

# "Hauptsache, es geht Ihnen nicht ganz schlecht..." : wie Leiden von Frauen in der Arztpraxis zu Wehleidigkeit wird

Autor(en): **Pednekar, Anita**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Rosa : die Zeitschrift für Geschlechterforschung**

Band (Jahr): - **(1996)**

Heft 12

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-631329>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# „Hauptsache, es geht Ihnen nicht ganz schlecht...“

## Wie Leiden von Frauen in der Arztpraxis zu Wehleidigkeit wird

In der Frauengesundheitsforschung wird der Befund diskutiert, dass Frauen zwar durchschnittlich länger leben, jedoch häufiger Arztpraxen besuchen und mehr Medikamente schlucken. Eine Erklärung für diese Tatsache besagt, dass Frauen durch die (unbezahlte) Reproduktionsarbeit so stark be- bzw. überlastet sind, dass dies zu physischen und psychischen Symptomen führt.

Frauen erscheinen im Zusammenhang mit Gesundheit aber nicht nur in der Opferrolle, sondern auch als Fachkräfte: Innerfamiliär sind sie die "Gesundheitsarbeiterinnen"<sup>1</sup>, sie sind es, "die sich um die Gesunderhaltung der Familie etwa durch sorgfältige Essenszubereitung kümmern, auf Anzeichen von Krankheit aufmerksam-vorbeugend im Sinne der medizinischen 'Laienversorgung' reagieren und im Krankheitsfalle die Pflege – privat und beruflich – übernehmen"<sup>2</sup>.

Die feministische Erklärung für diesen scheinbaren Widerspruch lautet wie folgt: Eine wichtige Instanz, die nach gängigen Modellen der Gesundheitspsychologie beim Auftreten von Krankheitssymptomen noch vor dem Arzt – bzw. der Ärztin – angegangen wird, ist das "medizinische Laiensystem". Das heisst konkret, dass Freunde, Familie, Bekannte um Rat gefragt werden. In der nach wie vor ideologisch am meisten propagierten Lebensform der Kleinfamilie ist dies – wegen der ihr zugeschriebenen Rolle – die Frau. Wird sie nun selbst krank, ist in ebendieser Kleinfamilie niemand mehr, der Zeit und Fähigkeiten hätte, sich um sie zu kümmern. Das heisst, sie muss zum Arzt gehen.

### Reproduktion und "Hausfrauisierung"

Die Bielefelder Ökonominnen (v. Werlhoff, Mies, Bennholdt-Thomsen) haben die Begriffe "Subsistenzproduktion" oder "erweiterte Reproduktion" geprägt. Damit ist der Bereich gesellschaftlicher Arbeit gemeint, in dem das menschliche Leben und lebendiges Arbeitsvermögen hergestellt und beständig erneuert wird: Darunter fällt auch – und bei Hausfrauen in erster Linie – die beständige Erneuerung des

Arbeitsvermögens des Mannes durch Sorge um sein physisches und psychisches Wohlbefinden.

Isolierende Hausfrauenarbeit muss nach Bock und Duden<sup>3</sup> als eine direkte Folge des Kapitalismus gesehen werden. Damit erlitten die Frauen "nicht in erster Linie einen Verlust der Teilhabe an der Männergesellschaft", sondern einen "Verlust an Frauengesellschaft durch die Trennung der Frauen voneinander, ohne dass sie deshalb ein Teil der Männergesellschaft würden"<sup>4</sup>.

Dieser Ansatz erklärt auch, warum Frauen, wenn sie schon das medizinische Laiensystem ausmachen, vor dem Arztbesuch nicht beieinander Rat suchen.

### Wenn der Arzt ein Mann ist...

Trotz dieser innerfamiliären Fachfrauenrolle und der Überrepräsentation der Frauen in den unteren Hierarchie-Etagen des Gesundheitswesens, gibt es nach wie vor viel mehr Ärzte als Ärztinnen: In der Schweiz beträgt der Ärztinnenanteil mit FMH-Titel 25%. Mehr Patientinnen als Patienten und weniger Ärztinnen als Ärzte: Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau zu einem Arzt geht, ist also sehr gross.

Die selbstverständliche – und meist gar nicht wahrgenommene – Zuschreibung der Subsistenzarbeit (worunter auch die 'Beziehungsarbeit' zu rechnen ist) zu den Pflichten einer Frau dürfte sich auch in der Konsultation beim Arzt auswirken: Zum einen ist nicht zu erwarten, dass diese Belastung thematisiert und in eine Beziehung zu Beschwerden von Frauen gesetzt wird. Zum anderen muss man annehmen, dass zwischen einem Arzt und einer Patientin dieses Mann-Frau-Rollenverhalten ebenfalls zum Tragen kommt, dass also die Frau auch in der Konsultation Beziehungsarbeit leistet. Frauen scheinen laut verschiedenster Ergebnisse aus dem Bereich der Frauengesundheitsforschung von Ärzten weniger ernst genommen zu werden als Männer. Wie sich dieses "Ernst-Nehmen" auf der Ebene der Gespräche auswirkt, hat die feministische Linguistik bereits gezeigt: Frauen sprechen durchschnittlich weniger lang, werden häufiger unterbrochen, auf ihre Voten wird weniger eingegangen, dafür leisten sie dann aber mehr *Gesprächs-*

arbeit. Das heisst, sie sind aufmerksame Zuhörerinnen, signalisieren dies durch sogenannte Minimalunterstützungen (“mhm, ja, oh” etc.) und gehen ihrerseits sehr auf die Voten von Männern ein. Gesprächsarbeit kann auch als sprachlich-konversationelle Ausformung der Beziehungs- und damit der Subsistenzarbeit gesehen werden.

### Der Test

In meiner Lizentiats-Arbeit wollte ich untersuchen, ob es Unterschiede in der Gesprächsführung von Ärztinnen und Ärzten gibt und ob Frauen somit bei Ärztinnen besser aufgehoben wären, wenn die untersuchten Fälle repräsentativ wären. Zu diesem Zweck nahm ich Konsultationsgespräche zwischen zwei Ärztinnen und je einer Patientin und zwischen zwei Ärzten und ebenfalls je einer Patientin auf Tonband auf.

Die empirische Analyse gliederte sich in einen quantitativen und einen qualitativen Teil. Für ersteren wurde auf das Konzept der Dialogsteuerung von Schwitalla<sup>6</sup> zurückgegriffen. Äusserungen wurden eingeteilt in *initiierende* und *responsive* oder *nonresponsive Züge* je nachdem, ob sie inhaltlich auf die vorhergehende Äusserung der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners eingingen. Im Gegensatz zu Schwitalla habe ich vor allem darauf geachtet, *worauf* die ÄrztInnen eingingen bzw. nicht eingingen.

Bei den Ärzten gibt es mehr nonresponsive Züge als bei den Ärztinnen. Mit einem Verhältnis von 20 (Ärzte) zu 5 (Ärztinnen) ist dieses Resultat überaus deutlich ausgefallen. Bei der Frage, nach welcher Art von Äusserung (Intentionstyp nach Schwitalla) sich die grössten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Nonresponsivität zeigten, ergab sich klar, dass dies nach *Gefühlsäusserungen der Patientinnen* der Fall war.

Nonresponsivität nach Gefühlsäusserungen kam bei den Ärzten neunmal vor, bei den Ärztinnen einmal. Die Ärztinnen stellten insgesamt 13 *Folgerungsfragen* im Sinne von Schwitalla (weiterführende Fragen), die Ärzte sechs. Auffällig war der grosse Anteil an Folgerungsfragen, den die Ärztinnen nach Klagen über physische Beschwerden stellten, während die Ärzte dies überhaupt nie taten.

Zur Verdeutlichung der oben genannten Zahlen möchte ich ein kleines Textbeispiel aus einer Konsultation bei einem Arzt geben. Zu sagen ist hier noch, dass die

beiden Ärzte, die nach langem Suchen meinerseits schliesslich mitgemacht haben (Ärztinnen liessen sich viel leichter finden), zu den bewussteren, selbstkritischeren gehören, insofern wahrscheinlich nicht repräsentativ sind. Beide sind nämlich Mitglieder einer ‘Balint-Gruppe’, in der sie sich psychologisch weiterbilden und ihr Handeln kritisch reflektieren. Der Textausschnitt, der am Schluss dieses Artikels wiedergegeben wird, zeigt den Beginn des Gesprächs. (Die Umrahmungen sind als Partiturklammern zu lesen, d.h., alles untereinander Stehende ist simultan aufzufassen.)

Ludiomil ist ein Antidepressivum. Frau N.s erste längere Aussage bedeutet also im Klartext: Sie fühlte sich so depressiv, dass sie *wieder* zum Ludiomil greifen musste. Als Grund für ihre depressive Verstimmung gibt Frau N. die Tatsache an, dass ihr Mann wieder ins Krankenhaus musste. Im ersten Redebeitrag der Kernphase dieser Konsultation stellt die Patientin also ihr Problem dar: depressive Verstimmung, weil der Ehemann ins Krankenhaus musste. Einen Rekonvaleszenten (nach der Operation) oder auch einen teilweise Sehbehinderten zu versorgen heisst auch, Funktionen des medizinischen Laiensystems zu übernehmen. Die *Mehrarbeit* stellt somit auch eine *Mehr-Belastung* für die ausführende Person dar. Frau N. hat ihr Problem beschrieben: Sie ist durch die Erhöhung ihrer Arbeitsbelastung (wieder) depressiv geworden. Der Arzt reagiert mit *Nonresponsivität*. Vom Thema “Befinden der Patientin” wechselt der Arzt zu “Befinden des Ehemannes der Patientin”: Sie sprechen nun über die Augenkrankheit des Ehemannes.

Nach dem prozessorientierten Kommunikationsmodell wird “Sinn” nicht von den Formulierenden allein hergestellt, was sich unter ungleichen Machtverhältnissen besonders gravierend auswirkt: Indem er nicht auf die Schilderung ihrer Befindlichkeit eingeht, sondern sich stattdessen nach der Krankheit des Mannes der Patientin erkundigt, vermittelt der Arzt, dass letztere viel interessanter ist. Dies wird verstärkt durch die Tatsache, dass der Arzt die Patientin im Gegensatz zur ganzen Eröffnungsphase anschaut und dass er, als es zu den Details der Krankengeschichte des Ehemannes N. kommt, sogar den Stuhl Richtung Frau N. dreht, also mit seiner ganzen Körperhaltung Aufmerksamkeit signalisiert. Wenn die Leiden ihres Ehemannes interessanter sind als ihre eigenen, impliziert dies auch, dass die Person ihres Mannes insgesamt

wichtiger ist als ihre eigene. Ein schlechtes Selbstwertgefühl ist aber *ein* Symptom einer Depression... Dieses Beispiel zeigt, was das in der quantitativen Analyse festgestellte 'Nicht-Eingehen' der Ärzte konkret bedeuten kann. Es kann zu einer Entwertung der ganzen Person führen und die Symptome der Patientin verstärken. Diese Symptome sind hier klar wegen der belastenden Reproduktionsarbeit entstanden.

Bei den Ärztinnen ist – da sich die Zahlenverhältnisse bezüglich Nonresponsivität, Responsivität und Folgeungsfragen *nach Gefühlsäusserungen* umkehren – genau das Gegenteil der Fall: Sie benutzen ihre Macht dazu, diesen Äusserungen der Patientinnen Gewicht zu geben.

Wenn diese vier Ärztinnen und Ärzte typisch sind, dann geht es Frauen besser bei Ärztinnen. Indem Frauen aber vermehrt zu Ärztinnen gehen, weil sie dort eher reproduziert werden (oder weniger entwertende Diagnosen erhalten), ist die Ursache des Problems, dass sich Frauen häufiger in Behandlung begeben, noch nicht gelöst. Dieses kann nur gelöst werden, wenn Arbeit gerechter verteilt wird. Dadurch werden Frauen entlastet, so dass sie dann auch weniger häufig

erkranken. Frauen werden also dann entlastet, wenn auch Männer Frauen reproduzieren. Das heisst nicht zuletzt auch, wenn Männer mehr Beziehungs- und Gesprächsarbeit leisten.

Anita Pednekar

<sup>1</sup> Jungk, S., E. Schulz und I. Stahr. Frauen und Gesundheit - eine Qualverwandschaft? In: Stahr, I., S. Jungk, E. Schulz (Hg.). Frauengesundheitsbildung: Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München 1991. 9 - 18.

<sup>2</sup> Ebd., 9.

<sup>3</sup> Bock, G. und B. Duden. Arbeit aus Liebe - Liebe aus Arbeit: Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In: Frauen und Wissenschaft - Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen, Juli 1976. Berlin 1977.

<sup>4</sup> Bennholdt-Thommsen, V.: Zur Bestimmung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung im Kapitalismus. In: Werlhoff, C., M. Mies und V. Bennholdt-Thommsen. Frauen, die letzte Kolonie. Reinbek bei Hamburg 1988. S. 206 (Hervorhebung A. P.).

<sup>5</sup> Klesse, R. et al. (Hg.). Gesundheitshandeln von Frauen: Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewusstsein. Frankfurt/New York 1992. S. 84.

<sup>6</sup> Schwitalla, J.. Dialogsteuerung in Interviews: Ansätze zu einer Theorie der Dialogsteuerung mit empirischen Untersuchungen von Politiker- Experten- und Starinterviews in Rundfunk und Fernsehen. Diss. München 1979.

**Beispiel für ein Arzt/Patientinnengespräch:**

---

Patientin schaut, wo nicht anders vermerkt, den Arzt an. Haltung angespannt.

*lacht*

P: Guet, danke! Tipptopp. Eerlich!

A: Jetzt wie goot s Ene, Frau N.? Guet? Ja! Ich  
blickt in die Akten, blättert schaut sie kurz an,

---

*lachend*

P: Joo genau! Also/ Öö da macht nüüt.

A: fröög so ungläubig, gäled Sii? Tut mer leid. Tut mer leid  
*verlegen lachend* wieder in den Akten

---

P: Öppen e Wuche han i jetzt Lud/ Ludio/ Ludiomiil wider müse nee will de Maa het

A:

---

schüttelt Kopf

P: wider müse ins Spitaal und dänn muss ich eifach gliich ha!

A: Wi isch dänn mit den  
schaut sie an

---

P: Jä er hät wider müse s acht Maal operiere.

A: Auge? Sss/ was s acht Maal, das Aug isch  
stempelt etwas in den Akten schaut sie an dreht Stuhl

---

P: S ahti Maal jetzt

A: scho so vill operiert worde/ Es isch immer de grüeni Staar, gäled Si  
Richtung Patientin, Blickkontakt

---