinblick auf die Art der Begegnung zwischen Arzt und Patienten durchführen. Dabei ist mir aufgefallen, dass einige Patienten ihr Verhalten änderten, wenn der Arzt vor ihnen stand. Ab dem Moment der Zusammenkunft entwickelte sich das Gespräch in eine andere Richtung. Die Patienten bekamen eine zittrige Stimme und waren deutlich angespannt. Ihre verbalen Fähigkeiten nahmen unsichere Züge an und die Interaktion schien eine nicht beabsichtigte Änderung anzunehmen. Und auch der anwesende Arzt reagierte entsprechend. Aus diesem Grund möchte ich der Frage nachgehen: Warum kommt es zwischen Arzt und Patienten zu Verständigungsproblemen? Ist die Erklärung bei den einzelnen Personen zu finden oder liegen die Gründe auf ganz andere Ebenen? Und wie kann eine gelingende Interaktion gestaltet werden?

Die Bachelorarbeit ist so strukturiert, dass zunächst auf die historische Sichtweise der Arzt-Patienten-Beziehung eingegangen wird und anschließend auf die Sozialisationsprozesse sowie die unterschiedlichen Rollen der Akteure. Ich habe bei der Ausführung der Rollenfunktion des Arztes und den Patienten, eine Quelle verwendet, die mir als Auszug zur Verfügung stand, aber keinerlei Seitenangaben enthielt. Deshalb habe ich mich auf die Benennung der Autoren und dem Jahr der Veröffentlichung bezogen. Da ich die Ausführungen und Erklärungsmodelle als glaubwürdig erachtet habe, fügte ich die daraus abgeleiteten Erkenntnisse in die Arbeit mit ein.

Im Hauptteil liegt der Focus auf die Schilderung der Bedeutungsweise des Rahmenaspektes sowie der Auslegung einzelner Ausschnitte der Interaktionsrituale. Für die Bearbeitung der Kernthese habe ich mich, nach der Recherche zahlreicher Literaturen und Internetquellen, für die Publikationen des amerikanischen Soziologen Erving Goffman entschieden. Goffman gilt in der Soziologie als einer der Klassiker wenn es um sich Erklärungsmuster in Bezug auf Verhaltensweisen im gesellschaftlichen Kontext und zudem um das Autonomiebestreben des Einzelnen handelt. Nach dem theoretischen Teil erfolgt anschließend die Darstellung einer beispielhaften Illustration. Hierbei handelt es sich um eine Arzt-Patienten-Interaktion die, anhand dieses Beispiels, einen möglichst praxisnahen Bezug erkenntlich machen soll. Dabei beschränkt sich Darstellung auf eine verkürzte, sekundäranalytische Betrachtungsweise, aus Gründen des Umfangs der Bachelorarbeit. Als Literatur verwende ich eine Dissertationsarbeit, in der sich eingehend mit der vorgestellten Thematik befasst wurde.

Abschließend werden die Ergebnisse der Forschung aufgezeigt und interpretiert. Eine Zusammenfassung und die Beantwortung meiner Fragestellung, sowie ein daraus abgeleitetes Fazit wird die Bachelorarbeit abrunden.

1. Die Arzt-Patienten-Beziehung aus soziologischer Perspektive

Die Arzt-Patienten-Beziehung¹ stellt eine besondere Form der Begegnung zwischen zwei Menschen dar. Sie besteht aus bestimmten politischen, ökonomischen, kulturellen und juristischen Rahmenbedingungen. Beide Parteien treffen in einer in sich spezifisch geregelten Struktur aufeinander, wobei sie sich selten gegenseitig aussuchen können. Daraus resultiert unstreitig ein Zwangskontext (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010,S.7). Zwischen Arzt und Patienten herrscht eine Asymmetrie, wobei der Arzt als Helfender und der Patient als Hilfsbedürftige hervortritt. Die Erwartungen was eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient auszeichnet, klaffen dabei auseinander. So wird beispielsweise beschrieben, dass Ärzte das Informationsbedürfnis ihrer Patienten unterschätzen und das Zeitkontingent für ein ausführliches Aufklärungsgespräch mangelhaft sei. Diese Erkenntnisse weisen auf mögliche Schwierigkeiten und Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung hin (vgl.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird für die Geschlechterbezeichnung die männliche Form verwendet.

Begenau/Schubert/Vogd 2010, S.7). Die Patienten fühlen sich zu wenig beachtet, ungenügend aufgeklärt und mit Fachtermini konfrontiert. Ärzte wiederum beklagen eine wachsende Unzufriedenheit, weil deren Rat- und Therapievorschläge nicht eingehalten werden. Hinzu kommt eine systematische Verknappung der Behandlungszeit und der hohe Verwaltungsaufwand, welches unweigerlich zu einer beidseitigen Unzufriedenheit führt (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010, S.7). Die Vorstellungen wie ein guter Arzt zu sein und wie ein Patient sich zu verhalten hat, sind auch kulturell und gesellschaftlich vorgeprägt. Werden die Vorstellungen nicht bedient, kann es zu Problemen und Spannungen im System kommen. Vorherrschende Arbeitsbedingungen in Praxen und Kliniken sowie deren Abrechnungsmodalitäten erschweren die Beziehung zum Patienten und fließen oft unbemerkt in das Arzt-Patienten- Beziehungsgeflecht mit ein (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010,S.8). Die soziologische Betrachtungsweise ermöglicht ein Erkennen der Vielschichtigkeit in den Beziehungskonstellationen. Um einen erweiterten Einblick in die Interaktionsprozesse zu erhalten, wird im folgenden Abschnitt auf die historischen Ereignisse in der Arzt-Patienten-Beziehung eingegangen.

1.1. Arzt-Patienten-Beziehung im historischen Zusammenhang

Im Jahr 1800 in der Zeit des Mittelalterts und der Frühen Neuzeit herum, galt eine enge Arzt-Patienten-Beziehung als nicht vorgesehen. Der Mensch als Individuum wurde mit seinen Gefühlen, Ansprüchen und Bedürfnissen gezielt ausgeblendet. Schweickardt sagt in seiner Publikation von 2006, dass eine Änderung des staatlichen Gesundheitswesens zu Beginn des 19. Jahrhunderts begann. Der Beruf des Arztes erlangte zunehmend ein hohes Ansehen in der Gesellschaft. Andere Heilberufe wurden gezielt verdrängt. Des Weiteren wird beschrieben, dass die ärztliche Profession für sich den alleinigen Kontrollanspruch über den Bereich der Heilung von Krankheiten beansprucht und parallel dazu eine Einflussnahme wie etwa der Politik und Krankenkassen verdrängt (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010,S.10). In den letzten zweihundert Jahren zeichnete sich ein spannungsgeladener Prozess in der Arzt-Patienten-Beziehung ab. Hierbei beeinflussten sich die Zuständigkeiten der Ärzte, der Krankenkassen und des Staates wechselseitig. Die Vorstellungen über die Bedürfnisse von Patienten waren so unterschiedlich ausgeprägt, wie die jeweiligen Organisationen selbst (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010, S.10). In den Vormodernen orientierte sich die

traditionelle Medizin einem magischen Weltbild. So sollten durch eine unmittelbare Manipulation von Symbolen, wie z.B. die Beschwichtigung von bösen Geistern und die Gabe heilender Essenzen, die Krankheit aus dem Körper verbannt werden sollte. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Patient als Subjekt mit seinen individuellen Bedürfnissen nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit stand. Der Patient als solches spielte bei der Erhebung der Diagnostik und der daran anschließenden Therapie eine geringe Rolle (vgl. Begenau/ Schubert/Vogd 2010,S.9). Erst seit Entstehung einer bürgerlichen Gesellschaft kann der individualisierte Patient Verständnis für die Möglichkeiten zur Entfaltung seiner individuellen Bedürfnisse einfordern. Der Arzt kommt tritt nunmehr als subjektiver Interpret bei der Erstellung von Diagnose und Therapie in Erscheinung. Zur eindeutigen Krankheitsfeststellung muss sich der Arzt die Symptome vom Patienten aufzählen lassen und im Anschluss daran eine körperliche Untersuchung vornehmen (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010, S.10). In der Vormodernen war der Arzt vorrangig in der privatärztlichen Konsultation wohlsituerter Patienten, z.B. an königlichen Höfen, tätig. Um eine Diagnose stellen zu können bedienten sich die Ärzte eines eingehenden Gesprächs. Durch die Reformierung im 19.Jahrhundert änderte sich die bis dato gängige Praxis völlig. Die Kliniken erfuhren eine Strukturänderung in organisatorischen und rechtlichen Belange, um eine breitere Völkerschicht medizinisch versorgen zu können. Auch eine neue Untersuchungsmethode wie z.B. das Benutzen eines Stethoskops und somit einen objektiven Zugang zum menschlichen Körper geschaffen wurde. Dieses Vorgehen wurde als die hauptsächliche „Zerstörung“ der Arzt-Patienten-Beziehung seitens der Mediziner empfunden (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010, S.12). Durch die Verbreitung der Krankenhausbehandlung und die zunehmende Festanstellung von Ärzten in den Kliniken, ermöglichte es den Fortschritt der modernen Medizin hinsichtlich der Diagnostik und Therapie. Der Patient war durch Anonymität und Disziplin objektiviert und vermehrt auf seine biologischen Körperfunktionen reduziert. Mit der Entwicklung der modernen Medizin, wurde auch die Wirtschaft und Politik ein Teil des Bezugssystems (vgl. Begenau/ Schubert/Vogd 2010, S. 11). In dem heute aktuell gängigen Medizinstudium, scheint die Patientenperspektive kaum von Bedeutung zu sein. Der Focus liegt über die der Asymmetrie und der des objektiv behandelnden Arztes. Ausgangspunkt dieser Praxis sei der Beginn des Medizinstudiums im Seziersaal. Dies sei der Ort, an dem die Studenten lernen, mit ihrer eigenen Scham, Ekel, Distanz und Aggressionen umzugehen. Auf dieser erlernten und erduldeten eigenen Haltung, lässt sich aufbauen, um zunächst die

eigenen Schmerzen und Beschwerden auszublenden (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010, S.13). In der zweiten Phase des Studiums, zu der das Tragen des weißen Kittels und die Famulatur gehören, lernen angehende Mediziner die Härten der Hierarchie in der organisierten Medizin kennen. Im praktischen Jahr kommen die Verantwortungsübernahme gegenüber den Patienten und der Zeitdruck hinzu. Immer an der Grenze der Belastbarkeit schälte sich der einseitige Blickwinkel auf den entpersonifizierten Patienten heraus. Dieser so entstandene Kontext wurde zum medizinischen Habitus und überlagert jede Arzt-Patienten-Beziehung. Auch wenn durch die Anonymität des Patienten in den Kliniken neueste medizinische Forschungsergebnisse gewonnen werden konnten, und es in diesem Zusammenhang als Vorteil zu verstehen sein soll, den Menschen nicht als Subjekt zu betrachten, gehen dadurch die Mitspracherechte des Patienten verloren (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010, S. 13).

1.2. Die Sozialisationsprozesse

Der Mensch wird nicht einfach schemenhaft in eine Welt hinein geboren und entwickelt sich dann „einfach so“. Er ist äußeren gesellschaftlichen Faktoren ausgesetzt, die gewisse Erwartungen an ihn hegen. Um von der Gesellschaft akzeptiert zu werden und seinen Platz in dem ihm umgebenden System zu finden, muss er eine Art Reifeprüfung ablegen. Hierbei beweist dieser, dass er sich gemäß seinen Anlagen und vorgegebenen Strukturen zu einem gesellschaftsakzeptierten Menschen entwickelt hat und als vollwertiges Mitglied in die Gesellschaft aufgenommen werden kann. Der Sozialisationsbegriff bezeichnet den lebenslangen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung. Es findet ein komplexes Zusammenspiel zwischen gesellschaftlichen Einflüssen, der jeweils spezifischen materiellen, kulturellen und sozialen Umwelt und der eigenen aktiven individuellen Aneignung statt. Das Ziel hierbei ist, gesellschaftlich handlungsfähig zu werden und sozial geltende Regeln und Normen und die damit verbundenen Verhaltensanforderungen zu übernehmen, und Handlungskompetenzen auszuprägen (vgl. Ehrhardt 2011, S.826). Der Begriff der Sozialisation stammt aus der Soziologie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Emile Durkheim (1907) führte ihn in die wissenschaftliche Diskussion ein. Durkheim deutete damit auf die Gesamtheit der Prozesse hin, durch die die menschliche Persönlichkeit dahingehend gesellschaftsfähig gemacht wird, dass das einzelne Mitglied die Kunst des sozialen Handels

seiner Gesellschaft lernt (vgl. Hurrelmann 2006, S.15). Es gibt eine Vielzahl von wissenschaftlichen Definitionen darüber, was Sozialisation ist. Im allgemeinen Konsens setzt sich die Definition von Hurrelmann durch. Hurrelmann sagt: Sozialisation ist zu begreifen „als Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt. Vorrangig thematisch ist dabei, wie sich der Mensch zu einem gesellschaftlich handlungsfähigen Subjekt bildet“ (Hurrelmann 1980, S. 51). Dabei wird deutlich, dass weder die genetische Veranlagung und Disposition für sich genommen die Entwicklung eines Menschen beeinflusst, noch allein die Gesellschaft verantwortlich gemacht werden kann. Bei dem Prozess der „Menschwerdung“ sind sowohl die eigenen individuellen Erbanlagen beteiligt, als auch die Interaktionsvorgänge zwischen Person und seiner Umwelt mit deren typischen Werte und Normenschamatas. Es ist ein Wechselspiel zwischen Anlagen und Umwelt. In der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt zeigt sich der (heranwachsende) Mensch als ein aktives handelndes Wesen, dass sich nicht nur an die ihm vorgegebene Werte und Normen anpassen. Er erforscht seine Welt während des Aneignungsprozesses der materiellen und sozialen Umwelt, die sich durch seine individuellen Handlungsspielräume darstellen und gestaltet sie aktiv mit. Ehrhardt spricht in diesem Zusammenhang von einer Art Ko-Produktion zwischen einerseits der Vergesellschaftung des Individuums und der Individuation. Beide Aspekte bestimmen den Sozialisationsprozess (vgl. Erhardt 2011, S. 827). Sozialisation vollzieht sich auf bestimmten Ebenen. Diese sollen hier der Vollständigkeit halber kurz benannt werden. Da wird einerseits die Mikroebene beschrieben. Sie stellt die ganz persönliche, individuelle Ebene unter Familienmitgliedern dar. Die Mesoebene bezieht alle sozialen Beziehungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, wie z.B. Erziehungs- und Bildungseinrichtungen mit ein. Als dritte Ebene wird die Makroebene beschrieben. Diese Ebene schließt die vorherrschenden kulturellen, sozialen und ökonomischen Bedingungen mit ein. Die Sozialisation gilt als lebenslang und ist nie ganz abgeschlossen (vgl. Erhardt 2011, S.827). Ausgangspunkt der Erforschung der menschlichen Entwicklung ist in der Kindheit und Jugend zu finden. Die Entwicklung vollzieht sich dabei in drei Stufen. Die Primäre Sozialisation gilt als die erste Stufe in der gesamten Entwicklung. In dieser ursprünglichen Phase der Sozialisation steht die Familie als Sozialisationsinstanz im Vordergrund. In sie wird das Kind hineingeboren und verbringt dort die ersten Lebensjahre. Die sekundäre Sozialisation beginnt etwa mit dem Eintritt in das 6. Lebensjahr. Hier kommen verschiedenste Erziehungs- und

Bildungsinstitutionen dazu, die auf die Entwicklung des jungen Menschen Einfluss nehmen. Es setzt sich produktiv mit seinem Umfeld und den dazugehörigen Menschen auseinander, lernt und nimmt im Anpassungsprozess neue Rollen ein. Die dritte Stufe wird als tertiäre Sozialisation bezeichnet. Hier werden berufliche und organisatorische Einflüsse auf die Persönlichkeit wirksam. Der Mensch selektiert seinen Beruf und erlebt einen Sozialisationsprozess durch seine Ausbildungs- und Arbeitstätigkeit. Die individuelle Persönlichkeit beginnt sich zu entfalten und auszuformen (vgl. Ehrhardt 2011, S. 827).

1.3. Die Rolle des Arztes aus soziologischer Sicht

Der US-amerikanische Soziologe Talcott Parsons arbeitete in seinem Werk(1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin die verschiedenen Rollenzuschreibungen in der Arzt-Patienten-Beziehung heraus. Er charakterisiert diese Rollen als komplementär, d.h. das Handeln von Arzt und Patient soll optimal aufeinander abgestimmt sein und sich ergänzen. Demnach schreibt Parson, dass der zentralen Rolle des Arztes die Verantwortung für das Wohl des Patienten zukommt (vgl. König/Tönniesmann 1970). Als weitere Rollenerwartungen beschreibt Parsons zunächst die Berücksichtigung der sogenannten *affektiven Neutralität*. Dabei soll der Arzt den Patient ohne Beeinflussung eigener persönlichen Gefühlen wie etwa Zu- oder Abneigung behandeln. Die ärztliche Hilfe soll uneingeschränkt jedem zuteilwerden und zudem haben Patienten den Anspruch, nach gleichen Grundsätzen ärztlicher Kunst behandelt zu werden. Zudem muss der Arzt über ausreichende fachliche Kompetenz verfügen (vgl. König/Tönniesmann 1970). Hinsichtlich der Komplexität der Behandlung von Menschen reicht der fachliche Know how nicht aus. Der Mediziner muss in der Lage sein Diagnosen zu stellen und entsprechende Therapieformen zu wählen. Da der gegenwärtige Stand der medizinischen Erkenntnisse und Verfahrensweisen eine immer fortwährende Therapie nicht zulässt, ist eine gewisse Ungewissheit für unbekannte Ursachen Zusammenhänge beim behandelnden Arzt zu verzeichnen. Dadurch können Frustrationen und emotionale Belastungen hervorgerufen werden, was wiederum eine rationale Einstellung bei der Arbeit erschweren kann (vgl. König/Tönniesmann 1970). Als weitere Rollenfunktion tritt die Überlieferung der funktionalen Spezifität ein. Der Arzt soll sein Handeln auf ärztliche Leistungen beschränken und sich nicht zu anderen Gebieten äußern, z.B. keine Beratung in weltanschaulichen Fragen vornehmen. Zudem wird vom Arzt

die sogenannte Kollektivitätsorientierung erwartet. Er soll uneigennützig sein und seine Behandlung nicht an seinem persönlichen Gewinn ausrichten. Jene Rollenfunktion kommt einer sozialen Kontrolle zu (vgl. König/Tönniesmann 1970). Drei weitere kritische Merkmale werden hinsichtlich der Arztrolle erwähnt. Da ist erstens der Zugang zum Körper des Patienten. Den benötigt der Arzt um den Patienten adäquat untersuchen zu können. Als möglicher Kritikpunkt wird das Phänomen der Übertragung in der psychotherapeutischen Arbeit erwähnt, die durchaus einen realen Bezug zum Alltag eines Arztes in seiner Tätigkeit darstellen (vgl. König/Tönniesmann 1970). Die Spezialisierung auf einem Gebiet der Medizin ermöglicht dem Arzt die alltägliche Praxis in ein abgegrenztes Teilgebiet, die für den Patienten auch als Orientierung der Profession und deren zugehörigen Grenzen dienen. Die Herstellung einer emotionalen Neutralität schützt den Arzt vor potentiell hinderliche Situationen. Somit deckt sich das Verhaltensmuster mit der damit einhergehende Haltung und Einstellung innerhalb beruflich legitimen Grenzen (vgl. König/ Tönniesmann 1970).

1.4. Die Rolle des Patienten aus soziologischer Sicht

Parsons Analyse hinsichtlich der Rollenzuschreibung des Patienten beinhaltet folgende beschreibende Merkmale: Hilflosigkeit- bzw. Hilfsbedürftigkeit, fachliche InkKompetenz und die damit einhergehende Asymmetrie und das emotionale Engagement (vgl. König/Tönniesmann 1970). Die kranke Person befindet sich in einem Ausnahmezustand und ist im medizinischen Sinne hilfsbedürftig. Dadurch zeigt er zwar abweichendes Verhalten für das dieser nicht verantwortlich gemacht werden kann. Somit sei der Patient von sozialen Normen befreit (vgl. König/Tönniesmann 1970). Bei einem gesunden Menschen würde dieses Verhalten als unangemessen gelten. Der Kranke wird für seine Krankheit zunächst nicht verantwortlich gemacht. Da die kranke Person nicht über ausreichendes fachliches Wissen verfügt und sein Handeln aufgrund dessen nicht adäquat wäre, unterliegt er mehr oder weniger dem Urteilsvermögen des Arztes. Diese Situation beschreibt Parsons als sozial-kulturell bedingte Kommunikationslücke (vgl. König/Tönniesmann 1970). Aus Sicht des Patienten ist es für ihn fast unmöglich ein sachliches Urteil zu bilden. Denn Leiden, Lebensgefahr und Hilflosigkeit beinhalten eine Störung der Erwartungen an das Leben der Patienten. Dieser Zusammenhang führt zu komplexen und schwierigen emotionalen Anpassungsproblematiken, die mit situationstypischen Spannungen einhergeht. Daraus

resultieren zweierlei Konsequenzen. Der Patient ist angehalten, sich dem behandelnden Arzt gegenüber Complaince, d.h. kooperativ zu zeigen und den Anweisungen Folge zu leisten. Es wird erwartet, dass sich der Kranke eigenverantwortlich darum bemüht, schnell wieder zu genesen. Uns nicht zuletzt ist es auch die Gesellschaft die die bestimmten Erwartungen an den Patienten hegt (vgl. König/Tönniesmann 1970).

1.5. Gesellschaftstheoretischer Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung

Für die Soziologie stellt sich die Arzt-Patienten-Beziehung als eine spezifisch gerahmte, soziale Einheit dar. Die soziale Rahmung beinhaltet in diesem Kontext die differenziert ausgebildete Sprache, der ärztlichen Macht oder Asymmetrie sowie die Arztrolle und deren Professionalisierung. Im Zentrum stehen überwiegend die Strukturmerkmale, die Bestimmungsfaktoren und die Wirkkräfte. Eine Expertenbefragung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie ergab, dass diese Faktoren als wesentliche Ziele in der gegenwärtigen humanmedizinischen Ausbildung seien (vgl. Begenau et al. 2008). Im folgenden Abschnitt wird die Begrifflichkeit der sozialen Beziehung skizziert und anschließend die Bedeutung des sozialen Handelns für die Arzt-Patienten-Beziehung näher beleuchtet. Max Weber und Alfred Schütz haben folgende Definitionsvorschläge. Weber sagt: „eine soziale Beziehung soll ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig eingestelltes und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer heißen“ (Weber 1980, S. 13). Im Gegenzug beziehen sich Schütz und Luckmann darauf wie folgt: „Soziale Beziehungen entstehen im gesellschaftlichen Handeln. Ihr Fortbestand beruht auf der wechselseitigen Erwartung der regelmäßigen (...) Wiederkehr wechselseitiger Handlungen – und zwar nicht irgendwelcher, sondern bestimmter (...). (Schütz/ Luckmann 2003, S. 583). Hierin sind zwei wesentliche Merkmale erkennbar. Weber sagt, dass es ein Mindestmaß von beidseitiger aufeinander gestellter Beziehung geben muss, es jedoch keinen gleichen Sinngehalt in der sozialen Beziehung geben muss. Durch die Handlungen erschaffen die Beteiligten ein Sinngefüge. Schütz und Luckmann legen den Focus auf die Formen des gesellschaftlichen Handelns. Hierbei unterscheiden sie zwischen mittelbar oder unmittelbar und zwischen Individuen und Typen. Die unmittelbare Arzt-Patienten-Beziehung stützt sich auf die direkte Konsultation. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus. Beide

Akteure treten sowohl als Typen (Träger sozial geformter Rollen) als auch als einzigartige Individuen (Träger persönlicher Erfahrungen und spezifischen Befindlichkeiten) auf (vgl. Schütz/Luckmann 2003, S. 548 ff.). Die Erklärungsansätze der sozialen Beziehungen bei Weber bzw. bei Schütz und Luckmann weisen auf die Beziehungsentfaltung zwischen zwei Akteuren in einer charakteristischen Konstellation hin. Dabei ist die wechselseitige Orientierung von zentraler Bedeutung. Wesentliche Kennzeichen beschreiben die jeweiligen Wissensbestände, die typisierten Handlungsmuster, den Bezug zum medizinischen Befund sowie die Integration der sozialen Strukturen. In dem Beziehungsgefüge treffen auch immer zwei Persönlichkeiten mit ihren jeweils eigenen Motiven, Interessen und Ängste aufeinander (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2010 S. 15).

Die Begegnungen zwischen Arzt und Patienten, sowie den Begegnungen des Menschen im Allgemeinen, sind aus soziologischer Perspektive von äußeren Bedingungen gerahmt. Die Rahmen beinhalten gewisse Einflüsse die sich unmittelbar auf die Verhaltensweisen auswirken. Um auf diese Blickwinkel eingehen zu können, wird im Folgenden die Bedeutung der Rahmung für die Arzt-Patienten-Interaktion Gegenstand der Aufmerksamkeit sein.

2. Die Bedeutung von „Rahmen“ für die Arzt-Patienten-Interaktionen

Die gelingende Arzt-Patienten-Beziehung ist von mehreren Faktoren abhängig. Beide Interaktionspartner definieren die Situation der Beziehung bereits im Ansatz völlig unterschiedlich. Der amerikanische Soziologe Erving Goffman bezeichnet diesen Vorgang als „Rahmen“. Diese Rahmen stellen eine Wirklichkeitssicht, eine Perspektive dar, in der ein gegebenes Problem wahrgenommen und verstanden wird. Diese Situationseinschätzungen beeinflussen die Arzt-Patienten-Beziehung in erheblichem Maße. Der folgende Abschnitt soll einen kurzen Einblick in die Rahmenanalyse und die damit einhergehenden Interaktionsrituale geben.

2.1. Die Rahmenanalyse nach Erving Goffman

Goffman beschäftigt sich mit sozialer Ordnung auf der Ebene der Mikrosoziologie. Die gesamtgesellschaftliche Organisation ist seiner Ansicht nach ein Produkt der Interaktion und

deren Ordnung. Er behandelt das kleine Alltagsleben und interpretiert so seine Ergebnisse auf die Makro-Ebene um. Goffman versucht die Erfahrungen des Individuums und dessen Alltagserfahrungen zu analysieren. Jeder Mensch ist durch seine eigene Sozialisation und die damit verknüpften Erfahrungen geprägt. Dadurch wird die eigene Wahrnehmung stark beeinflusst. Goffman geht in seinen Beobachtungen davon aus: „dass wir gemäß gewissen Organisationsprinzipien für Ereignisse – zumindest für soziale – und für unsere persönliche Anteilnahme an ihnen Definition einer Situation aufstellen“ (Goffman 1977, S. 19); diese Elemente charakterisiert Goffman als „Rahmen“. Der Rahmenbegriff wurde in Anlehnung an den Kommunikationspsychologen Gregory Bateson und deren Untersuchungen zum Spielverhalten von Tieren entwickelt. Bateson konnte beobachten, dass die Tiere nicht nur miteinander kämpften, sondern auch Kämpfe spielen. Hierbei präsentierte sich dasselbe Verhalten je nach Zusammenhang eine völlig andere Bedeutung. Innerhalb der eigenen Gruppe erscheint das Kampfverhalten als Spiel, in Bezug auf Fremden als Kampf. Allerdings ist zu beachten ist, dass: „dieses Spielverhalten etwas an sich bereits Sinnvollem genau nachgebildet – hier dem Kämpfen, einer wohlbekannten Art orientierten Handelns“ (Goffman 1977, S.52). Aus der hieraus ableitenden Beobachtung zur Problematik der Kontextualisierung von Verhaltensweisen und Äußerungen, entwickelte Goffman seine Rahmenanalyse. Goffman beschreibt in seinen Ausführungen *Rahmen* als ein Organisationsprinzip der menschlichen Erfahrung und ihre Bedeutung für die soziale Interaktion. Hat der Mensch eine für ihn identifizierbare Situation (Ereignis) erfasst, lässt er seine Reaktion von einem oder mehreren Rahmen oder Interpretationsschemata bestimmen. Diese bezeichnet Goffman als primäre Rahmen. Hierbei steht die Organisation der Erfahrungen für das Individuum im Zentrum der Aufmerksamkeit und nicht die Organisation der Gesellschaft. Der primäre Rahmen beruft sich nicht auf bereits vorhandene Deutungsmuster, sondern bewirkt selbst die erste Deutungsgrundlage der Erkenntnis. Und obwohl die primären Rahmen meist mühelos und vollständig angewendet werden, sind dem Individuum ihre Organisationseigenschaften im Allgemeinen nicht bewusst. Ein Bewusstsein der Rahmen tritt zumeist erst dann zutage, wenn eine zu vorige Irritation ausgelöst wurde (vgl. Goffman 1977, S. 31). Primäre Rahmen werden in natürliche und soziale Einheiten eingeteilt. Hierbei identifiziert der natürliche Rahmen die Ereignisse, die ausschließlich auf natürliche Motive zurück zuführen sind. Das bedeutet, dass keinerlei Einfluss von außen besteht. Hingegen dient der soziale Rahmen als Verständigungshintergrund für

zielgerichtetes Handeln und steuerndes Eingreifen (orientiertes Tun). Goffman geht davon aus, dass bei allen was jemand tun möchte, er stets natürlichen Einschränkungen unterliegt (vgl. Goffman 1977, S. 33). Bei allen Aktivitäten wendet der Einzelne soziale Rahmen vor dem Hintergrund des natürlichen Rahmens an. Es werden mehrere Rahmen gleichzeitig angewandt, wobei manchmal einer der Rahmen im Vordergrund steht. Will der Einzelne sich ein Bild davon machen, was in jenem Augenblick „vor sich geht“ wird er von seinen eigenen Interessen begleitet. Dabei kann er mit seinen Deutungen falsch liegen. Sie können von der Wirklichkeit abgeleitet und unpassend sein. Die Gesellschaft geht davon aus, dass alle Ereignisse in das herkömmliche Vorstellungssystem hinpassen und mit seinen Maßnahmen bewältigbar sind. Aus diesem Grund tut sich der Mensch mit Veränderungen seines Systems von Rahmen schwer. Die Toleranz eines bestimmten Verhaltes ist vom jeweiligen Rahmen in dem es stattfindet begründet (vgl. Goffman 1977, S. 38ff).

Erving Goffman unterscheidet in seiner Analyse zwischen natürlichen und sozialen Rahmen. Kein Ereignis das dem Individuum wiederfährt ist vollständig aus dem Rahmen gefallen. Es besteht zu jeder Zeit ein Sinnzusammenhang, wobei die unterschiedlichen Rahmen vielfältige Funktionen erfüllen. Durch Sinnstiftung und die Verringerung von Komplexität erleichtern sie das Alltagsleben. Durch die Definition und den Erklärungsversuch von Rahmen, liefert Goffman ein bedeutendes Erklärungsmodell in der Interaktionsforschung.

2.2. Interaktionsrituale im Hinblick auf Situationen und ihre Menschen

Treten sich mindestens zwei Akteure gegenüber und nehmen aneinander wahr, ist es der Beginn einer Interaktion. Der Begriff „Interaktion“ wird in der Soziologie als eine eigenständige, mikrosoziologische Ebene verstanden, die sich auf das soziale Leben bezieht. Dabei werden spezifische Bedingungen, Ordnungen und Probleme deutlich herausgefiltert. Immer dann wenn sich zwei oder mehrere Akteure unter der Bedingung der wechselseitigen Wahrnehmung und Handeln aufeinander einzustellen beginnen, findet eine Interaktion statt. Die Interaktion ist in größere soziale Kontexte und Ordnungsmächte wie Politik, Bildung, Wirtschaft und Wissenschaften und deren Beziehungs- und Organisationsstrukturen eingebunden. Daraus resultieren soziale Zwänge unterschiedlichster Art. Es macht einen großen Unterschied ob die Begegnung auf privater Ebene stattfindet oder auf formalen

Boden beispielsweise einer Behörde. Das Interaktionsverhalten wird durch diese äußereren Begebenheiten stark beeinflusst, weil anhand der Situationsdeutung „was wird hier gespielt?“, eine Definition der Situation vollzogen wird. Die Definition der Situation entscheidet darüber, um welche Art von Interaktion es sich aus ihrer Sicht handelt und welches Verhalten voneinander erwartet werden kann bzw. welches Verhalten der Einzelne sichtbar werden lassen muss. Die Verhaltensweisen beider Interaktanten werden jeweils durch den anderen wechselseitig beantwortet. Dieser Vorgang wird von Goffman als Interaktion bezeichnet (vgl. Boettner 2014, S.2 ff). Direkte Interaktion in Verbindung mit situationsgebundene Verhaltensweisen im Hinblick auf Körper- und Geisteshaltungen sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

2.3. Rituelle Rollen und das Selbst

Der Mensch lebt in einer Gesellschaft die aus sozialen Begegnungen besteht. Sie bringt ihn mittelbar oder unmittelbar in Kontakt mit anderen Menschen. In Begegnung zu anderen Menschen, wendet er eine bestimmte Strategie in seinem Verhalten an und verfolgt dabei ein Muster verbaler und nonverbaler Handlungen, die seine vorherige Deutung der Situation und seine Einschätzung der Interakteure widerspiegeln. Sein Gegenüber geht davon aus, dass er nach einer mehr oder weniger bestimmten Intention heraus agiert. Dadurch erschafft dieser sich ein Bild von ihm. Diesen Vorgang muss er bei seiner Beurteilung ihrer Reaktion berücksichtigen (vgl. Goffman 1977, S. 10). Goffman definiert „Selbst“ (Image) als einen positiven Wert den man für sich durch die Verhaltensstrategie erwirkt, von der die anderen glauben, man verfolge sie in einer bestimmten Absicht. Diese sozial anerkannte Eigenschaft wird als Selbstbild bezeichnet und dieses kann von den anderen übernommen werden. Kontakte zu Menschen werden durch das Image erreicht und zumeist durch eine spontane, emotionale Reaktion anerkannt. Dieses Image wird von positiven Gefühlen ummantelt. Die Intensität der Emotionen hängt von der Bestätigung des Gegenübers ab. Wird das Image in der Form bestätigt, die der Interaktant schon lange für „zu ihm gehörig“ hält, wird er vermutlich wenige Gefühle dafür entwickeln. Wenn aber die Begebenheiten ihn auf ein Image festlegen das besser ist als er erwartet, dann wird er sich möglicherweise wohl(er) fühlen. Werden seine Erwartungen hingegen nicht erfüllt, so erwartet man, dass er sich unwohl bzw. verletzt fühlt. Genau aus diesem Grund fühlt man sich der Teilnahme an

einer Interaktion verpflichtet. Da man an sein Image fixiert zu sein scheint, birgt die Gefahr, dass für einen selbst oder dem anderen ungünstige Informationen mitgeteilt werden. Das eigene Image und das des Gegenübers basieren auf Strukturen derselben Ordnung. Im Grunde ist davon auszugehen, dass eine Person ein Image besitzt oder pflegt, dass durch die Auffassungen und Beurteilungen des Anderen bestätigt wird (vgl. Goffman 1977, S. 11). Da der Mensch sich bei jeder Interaktion der Gefahr aussetzt, verletzt oder erniedrigt zu werden, ist er bestrebt oder gar herausgefordert, sein erworbenes Image stets zu verteidigen. Aus Sorge um sein Image konzentriert man sich auf die gegenwärtige Handlung und berücksichtigt darüber hinaus seine eigene Stellung in der Gesellschaft. Goffman spricht von einem falschen Image, wenn Informationen über seinen sozialen Wert zutage gebracht wurde, die derjenige mit größter Mühe versuchte zu verbergen. Hat jemand gar kein Image erkannt dies sein Gegenüber anhand der fehlenden Verhaltensstrategien, die bei der Teilnahme einer Interaktion vorausgesetzt werden. Hierbei entstehen Ausdrucksformen die nicht erfolgreich in das Ausdruckssystem der Situation einbezogen werden können. Wird dies vom betroffenen Akteur bemerkt, kann es Beschämung, Verwirrung und sogar Verärgerung hervorrufen, die sich sodann in seinem Verhalten und seiner Haltung widerspiegelt. Besitzt er die Fähigkeit zur Unterdrückung seiner Beschämung im Beisein des Gegenübers, so wird der Terminus Gelassenheit verwendet (vgl. Goffman 1977, S.13f.). Erkennen beide Interaktanten die jeweiligen Verhaltensstrategien des Gegenübers, an die ihm präsentiert wurden, so richten sich deren späteren Reaktionen danach. Sie bleiben buchstäblich daran haften (vgl. Goffman 1977, S. 16 f.). Zur Wahrung des eigenen Images werden verschiedene Techniken angewandt. Es können Methoden benutzt werden, die sie ehrenhaft oder unehrenhaft, diplomatisch oder undiplomatisch erscheinen lassen. Das Selbst ist somit als ein Image in einer Interaktion zusammen gesetzt, dass das Selbst als eine Art Spieler in einem Spiel fungiert und das er sich stets der Gefahr bewusst sein sollte, von dem anderen beurteilt zu werden, welches nicht zwingend nach seinen eigenen Vorstellungen geschieht. Die Spieler eines Spiels duellieren miteinander und es hängt von der Fähigkeit des Einzelnen ab, seinen Wert zu behaupten und sein erworbener Ruf, der Teil seines Images wird, durch sein Spiel zu wahren (vgl. Goffman 1977, S. 38). In den persönlichen Kontakten werden soziale Werte und gegenseitige Wertschätzung durch Verwendung von Zeichen und Symbole bestätigt. Jede Gestik, ausgetauschte Blick sowie der Tonfall fließen in die sprachliche Interaktion mit ein und beeinflusst das Geschehen. Durch

einheitliche Gesprächspraktiken wird die Kommunikation vorangetrieben. Die Akteure erkennen sich damit als legitime Gesprächspartner an. Von Ausgleichhandlungen ist die Rede, wenn durch allgemeine Behauptungen oder Mitteilungen die geäußert werden, sich und den Anderen zum Ausgleich verpflichtet ist. Wenn man z.B. als beleidigend und verletzend gehalten wird oder ihm sein Gegenüber nicht zuhört. Gewissermaßen bringt man sich selbst und den anderen in Gefahr und eine Zurückweisung bzw. die Bitte um Verhaltensmodifikation ist die Folge (vgl. Goffman 1977, S. 44f.). Das rituelle Gleichgewicht gilt als wieder hergestellt, wenn die Akteure für sich eine zufriedenstellende Ausgangssituation bewirkt haben. Bei jeder dieser Begegnungen ist es das Ziel, das eigene Image zu wahren und die daraus resultierende Folge ist die Wahrung der Situation. Von beiden Interaktanten wird Feingefühl gefordert um den rituellen Kodex gerecht zu werden und dessen Gleichgewicht zu wahren (vgl. Goffman 1977, S. 47).

2.4. Ehrerbietung und Benehmen

In diesem Kapitel werden einige Bedeutungszusammenhänge analysiert. Zwei Begriffe sollen näher erläutert werden: *Ehrerbietung* und *Benehmen*. Goffman sagt, dass eine Verhaltensregel als Handlungsorientierung definiert werden kann. Die Handlung richtet sich im Allgemeinen danach ob sie angemessen und richtig ist. Wird eine Regel verletzt, entstehen negative Gefühle und eine negative soziale Sanktion ist die Folge. Dieser Prozess ist nur dann möglich, wenn die Regeln von einer ganzen Gesellschaft anerkannt und für jeden Einzelnen bindend sind. Die Bindung an Regeln führt zur Konstanz und Formierung des Verhaltes. Hierbei treffen zwei Arten von Verhaltensmuster auf den Menschen ein: die *Verpflichtung* (eigene Verhalten wird selbst erzwungen) und die *Erwartung* (Verhaltensweisen anderer ihm gegenüber als moralische Verpflichtung). Aus der Verpflichtung des einen, entsteht die Erwartung des anderen. Aus einer Verpflichtung resultiert nicht selten ein Zwang einer bestimmten Handlungsweise. Dies wird oft mit einem negativen Gefühl und Frust verbunden. Dennoch werden die meisten Handlungen im Alltag unbewusst und automatisch ausgeführt. Die Gruppennorm und eine gewisse Moral der Gesellschaft ist dieser (unbewussten) Handlungsweise zu entnehmen. Kommt es zu Fehlverhalten entwickeln sich beim Einzelnen oft Schuldgefühle und Erniedrigung wenn die Gruppennorm nicht eingehalten wird (vgl. Goffman 1977, S. 55ff.). Verpflichtungen können

entweder als angenehm oder unangenehm oder als erwünscht oder unerwünscht empfangen werden. Jeder Empfänger betrachtet und bewertet diese Tatsache nach seinem ganz persönlichen Empfinden und nach seiner individuellen Ausgangssituation. Hält jemand eine bestimmte Regel aufrecht, so wird er wahrscheinlich an ein gewisses Selbstbild gebunden. Wird allerdings eine Regel gebrochen, stehen zwei Menschen in Gefahr diskreditiert zu werden. Auf der einen Seite gibt es denjenigen der seine Verpflichtung (nach einer festgelegten Regel) hätte nachkommen sollen und auf der anderen Seite derjenige, der eine bestimmte Art der Behandlung erwartet. Eine Handlung welches einen bestimmten Verhaltensterminus unterliegt, bezeichnet Goffman als Kommunikation. Sie zeigt wie das Selbst gefestigt wird- das Selbst für das die Regel eine Verpflichtung bedeutet und das Selbst für das sie eine Erwartung darstellt (vgl. Goffman 1977, S. 58).

Bei der *Ehrerbietung* handelt es sich um konventionalisierte Verhaltensweisen, die dem Empfänger symbolische Wertschätzung und Respekt übermitteln. Die Erweisung von Ehrerbietung dient dem Handelnden als Kennzeichen, in dem er seine Beziehung zu dem Empfänger beeindruckend darstellt und bestätigt. Es dient also als Erkennungsmerkmal wie er die Beziehung deutet und wird als zeremonielle Handlung definiert. Zu erkennen ist in diesem Fall auch, dass die Zeremonie auch für etwas anderes steht. Des Öfteren wird diese zeremonielle Untermalung einer Situation bei Statusritualen beobachtet. Der Mensch kann sich Ehrerbietung durchaus wünschen und auch erarbeiten. Er ist jedoch auf darauf angewiesen sie von anderen zu erhalten. Das motiviert ihn in Kontakt zu treten. Die Gesellschaft erhält zudem die Gewissheit, dass ihre Mitglieder in Beziehung zueinander stehen und miteinander agieren. Gäbe es die Möglichkeit sich die Ehrerbietung selbst zu erweisen, würden sich kleine Inselgruppen bilden und jeder würde sich selbst anbeten (vgl. Goffman 1977, S.65). Befindet sich jemand auf der Suche nach Gunst einer z.B. Autoritätsperson, ist er auch in der Lage seine Achtung vorzutäuschen. Hierbei erhält er sich seine innere Autonomie und distanziert sich gleichzeitig von dem zeremoniellen Programm. Die Ehrerbietung wird in zwei Arten gegliedert. Da gibt es zum einen die asymmetrische Form (Untergebene – Vorgesetzten) die auch als statusungleiche Form bezeichnet wird. Hierbei ist erweisen nicht nur die Untergebenen ihren Vorgesetzten die Ehre, sondern auch umgekehrten. Der Vorgesetzte wird sich dem Untergebenen in einer respektvollen, wertschätzenden Art verhalten. Bei Personen die den gleichen Status vorweisen können (symmetrisch), schulden sie sich die gleiche Ehrerbietung (vgl. Goffman 1977, S. 66f.). Einige

Situationen können dazu führen, dass die erwartete Ehrerbietung nicht eintritt. Die Beziehung wird dann vom Empfänger als unsicher empfunden und der Handelnde wird sein Verhalten entsprechend ändern. Goffman beschreibt eine Variante der Handlung als Rebellion (vgl. Goffman 1977, S. 69). Eine weitere Form der Ehrerbietung wird als Vermeidungsrituale beschrieben. Vermeidung signalisiert eine Distanz zum Empfänger. Diese Form der Ehrerbietung verhindert die Gefahr, dass die ideelle Sphäre des Gegenübers verletzt wird. Was meint Goffman mit dieser Aussage? Goffman sagt, jede Gesellschaft besitzt ein System von Vereinbarungen über ehrerbietige Distanzen. Auch hierbei konzentriert sich Goffman's Aussage auf die vorhandenen Klassenunterschiede. Hierbei differiert nicht nur die Anerkennungssymbolik der Privatsphäre. Es wird der Einwand gegen diese Art der Verbindungen deutlich. Je höher die Klasse, desto umfassender und ausgeschmückter ist die Symbolik (vgl. Goffman 1977, S. 71). Die zu unterscheidenden Statusungleichheiten zeigen, dass der Übergeordnete ein Recht auf eine gewisse Vertrautheit inne zu haben scheint, die vom Untergeordneten nicht zu erwidern sind. Geht es um den Selbstschutz des Handelnden, wird dieser vermutlich Situationen und Objekte meiden, von denen er eine Gefahr wittert, verspottet oder bloßgestellt zu werden. Goffman verwendet dafür den Ausdruck der zeremonieller Zurückhaltung (vgl. Goffman 1977, S. 78). Anders verhält es sich mit den Zuvorkommensritualen. Bei dieser Form der Ehrerbietung zeigt das Individuum dem Empfänger was es von ihm hält und in welcher Art und Weise er ihn in der künftigen Interaktion behandeln wird. Zuvorkommensritualen werden in Form von Begrüßungen, Einladungen, kleinere Wohltaten und auch Komplimente geäußert. Diese Handlungsanweisungen werden eingesetzt um die Wertschätzung und Würdigung des Empfängers zum Ausdruck zu bringen und eine gewisse Verbundenheit und Zugehörigkeit zu signalisieren (vgl. Goffman 1977, S. 82). Durch die Art seiner Haltung, seinen Kleidungsstil und seinem Verhalten versteht der Mensch sich in Szene zu setzen. Diese Eigenschaften sind entweder erwünscht oder unerwünscht. In unserer Gesellschaft gehören Aufrichtigkeit, Fairness, Diskretion und Selbstbeherrschung zum guten Ton und diese Verhaltenselemente werden als *gutes Benehmen* definiert finden entsprechend Akzeptanz. Wer sich gut zu Benehmen weiß ist in der Lage, anderen den Zugang zu seiner Wahrnehmung zu verwehren um nicht angreifbar oder verwundbar zu sein. Gleichzeitig wird das Individuum einer „Prüfung“ unterzogen in dem es seine Bereitschaft zur Kommunikation und Interaktion zeigt und mögliches Gefahrenpotential negiert, um zu zeigen das von ihm keinerlei Gefahr zu

befürchten ist (vgl. Goffman 1977, S. 86). Durch sein Benehmen zeigt der Mensch den Anderen ein gewisses Bild von sich selbst. Er tut es also nicht für sich sondern für sein Gegenüber. Auch normorientierte Benimmregeln werden in symmetrisch- und asymmetrisch gegliedert, also auch wird die Ungleichheit herausgefiltert und separat betrachtet. Kommen bei sozial Gleichgestellten symmetrische Regeln zum Tragen, so gibt es bei Statushöheren vielfältige Stile von Anstandsregeln. Gutes Benehmen muss keineswegs als Selbstverständlichkeit verstanden werden. Dies wird immer dann deutlich, wenn Fehlverhalten die Interaktion rahmt (vgl. Goffman 1977, S. 89). Zuvorkommende Ehrerbietung beinhaltet ein Verhalten bestehend aus Selbstkontrolle und Gelassenheit. Kommt die gesellschaftlich geachtete Art des guten Benehmens hinzu, wird der unmittelbare Zusammenhang zwischen Ehrerbietung und Benehmen deutlich. Beide Handlungen greifen ineinander über. Wird hingegen die Interaktion durch zu lautes reden, schreien oder singen beeinflusst, gilt es als Signal schlechten Benehmens. Denn dadurch wird das Recht auf Ruhe verletzt und ein Kontrollverlust über die eigenen Emotionen anzeigt. In dem das Selbstbild durch entsprechendes Verhalten gegenüber dem Anderen aufrecht erhalten wird, sind andere gezwungen, eine Art Rechtfertigung und Kompensation für den Eindruck herzustellen, welches sie von ihm durch ihre Ehrerbietung zum Ausdruck bringen müssen. Genaugenommen bildet Ehrerbietung und Benehmen ein Zustand von Kontrollfunktion über Andere (vgl. Goffman 1977, S. 91f.). Sobald der Einzelne den anderen wertschätzend gegenüber tritt, gibt er ihnen augenblicklich die Chance mit gutem Benehmen zu agieren. Goffman stellt fest, dass jeder Mensch für sein Verhalten selbst die Verantwortung inne hat und auch die Ehrerbietung von anderen selbst beeinflussen kann. Es ist ein sehr lenkbarer Prozess zwischen Handelnden und Empfänger und immer auch gänzlich ein Produkt gemeinsamer zeremonielle Arbeit (vgl. Goffman 1977, S. 94).

2.5. Verlegenheit und soziale Organisation

Verlegenheit hat mit unerfüllten Erwartungen zu tun. Interaktanten mit einer gewissen sozialen Identität in einer bestimmten Umgebung, fühlen welche Verhaltungsweise als angemessen erachtet wird. Umso verzagter ist ihr Empfinden über die tatsächliche Darbietung. Das Wissen darum erhöht zudem noch deren Unbehagen. Die Gründe für das Entstehen von Verlegenheit sind moralischer Natur. Daraus lassen sich gewisse moralische

Verpflichtungen ableiten, die die sozialen Begegnungen vorantreiben. Gute und schlechte Begegnungen stehen in Bezug dazu, in welcher Weise die soziale Identität der Anwesenden berücksichtigt wird (vgl. Goffman 1977, S. 115). Verlegenheit ist bei anderen und auch bei sich selbst an objektiv wahrnehmbaren emotionalen Anzeichen zu erkennen. Goffman zählt hierzu u.a. Stottern, Erröten, Schwitzen, eine zu hohe oder tiefe Stimme, Händezittern sowie zögernde oder unschlüssige Bewegungen. Ebenso übermitteln subjektive Symptome das Unbehagen. Darunter verhüllen sich Erkennungsmerkmale wie Schwindelgefühle, Anspannung einzelner Muskelgruppen und Trockenheit im Mund. Verlegenheit wird im Allgemeinen als eine bedauerliche Abweichung von der Normalität beschrieben, wohingegen eine zwanglose Interaktion als natürlich interpretiert wird. Des Öfteren ist das Individuum so arg mit den äußerlichen Eventualitäten die während einer Interaktion auftreten könnten beschäftigt, dass er deshalb einer Situation nicht gewachsen ist. Hierbei kann er ängstlich und eingeschüchtert werden, obwohl kein anderer anwesend ist (vgl. Goffman, S. 107). Treffen Menschen in einer Begegnung aufeinander und nehmen sich diese gegenseitig wahr, so kann sie als Gelegenheit für direkte Interaktion dienen. Begegnungen unterscheiden sich in ihrer sozialen Funktion, Art und Anzahl von Personen, der Umgebung sowie ihrer Zielsetzung unverkennbar voneinander. Dieser Umstand kann als dienlich und zumeist höchst willkommen eingestuft werden. Und dennoch bergen derartige Situationen auch gewisse Gefahren für den Einzelnen. Denn ist davon auszugehen, dass es keine soziale Begegnung gibt die nicht einen oder mehrere Teilnehmer in Verlegenheit bringen können. Eine Interaktion kann somit auch fehlschlagen. Die Ursachen von Fehler oder Fauxpas können ausgehend von einem Einzelnen verstanden werden. Empfindet dieser einen Umstand als unangenehm, reagiert sein Körper entsprechend mit Verlegenheitsgefühlen. Er errötet und ihn beschleichen Schamgefühle. Und genau dieser Prozess wird von anderen wahrgenommen. Interessanterweise bleibt es bei den anderen nicht nur in der Wahrnehmung, denn es kann passieren, dass einige anteilnehmend ebenfalls mit ihm oder für ihn erröten. Hierbei ist der Beginn und das Ende dieser Verlegenheitsmomente fließend und zeitnah. Es gibt Situationen die von langanhaltenden und gleichbleibenden Interaktionsstörungen schattiert werden. Die Teilnehmer fühlen sich unbehaglich und empfinden überdies die gesamte Interaktion als belastend. Der Verlegene verwirrt mit seinen atypischen Handlungen die Anderen und versperrt ihnen den Weg einer gedankenvollen und stimmigen Unterhaltung. Er ist zwar mit ihnen zusammen, tritt aber

stetig als Einzelperson in Erscheinung (vgl. Goffman 1977, S. 110). Ein Mensch wird als Verlegen bezeichnet, wenn er nicht in der Lage ist, seine intellektuellen und motorischen Eignungen für die anstehenden Forderungen einsetzen kann. Dieser Prozess kann die Selbstkontrolle der Person erheblich beeinflussen und die Balance im Ganzen massiv stören. Soziale Begegnung halten stets Freude oder Unstimmigkeit und zu empfangenes Wohlwollen oder Antipathien bereit. Je mehr Klarheit und formale Eigenschaft gegenwärtig sind, desto intensiver breitet sich Wohlbehagen aus und umso sicherer kann jemand seine Rolle situationsgerecht ausführen (vgl. Goffman 1977, S. 111). Goffman verwendet für Verlegenheit mitunter auch den Begriff „Verwirrung“ und sagt, dass die Gesellschaft dies u.a. als Zeichen von Schwäche, niedrigem Status, Minderwertigkeit und Niederlage bewertet. Durch die Verwirrtheit wird die Begegnung direkt bedroht. Sie unterbricht die tragende und für die Begegnung so entscheidende Kommunikation und Übernahme fremder Gedanken (Rezeption). Die Verlegenheit wird jedoch mittels entsprechender Verhaltensmuster und Handlungen stets versucht zu kaschieren (nervöse Lachen, der nach unten gerichtete Blick und das steife Lächeln). Diese Schutzfunktion wird genutzt um einerseits die eigenen Empfindungen zu verbergen und um sich wieder „ins Spiel“ zu bringen. Da sich Menschen ungern verlegen fühlen, vermeiden es rücksichtsvolle Menschen ihn in dieses Dilemma zu bringen. So ist es dem Verlegenen möglich, sein Antlitz und seine Gefühle zu wahren oder aber gar seine Fassung wiederzuerlangen. Dieser Versuch läuft allerdings auch immer Gefahr zu scheitern. Weniger aus mangelndes Taktgefühl, sondern eher aus dem Nichtgelingen die Kenntnis zu verdecken, dass die Verlegenheit erkannt wurde und das Verbergen des Unbehagens nicht gelungen ist (vgl. Goffman 1977, S. 112). Ist die Interaktion so weit vorangeschritten das die Unsicherheit nicht mehr zu verbergen ist, so findet die Interaktion auch schon einen peinlichen Abschluss. Goffman stellt fest: „Das kleine soziale System, das sie durch ihre Interaktion errichtet hatten, bricht zusammen; sie ziehen sich zurück oder versuchen eilends, neue Rollen zu übernehmen“ (Goffman 1977, S. 113). Die Interpretation von Gelassenheit und Ausgeglichenheit werden in feinfühliges Verhalten und sozialer Ausdrucksfähigkeit differenziert. Dabei wird letzteres die Fähigkeit eines Einzelnen zugeschrieben, sich und anderen Verlegenheit zu ersparen. Ausgeglichenheit besitzt in der Kommunikation eine gewichtige Funktion. Sie ermöglicht dem kleinen sozialen System in dem Zeitraum der Interaktion, die Ausführungen der eigenen Rollen zu ermöglichen. Das eigene Selbst ist maßgeblich an einer gelingenden Interaktion verantwortlich. Denn ist das

Selbstwertgefühl mangelhaft ausgeprägt und werden Fehler dramatisiert, so werden jedwede Art der Begegnungen aus Angst und Scham verkürzt oder gar gänzlich gemieden (vgl. Goffman 1977, S. 114). Im Zuge der Interaktion erwarten die Teilnehmer ein Gegenüber mit einem gewissen Selbst, bestehend aus gewissen Eigenschaften und Befähigungen, die sich entsprechend in die Situation einfügt. Diese vorausgesetzten Fähigkeiten projiziert der Einzelne wirkungsvoll in die Interaktion, gleichwohl dies nicht zwingend von allen Beteiligten wahrgenommen sein muss. Gleichzeitig muss dieser jedes Selbst, welches von den anderen eingebracht wird, anerkennen und akzeptieren. Mit dieser Haltung ist der Anspruch auf ein sozialgerechtes Selbst und das Bestätigen ähnlicher Ansprüche seitens der Anderen gegeben und eine soziale Begegnung realisierbar. Entstehen während der Interaktion Widersprüchlichkeiten in Bezug auf die Bedürfnisse, so bleibt die Begegnung in nicht haltbare Voraussetzungen stecken. Die im Vorwege entworfenen Reaktionen sind nicht mehr angemessen. Sie müssen unterdrückt und die Kommunikation neu aufgebaut werden (vgl. Goffman 1977, S. 116). Die Beteiligten erleben nun ein gemeinsames Schamgefühl. Die daraus resultierte gemeinsame Verantwortung bindet den Beschämten und denjenigen der die Scham erzeugt hat. Zum gesellschaftlichen Antlitz einer bestimmten sozialen Schicht gehört ein gewisses Taktgefühl seinen Mitmenschen gegenüber. Ganz gleich wie sich die Interaktion auch darstellen mag. Wenn ein zuvor rücksichtsvoller Mensch plötzlich durch sein taktloses Benehmen fremdes Image zerstört, so zerstört er zeitgleich auch sein persönliches Image (vgl. Goffman 1977, S. 118f.). Das eigene Selbst scheint vorrangig aus den Ansprüchen der Organisation an ein *dargestelltes Selbst* zu bestehen. Auf deren Anforderungen baut man sein seine Identität auf. Werden sie in einer bestimmten Situation abgelehnt, fühlt sich das Individuum zu recht gekränkt. Das verdeutlicht die Differenz zwischen Einzelnen und deren unterschiedliche Rechte in einer sozialen Organisation. In jedem sozialen System kollidieren die internen Kontrollmechanismen punktuell miteinander. Der Beteiligte stellt sich zwischen die gegensätzlichen Grundsätze und wendet eine Begegnung, in der der Konflikt ausgetragen werden könnte, ab. Er opfert für die Prinzipien und dem Augenblick seine Identität und mitunter auch das Zusammensein. Goffman sagt: „Die soziale Struktur gewinnt an Elastizität; das Individuum verliert lediglich an Haltung.“ (Goffman 1077, S. 123).

Im dritten Kapitel fließen die theoretischen Erkenntnisse in einen praktischen Rahmen ein, um so eine umfassende Perspektive zur Arzt-Patienten-Interaktion zu ermöglichen.

3. Arzt-Patienten-Interaktionen anhand eines Praxisbeispiels (beispielhafte Illustration)

3.1. Verständigungsprobleme zwischen Arzt und Patienten

Im letzten Kapitel soll die Fragestellung beantwortet werden, warum es zwischen Arzt und Patienten zu Verständigungsproblemen kommt und wie eine gelingende Kooperation hergestellt werden kann. Unter Berücksichtigung und Einbeziehung der Theorie von Sozialisationsprozesse und die Inanspruchnahme der Goffman'schen Theorie im Hinblick auf soziale Organisationen und ihre Menschen, ist festzustellen, dass beide Interaktanten die Interaktionssituationen bereits im Ansatz völlig unterschiedlich bewerten und wechselseitig miteinander agieren. Die Art wie ein Mensch eine Situation bewertet und für sich definiert, nimmt er eine Rolle ein und interagiert entsprechend dieser Bewertung. Auch sein Interaktionspartner bewertet die vorgefundene Situation nach seinen Schemata und beginnt ebenso zu interagieren. Da die Alltagssituation nicht vorhersehbar ist. Erst durch die Situationsbestimmung kann der Einzelne eine vorgegebene Sinnstruktur erkennen, nach der er interagieren im Stande ist. Goffman (1977) beschreibt in seinem Werk die Rahmen als einen bestimmten Wirklichkeitsbereich dem gewisse Regeln zuzuordnen sind. Handlungen und Ereignisse werden mittels Rahmung kontextualisiert und verstehtbar gemacht. Damit ist erklärt, dass der Kontext nicht einfach vorhanden ist, sondern mittels Rahmung erst geschaffen wird. Nach der jeweiligen Situationsdefinition verhalten sich die Interaktanten und wirken wechselseitig aufeinander ein. Auch dieser benutzt seine Rolle für diesen Moment. So auch im Hinblick auf Arzt – Patienten-Interaktionen. Handelt es sich hierbei um einen Arzt und *seinem* Patienten, oder ein Patient und *seinem* Arzt? Oder handelt es sich vielmehr um die Organisation und *seine* Menschen? Interaktionsrituale entfalten sich laut Goffman auf mehreren Ebenen. Wie im ersten Teil dieser Arbeit beschrieben besitzen Interaktanten verschiedene Rollen und leben diese mehr oder weniger bewusst. Das benannte Image wird als Selbstbild mit sozial anerkannten Eigenschaften bezeichnet. Es ist zumeist positiv besetzt und erlaubt es der Person sich mehr oder weniger erfolgreich sich in der Gesellschaft zu integrieren und als Person anerkannt zu werden. Eng mit der Begrifflichkeit des Images sind die rituellen Rollen verbunden. Der Mensch lernt es sich an der gegebenen Situation anzupassen, sich den Regeln des Gesprächs zu bedienen und dabei sein Selbst mit Würde und Ehrgefühl zu leben. Eine rituelle Rolle kann nur eingenommen werden, wenn dasjenige eine Selbst hat mit dem er in die Interaktion gehen kann. Ausdruck

einer respektvollen Haltung seinem Gegenüber durch verschiedene Verhaltensweisen, begünstigt eine gelingende Interaktion. Goffman beschrieb ein eindeutig, wie mit Ehrerbietung und Benehmen die Interaktion aufrechterhalten werden kann. Die wechselseitige Beantwortung begleitet stets jede Art von Handlung oder aber auch Vermeidung. In jeder Situation bekommt der Teilnehmer Antworten auf sein Benehmen und Handlungen. Die Interaktanten sind gegenseitig darauf angewiesen, dass jeder seine Rolle mehr oder weniger gut spielt. Eine Interaktion geschieht nie im Alleingang. Die sogenannte Bühne des Lebens mit seinen Darstellern und Publikum ist Teil des sozialen Lebens. Werden bestimmte Regeln des Benehmens nicht respektiert kann dies zu Verlegenheiten zwischen den Akteuren führen. Hiervon ist nicht nur der Einzelne betroffen. Es ist eine gemeinsam geschaffene Situation, gepaart mit gemeinsam zu tragenden Konsequenzen. Kommt es zu Verlegenheiten liegt es immer im Interesse der Teilnehmer, die Situation und das Ehrgefühl des Einzelnen wieder herzustellen. Denn was bleibt, ist eine Koproduktion der Situation und die Gewissheit, dass Interaktion nur mit einem Gegenüber geschehen kann und der Einfluss auf die Definition der Situation ausschlaggebend für die gesamte Interaktion ist.

Nachdem die unterschiedlichsten Faktoren zur Klärung der Frage, warum es zu Verständigungsproblemen zwischen Arzt und Patient kommt aufgeführt und inhaltlich dargestellt wurden, soll es sich im Folgenden um die Beantwortung des zweiten Teils der Frage handeln.

3.2. Die gelingende Kooperation zwischen Arzt und Patienten

Wie kann eine gelingende Kooperation zwischen Arzt und Patienten hergestellt werden?

Um die Frage beantworten zu können, soll die wissenschaftliche Studie von Frau Dr. Peri Yasemin Terzioglu dienen. Frau Dr. Terzioglu hat sich eingehend mit der Thematik gelungene Zusammenarbeit zwischen psychoseerfahrenen Menschen und ihren ambulant behandelnden Psychiatern beschäftigt. Ihre Untersuchungen in der Dissertation soll zur Darstellung des praktischen Blickwinkels genutzt werden. Hierbei ist zu Beginn zu betonen, dass sich in der folgenden Bearbeitung um eine beispielhafte Illustration handelt. Es soll anhand eines Fallbeispiels unter Berücksichtigung vorhandener Rahmenbedingungen gezeigt werden, wie eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten gelingen kann. Frau Dr.

Terzioglu beschreibt zunächst die Bedingungsfaktoren unter denen die Begegnung beider Interaktanten stattfindet. Die Bedingungen basieren hier auf juristische Fundamente und rechtliche Grundlagen der medizinischen Behandlung. Die Ausgangssituation beider Akteure wird im Hinblick auf den Sozialstaat mit seinen Aufgaben an den Einzelnen in Verbindung mit Bürgerorientierung bei knapper werdenden ökonomischen Ressourcen geschildert. Terzioglu beleuchtet die gesellschaftliche Freisetzung und Individualisierung als Basis für die Entscheidungspräferenzen des Patienten. Alle Bedingungsfaktoren haben erheblichen Einfluss auf die Arzt- Patienten- Beziehung. In ausführlicher Weise wurden die Rahmenbedingungen ausgearbeitet und ebenso deren möglichen Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Geflecht erläutert. Der Entscheidungsspielraum von Arzt und Patient ist durch rechtliche, politische und ökonomische Bedingungen begrenzt. Eine individuell gestaltete Zusammenarbeit ist demnach nicht oder in schier begrenzten Möglichkeiten zu verzeichnen. Der Arzt sieht sich als Schnittstelle zwischen Rahmenbedingungen die ihm auferlegt werden und seiner professionellen Einstellung und Haltung dem Patienten gegenüber. Die Funktion des Gesundheitswesens mit seinen Einschränkungen und Bedingungen hat immensen Einfluss auf die Arzt-Patienten- Beziehung. Durch Senkung der Kosten im Sinne der Sparmaßnahmen und die damit verbundene Kontrollfunktion des Arztes, die Verknappung der Behandlungszeit für Aufklärungen wegen hohem Verwaltungsaufwand und die Wirtschaftlichkeitsbestrebungen für die eigene Praxis führt zu Belastungen seitens des Mediziners, die unweigerlich in die Beziehung mit einfließen. Das Rechtsverhältnis ist genauestens verankert und die daraus resultierenden Pflichten und Rechte (Arztvertrag), macht aus den behandelnden und Behandler sogenannte Dienstleistungspartner (vgl. Terzioglu 2005, S. 21ff.). Die Bundesrepublik Deutschland fokussiert vermehrt die Aktivierung der Bürger, Versicherten und Patienten im Hinblick auf die Gestaltung und Organisation des Gesundheitssystems. Unter anderem sind Schwerpunkte wie z.B. Selbstregulierungskräfte der Gesellschaft stärken, Gemeinwohlorientierung und Bürgerengagement fördern und die Eigenverantwortung des Individuums hervorzuheben. Dies zeichnet sich z.B. durch Zahlung von Zusatzbeiträgen für bestimmte Untersuchungen, Zusatzversicherungen um sich vor bestimmten Erkrankungen und medizinischen Therapiemöglichkeiten, diverse Bonusprogramme zur Aktivierung der körperlichen Gesundheit aus. Dies sind nur einige wenige Beispiele die die Gesundheitspolitik herausgegeben hat um die (eigene) Verantwortung auch auf die Bürger zu übertragen (vgl.

Terzioglu 2005, S. 23 f.). Als weiteren Kern wurde die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient betrachtet. Dabei wird das bestehende Ungleichverhältnis als Problem befunden. Da der Patient über keine oder nicht ausreichende medizinischen Kenntnisse verfügt, kann über tatsächliche Partizipation im Sinne von Begegnung auf Augenhöhe nicht ausgegangen werden. Es handelt sich vielmehr um eine Art Laienpartizipation, um die Bemühungen der Compliance zu stärken. Eine wirkliche Beteiligung an Entscheidungen, ein Teilen von Macht findet eher selten statt. Im Gesundheitssystem ist die Laienpartizipation so angelegt, dass grundsätzliche Zweifel und Misstrauen von vorneherein vermieden werden. Des Weiteren fungiert die Laienpartizipation als profanes Mittel des Risikomanagements. Denn die Kosten für die Patientenversorgung seien am Ende niedriger wenn man ihnen das Gefühl vermittelt, beteiligt worden zu sein (vgl. Terzioglu 2005, S. 21ff). So werden aus Patienten und mündige Bürger auch Kunden des Gesundheitssystems, die eine ganz entscheidende Rolle in der Kontrollfunktion ausüben.

Frau Dr. Terzioglu beschreibt vier verschiedene Arzt-Patienten- Kooperationsmodelle. Inhalt dieser Modelle ist die Definition der Begegnung zwischen Mediziner und Patienten und die Grundhaltungen für das Gegenüber. Das erste Modell ist der *Trajectory- Ansatz*. Bei diesem Konzept gilt die Krankheitsbewältigung als Resultat einer Kooperation zwischen Patienten und seinen Angehörigen, sowie des Arztes und des medizinische Personals. Bei dem *Modell der geteilten Information und Entscheidung* handelt es sich vom Prinzip der Machtverteilung. Oberste Prämisse ist die Beteiligung des Patienten bei der Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Behandlung und die partnerschaftliche Zusammenarbeit (Partizipation). Es wird davon ausgegangen, dass durch die Vermittlung von Informationen das rational gesteuerte Verhalten von Arzt und Patient gelenkt werden kann. Die Theorie *Medizinethik* gibt vor, *ihren* Fokus vordergründig auf die der ärztlichen Haltung sowie den Schutz des Patienten zu legen. Die Medizin beherbergt unzählige technische Möglichkeiten um den Patienten zu behandeln, dass dieser laut dessen Sicht davor gezielt beschützt werden müsste. Grundsätzlich wird die Autonomie des Patienten angenommen und gewürdigt. Das letzte Modell der möglichen Zusammenarbeit von Ärzte und Patienten konzipierte Klaus Dörner. Dörner fasst die Ansätze der geteilten Informationen und Entscheidungen mit der Medizinethik zu einem Gefüge zusammen. Zudem weist er ausdrücklich auf die notwendige Gestaltung einer persönlichen Beziehung

zwischen Arzt und Patient hin, die für ihn oberstes Gebot beinhaltet und von zentraler Bedeutung ist (vgl. Terzioglu 2005, S. 31).

3.3. Methodischer Hintergrund zur Datenerhebung

In der wissenschaftlichen Ausführung zur Arzt- Patient- Interaktion, gibt Terzioglu einen Einblick in die verwendete Methode zur Datenerhebung. Sie führte selbstständige Beobachtungen in ambulanten Arztpraxen durch. Alle Personen die in der medizinischen Praxis tätig waren, wurden beobachtet und befragt. Die Ergebnisse wurden entsprechend dokumentiert. Ein Faktor der Beobachtungen bildete beispielsweise den allgemeinen Umgang des medizinischen Personals untereinander. Durch die zahlreichen Gespräche mit den Mitarbeitern gewann Terzioglu wertvolle Informationen, die in ihre Studie mit einflossen. Als teilnehmende Beobachterin nutzte sie die Gelegenheit, sämtliche Arzt- Patienten- Gespräche auf Tonband aufzuzeichnen und im Anschluss schriftlich zu verankern. Das gegenseitige Einvernehmen der Patienten und dem gesamten medizinischen Belegschaft wurde im Vorfeld bereits abgesprochen. Ziel der Befragungen war, möglichst umfangreiche und vielgestaltige Informationen zu sammeln und verwerten zu können. Dazu wurden die Sichtweisen der Patienten auf die Behandlung und die Sichtweisen der Ärzte (*hier: Psychiater*) gegenübergestellt (vgl. Terzioglu 2005, S. 59). Bei den Untersuchungsteilnehmern handelte es sich um Psychiater und um Patienten mit Psychose Erfahrungen. Bevor es im weiteren Verlauf um eine beispielhafte Illustration einer Arzt-Patienten-Interaktion geht, soll die Begrifflichkeit der Psychose definiert werden. *Was sind Psychosen? „Unter dem Begriff „Psychose“ fasst man eine Reihe (in vielen Fällen vorübergehender) psychischer Störungen zusammen, bei denen die Betroffenen die Realität verändert wahrnehmen oder verarbeiten. Das Krankheitsbild bei Psychosen ist sehr vielfältig. Betroffenen haben typischerweise Halluzinationen oder Wahnvorstellungen sowie schwerwiegenden Denkstörungen. Diese Symptome werden oft von starken Ängsten begleitet. Zusätzlich können auch Störungen des Antriebs oder sogenannte „Ich-Störungen“ auftreten.“* (Gaebel, Wolfgang 2013). Die Auswahl der Patienten wurde durch die Ärzte selbst vorgenommen. Hierbei soll erwähnt sein, dass es um Patienten handelt, mit denen die Zusammenarbeit, aus Sicht der Ärzte, bereits gelungen war. Das lässt die Vermutung nahe, dass die Aussagen der Patienten

mitunter nur eingeschränkt als repräsentatives Forschungsmaterial genutzt werden können. Ihre Hypothese stützt Terzioglu auf die Sympathieäußerungen aller befragten Patienten gegenüber den Ärzten. Das mag sich zunächst als ein Zeichen von gelungener Beziehungsgestaltung darstellen. Und dennoch bestehen Zweifel. Zwar schilderten die Patienten auch über Ereignisse von Krisen- und Konfliktsituationen, jedoch ließen die Aussagen der Patienten Raum zu der Annahme, dass sie deshalb an der Studie teilnahmen um den Arzt eine „Ehrerbietung“ zu erweisen. Da die Patienten den Arzt freiwillig aufsuchten, wurde die Bereitwilligkeit zur Behandlung und eine Krankeneinsicht als gegenwärtig betrachtet. Der Patient erkennt somit seine „Problemlage“ an und ist bereit sich auf die Interaktion mit dem Arzt einzulassen (vgl. Terzioglu 2005, S. 61f).

3.4. Interaktion zwischen Arzt und Patient

Herr Schiller² ist langjähriger Patient von der Fachärztin Frau Luhna. Frau Luhna ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer tiefenpsychologisch fundierten Ausbildung. Sie hat sich gemeinsam mit ihrem Kollegen in einer Praxis niedergelassen. Neben der ärztlichen Sprechstunde bietet sie auch Psychotherapie an (vgl. Terzioglu 2005, S. 60). Beide beschreiben die Arzt-Patient-Beziehung als eine partnerschaftliche und konstante Beziehung, die auf einer vertrauensvollen und respektvollen Ebene basiert. Herr Schiller leidet an einer immer wiederkehrenden Psychose. Die Erkrankung zeichnet sich vor allem durch die akuten, psychotischen Phasen aus, in denen der Patient wechselnde Zustände der Realitätswahrnehmung, mit daraufhin normabweichendem Verhalten ausgesetzt ist. Laut eigenen Angaben lebt Herr Schiller seit einiger Zeit symptomfrei. Seine letzte akut-psychotische Phase sei schon länger her. Er lebt einen ganz normalen Alltag, übt einen Beruf aus und lebt in einer Partnerschaft mit seiner Frau (vgl. Terzioglu 2005, S. 73 ff.). Wie alle anderen Patienten wurde auch Herr Schiller zu seinen Behandlungszielen befragt. Als einheitliches Ergebnis gaben sie an, dass sie sich mehr Entscheidungsfreiraume im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme wünschten. Denn die Tatsache, dass sie regelmäßig auf Medikation angewiesen seien erinnere sie durchgehend an ihre Erkrankung. Herr Schiller habe sich mit seiner Psychose bedingte Vulnerabilität (Verwundbarkeit oder Verletzbarkeit)

² Alle Namen wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert

abgefunden und auch der regelmäßige Gang zu seiner Psychiaterin, sei für ihn akzeptabel. Trotzdem hätte auch er den Wunsch einen gewissen Einfluss auf die Art und die Dosierung seiner Medikamente zu haben. Alle Befragten wünschten sich mehr Einflussmöglichkeiten auf die ärztliche Behandlung. Sie hegen damit die Sehnsucht und das Bedürfnis, durch ihre aktive Teilnahme an der Behandlung die Psychosen kontrollieren oder gar verhindern zu können. Auch die regelmäßigen Klinikeinweisungen in akut psychotischen Phasen sollen so planbarer gestaltet bzw. auf ein Minimum reduziert werden (vgl. Terzioglu 2005, S. 85ff.) Die soziale Teilhabe wurde von den Patienten als das zentrale Ziel der Behandlung benannt. Das Führen und Leben einer Partnerschaft und Familie, die Ausübung eines Berufes und die Kontaktpflege zum Freundeskreis gehört zu einem ganz normalen Alltag dazu, um sich als gleichwertiges Mitglied der Gesellschaft zu fühlen. Alle Zielformulierungen deuten auf die Erlangung einer maximalen Selbständigkeit hin, um dadurch weitestgehend unabhängig vom medizinischen Hilfesystem zu sein (vgl. Terzioglu 2005, S. 85ff.). Für den behandelnden Psychiater sind die genannten Bedürfnisse und Wünsche der Patienten gleichzeitig ein Appell an seiner Funktion als Arzt, Therapeut und Vertrauensperson. Für die Patienten steht die individuelle Behandlung im Vordergrund. Das Setting soll sich an den Bedürfnissen des Patienten anpassen, um so eine Einflussnahme an der medizinischen Behandlung zu realisieren. Der Arzt soll an dem Patienten interessiert und orientiert sein. Er soll flexibel reagieren und seine Behandlungsmethoden der Situation anpassen. Gleichzeitig bekommt er die Gelegenheit seine Behandlungskompetenz darzustellen (vgl. Terzioglu 2005, S.86). Aus den Patientengesprächen konnten fünf zentrale ärztliche Verhaltensweisen entnommen werden, die aus ihrer Sicht für eine gelingende Arzt-Patienten-Zusammenarbeit wichtig sind. Zu den Verhaltensweisen zählen: die Art der Informationsweitergabe (Therapieaufklärung/ Begründung und Offenlegung eigen Handelns), die Art der Kooperationsweise (Patienten Einfluss zugestehen/ Einbeziehung des Patientenwissens), die Sicherstellung der Absicherung für den Patienten (Einsetzen medizinisches Fachwissens/ zurückhaltende Beobachtung/ patientenorientiertes Notfallmanagements/ flexible Verantwortungsübernahme), das Verwirklichen von Unterstützung (den Patienten entlasten/ Mut machen und bestärken/ Rat geben und Fürsorge/ neue Wege suchen und zur Seite stehen/ ermöglichen des Zugangs der gesellschaftlichen Ressourcen) und die Akzeptanz der Persönlichkeit des Patienten (vgl. Terzioglu 2005, S. 93ff.). Aus den Anforderungen der Patienten an den behandelnden Psychiater, resultieren zeitgleich bestimmte Bedingungen für die Beziehungsgestaltung

zwischen den Interaktanten. Dabei decken sich die Interessen der Patienten nicht zwingend mit denen der Ärzte. Da sich ambulant tätige Ärzte zahlreiche äußere Zwänge hingeben müssen, betrachten sie ihre Rolle aus anderen Motiven, die für den Patienten üblicherweise nicht einsehbar ist. Für den Psychiater stellt die ökonomische Bedingtheit als einen starken Zwangskontext dar. Am Ende jeder Behandlung muss eine Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgen. Um den Patienten und auch seine eigenen Bedürfnisse gerecht zu werden, muss ein nahezu tägliches Rinnen der zur Verfügung stehenden Ressourcen in Kauf genommen werden. Die individuelle Behandlung und Zeit für Gespräche mit den Patienten, erachtet der behandelnde Arzt auch für sich selbst als wichtig. Dies würde von den Krankenkassen jedoch kaum angemessen bezahlt (vgl. Terzioglu 2005, S. 111f.). Die meisten Patienten wünschen sich zudem die Vergabe eines atypischen Neuroleptika. „Mit dem Label "atypisch" werden seit einigen Jahren Neuroleptika gekennzeichnet, die sich gegenüber "konventionellen" Neuroleptika (...) insbesondere durch weniger (...) Nebenwirkungen und eine erhöhte Wirksamkeit bei Negativsymptomen unterscheiden sollen. (...) Es ist die Substanz, die innerhalb dieser Gruppe nicht nur weitaus am besten dokumentiert ist, sondern auch als die wirksamste gilt. (...) Damit erhoffen sie sich die bestmögliche Wirkung zu erzielen und/oder die Nebenwirkungen möglichst niedrigschwellig zu halten.“ (Fisch,H./,Frei A./Seifritz,E. ua 2001). Aufgrund der Budgetierungsstrukturen, die durch das Abrechnungssystem entsprechend eingeschränkt sind, sei dies jedoch für die Mehrzahl der niedergelassenen Psychiater kaum umzusetzen. Als letzten Punkt erbitten sich die Patienten, dass sich die Behandlung an der sozialen Situation orientieren und gleichzeitig alle sozialen Faktoren berücksichtigen soll. Damit soll sich die Wahrscheinlichkeit erhöhen, sämtliche Risikofaktoren für erneute Psychosen im Blick zu haben (vgl. Terzioglu 2005, S. 111f.).

Nachdem die Bedingungen, Perspektiven und Ansprüche der Beteiligten näher betrachtet wurden, soll der folgende Abschnitt das Interaktionsverhalten mit seinen Herausforderungen und Einflussmöglichkeiten darstellen. Beim Interaktionsverhalten handelt es sich um eine wechselseitige Dynamik. In der beispielhaften Darstellung einer Arzt-Patienten-Begegnung soll der Fokus zunächst auf die Psychiaterin Frau Luhna liegen. Frau Luhna beschreibt die Zusammenarbeit mit ihren Patienten als partizipativ. Darüber hinaus empfindet sie ihren Arbeitsort als individuell und interessant gestaltbar, geprägt von persönlichen Erfahrungen. Sie sieht sich als Ärztin mit „Leib und Seele“ (vgl. Terzioglu 2005, S. 115 ff.). Zu ihren

Behandlungszielen gehört die Förderung der Weiterentwicklung der innerpsychischen Faktoren und parallel dazu das involvieren der sozialen Bedingungen in ihre Therapien. Sie bezeichnet es als ihren zentralen Behandlungsauftrag, den Zugang zu den tieferliegenden Konflikten ihrer Patienten zu finden. Des Weiteren sollen den Patienten mehr Handlungsspielraum im Umgang mit der eigenen Erkrankung und der dazugehörigen Einschätzung zukünftiger Risiken ermöglicht werden. Durch die Verbesserung der sozialen Verhältnisse und gleichzeitiges Eindämmen krankheitsauslösender Faktoren, erhofft sie sich, die Teilhabe ihrer Patienten in der Gesellschaft zu erarbeiten, die sich langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken (vgl. Terzioglu 2005, S. 121ff.). Aus Sicht der Ärztin gehört zu einer gelingenden Zusammenarbeit eine „gemeinsame Arbeit zu entwickeln“ und den Patienten ihre Verantwortung zu überlassen bzw. zurückzugeben. Sie wolle nicht allein Expertin für die Gesundheit des Patienten sein. Luhna erwartet von ihren Patienten, dass sie sich an Absprachen halten (regelmäßig Medikamente einnehmen und ärztliche Hilfe suchen) – jedoch soll der Patient freiwillig und aufgeklärt in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen sein, was eine Compliance als erforderliche Voraussetzung widerspiegelt (vgl. Terzioglu 2005, S. 128ff.). Grundsätzlich liege und bleibe die Verantwortung bei dem Patienten, der als Experte für seine Gesundheit betrachtet werde. Wie nimmt Frau Luhna ihre eigene Rolle als Ärztin wahr? Sie sehe sich eher in einer passiven Rolle. In der therapeutischen Arbeit helfe sie: „die psychischen *Fundstücke* abzubürsten, zu betrachten und in einem Zusammenhang zu stellen“ und die Perspektive auf das jeweilige Probleme so zu verändern das ein Handlungsspielraum für den Patienten möglich ist (vgl. Terzioglu 2005. S. 150). Die Asymmetrie und das Machtverhältnis nimmt sie deutlich wahr und reflektiert dies ebenso als Gefahr, allzu sehr in „Omnipotenz Gedanken“ (Allmächtigkeit) zu verfallen. Gleichzeitig sieht sich Frau Luhna nicht als eine reine Dienstleisterin, die jegliche Ansprüche der Patienten auf die Vermittlung von Ressourcen erfüllt. Zu einer partnerschaftlichen Kooperation gehört für sie eine beidseitige Übernahme von Verantwortung, sowie ein beidseitiges Bemühen auf Behandlungserfolg (vgl. Terzioglu 2005, S. 151). Die Begegnung zwischen Arzt und Patient erfolgt in aller Regel in der ambulanten Praxis. In der Analyse von Terzioglu wurde deutlich, welchen Einfluss die räumlichen Rahmenbedingungen auf die Interaktionen ausüben und wie nachhaltig sich das Behandlungssetting auf Arzt und Patient auswirkt. Terzioglu konzentrierte sich auf zwei wesentliche Punkte. Sie teilte das Behandlungssetting kategorisch in zwei Bereiche ein. Zum einen ging es dabei um die Praxiseinrichtung und

Abläufe im Praxisalltag. Folgende Begrifflichkeiten ordnete Terzioglu dem Ablauf zu: geschützter Raum, Verzicht auf Signale die die Asymmetrie betonen, persönliche Ansprache durch den Behandler sowie den Zugang, womit die Lage und Erreichbarkeit der Praxis gemeint ist (vgl. Terzioglu 2005, S. 157). Es wurde bewusst auf eine ruhige räumliche Atmosphäre geachtet, die dem Patienten eine Wahrung der Privatheit und ein Schutzraum bieten. Die Patienten wurden von der Sprechstundenhilfe und der Ärztin persönlich mit Namen und Handschlag begrüßt. Auf das Tragen eines weißen Kittels wurde absichtlich verzichtet, um die Asymmetrie nicht zu betonen. Während des Settings stand das gemeinsame Gespräch im Vordergrund (vgl. Terzioglu 2005, S. 158 ff.). Als zweite Kategorie erarbeitete Terzioglu das Verhalten der Sprechstundenhilfe im Patientenkontakt. Die Sprechstundenhilfe wurde als Teil des therapeutischen Teams anerkannt. Das Aufgabenspektrum beläuft sich auf reguläre Tätigkeiten (Empfang des Patienten, Abläufe organisieren, Formalitäten erledigen, Spritze geben) und Übernahme zusätzlicher Aufgaben. Der Alltag der Sprechstundenhilfe ist durch einen flexiblen, auf das Patientenbedürfnis abgestimmten Ablauf gekennzeichnet (vgl. Terzioglu 2005, S. 171). Allgemein wurde die Atmosphäre in der Praxis als eine respektvolle, kollegiale und wertschätzende Umgebung beschrieben. Und auch unter den Mitarbeitern herrschte ein freundlicher, fast freundschaftlicher Umgangston. Dabei blieb eine professionelle Distanz gewahrt (vgl. Terzioglu 2005, S. 162). Die eingehende Betrachtung der Rahmenbedingungen im Bereich der Einstellungen und Haltungen der Patienten gegenüber dem Arzt und umgekehrt, sowie die räumliche Ausstattung der Praxisräume als „Ort der Begegnung“ erweisen sich als elementar. Die Haltungen und die Sicht des Arztes auf *seinen* Patienten und die ihm gebührende unmittelbare Umgebung haben großen Einflusscharakter auf die Situationsbewertung und sein Interaktionsverhalten.

3.5. Ergebnisse der Illustration

Terzioglu fand in ihrer Studie heraus, dass die wesentlichen Elemente der gelingenden Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient einerseits aus einer vertrauensvollen, stabilen Behandlungsbeziehung besteht und andererseits einen flexiblen Wechsel zwischen Partizipation und kontrollierender Aspekte kennzeichnen. Durch entsprechende

Verhaltensweisen der Ärzte beeinflussen sie den Beziehungsaufbau zum Patienten günstig und gleichzeitig fördern sie die Partizipation. Der Patient wird demnach als „Experte seiner Erkrankung und seiner Selbst“ behandelt. Es wurde deutlich, dass Patienten die an einer Psychose erkrankt sind, zeitweise als eingeschränkt verantwortungsbewusst ihre Entscheidungen treffen und dann der Arzt als Vertrauensperson fungiert (vgl. Terzioglu 2005, S. 249). Ziel der Zusammenarbeit war es, dem Patienten die Verantwortung für seine Gesundheit als Experte zurückzugeben und/oder gar nicht erst durch den Arzt übernommen zu werden. Den Übergang zwischen kompletter Verantwortung des Patienten auf den Arzt in Phasen der akut auftretenden Psychosen bezeichnet Terzioglu als Passung. Passung meint hier als den Ausdruck einer gelungenen Behandlung verstanden zu werden und daneben auch als Resultat einer guten Behandlung. Je gelungener sich die Zusammenarbeit offeriert, desto günstiger ist das Annähern beidseitiger Sichtweisen von Patient und Arzt. Und da es sich um intervenierende und vermittelnde Handlungsweisen handelt, ist es von beidseitigen Vorteil wenn die Annäherung gelingt, denn so auf dieser Basis die Kooperation gute Chancen auf gelingen (vgl. Terzioglu 2005, S. 249). Dabei ist festzustellen, dass sowohl Patient als auch der Arzt nicht losgelöst äußerer Faktoren in das Interaktionsgeschehen ist. Zusammengefasst führt Terzioglu in ihrer Studie Aussagen über eine gelingende Kooperation unter Berücksichtigung von Partizipation des Patienten folgende Testergebnisse auf: die Partizipation des Patienten bei diversen Behandlungsentscheidungen ist von deren jeweiligen Gesundheitszustand abhängig. Folglich sind die Ärzte angehalten, flexibel und empathisch auf die aktuellen Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen. Ärzte tragen zudem ein hohes Verantwortungsbewusstsein und müssen in Krisensituation im Sinne ihres Patienten notwendige Entscheidungen treffen. Damit die Entscheidungstragweite von beiden Akteuren unterstützt wird, ist eine vertrauensvolle und stabile Behandlungsbeziehung unabdingbar. Die Beziehungsgestaltung gilt als Basis für die langfristige und erfolgreiche Zusammenarbeit. Seitens der Patienten so Terzioglu, seien Sympathie für den behandelnden Arzt und die persönliche Passung eine wichtige Voraussetzung, damit sich die Patienten auch in Notzeiten zuversichtlich an ihren Arzt wenden können (vgl. Terzioglu 2005, S. 247ff.). Beidseitige Rollenzuschreibungen und Erwartungen sollten miteinander kompatibel sein. Als zentraler Punkt für die Patienten kristallisierte sich das Thema Transparenz heraus. Transparenz wird bei Entscheidungsprozessen gewünscht und vor allem wünschen sich die Patienten eine

Erklärung der Beweggründe der Ärzte, für deren Entscheidungen im Hinblick auf Art und Umfang der Behandlungsmethoden. Wird diese erklärt und für den Patient nachvollziehbar dargestellt, so erleben sie die eingreifenden Interventionen nicht als beunruhigend, sondern eher als absichernd, da sie eine Form der Orientierung bieten. Und trotz gelegentlichen Einschränkungen durch ärztliche Verordnungen in Einzelsituationen, bewerten die Patienten die Arzt-Patienten-Interaktion im Allgemeinen als Partizipativ. Die Freiheitsgrade die sich durch die ambulante Behandlungsform für den Patienten bietet, zählt sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt zu einen der bedeutungsvollsten Schlussfolgerungen (vgl. Terzioglu 2005, S. 248f.). Dadurch erleben die Patienten eine alltagsnahe Lebensform und damit erhöht sich auch die Chance, ein würdevolles Leben mit oder trotz der psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft zu führen.

3.6. Relevanz der Erkenntnisse für die Arzt-Patienten-Interaktion

In der Studie von Frau Dr. Terzioglu wurde versucht, die Arzt-Patienten-Interaktion aus soziologischer Perspektive zu betrachten. Die Forschung beschäftigte sich mit dem Kooperationsverhalten. Es wurden vielseitige Faktoren aufgezeigt, die Beziehungsgestaltung beeinflussen. Der soziologische Blickwinkel war hier von Bedeutung und so lag das Interesse auf die eingangs beschriebenen Goffman'schen Rahmentheorie. Bei der Studie von Frau Dr. Terzioglu handelte es sich um eine spezifische Arzt-Patienten-Konstellation. Nach rahmenspezifischen Gesichtspunkten ist festzustellen, dass die Diagnose selbst bereits zu einem Rahmen wird, in dem sich beide Interaktanten verhalten. Die Psychiaterin beschrieb ihre Behandlungsmethode und ärztliche Haltung als Partizipativ und verantwortungsbewusst den Patienten gegenüber. Dies wird allerdings nach eigenen Angaben nur im psychosefreien Zustand angewandt, da der Patient laut Diagnose als nicht „autonom entscheidungsfähig“ eingestuft und behandelt werden kann. Hier schafft der Arzt eine Rahmenkonstruktion die bereits ein klares Ziel zu haben scheint und der Patient dem Ziel zustimmt und *seinen Weg* zur Zielführung oder aber der Arzt einlenken bzw. eingreifen muss. Wenn der Arzt aus medizinisch- psychiatrischen Gründen auch gegen den Willen seines Patienten handeln muss, so werden in diesem Moment die Bedürfnisse des Patienten weder verhandelt, noch

in die ärztliche Entscheidungen einbezogen. Dabei kommt die Asymmetrie zwischen den Interaktanten ganz offensichtlich zum Vorschein.

Auch wenn sich die gesamte medizinische Praxis mit ihren Mitarbeitern anerkennenswerte Bemühungen vornehmen alles zu tun, damit sich die Patienten wohl fühlen und eine gute medizinische Versorgung erfahren, ist die „Institution Praxis“ durch ökonomische, rechtliche, medizinische und politische Teilsystemen überlagert. Neben den Ansprüchen ihrer Patienten nebst seinen Angehörigen, versteht sich der Mediziner auch als der Verantwortliche für die betrieblichen Belange sowie als Arbeitgeber. Diese strukturellen Verläufe kann als Rahmenmodulation betrachtet werden. Sie schränken die Freiheitsgrade des ärztlichen Handelns stark ein. Rahmen sollten nicht als ein zu starres Regelwerk betrachtet werden. Sie stellen *eine* mögliche Wirklichkeitskonstruktion dar und weitere andere Perspektiven verbleiben im Hintergrund.

4. Schlussbemerkung

Die Entscheidung mich intensiver mit der Arzt-Patienten-Interaktion zu beschäftigen zeigte sich rückblickend als sehr aufschlussreich und bereichernd. Auch wenn sich das Anfertigen dieser Bachelorarbeit für mich als eine große Herausforderung erwies.

Meine Eingangsfragen, warum es zwischen Arzt und Patient zu Verständigungsproblemen kommt und ob sich die Erklärung bei einzelnen Personen finden lässt, kann ich folgendermaßen beantworten. Beide Akteure bewerten die Situation bereits im Ansatz völlig unterschiedlich. Dabei schaffen Rahmungen das „Bühnenbild“. Jedoch legt die Rahmung das Ereignis nicht im Detail fest, sondern definiert in welchem Maße ein Geschehen für den Einzelnen Sinn macht. Die Rollen sind ebenfalls aufgeteilt und die Interaktanten nehmen sodann *ihre Rolle* ein. Die Rolleneinnahme erfolgt nach der individuellen Bewertung des eigenen Wirklichkeitssinns und der Definition der vorgefundenen Situation. Dabei spielen die Erfahrungen, die der Einzelne in der Vergangenheit gemacht hat, eine entscheidende Rolle. Nach den Wertungsmaßstäben wird darüber entschieden, um welche Art von Interaktion es sich handelt und welche Verhaltensweisen vom jeweils Gegenüber erwartet werden. Des Weiteren konnte ich feststellen, dass sich Menschen, hier der Arzt und Patient,

mit der eigenen Rolle, dem eigenen Selbstbild und auch mit der eigenen, ihm zugehörigen Gruppe (Gruppe der Ärzte und Gruppe der Patienten) identifiziert. Da der Einzelne von der Interaktion abhängig ist, ist er bemüht diese nicht zu stören und wird sich stattdessen an die „Spielregeln“ halten. Dementsprechend werden die Erwartungen erfüllt und offenbart sich als zufriedenstellend. Die Interaktion erfolgt in einer stetigen Wechselseitigkeit zum jeweiligen Gegenüber, wohingegen sich zeigt, dass die Verhaltensweisen in Kausalität zueinander stehen. Um diesbezüglich einen Praxisbezug herzustellen, bediente ich mich der besagten Studie. Ob die Auswahl der Literatur rückblickend so optimal war, zweifle ich vereinzelt an. Das Patienten-Interview wurde mit Patienten durchgeführt, die im Vorfeld durch die behandelnden Ärzte ausgewählt und bereits „vorinterviewt“. Das kann zu einer Abmilderung der Repräsentativität der Studie führen. Des Weiteren handelt es sich bei der Studie um Menschen mit psychotischen Erkrankungen die zwar einerseits nichts über die Arzt-Patienten-Interaktion als solches aussagen, jedoch stellt diese Bedingungen für die Akteure eine besondere Konstellation dar, da stets mit einem Eingreifen aus medizinisch-trifftigen Gründen in die Entscheidungsfähigkeit des Patienten zu rechnen sein muss. Das wirkt sich unweigerlich auf die Beziehung aus. Damit die Arzt-Patienten-Interaktion gelingen kann, so zeigt sich für mich, dass beide Akteure einen Einfluss auf den Prozess der Zusammenarbeit haben und ihn ganz entscheidend mitgestalten. Jeder Mensch ist durch seine individuelle Sozialisation mit den entsprechenden Werten und Normen geprägt. Das definiert die sozialen Grenzen und entscheidet über die Zugehörigkeit einer Gruppe. Trotzdem hört Sozialisation nicht grundlegend auf. Der Mensch entwickelt sich mit jeder Interaktion weiter und kann dadurch zu mehr Selbstvertrauen und deshalb auch die zukünftigen Interaktionen maßgeblich beeinflussen.

Abschließend kann ich sagen, dass sich die soziologische Sichtweise für mich, die als zukünftige Sozialarbeiterin in einem Berufsfeld tätig ist, wo es strukturell bedingt eher um sozialpsychiatrische Prozessbegleitung geht, eine interessante alternative Form der Situationsanschauung darstellt. Um zur Kernaussage Goffmans Werke zu gelangen, bedarf es ein intensives Beschäftigen und Lesen sowie Nachwirken seiner Ausführungen. Während des Prozesses der Bearbeitung entwickelten sich neue Fragestellungen. Die gründlichere Auseinandersetzung mit dem „Image“ könnte sich für mich als interessant und nachhaltig erweisen, und motiviert mich, mich weiterhin mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

Literaturverzeichnis

Begenau, Jutta/Schubert,Cornelius/Vogd,Werner: Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis.Szenarien-Fälle-Theorien.Bern 2005.

Boettner, Johannes: Struktur und Dynamik zwischenmenschlicher Begegnung- Einführung in die Interaktion. Skript zur Vorlesung „Interaktionstheorie“, Hochschule Neubrandenburg 2014.

Elias,Norbert: Über den Prozess der Zivilisation.Bd.2. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation.1.Auflage. Frankfurt am Main 2007.

Ehrhardt,Angelika: Sozialisation, Artikel in: Mulot,Ralf/Schmitt, Sabine (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7.Auflage. Baden-Baden 2011.

Gaebel, Wolfgang u.a.: [ICD-10-GM - Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.](#) URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm> /<http://www.psychose.de/> (Stand März 2013).

Goffman, Erving: Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. 2.Auflage. Übers. Von Herrmann Vetter. Frankfurt am Main 1977.

Goffman, Erving: Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. 15.Auflage. Übers. Peter Weber-Schäfer. München/Berlin 2015.

Gudjons, Herbert: Pädagogisches Grundwissen. 4.überarbeitete und erweiterte Auflage. Bad Heilbronn 1995.

Hurrelmann,Klaus/Ulich,Dieter :Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim 1980.

www.infomed.ch/pk_template.php?pkid=270

Luckmann, Thomas/ Schütz, Alfred: Strukturen der Lebenswelt. Konstanz 2003.

Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin, In: König, Rene`/Tönnesmann,Margret (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie. Opladen: Westdt. Verl., 1970.(Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie , Sonderheft, 3).

Schweikardt, Christoph: Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. Und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbemühungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik. München 2008.

Terzioglu, Peri: Die gelungene Arzt-Patienten-Kooperation in der psychiatrischen Praxis. Bonn 2005.