

**Geschlechterkonstruktionen in der Herzinfarktbehandlung im Krankenhaus –
Am Beispiel von Gender Dyaden in der Visiteninteraktion zwischen
Ärzt_innen und Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel

vorgelegt von

Julia Willrodt

Kiel

2016

Erstgutachterin: Prof. Dr. Uta Klein
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Carmen Gransee

Tag der mündlichen Prüfung: 31.01.2017

Durch den zweiten Prodekan Prof. Dr. Elmar Eggert
zum Druck genehmigt: 04.12.2017

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	iv
Danksagung	v
1. Einleitung.....	1
2. Geschlechterkonstruktionen und -verhältnisse in der modernen Medizin.....	7
2.1 Geschlechterkonstruktionen in medizinischen Wissenssystemen.....	8
2.1.1 Naturwissenschaftliche Geschlechterkonstruktionen im 18./19. Jahrhundert.....	10
2.1.2 Geschlechterkonstruktionen in der Gender-/Medizin im 20./21. Jahrhundert.....	14
2.2 Geschlechterverhältnisse und Segregationen in der ärztlichen Profession	18
2.2.1 Geschlechterbezogene Schließungsprozesse in der ärztlichen Professionalisierung.....	21
2.2.2 Aktuelle Geschlechtersegregationen und Schließungstendenzen in der Ärzteschaft	24
2.3 Konstruktion von Geschlecht in Interaktionen und im sozialen Kontext	28
2.3.1 Soziale Konstruktionsprozesse von Geschlecht in der Interaktion – Doing Gender.....	30
2.3.2 Sozial-institutioneller Kontext von Geschlecht – Un-/Doing Gender while	34
2.4 Zusammenfassung: Geschlecht in der Medizin und Interaktion	39
3. Herzinfarkt und Geschlecht – Geschlechterkonstruktionen in der Herzinfarkt- behandlung und im medizinischen Behandlungsgespräch	43
3.1 Gender-/medizinische Sichtweisen in der Herzinfarktbehandlung	44
3.1.1 Aktuelle Leitlinien zur akutstationären Herzinfarktbehandlung.....	44
3.1.2 Vom Gender Gap über Gender Bias zur Gender(herz)medizin.....	49
3.1.3 Aktuelle Geschlechterkonstruktionen in der Gender- und Herzmedizin	55
3.2 Zur Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen im Krankenhaus – unter Berücksichtigung implizierter Geschlechterkonstruktionen	61
3.2.1 Klassisch paternalistisches Beziehungsmodell zwischen Ärzt_innen und Patient_innen und die implizierten Geschlechterkonstruktionen	62
3.2.2 Neue (patient-centred und partizipative) Beziehungsmodelle und ihre implizierten Geschlechter-konstruktionen.....	68
3.2.3 ‚Total-institutionelles Beziehungsdilemma‘ im Krankenhaus & Visitengespräch.....	74
3.3 Doing Gender & Gender Dyaden im medizinischen Behandlungsgespräch.....	81
3.3.1 Doing Gender in der Sprechstunde und Visite.....	85
3.3.1.1 Ärzt_innen: Reziproke Konstruktion von Patient Gender	85
3.3.1.2 Patient_innen: Reziproke Konstruktion von Physician Gender.....	90

3.3.2	<i>Gender Dyaden in der Interaktion zwischen Ärzt_innen und Patient_innen</i>	92
3.3.2.1	Wahrnehmung und Bewertung der Behandlungsgespräche	94
3.3.2.2	Darstellungen in den Behandlungsgesprächen	97
3.4	<i>Zusammenfassung: Gender in der Herzinfarktbehandlung</i>	102
4.	Forschungsleitende Fragen zu (dyadischen) Mustern in der Konstruktion von Geschlecht in Visitingesprächen nach einem akuten Herzinfarkt	105
4.1	<i>Geschlechterbezogene Muster in den Darstellungen in der Visite</i>	107
4.2	<i>Geschlechterbezogene Muster in der Wahrnehmung & Deutung (nach) der Visite</i>	111
5.	Methoden – Erhebungs- und Auswertungsverfahren zu Doing Gender Prozessen & Gender Dyaden in der Visiteninteraktion	115
5.1	<i>Visitingespräche – Erhebungsmethoden und Auswertungsverfahren</i>	117
5.2	<i>Interviews mit Krankenhausärzt_innen & Herzinfarktpatient_innen</i>	124
5.3	<i>Vorstellung der Vorgehensweise und des Samples</i>	129
6.	Ergebnisse – Geschlechterbezogene/dyadische Muster in/nach der Visite zwischen Stationsärzt_innen und Erstinfarktpatient_innen	133
6.1	<i>Muster in den Darstellungen in der Visite</i>	133
6.1.1	<i>Akute (Herz-)Beschwerden und Angst vor einem Reinfarkt</i>	134
6.1.1.1	Androzentristische Ausrichtung in der Abklärung akuter Herzbeschwerden.....	134
6.1.1.2	Thematisierung körperlicher und emotionaler Beschwerden.....	136
6.1.1.3	Nicht-/Eingehen auf akute Beschwerden und Angst vor einem Reinfarkt.....	141
6.1.2	<i>Behandlungsempfehlungen zur Verhinderung eines Reinfarktes</i>	144
6.1.2.1	Veränderung von lebensstilbezogenen Risikofaktoren	144
6.1.2.2	Aufklärung über neue Herzmedikamente	148
6.1.3	<i>Planung von Reha-Maßnahmen nach dem Krankenhaus</i>	161
6.1.3.1	Akzeptieren der Ablehnung rehabilitativer Maßnahmen.....	162
6.1.3.2	Befördern der Ablehnung geriatrischer Reha-Maßnahmen	163
6.1.3.3	„Umstimmen“ nach der Ablehnung einer AHB.....	167
6.1.4	<i>Planung der Entlassung</i>	169
6.1.4.1	Frühere Entlassungswünsche	171
6.1.4.2	Spätere Entlassungswünsche.....	175

6.2	<i>Muster in den Wahrnehmungen und Deutungen (nach) der Visite</i>	179
6.2.1	<i>Prähospitalphase</i>	179
6.2.1.1	Verzögerungen in der hausärztlichen Deutung akuter (Herz-)Beschwerden	180
6.2.1.2	Familiäres Umfeld: Schutzfaktor (Ehe-)Frau – Risikofaktor (Ehe-)Mann?	184
6.2.2	<i>Konflikt-Visitengespräche</i>	186
6.2.2.1	Fehlende Aufklärung über Diagnose und rehabilitativen Behandlungsbedarf	186
6.2.2.2	Soziale Probleme und Konflikte in der Akutbehandlung	188
6.2.2.3	Ärzt_innen: Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Konflikt-/Visiten	191
6.2.2.4	Patient_innen: Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Konflikt-/Visiten	201
6.2.3	<i>De-/Thematisierung von Gender & Dyaden in der Visite</i>	211
6.2.3.1	Zur Bedeutung(-sverlust) von Gender & Dyaden in der Visite aus ärztlicher Sicht	211
6.2.3.2	Zur (Ir-)Relevanz von Gender & Dyaden in der Visite aus Sicht der Patient_innen	220
7.	Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse	227
7.1	<i>Diskussion der eingesetzten Forschungsmethoden</i>	228
7.2	<i>Muster in der sozialen Konstruktion von Geschlecht in der Visite</i>	229
7.3	<i>Weitergehende Untersuchungsfragen</i>	236
	Literaturverzeichnis	240
	Anhang	265

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abb. 1 Um den Männeranteil ergänzte Abbildung von Allmacher/Schneider/Habel (2010:1397) zum „Anteil der Frauen im Verlauf der medizinischen Berufskarriere 2009“.</i>	24
<i>Abb. 2 Ausgewählte Gebietsbezeichnungen für berufstätige Ärztinnen und Ärzten Ende 2015 (BÄK 2016:3-4)</i>	25
<i>Abb. 3 Häufigkeitsverteilung der KHK-Lebenszeitprävalenz in Prozent nach Geschlecht für ausgewählte Alters- und Bildungsgruppe ab 45 Jahren</i>	51
<i>Abb. 4 Verteilung von KHK-Rehabilitand_innen nach Reha-Form und Geschlecht in %</i>	54
<i>Tab. 1 Gender Dyaden in der Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen</i>	98
<i>Tab. 2 Eigene Erhebung, Übersicht über die Verteilung der 37 Visitengespräche je nach Gender Dyade</i>	131
<i>Tab. 3 Überblick über die im Sample vertretenden 9 Ärzt_innen und 11 Patient_innen</i>	132
<i>Tab. 4 Initiierung von lebensstilbezogenen Risikofaktoren in der Visite mit Erstinfarktpatient_innen unter Berücksichtigung von Gender, Alter bzw. ärztlicher Berufserfahrung</i>	144
<i>Tab. 5 Initiierung der ärztlichen Aufklärung über die neuen ‚Herzmedikamente‘ und Darstellungsmuster unter Berücksichtigung von Gender, Berufsjahre der Ärzt_innen und Alter der Patient_innen</i>	148
<i>Tab. 6 Rehabilitative Versorgung der 11 Patient_innen nach Gender, Alter und körperlicher Reha-Fähigkeit</i>	161
<i>Tab. 7 Überblick über Typus und Darstellungsmuster im Umgang mit der Ablehnung von Reha-Maßnahmen nach Gender, Alter und körperlicher Reha-Fähigkeit der 9 Patient_innen</i>	162
<i>Tab. 8 Übersicht über die Verweildauer der Patient_innen im Krankenhaus (gesamt) und auf der Normalstation unter Berücksichtigung von Gender, Alter, medizinischen Interventionen und Entlassungswunsch</i>	169
<i>Tab. 9 Übersicht über Darstellungsmuster in der Verhandlung abweichender Entlassungswünsche – unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, körperlichen und sozial-emotionalen Aspekten der Patient_innen</i>	170
<i>Tab. 10 Vermutung für/ Umgang mit den Akutbeschwerden der 11 Patient_innen in der Prähospitalphase</i>	179

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich im Verlauf meiner Doktorarbeit unterstützt haben. Großer Dank gilt *Prof. Dr. Uta Klein* und *Prof. Dr. Carmen Gransee*, die mit ihrer Betreuung wesentlich zur Erstellung und Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben. Nicht nur ihr umfangreiches Fachwissen und die konstruktiven Hinweise haben mein wissenschaftliches Arbeiten sehr bereichert. Darüber hinaus möchte ich mich für die persönliche Unterstützung und ihre Fürsprache für die Förderung des Promotionsprojektes durch Stipendien bedanken.

Herzlichen Dank aussprechen möchte ich auch *Dr. Gerhard Berger* vom Institut für Sozialwissenschaften/Soziologie der CAU Kiel, der mich während der Erhebungs- und Auswertungsphase unterstützte. Ebenso danke ich meinen Mitpromovierenden des Promotionskolloquiums der *Gender Research Group der CAU Kiel* für ihre konstruktiven Beiträge sowie Unterstützung bei der Erstellung der Doktorarbeit.

Der *Heinrich-Böll-Stiftung* und dem *Zentrum für Kulturwissenschaftliche Forschung Lübeck* in Kooperation mit *Prof. Dr. Heiner Raspe* möchte ich für das Promotions- und Abschlussstipendium danken. Die damit verbundene finanzielle sowie ideelle Förderung ermöglichten, dass ich diese Arbeit erfolgreich durchführen und abschließen konnte.

Für die tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung der Erhebungen möchte ich mich herzlichst bei den Leitungen der kardiologischen Abteilungen der beiden *Krankenhäuser* sowie den Stationsärzt_innen und dem Krankenhauspersonal bedanken. Besonderer Dank kommt zum einen den teilnehmenden *Stationsärzt_innen* zu, die ich bei ihren Visiten begleiten durfte und die mir ihre Zeit auch in den Interviews zur Verfügung stellten. Zum anderen möchte ich mich ‚von Herzen‘ für die Teilnahme der *Patient_innen* bedanken, die sich nach einem akuten Herzinfarkt bereit erklärten, das Forschungsprojekt zu unterstützen und mir persönliche Einblicke in diese besondere Lebenssituation gewährten.

Weiterhin kommt meinen Wegbegleiter_innen im *Peer Coaching*, initiiert vom Graduiertenzentrum der CAU Kiel, besonderer Dank zu. Ihr distanzierter Blick und ihre Fragen waren hilfreich, um die vielfältigen Herausforderungen im Verlauf der Erstellung einer Dissertation erfolgreich zu meistern.

Letzteres trifft im besonderen Maße auf meine *Familie* und meinen *Freundeskreis* zu, die mich in schwierigeren Zeiten unterstützten und für den entsprechenden Ausgleich zur Doktorarbeiten sorgten. Danke dafür und für Vieles mehr.

1. Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass jedes Jahr rund 17 Millionen Menschen an den Folgen von kardiovaskulären Erkrankungen versterben, insbesondere an Schlaganfällen und Herzinfarkten (WHO 2016). Auch in Deutschland führen Herzerkrankungen die Morbiditäts- und Mortalitätsraten an und zählen mit den zu häufigsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus (RKI 2015). So erleiden rund 300.000 Menschen jährlich einen akuten Herzinfarkt (DHS 2015b). Zugleich ist nicht überzusehen, dass die kardiovaskuläre Medizin seit den 1950er Jahren große Erfolge zu verzeichnen hat. Demnach steht heute weniger das *Überleben* eines Herzinfarktes als das Leben *mit* einer chronischen Herzerkrankung im Mittelpunkt der medizinischen Behandlung (umfassend Niroomand 2013). Die Anwendung neuartiger Behandlungsmethoden wie Herzoperationen, Herzmedikamente oder Katheterinterventionen haben einen Rückgang der Sterblichkeit um gut 70 Prozent befördert (ebd.:1946). Auch hat sich die Behandlungszeit im Akutkrankenhaus stark reduziert. In den 1960er Jahren betrug die Verweildauer von Patient_innen¹ nach einem Myokardinfarkt im Krankenhaus noch mehrere Wochen (s.a. Mannebach 1988:152). Heute werden sie nach knapp einer Woche wieder entlassen (StBa 2015a:120; DESTATIS 2017a:126).

Aus medizinischer Sicht kann die Behandlung eines akuten Herzinfarktes zum Routinefall im Krankenhaus gezählt werden. Dies umfasst die notfallmedizinische Behandlung im Katheterlabor und die folgende Überwachung auf der Intensivstation. Anschließend werden die Patient_innen auf die periphere (Normal-)Station verlegt, wo es um die Einstellung der Herzmedikamente sowie die Reha- und Entlassungsplanung geht (DGK 2007). Aus der Sicht der Betroffenen handelt es sich indes um eine medizinische, körperliche, emotionale und soziale Extremsituation. Sie werden unvermittelt aus ihren sozialen Lebensbezügen herausgerissen, intensivmedizinisch behandelt und mit umfassenden Veränderungen für ihre weitere Lebensführung konfrontiert, um einen Reinfarkt vorzubeugen. Für die Patient_innen ergeben sich hieraus vielfältige Fragen, Verunsicherungen und Ängste. Zugleich kann die Behandlung im Krankenhaus auch große Sorgen bezüglich beruflicher und familiärer Verpflichtungen bereiten, die eine vorzeitige Entlassung oder Ablehnung weiterer Reha-Maßnahmen bedingen können (u.a. Misk-Schneider 2004, Willrodt 2009). Um eine nachhaltige Gesundheitsversorgung nach einem akuten Herzinfarkt gewährleisten zu können, ist neben der medizinischen Aufklärung auch die Integration psychosozialer Aspekte ins Behandlungsgespräch notwendig, was den gesundheitspolitischen Forderungen nach einer stärkeren ‚*Patientenzentrierung*‘ (vgl. HBS 2012) mit der gesetzlichen Verankerung des ‚Patientenrechtgesetz‘ im Bürgerlichen Gesetzbuch im Jahr 2013 entspricht.

¹ Geschlechtersensible Sprache will verallgemeinernde Maskulinformen verhindern und zugleich für die soziale Konstruktion von Geschlecht sensibilisieren, indem die als selbstverständlich geltende zweigeschlechtliche Sprachordnung mit dem Unterstrich (*Patient_innen*) visuell durchbrochen wird.

Zu eben jener Stärkung der Seite der Patient_innen haben soziale Bewegungen einen wesentlichen Beitrag geleistet. Insbesondere der Frauen(gesundheits)bewegung der 1970er Jahre sind große Verdienste zuzuschreiben, indem sie zur Aufdeckung von Geschlechterkonstruktionen in der Medizin sowie Behandlungsdisparitäten in der medizinischen Handlungspraxis beigetragen haben (u.a. Rodenstein 1984; Vogt 1986). Die Herzinfarktbehandlung gilt als Paradebeispiel (umfassend Kuhlmann/Kolip 2005), in der seit den 1950er Jahren folgende Geschlechterkluft zu persistieren scheint: Laut Krankenhausdiagnosestatistik sind im Jahr 2013 „insgesamt 213.753 Frauen und 438.141 Männer wegen einer koronaren Herzkrankheit stationär behandelt worden, darunter 76.705 Frauen und 144.773 Männer wegen eines Herzinfarkts“ (RKI 2015: 43). In der Herzinfarktforschung wurde der *Gender Gap* neben biologischen Faktoren auch auf die erhöhte Stressbelastung von Männern im Erwerbsbereich und auf lebensstilbezogene Risikofaktoren wie Rauchen, fettreiche Ernährung etc. zurückgeführt, was die These vom Herzinfarkt als eine ‚*Männer- und Managerkrankheit*‘ begründete. Hingegen seien Frauen aufgrund ihres Hormonhaushalts sowie einer gesundheitsbewussteren Lebensweise gut 10 Jahre länger vor einem Herzinfarkt geschützt (u.a. Kuhlmann/Kolip 2005; Maschewsky-Schneider 1997). Dagegen deckte die wissenschaftskritische Frauengesundheitsforschung ‚offenen und verdeckten Sexismus‘ (Eichler 1998) auf verschiedenen Ebenen im medizinischen Handlungsfeld auf. Diese reichen von den medizinischen Wissenssystemen über die Behandlungspraxis bis in die Strukturen medizinischer Versorgungsangebote. Die androzentristische Ausrichtung bedinge medizinische Unter- und Fehlversorgungen von Frauen sowie eine höhere Letalität (Kuhlmann/Kolip 2005:141). Dies verdeutlicht sich u.a. darin, dass ein akuter Herzinfarkt bei Frauen häufiger von ihnen selbst, ihrem sozialen Umfeld sowie dem ärztlichen Personal gar nicht vermutet werde (vgl. Adams et al. 2008; Martina 2001).

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist der Tatbestand, dass trotz des Aufdeckens von *Gender Bias* (Jahn/Kolip 2002) in der Herzinfarktbehandlung sowie gendermedizinischer Forschungsbemühungen weiter Behandlungsdisparitäten fortbestehen, die eine nachhaltige Versorgung nach einem akuten Herzinfarkt entgegenwirken. Dabei werden im Krankenhaus wesentliche Weichen für die weitere Behandlung nach einem ersten Herzinfarkt gestellt. Auch in der Überleitung vom Akutkrankenhaus in rehabilitative Maßnahmen persistiert ein Gender Gap. Gemäß dem *Deutschen Herzbericht 2015* (DHS 2015b) sind Frauen mit 20 Prozent in kardiologischen Reha-Maßnahmen stark unterrepräsentiert (ebd:185). Bisher gibt es nur Vermutungen, wie es zu dieser geringen Überleitungsquote kommen kann; beispielsweise: dass Herzinfarktpatientinnen nicht an den Maßnahmen in Reha-Klinik interessiert seien, da sie andere Reha-Bedürfnisse hätten (vgl. Grande 2008:48). Erst seit Kurzem wird in Betracht gezogen, dass geschlechterstereotype Muster in der Verteilung von Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit und somit familiäre Sorgeverpflichtungen von Patientinnen auch im Rentenalter die Ablehnung kardiologischer Reha-Maßnahmen erklären können (vgl. Richartz 2015:112). Demgegenüber wird der ärztlichen Reha-Empfehlung zugeschrieben, die Teilnahme an einer Reha-Maßnahme zu fördern (Grande 2008). Derweil weisen Befragungen von Herzinfarktpatient_innen nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus darauf hin, dass Patientinnen unzufrie-

dener mit ihrer Beteiligung an der Behandlung sowie der Entlassungsplanung sind und sie weniger über lebensstilbezogene Veränderungsmöglichkeiten aufgeklärt wurden als Patienten (vgl. Arnetz/Arnetz 2009). Andere Studien geben Hinweise, dass Patienten sich weniger Gespräche über Zigaretten- und Alkoholkonsum, dafür aber mehr Informationen über ihre Belastbarkeit in Beruf und Familie sowie im sexuellen Bereich gewünscht hätten (vgl. Lehmann 1987).

Was Ärzt_innen und Patient_innen in Behandlungsgesprächen auf welche Weise miteinander besprechen, ist in soziale Differenzierungsprozesse eingebunden, die ‚Geschlecht‘ und Geschlechterdifferenzen hervorbringen (u.a. Wilz 2008; Elderkin-Thompson/Waitzkin 1999). Dies steht dem medizinischen und Alltagsverständnis von Geschlecht entgegen. Danach wird ‚Geschlecht‘ als etwas »natürlich« Zweigeteiltes in Mann oder Frau verstanden, was bei der Geburt anhand von körperlichen und medizinischen Merkmalen bestimmt wird und ein Leben lang besteht (Hagemann-White 1988). Gender-Ansätze verstehen Geschlecht indes als eine soziale Kategorie, die das soziale Miteinander regelt und sozialen Wandlungsprozessen unterliegt. Geschlechtersoziologische Arbeiten gehen der Frage nach, wie die sozial relevant gesetzte zweigeschlechtliche Ordnung auf unterschiedlichen Ebenen reproduziert wird, die dann vermeintlich ‚natürliche‘ Geschlechterdifferenzen re-produzieren (Gildemeister 2010). Mit dem Einzug des Konzepts der *sozialen Konstruktion von Geschlecht* in die Gender Studies werden soziale Prozesse erforscht, wie ‚Geschlecht‘ und Geschlechterdifferenzierungen in den Wissenssystemen, im alltäglichen Handeln sowie in zwischenmenschlichen Interaktionen hervorgerufen werden (s.a. Becker-Schmidt 2013). Dem sozialkonstruktivistischen Gender-Verständnis folgend stehen in dieser Arbeit **interaktive Prozesse** in der Konstruktion von Geschlecht im Sinne von *Doing Gender* (West/Zimmerman 1987) in der Visite im Fokus. Diese können grob unterschieden werden in wechselseitige Prozesse der Wahrnehmung und Deutung (Zuschreibung) und Darstellung von Geschlecht, die den Interagierenden in der Regel gar nicht bewusst, aber auch nicht beliebig sind. Vielmehr findet das aufeinander bezogene soziale Handeln „im Rahmen institutionell verfestigter gesellschaftlicher [Gender-, JW]Arrangements“ (Wilz 2008:13) statt. Diese symbolisieren sich beispielsweise in der geschlechterstereotypen oder *-bezogenen*² Verteilung von Familien- und Erwerbsarbeit, die als ‚natürliche‘ Bestimmung von Frauen und Männern ausgelegt wird (Goffman 2001) und durch ihre rechtliche Verankerung im *Bürgerlichen* Gesetzbuch gesellschaftlich strukturierenden Einfluss erlangt. Vor dem Hintergrund ‚lokaler Geschlechterordnungen‘ (Connell 2013) und rechtlicher Reglementierungen kann das hierarchische Gefälle unterschiedlich stark ausgeprägt sein und ist in dem jeweiligen sozialen Kontext zu verorten.

Die Behandlungssituation im Krankenhaus ist durch ein „strukturelles Beziehungsdilemma“ (Raspe/Siegrist 1979:115) gekennzeichnet und weitet das bestehende asymmetrische Wissen-Macht-Gefälle in der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung aus. Erving Goffman (1979) zeigte

² Mit der Bezeichnung *geschlechterbezogen* anstelle ‚geschlechtsspezifisch‘ soll vermieden werden, dass das Arbeitsteilungsmuster als Ausdruck vermeint ‚natürlicher‘ Geschlechtereigenschaften ausgelegt werden könnte; gilt es doch die sozialen Prozesse aufzudecken, die zur Geschlechterdifferenzierung in der Verteilung von re- und produktiver Arbeit beitragen (vgl. Gildemeister 2008:187, 277).

in den 1970er Jahren ‚total-institutionelle‘ Merkmale auf, die die soziale Kontrolle z.B. über Patient_innen in psychiatrischen Einrichtungen ermöglichen. Die Visitenforschung konnte ‚asymmetrischen Verbalhandlungen‘ (Siegrist 1979:74) im ärztlichen Umgang mit den Patient_innen nachweisen, die deren Beteiligung an den Visitengesprächen und ihrer medizinischen Behandlung reduzieren (s.a. Raspe 1983). Ergänzend zu medizinsoziologischen Arbeiten offensichtlichen geschlechterbezogene Analysen weitere Interaktions- und Kommunikationsmuster in der Sprechstunde, die indes eine stärkere Beteiligung der Patient_innen in Gesprächen mit (Haus-) Ärztinnen ausweisen (West 1984). Doch erst im Rahmen der zunehmenden Integration von Frauen in der Medizin und in der ärztlichen Profession wurde der Bedeutung des ‚ärztlichen Geschlechts‘ oder *Physician Gender* vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt (umfassend Roter/Hall 2006). Die so aufgezeigten Differenzen zwischen Ärztinnen und Ärzten bergen die Gefahr, als Ausdruck ‚geschlechtsspezifischer‘ Behandlungskompetenzen differenztheoretisch ausgelegt zu werden; gilt es doch die *interaktiven Prozesse* beider Parteien in der Ausbildung von Mustern in Behandlungsgesprächen zu rekonstruieren. Demgemäß betrachten neuere Studien beide Seiten der Gesprächsdyade und weisen auf divergierende Muster von Ärzt_innen und Patient_innen in Abhängigkeit von Geschlechterkonstellationen oder **Gender Dyaden** in Behandlungsgesprächen hin (Roter et al. 2014; Sandhu et al. 2009; Brink-Muinen et al. 2002), wie z.B. in der Wahl der Themen, der Darstellung von Emotionen oder der Gesprächslänge. Zugleich gilt es die Wahrnehmungen und Deutungen der Interagierenden zu bedenken, die ihr aufeinander bezogenes Handeln und nicht zuletzt auch das vermehrte Nichterkennen eines akuten Herzinfarktes bei Frauen mit konstituieren. Insgesamt mangelt es jedoch an Studien im ‚total-institutionellen‘ Behandlungssetting im Akutkrankenhaus, die die interaktiven Prozesse von beiden Parteien in Gender Dyaden untersuchen. Die vorliegende empirische Studie geht der Frage nach: *Inwieweit bestehen (dyadische) Muster in der Konstruktion von Geschlecht in der Visiteninteraktion zwischen Ärzt_innen und Herzinfarktpatient_innen sowie in deren (retrospektiven) Wahrnehmungen und Deutungen der Visitengespräche?*

Das folgende *zweite Kapitel* befasst sich übergeordnet mit ‚Geschlechterkonstruktionen und -verhältnissen in der Medizin‘. Auf der symbolischen Ebene wird zuerst die Hervorbringung von Geschlecht in den medizinischen Wissenssystemen betrachtet. Beginnend mit der Formierung der Humanmedizin im 18./19. Jahrhundert werden wissensbezogenen Geschlechterkonstruktionen bis zur aktuellen Gender-/Medizin beleuchtet. Auf struktureller Ebene können Schließungsprozesse im Verlauf der ärztlichen Professionalisierung aufgezeigt werden, die Frauen den Zugang zum Medizinstudium sowie zur beruflichen Tätigkeit phasenweise reglementieren. Inwiefern die daraus resultierenden Geschlechtersegregationen aktuell Bestand haben und welche möglichen Schließungsprozesse in der ärztlichen Profession fortbestehen, wird anschließend thematisiert. Die Betrachtung von interaktiven Prozessen in der Konstruktion von Geschlecht bildet die dritte Geschlechterdimension. Hier werden grundlegende Annahmen von Doing Gender Ansätzen vorgestellt und kritisch diskutiert.

Das *dritte Kapitel* wendet sich der Herzinfarktbehandlung und den Behandlungsgesprächen zu. Auf wissensbezogener Ebene werden aktuelle Leitlinien für die Behandlung Patient_innen mit einem akuten Herzinfarkt sowie gender-/medizinische Herzforschungen dahingehend analysiert, welche Vorstellungen von Geschlecht hierin enthalten sind. Diese Geschlechterkonstruktionen gestalten das ärztliche Handeln in der Visiteninteraktion mit. Was Ärzt_innen und Patient_innen in Behandlungsgesprächen miteinander besprechen, unterliegt auch normativen Erwartungen und sozialen Wandlungsprozessen. Auf die in der Einleitung angedeuteten sozialen (Frauen-)Bewegungen wird hier ausführlicher eingegangen. Ihre Kritik richtet sich gegen die Subordination der Patient_innen im paternalistischen Handlungsregime und darin enthaltene tradierte Geschlechterkonstruktionen im ‚ärztlichen Blick‘. Welche Vorstellungen von Geschlecht in den neuen *patient-centred* Beziehungsmodellen impliziert sind, bildet gleichsam einen Rahmen für etwaige Handlungsmuster in der Visiteninteraktion wie das institutionelle ‚Beziehungsdilemma‘ im Krankenhaus. In diesem Abschnitt werden sodann reziproke Prozesse in der Konstruktion von Patient und Physician Gender aufgezeigt, um in einem weiteren Schritt (mögliche) Muster in Behandlungsgesprächen je nach Gender Dyade herauszuarbeiten.

Im *vierten Kapitel* werden wichtige Studienergebnisse kurz wieder aufgegriffen, die Erkenntnisse über die Bedeutung von Gender Dyaden in Behandlungsgesprächen im Krankenhaus liefern. Zugleich werden Lücken für den Forschungsgegenstand aufgezeigt. Diese begründen die Ableitung der forschungsleitenden Fragen für die Untersuchung von geschlechterbezogenen/dyadischen Mustern: (*erstens*) in den Darstellungen von Ärzt_innen und Herzinfarktpatient_innen in sowie (*zweitens*) in deren retrospektiven Wahrnehmungen und Deutungen (nach) der Visiteninteraktion.

Die Studie bedient sich einer Methodentriangulation, die im *fünften Kapitel* vorgestellt wird. Der klassischen Visitenforschung folgend konnten im Rahmen teilnehmender Beobachtungen über 80 Visitingespräche auf Tonband mitgeschnitten sowie 20 qualitative Interviews mit den beteiligten Stationsärzt_innen sowie Herzinfarktpatient_innen im Krankenhaus geführt werden. Das Sample begrenzt sich auf 11 Patient_innen, die *zum ersten Mal* wegen eines akuten Herzinfarktes im Krankenhaus behandelt wurden. Wesentlich bei der weiteren Fallauswahl war auch, dass die (12) Visitenpaare/Fälle paritätisch in allen vier Gender Dyaden vertreten sind. Das weitere Sampling sowie die konkrete Vorgehensweise in den zwei Krankenhäusern wird ausführlich vorgestellt. Hierzu zählt auch die Vorstellung der beiden Auswertungsverfahren, um anhand der vergleichenden und -kontrastierenden Fallanalyse (proto-)typische Muster sowohl in den Darstellungen in als auch in den Wahrnehmungen und Deutungen von der Visiteninteraktion zu bilden.

Die eingehende Darstellung der Ergebnisse im *sechsten Kapitel* folgt der herausgearbeiteten Unterteilung von Doing Gender Prozessen in zwei Bereiche. So werden im ersten Ergebnisteil Hinweise auf geschlechterbezogene Muster in den Visitingesprächen vorgestellt. Diese begrenzen sich auf vier Themenbereiche und Darstellungsmuster, *wie* Ärzt_innen und Patient_innen in den Visiten: akute (Herz-)Beschwerden und Angst vor einem Reinfarkt, Behandlungsempfehlungen zur Verhinderungen eines Reinfarktes, die Planung von Reha-Maßnahmen

sowie der Entlassung wechselseitig darstellen. Der zweite Teil wendet sich den geschlechterbezogenen/dyadischen Mustern in den Wahrnehmungen und Deutungen der Ärzt_innen und Patient_innen von den Visitengesprächen zu. Ein zusätzliches Augenmerk liegt auf den Schilderungen der Patient_innen, wie sie die Phase vom Auftreten der ersten Beschwerden bis zur Einlieferung ins Akutkrankenhaus erlebt haben. Es deuten sich mehrere geschlechterbezogene Muster in der Verkennung von akuten Herzinfarkten an, die die Prähospitalphase verlängern.

Das *siebte Abschlusskapitel* beinhaltet eine Diskussion der eingesetzten Methoden und der Ergebnisse zu (dyadischen) Mustern in der sozialen Konstruktion von Geschlecht, die auf Disparitäten in der Herzinfarktbehandlung hinweisen. Daran anknüpfend lassen sich weitere Fragestellungen ableiten, die einen intersektionalen Analyseansatz indiziert erscheinen lassen, insbesondere um den *Gender & Age Gap* in der Überleitung von Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt in rehabilitative Maßnahmen weiter zu untersuchen.

2. Geschlechterkonstruktionen und -verhältnisse in der modernen Medizin

Am Ende des 18. Jahrhunderts forderten soziale (Frauen-)³Bewegungen eine egalitäre Gesellschaftsordnung und hinterfragten das ungleiche Geschlechterverhältnis. Doch erst die grundlegende Infragestellung der Kategorie ‚Geschlecht‘ beförderte die paradigmatische Weiterentwicklung von der Frauen-, Männer- und Geschlechterverhältnissforschung hin zur *Genderforschung* (Maihofer 2004:34, umfassend Gildemeister 2010a). Im deutschsprachigen Raum hielten in den 1970/80er Jahren Konzepte der sozialen Konstruktion von Geschlecht Einzug in die Debatten um das Geschlechterverhältnis, die eine umfassende Kritik an (natur-)wissenschaftlichen Geschlechterkonstruktionen begründeten (vgl. Wetterer 2002:104).⁴ Gut ein Jahrzehnt später wurde in den 1990er Jahren bereits eine „inflationäre Verwendung des Begriffs der Geschlechterkonstruktion“ (Wetterer 2010:129) konstatiert. So verwenden vielfältige Disziplinen diverse Konstruktionsverständnisse ohne einheitliche Theorie und bilden weitere Konzepte aus. Die unterschiedlichen konstruktivistischen Ansätze eint die Annahme, dass Geschlecht nicht als ein vorsoziales Merkmal, sondern als ein „Ergebnis historischer Entwicklungsprozesse und einer fortlaufenden sozialen Praxis“ (ebd.:126) verstanden wird. Im Fokus steht die Rekonstruktion sozialer Prozesse in der Geschlechterunterscheidung und Reproduktion von Zweigeschlechtlichkeit, so dass sich die je unterschiedlichen Studien zu „Modi und Medien der Geschlechterkonstruktion durchaus aufeinander beziehen und in ein Gesamtbild integrieren“ (ebd.:129) lassen.

Begriffsanalytische Dekonstruktionen von Geschlecht sind essentieller Bestandteil konstruktivistischer Geschlechterforschung. Hierzu zählen die diskurstheoretischen Arbeiten von Judith Butler (1991, 1995), die u.a. die Einschreibung ‚institutionalisierter Wunschvorstellungen‘ in die Materialisierung von Geschlechtskörpern und eine ‚heteronormative Matrix‘ aufdecken (s.a. Villa 2010). Während die stark textbezogenen, sprach- und literaturwissenschaftlichen Ansätze im Hintergrund der folgenden Rekonstruktion von Geschlecht in der Medizin stehen, verdeutlichen diskurstheoretische Arbeiten, wie die Produktion von (Geschlechter-)Wissen⁵ in Machtverhältnisse eingebunden ist. Hierbei erweisen sich die oben erwähnten gesellschaftlichen Umbrüche im 18. und 19. Jahrhundert als besonders bedeutsam; werden doch die Weichen für eine neue Ordnung der Gesellschaft und der Geschlechter gestellt. Welche Beiträge hierzu die sich formierende Humanmedizin leistet, wird im ersten Abschnitt behandelt. Im Vordergrund steht die Frage, welche Geschlechterkonstruktionen in den medizinischen Wissenssys-

³ Siehe „Frauenbewegung und Feminismus. Eine Geschichte seit 1789“ (Gerhard 2009).

⁴ Die anfängliche Rezeptionssperre im deutschsprachigen Raum resultierte aus einer missverständlichen Auslegung von Geschlecht als beliebige und leicht auflösbare Konstruktion. Daraus folgten Tendenzen zu einer Vergegenständlichung der Geschlechterdifferenz und Absicherung der Zweigeschlechtlichkeit (vgl. ebd.:108f.).

⁵ Nach Wetterer (2008) ist Wissen in unterschiedliche Formen sozialer Praxis eingebunden und handlungsrelevant. Drei ‚Spielarten von Geschlechterwissen‘ werden unterschieden: das wissenschaftliche Wissen, das anwendungsorientierte Praxiswissen und das alltagsweltliche Geschlechterwissen. Doch die strukturellen Herrschaftsverhältnisse in der Produktion von Geschlechterwissen, wie z.B. in Form des Ausschlusses von Frauen aus den (medizinischen) Wissenschaften, gilt es hierbei noch stärker zu bedenken (Becker-Schmidt 2013:33).

temen (2.1) re-produziert werden und wie diese die medizinische Behandlung beeinflussen. Ferner ist zu untersuchen, welche strukturelle Bedeutung Geschlecht in der Medizin als Profession (2.2) ausübt. Abschließend werden soziale Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht in der Interaktion – Doing Gender (2.3) betrachtet, die essentiell für die Untersuchung von Geschlechterkonstruktionen in der Visiteninteraktion sind.

2.1 Geschlechterkonstruktionen in medizinischen Wissenssystemen

Talcott Parsons betont in seiner soziologischen Betrachtung der modernen (westlichen)⁶ Medizin, dass der Begriff „medizinische Wissenschaft“ zu dem Missverständnis verleitet, es würde sich hierbei um *eine* Wissenschaft handeln, aber „[v]iele verschiedene Wissenschaften finden auf dem Gebiet der Medizin und des Gesundheitswesens Anwendung: Physik, Chemie, die ganze Gruppe der biologischen Disziplinen, Psychologie und [...] *Soziologie*“ (Parsons 1958: 22 Herv.JW). Einerseits wendet sich die Soziologie *in* der Medizin ausgehend von medizinischen Konzepten beispielsweise sozialen Prozessen in der Entstehung eines Herzinfarktes zu (s. Kap. 3.1), welches von der soziologischen Betrachtung *der* Medizin zu unterscheiden ist. Diese befasst sich, angelehnt an den Medizinsoziologen Johann J. Rhode (1962), mit *der* Medizin als soziokulturelle Institution, „in der die Befriedigung der Bedürfnisse nach Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit, zumindest aber nach Linderung von Krankheitsleiden auf Dauer gestellt ist“ (ebd.:23). Letztere Perspektive ist leitend für die Rekonstruktion von Geschlechterkonstruktionen in den medizinischen Wissenssystemen.

Aus wissenssoziologischer Sicht sind medizinische Wissenssysteme Produkte menschlicher Handlungen, die stets im sozialen Kontext verortet und in die je spezifischen Macht- und Herrschaftsverhältnisse eingebunden sind, welche die Hervorbringung bestimmter Wissensgegenstände befördern oder behindern können.⁷ Die Rekonstruktion von Machtbeziehungen in der Produktion von Wissen (Genealogie) ist ein zentrales Anliegen der Diskursanalyse, die grob formuliert danach fragt: „*was zu einem bestimmten Zeitpunkt vom wem wie sagbar war bzw. sagbar ist*“ (Jäger 2010:386 Herv.i.Org.). Diskurstheoretische Analysen von Wissenssystemen sind durch die Arbeiten des Philosophen Michel Foucault (1977) geprägt, der unter Macht⁸ „die Vielfältigkeit von Kraftverhältnissen [versteht], die ein Gebiet bevölkern und organisieren“ (ebd.:113). Foucault bezeichnet Wissenschaften wie die Medizin als diskursive Formationen, die eine Vielfalt an Aussagen/Diskursen umfassen, eigenen Formationsregeln unterliegen und Macht ausüben. Hiermit wird begründet, was richtig oder falsch, legal oder illegal, gesund oder krank etc. ist (vgl. Foucault 1997:58; 1977). Die Freilegung des Systems diskursiver Regelmäßigkeiten, wie Wissenschaften ihre diskursiven Wahrheiten z.B. über Geschlecht oder

⁶ Mit der Bezeichnung ‚*Western medicine*‘ betont Judith Lorber (1997) die westliche Perspektive der modernen Medizin. Dies umfasst „a system of health care whose knowledge base is modern science and whose practitioners are licensed by government of the country in which they practice“ (ebd.:35). Zu Kolonialisierungs- und Globalisierungsprozessen der westlichen (Bio-)Medizin, beginnend mit den Erfolgen in der medizinischen Behandlung von bakteriellen Infektionserkrankungen, siehe Gunnar Stollberger (2001).

⁷ Prominentes Beispiel ist das im 17. Jahrhundert von der Kirche verbotene heliozentrische Weltbild, das entgegen dem kirchlichen Dogma die Sonne als Mittelpunkt des Universums bezeichnete (vgl. Joas 2007:22).

⁸ Ausführlich zum umfassenden Machtbegriff siehe Foucault (vgl. ebd.:113ff.) sowie Neuenhaus (1993).

Krankheit hervorbringen, wird als Archäologie bezeichnet. Der genealogisch-archäologischen Methode folgend gibt es nach Hannelore Bublitz (1998) „keine biologisch oder anthropologisch begründete Differenz der Geschlechter, sondern nur jene, die historisch unter spezifischen Bedingungen konstituiert wird. Die Codierung von Geschlechterverhältnissen erfolgt demnach aus geschichtlichen Ereignissen, aus Machtverhältnissen und Machtkämpfen“ (ebd.:29).

Für die Konstruktion von Geschlecht ist die Etablierung der Wissenschaften infolge soziokultureller Umbrüche im 17. und 18. Jahrhundert hervorzuheben, die mit der französischen, industriellen und ‚wissenschaftlichen Revolution‘ das traditionelle Zusammenleben, die Autoritäten, Machtverhältnisse und allgemeingültige Glaubensvorstellungen in Frage stellten (vgl. Joas 2007:26f.). Die folgenden revolutionären Umwälzungen befördern eine Neuordnung der Gesellschaft und Neudefinition des Menschen sowie der Geschlechter: Während in der ständebezogenen Gesellschaftsordnung ‚Geschlecht‘ noch als „das *Abstammen* von einem Vater und das *Herkommen* aus einer Familie“ verstanden wurde (Wobbe/Nunner-Winkler 2007:289 Herv. i.Org.), veränderte sich die Geschlechtersemantik infolge des Strebens nach Gleichheit, Freiheit und Brüderlichkeit. Entgegen der säkularen Aufklärungslogik, demnach alle Menschen von Natur aus gleich seien, verlagerte sich die zuvor gottgewollte Gesellschafts- und Unterordnung der Frauen in eine naturbedingte Subordination des ‚weiblichen‘ Geschlechts (vgl. ebd.:297), wie es Claudia Honegger (1991/2011) in den „Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750-1850“ eindrücklich rekonstruierte:

In der *ersten Hälfte* des 18. Jahrhunderts herrschte noch weitgehende Uneinigkeit bezüglich der (Gleich-)Stellung von Frauen. Für die Ausformulierung der „kulturellen Neubestimmung der Geschlechter in der Moderne“ (Honegger 1991:6) stellten zuvörderst die Humanwissenschaften die Weichen. Die zunehmende ‚Naturalisierung der Geschlechterdifferenz‘ ebnete den Weg für eine Ablösung von der vormals „metaphysisch-ontologische[n] Betrachtungsweise der Geschlechterdifferenz“ (Bublitz 1998:31) hin zu einer fortan ‚naturgewollten‘ Geschlechterhierarchie und der Konstruktion des ‚Geschlechts der Moderne‘. Im philosophischen und anthropologischen Diskursen konstituierte sich ein ‚männliches‘ Subjekt der Moderne, das dem ‚weiblichen‘ Geschlecht überlegen sei und als geschlechtsloser Mensch eine „übergeordnete Positionen als das Allgemeine“ (ebd.:37) einnehme.

In der *zweiten Hälfte* des 18. Jahrhunderts vollzog sich in Deutschland ein „tiefgreifender Umbruch in den kulturellen Schemata, mit denen die jeweilige Eigentümlichkeiten der Geschlechter geordnet“ (Honegger 1991:13f.) wurden.⁹ Die von Karin Hausen (1976) bezeichneten ‚Geschlechtercharaktere‘ in lexikalischen Einträgen des 18. und 19. Jahrhunderts umfassen eine Kombination aus Biologie, Bestimmung und Wesensmerkmalen und „zielen darauf ab, ‚naturegeben‘, wengleich in ihrer Art durch Bildung zu vervollkommenden Gattungsmerk-

⁹ In der untersuchten Hausväter-Literatur und pädagogisch-philosophischen Schriften dominierte ein bürgerliches Familienideal und arbeitsteilige Aufgaben, demnach Frauen zu den komplementären Rollen als Hausvorstand, Mutter und Gattin bestimmt seien. Kritik an der ‚männlichen‘ Vorherrschaft in der Ehe wurde stärker in Romanen und Schriften formuliert (vgl. ebd.:13ff.), die gleiche bürgerliche Rechte und Pflichten für Männer und Frauen forderten. Doch die französische Menschenrechtserklärung schloss Frauen u.a. soziale Gruppen aus den *Bürgerrechten* aus (vgl. ebd.:75).

male von Mann und Frau festzulegen“ (Hausen 1976:367). Hieran gliederte sich die Zuweisung bzw. Absprache spezifischer körperlicher, geistiger und psychischer Fähigkeiten, Wesenszüge und ‚natürlicher‘ Aufgabenbereiche an. Letzteres rekurriert auf die Deutung des heterosexuellen ‚Geschlechtsakts‘, in dem der Mann aktiv und die Frau passiv sei (ebd.).

Welche Beiträge medizinische Wissenssysteme zur Konstruktion der Geschlechterdifferenz und -hierarchie leisten und inwiefern dies die Behandlung von Männern und Frauen beeinflusst, wird anhand naturwissenschaftlicher *Deutungsmuster*¹⁰ von Geschlecht im 18./19. Jahrhundert (2.1.1) genauer herausgearbeitet. Anschließend stehen aktuelle Geschlechterkonstruktionen in der Gender-/Medizin (2.1.2) im Mittelpunkt, die von besonderer Bedeutung für die Herzinfarktbehandlung im Krankenhaus sind.

2.1.1 Naturwissenschaftliche Geschlechterkonstruktionen im 18./19. Jahrhundert

Naturwissenschaften, insbesondere biologische und medizinische Wissenssysteme, betrachten den Organismus als Hauptgegenstand ihrer Wissensproduktion und definieren das biologisch-medizinische ‚Wissen vom Körper‘, indem medizintechnische Bilder, Deutungs- und Erklärungsmuster sowie ethnosemantische Kategorien zusammengetragen werden (Hirschauer 2008:83). Die Formierung der humanmedizinischen Wissenssysteme, wie die Humanbiologie, Anatomie oder Gynäkologie, entwickelten sich im Laufe der wissenschaftlichen Revolution. Im 18. Jahrhundert befand sich die Medizin gemäß Foucaults Analysen noch in einer Frühphase einer reproduzierenden Wissenschaft, die noch nicht imstande war, neues Wissen zu schaffen. Dies meint: „neue Objekte aufzudecken, neue Begriffe zu bilden und dem Blick des Arztes eine neue Richtung zu geben. Sie [brachte] zwar eine bestimmte Form des medizinischen Diskurses hervor, aber keine neue Gesamtheit von Diskurs und Praxis“ (Foucault 1973: 77). Erst im 19. Jahrhundert folgte eine Ablösung von alten Denk- und Wissensmustern hin zu einer machtvollen Entdeckungsbewegung, quasi einer Neuentdeckung oder ‚Geburt des Körpers‘ und der in ihm zentrierten Krankheiten, was Foucault auf den neuartigen ‚ärztlichen Blick‘ auf den Körper zurückführt (vgl. ebd.:80). Kennzeichnend für die anatomisch-klinische Sichtweise ist eine ‚Triangulierung‘ der Hör-, Seh- und Tastsinne (ebd.:176). Die vergleichende Anatomie ermöglichte, die im Körperinneren verborgene Krankheit triangulativ zu erfassen. Die ausführlichen Beschreibungen des Offengelegten produzierten neue Objekte, Begriffe und Diskurse zur Entstehung von Krankheiten und leitet nach Foucault seither die moderne Medizin (vgl. ebd.:179f.).

Die Anfänge einer neuen Sichtweise auf den menschlichen Körper rekonstruiert Thomas Laqueur in der Geschichte der Anatomie ab der Mitte des 18. Jahrhunderts. Die Inszenierung

¹⁰ Höffling, Plaß & Schetsche (2002) haben den von Ulrich Overmann wissenssoziologisch geprägten Begriff *Deutungsmuster* für ihre empirische Analyse von ‚Korruption in Deutschland‘ angewendet. Demnach sind Deutungsmuster: „Interpretationen der Umwelt und des Selbst“ (ebd.2), die „das kollektive Alltagshandeln [strukturieren], indem sie Modelle von (ideal-)typischen Situationen bereitstellen, unter die Sachverhalte, Ereignisse und Erfahrungen anhand bestimmter Merkmale subsumiert werden“ (ebd.). Einen umfassenden Überblick über die soziologische ‚Deutungsmusteranalyse reconsidered‘ bietet Claudia Honegger (2001), die sich dafür ausspricht, stärker historische und soziale Bedingungsfaktoren in die Analyse der Entwicklung von Ideen und Verschiebungen von (kollektiven) Deutungen der Welt in den Blick zu nehmen.

„inkommensurabler und gegensätzlicher biologischer Geschlechter“ (Laqueur 1992:220) differenzierte zwei eigenständige, dichotome und sich gegenseitig ergänzende Körper, was Laqueur als ‚Zwei-Geschlechter-Modell‘ bezeichnet. Zuvor dominierte gemäß Laqueur das ‚Ein-Geschlecht-Modell‘, in dem noch ausgehend von einer gemeinsamen Körperlichkeit aller Menschen eine graduelle Abstufung des ‚weiblichen‘ Körpers als eine „geringere Version des männlichen“ (ebd.:10) inszeniert wurde und die Unterordnung von Frauen legitimierte (vgl. ebd.:156). Lange Zeit herrschte in wissenschaftlichen Publikationen Uneinigkeit darüber, welches der Geschlechtskörper-Modelle wissenschaftliche Wahrheit beanspruchen durfte (vgl. ebd.:11).¹¹

Einen wesentlichen Beitrag zur Ausbildung und Erhärtung der bis heute vorherrschenden Vorstellung von zwei ungleichen Geschlechtern und ‚Geschlechtskörper‘ leistete die französische *Medizin-Philosophie*. Die neue Anthropologie um 1800 schlug mit der körperlichen Verortung der Moral eine Brücke zwischen Geist und Körper, wobei die vergleichende Anatomie zur „Basiswissenschaft zur Bestimmung der menschlichen Natur wie zur Konzeptualisierung der Differenzen in der körperlichen Organisation der beiden Geschlechter“ (Honegger 1991: 42) aufstieg und so „vor allem die Mediziner zu neuen Priestern der menschlichen Natur [wurden]“ (ebd.:IX). Während der Mann zum unabhängigen, souveränen und universalen Menschen avancierte, bildete sich parallel eine eigens auf die Frau bezogene Wissenschaft aus. Nach der von Honegger (1991) benannten *Sonderanthropologie der Frau* sei die Frau ein eigenständiges Geschlechtswesen „mit einer eigenen Körperlichkeit, eigenen Krankheiten, eigenen Sitten, eigener Moral und eigenen kognitiven Fähigkeiten“ (ebd.:166). Die Sicherung der Fortpflanzung der Gattung Mensch manifestierte sich in der Betrachtung des ‚weiblichen‘ Körpers und Geistes, deren Eigenschaften sowie Wesensmerkmale alle auf die ‚natürliche‘ Bestimmung zur Mutterschaft ausgerichtet seien (s.a. Honegger 2011:102ff.).

Laut Kathrin Schmersahl (1998), die die Konstruktion von Geschlecht in medizinischen Diskursen des 19. und 20. Jahrhunderts untersuchte, sind für die Ausdehnung der naturwissenschaftlichen Deutungs- und Legitimationsmacht die „Naturalisierung soziokultureller Differenzen“ (ebd.:1) sowie die „biologistische Aneignung bzw. Überformung anderer Wissen- und Seinsbereiche“ (ebd.) kennzeichnend: Zum einen konstruieren die sich formierenden medizinischen Wissenssysteme, zwei von Natur aus ungleiche Geschlechter, was in die Definition körperlicher Gesundheit und Krankheit mit einfluss. Zum anderen eignen sich die medizinischen Wissenschaften über den Körper hinausgehende Abweichungen im geistigen, psychischen und sozialen Bereich an. Beide Aspekte legitimieren medizinische Maßnahmen gegenüber Kranken, die folgend im Hinblick auf anfängliche Geschlechterkonstruktionen im 19. Jahrhundert genauer erörtert werden:

Bereits in den 1830er Jahren in den Anfängen einer sich formierenden Humanbiologie eignete sich diese Geschlecht im Sinne einer *Hierarchisierung biologischer Merkmale* zweier

¹¹ Die genaue Rekonstruktion wird bis heute als Forschungslücke ausgewiesen (vgl. Voß 2011:95) und kritisch im Hinblick auf die Ausblendung zeitgleich bestehender heterogener Deutungsmuster diskutiert. Umfassend „Zur Kritik von Heinz-Jürgen Voß an Claudia Honegger und Londa Schiebinger“ siehe Heitzmann (2013).

Geschlechter an und klassifizierte davon abweichende körperliche Erscheinungen als ‚krank‘, wie es Anne Fausto-Sterling (2000) am Beispiel der Pathologisierung mehrdeutiger Genitalien nachzeichnet (ebd.:36f.). Obwohl das Wissen über genitale Formierungen, die vom herkömmlichen Zwei-Geschlechter-Modell abweichen (Hermaphrodit), mit der Einführung von Geburtskliniken, neuen medizintechnischen und pharmazeutischen Untersuchungen zunahm, brachte dies das binäre Geschlechtersystem nicht ins Wanken. Vielmehr folgte – gemäß dem Prinzip der Naturalisierung der Geschlechterdifferenz – in den medizinischen Wissenschaften eine *Biologisierung* soziokultureller Merkmale, die soziale Ungleichheiten aus medizinischer Sicht als ‚natürlich‘ rechtfertigten: „Scientist and medical men insisted that the bodies of males and females, of whites and people of color, Jews and Gentiles, and middle-class and laboring men differed deeply. In an area that argued politically for individual rights on the basis of human equality, scientists defined some bodies as better and more deserving of rights than others” (Fausto-Sterling 2000:39).

In Deutschland fand die naturwissenschaftlich konstruierte Abwertung des ‚weiblichen‘ Geschlechts vor allem mit der Rezeption des medizinphilosophischen Gedankens vom defizitären ‚Sonderwesen Frau‘ statt und floss in die sich in den 1820er Jahren formierende Gynäkologie innerhalb der “Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750-1850“ (Honegger 1991) ein, die Schmersahl (1998:196) als eigenständige Fachdisziplin ab dem Jahr 1860 verortet. Aufgrund des ärztlichen sowie geschlechtsexklusiven¹² Behandlungsmonopols, das Hebammen aus der Behandlung von Frauen ausschloss, werden die in der Geburtshilfe tätigen (vornehmlich ‚männlichen‘) Ärzte zu den Vorreitern des Differenzgedankens in den medizinischen Wissenssystemen gezählt, die zu den Experten der ‚Wissenschaft vom Weib‘ aufstiegen (vgl. Honegger 1991:6). Ihre Expertise sowie ihr Behandlungsspektrum speisten sich besonders aus der Entnahme und Biopsie ‚weiblicher Generationsorgane‘ (Uterus und Ovarien), die keine schwerwiegenden psychischen oder körperlichen Veränderungen der Frau bedingen sollten (vgl. Schmersahl 1998:198). Die invasiven Eingriffe endeten oftmals tödlich für die als ‚krank‘ diagnostizierten Frauen und trugen primär zur Generierung medizinischer Erkenntnisse sowie zur Ausweitung des gynäkologischen Wissenssystems und berufsständischer Interessen bei. Erst mit der Entwicklung narkotisierender und antiseptischer Mittel in den 1870er Jahren verbesserten sich die Überlebenschancen für Frauen (vgl. ebd.:195).

In Korrespondenz mit philosophischen, pädagogischen und Literaturwissenschaften trieben die medizinischen Wissenschaften die „Ausformulierung der Geschlechtercharaktere“ (Honegger 1991:19) voran. Die von Karin Hausen (1986) durchgeführte Auswertung der 1897 veröffentlichten wissenschaftlichen Befragung 104 „hervorragender Universitätsprofessoren, Frauenlehrer und Schriftsteller über die Befähigung der Frau zum wissenschaftlichen Studium und Berufe“ veranschaulicht die Wirkmächtigkeit der *Pathologisierung* des ‚weiblichen Geschlechtskörpers‘. Wenngleich 45 (Frauen-)Experten den gleichberechtigten Zugang von Frauen zum Studium befürworteten, lehnte die restliche Mehrheit die Zulassung für bestimmte bzw. für alle

¹² Zu geschlechterbezogenen Schließungsprozessen in der ärztlichen Professionalisierung siehe Kapitel 2.2.1.

Studiengänge ab. Medizinische Ausschließungsgründe waren u.a., dass Frauen aufgrund ihrer Menstruation, ihren geringeren Körper- und Nervenkräften sowie ihren mangelnden wissenschaftlichen Geistesanlagen die „Torturen der Dressur im Gymnasium“ (Hausen 1986:34f.) nicht ohne Gesundheitsschäden aushalten würden. Die Absprache geistiger wie auch körperlicher Fähigkeiten steht im Zusammenhang mit der Zuschreibung *emotionaler* Eigenschaften im Sinne einer ‚hyperdominanten Sensibilität‘ oder eines ‚zärtlichen Grundgefühls‘ der Frauen (Honegger 2011:104f.), was sich in ihrer Fürsorglichkeit und Liebesfähigkeit veranschauliche. Die Ausdehnung naturwissenschaftlicher Geschlechterkonstruktionen und des medizinischen Wirkungsbereichs lässt sich durch neue Theorien wie die *Reflex-Theorie* in der Mitte des 19. Jahrhunderts erklären, die den pathogenen Einfluss ‚weiblicher Reproduktionsorgane‘ *im* sowie *über* den Körper hinaus konzipierten. Ausgehend von der These, dass alle Organe über ein System aus Nerven verbunden seien, konnten alle als ‚krank‘ definierten körperlichen Erscheinungen, Verhaltensweisen und ‚Geisteskrankheiten‘ durch den Uterus und die Ovarien bedingt sein (vgl. Schmersahl 1998:195). Auf diese Weise eignete sich die Gynäkologie auch Deutungsmacht über die geistige und psychische Gesundheit des ‚Frauenkörpers‘ an (vgl. ebd.: 190), die die Biologisierung von Geschlechterdifferenzen fortführten. Irmgard Vogts (1986: 185) Ausarbeitungen folgend musste ein psychisch gesunder Erwachsener „aggressiv, aktiv und dominierend sein, stark und furchtlos, ehrgeizig und zielstrebig, selbstbeherrscht und kühl und vor allen Dingen rational statt emotional.“ Dagegen galten Frauen ‚von Natur aus‘ als das schwache, emotional instabile, geistig und sozial abhängige und damit auch zur psychischen Krankheit disponierende Geschlecht. Dem folgend konnten non-konform denkende und verhaltende Frauen als ‚krank‘, genauer ‚hysterisch‘ klassifiziert werden, was besonders bei den sich emanzipierenden Frauen der Oberschicht und Frauen, die sich Männern sexuell verweigerten, diagnostiziert wurde (vgl. Schmersahl 1998:205).¹³ Indessen blieben soziale Gründe für das non-konforme Verhalten außen vor und wurden durch ihre Verortung im ‚weiblichen‘ Geschlechtskörper individualisiert und biologisiert. Um „die Anpassung der Frauen an die traditionelle Frauenrolle zu perfektionieren“ (Vogt 1986:193) und bestimmte Normen und Verhaltensrichtlinien durchsetzen sowie soziale Kontrolle ausüben zu können, wurden Medikamente verordnet, was als *Medikalisierung*¹⁴ bezeichnet wird.

Mit der Formierung der Neurologie und Psychiatrie lösten sich die Hysterie-Modelle von den ‚weiblichen Geschlechtsorganen‘ ab und es entstanden sogenannte *funktionelle Krankheiten*: „d.h. Krankheiten, für die kein organisches Substrat nachweisbar war“ (Schmersahl 1998: 212), die gleichzeitig aber medizinische Kontroll- und Zwangsbehandlungen rechtfertigten, wie: Zwangssterilisation, -medikalisierung oder -einweisung in geschlossene Abteilungen (umfassend Mixa 1996). Das vom ‚weiblichen‘ Geschlechtskörper abgelöste Hysterie-Modell war somit auch auf aufbegehrende Männer des Proletariats übertragbar (vgl. Schmersahl 1998:277).

¹³ Im Gegensatz dazu konnten sich die körperliche Arbeit verrichtenden Frauen der proletarischen Schichten, Rodenstein (1984) folgend, nur einen ‚Armenarzt‘ leisten, die sich aber mittels Selbstmedikation nicht nur die Kosten und den Besuch ersparten (vgl. ebd.:111), sondern auch der ärztlich-bürgerlichen Kontrolle entzogen.

¹⁴ Umfassend zur Medikalisierung von Männern (Altgeld 2004) und Frauen (Kolip 2000) auch am Beispiel der reproduktionsmedizinischen Praxis siehe Charlotte Ullrich (2012).

Zum Ende des 19. Jahrhunderts reihten sich sexualwissenschaftliche Arbeiten in den Kanon über zwei von Natur aus differenten Geschlechtern ein und konstruierten zwei ‚natürliche‘ Geschlechtsidentitäten, die heterosexuell aufeinander bezogen seien (vgl. ebd.:189). Alle nicht heterosexuellen Handlungs- und Lebensweisen konnten fortan im Sinne von „Überschreitungen der ‚männlichen‘ oder ‚weiblichen‘ Geschlechterrolle als ‚pervers‘“ (ebd.:113) klassifiziert werden, ohne soziale Normen zu hinterfragen. So diente die medizinische Klassifikation sexueller ‚Perversionen‘ laut Schmersahl „der Naturalisierung und Durchsetzung sozialer, und zwar vor allem geschlechtsspezifischer Verhaltensnormen“ (ebd.). Ferner konnten abweichende Verhaltensweisen so bereits im Frühstadium als potentiell Krankheitsrisiko klassifiziert und für die Legitimation präventiv-medizinischer Maßnahmen genutzt werden (vgl. ebd.:114, 166).

Festzuhalten bleibt, dass zu Beginn der sich formierenden medizinischen Wissenschaften die Definition von Krankheit, verstanden als ein Prozess „somatischer Abweichung von der (physiologischen Norm)“ (Vogt 1986:179), androzentristischen Normierungsprozessen unterliegt. Mit dem ‚männlichen‘ Geschlecht verknüpfte Eigenschaften und Potenziale wurden als Maßstab für die allgemein-menschliche Entwicklung sowie die Definition körperlicher und später geistiger und psychischer Gesundheit angesetzt (vgl. ebd.:185). Dies durchzog alle ‚Geschlechtskörper‘, da Geschlecht als „universales Zuordnungsprinzip“ (Hausen 1976:370) alle Gesellschaftsmitglieder umfasste. Darüber hinaus lösten sich naturwissenschaftliche Erklärungsansätze von körperlichen Erscheinungen ab und nahmen psychisch und sozial abweichendes Verhalten als Krankheit bzw. als potenziell Krankheit verursachend mit in ihren Zuständigkeits- und Behandlungsbereich auf.

2.1.2 Geschlechterkonstruktionen in der Gender-/Medizin im 20./21. Jahrhundert

Der anfängliche Fokus naturwissenschaftlicher Wissenssysteme lag zunächst in der Erforschung und Darstellung vielfältiger Differenzen zwischen dem allgemein-menschlich männlichen und dem ‚anderen Geschlecht‘ (Beauvoir 2000 [1951]). Erst ab der Mitte des 20. Jahrhunderts bildete sich eine eigenständige ‚Männerheilkunde‘ oder Andrologie aus, was aus der Erweiterung der zuvor auf den ‚Frauenkörper‘ begrenzten medizinischen Behandlung von Kinderlosigkeit resultierte (umfassend Wöllmann 2008).

Nach Paula-Irene Villas (2011) soziologischer Reise durch den ‚Geschlechtskörper‘ setzten sich die wissenschaftlich konstruierten Wahrheiten über die ‚Natur des Menschen‘, verstanden als eine naturhafte, dichotome, exklusive und lebenslange Geschlechterdifferenz als eine vermeintlich ‚objektive‘ Konstante in den Wissenssystemen weiter fort (vgl. ebd.:225, 264). Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Fachgebiete wie die Genetik eröffneten neue Felder der Wissensproduktion und Konstruktion von Geschlecht. Seit den 1950er Jahren beruft sich die Medizin in ihrer ‚Biologie der Geschlechtsentwicklung‘ auf das entwicklungsbiologische Stufenmodell, demnach Gene die körperliche Geschlechtsentwicklung steuern (vgl. Schmitz 2006:36). Auch die genzentrierten Modelle und Begriffe sind nach Sigrid Schmitz mit ‚geschlechterdichotomen Metaphern‘ verwoben, indem in ‚männlich-aktive‘ und ‚weiblich-

passive‘ Prozesse in der Geschlechtsentwicklung unterschieden wird, die das Zwei-Geschlechter-Modell reproduzieren.

Indessen sind die körperlichen Vorgänge weitaus komplexer, die nach Schmitz (2006) „nicht einfach in männlich/weiblich dichotomisierbar sind. Sie lassen auch die Vermutung eines Kontinuums mit polarisierter Entwicklung offen“ (ebd.:30). Modelle, die das Kontinuum körperlicher Erscheinungsformen und biologischer Prozesse bei der Ausbildung der Genitalen betrachten, unterscheiden u.a. bis zu fünf Geschlechter.¹⁵ Die Existenz und Anerkennung mehrerer ‚gesunder‘ Geschlechtskörper wird in den medizinischen Wissenssystemen jedoch kaum propagiert und scheint auch die Wirkmächtigkeit des Zwei-Geschlechter-Modells nicht zu entkräften. Vielmehr bestärken die Bezeichnungen internationaler Klassifikationssysteme, wie Fehlbildungen, Anomalien oder Störung der Geschlechtsentwicklung, die Pathologisierung von Körpern, die vom Zwei-Geschlechter-Modell abweichen. Zugleich lassen diese Klassifikationen medizinische Anpassungsmaßnahmen frühestmöglich notwendig erscheinen (vgl. Schmitz 2006a:42, Fausto-Sterling 2000:51).¹⁶ Begründet werden diese medizinischen Eingriffe, die den medizin-ethischen Behandlungskodex: „das menschliche Leben zu erhalten“ (Schoene 1958:97) übersteigen, durch ein Zusammenspiel von natur- und sexualwissenschaftlichen Argumentationslogiken. In die Konstruktion ‚gesunder Geschlechtskörper‘ fließen psychosexuelle Aspekte mit ein, die bei Abweichungen vom vorherrschendem heteronormativen Zwei-Geschlechter-Modell Störungen in der psychosexuellen Entwicklung sowie soziale Gefahren wie Ausschluss und öffentliche Bloßstellung prognostizieren (vgl. Schmitz 2006:44).¹⁷ Kritik an der u.a. von Schmersahl (1998) nachgezeichneten Überformung und Aneignung psychosozialer Wissens- und Lebensbereiche durch die Medizin sowie an ihren entmündigenden Behandlungspraxen (vgl. Kap. 2.1.1) übten soziale Bewegungen wie: Menschenrechts-, Selbsthilfe-, Bürger_innen-, Verbraucher_innen- und Frauenbewegung (u.a. Klemperer/Rosenwirth 2005, Schmerl 2002). Letztere deckten *androzentristische Geschlechterkonstruktionen* im medizinischen Blick auf den ‚Frauenkörper‘ und damit tradierte Deutungsmuster und Pathologisierungen ‚weiblicher‘ Körper auf (Gadebusch Bondio 2014; Duden 2010). Aufgrund ihrer stark gesundheitsbezogenen Forderungen nach körperlicher und sexueller Selbstbestimmung wird die Neue Frauenbewegung in Ende der 1960er Jahre auch als *Frauengesundheitsbewegung* bezeichnet. Noch zu Beginn der 1980er Jahre spricht sich Marianne Rodenstein (1984) für die stärkere Schärfung des Blicks auf ‚Mechanismen der patriarchalen Vergesellschaftung des Körpers der Frau‘ in der medizinischen Handlungspraxis aus. Die Frauen zugeschriebene stärkere Einheit aus Körper und Psyche befördere eine stärkere Innenwendung oder Fixierung

¹⁵ Fausto-Sterling (2000:78) nennt neben *males* und *females* drei weitere *hermaphrodite* Geschlechtskörper.

¹⁶ Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts ermöglichen medizinische Maßnahmen Neugeborene mit mehrdeutigen Genitalien zu ‚therapieren‘. Bis in die Pubertät folgen weitere Operationen und erfordern die lebenslange Einnahme von Hormonpräparaten (vgl. Fausto-Sterling 2000:44).

¹⁷ Für eine ‚gesunde‘ Geschlechtsentwicklung sei laut Money (1969) die Übereinstimmung mit dem sozial anerkannten, genitalen Erscheinungsbild wichtig. Aufgrund der Gefahr der öffentlichen Bloßstellung sollten Neugeborene, deren Penis kürzer als zwei Zentimetern sei, als Mädchen erzogen werden (vgl. ebd.:43).

auf den eigenen Körper, was sich ihrer These folgend als Hemmnis für die Wahrnehmung gesellschaftlicher Interessen erweise (Rodenstein 1984:104).

Gut 20 Jahre später bewerten Ellen Kuhlmann & Petra Kolip (2005) die Beiträge der Frauengesundheitsbewegung als eine unabdingbare Voraussetzung, ohne die die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenssysteme hin zu einer *geschlechtersensiblen* Gesundheitsforschung undenkbar wäre. Als wesentliche Beiträge der Frauengesundheitsbewegung gelten: die Wiederaneignung des Körpers von Frauen durch Selbstuntersuchung, das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung (Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch), die Ergänzung der medizinischen Versorgungsstruktur um frauenspezifische Angebote (Frauengesundheitszentren, feministische Therapie- und Beratungsangebote) und die Integration von Frauen als Akteurinnen und Expertinnen in der Medizin und im Gesundheitswesen (vgl. ebd.:31-50).

Einerseits stellte die feministische Kritik an der medizinischen Fremdbestimmung von Frauen, ihrer Körper und Sexualität die ‚exklusive Deutungsmacht der Medizin‘ und das ihr anhaftende, naturwissenschaftliche Paradigma von ‚Objektivität und Neutralität‘ in Frage (Kuhlmann/Kolip 2005:38). Die folgende wissenschaftskritische Frauengesundheitsforschung deckte ‚offenen und verdeckten Sexismus‘ (Eichler 1998) im Sinne einer androzentristischen Ausrichtung in den medizinischen Wissenssystemen, in der Behandlung von und in den Versorgungsstrukturen für Frauen auf. Stark kritisiert wurde, dass das medizinische Fachwissen auf Studien mit Männern als Testpersonen basiere.¹⁸ Dieser auf den Körper bezogene „Male Bias“ wurde besonders in der *Herzinfarktbehandlung* aufgedeckt, die durch eine Unter- und Fehlversorgung bei Frauen eine höhere Letalität und Morbidität mitbedingte (Kuhlmann/Kolip 2005:141; s. Kap. 3).

Andererseits blieb im Rahmen der Wiederaneignung und Umdeutung des ‚weiblichen‘ Körpers die naturwissenschaftliche Definition von Geschlecht über körperliche Differenzen unhinterfragt. Vielmehr erfuhren die zuvor abgewerteten ‚weiblichen‘ Geschlechtskörper und -eigenschaften eine Aufwertung, die ihre Andersartigkeit und damit den Differenzgedanken bestärkten. In radikalen Zweigen der Frauenbewegung begründete sich im Gegenzug eine Abwertung des ‚männlich-gewalttätigen‘ Geschlechts.¹⁹ Die essentialisierenden Umdeutungen reproduzieren die Naturlaisierung zweier differenter und ungleicher Geschlechter (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005:39). Naturwissenschaftliche Geschlechtskonstruktionen erstarken in Diskussionen über die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung der Frauen, die beständig hinterfragen, „ob Frauen ‚widernatürlich‘ handeln, wenn sie z.B. abtreiben, lesbisch lieben und leben oder Verhütungsmittel verwenden“ (Villa 2011:75 Herv.JW).

¹⁸ Der Ausschluss von Frauen wurde u.a. mit dem Schutz ihrer Gebärfähigkeit, den längeren Studien- und Nachkontrollzeiten aufgrund der längeren Lebenserwartung von Frauen sowie mit den schwieriger zu kontrollierenden Nebeneffekten und Forschungserkenntnissen bei multimorbiden älteren Frauen begründet, was mit höheren Kosten verbunden wäre (vgl. Maschewsky-Schneider 1997:14f.).

¹⁹ Demnach seien Gewalt und Kriege durch das den Männern innewohnende Aggressionspotenzial bedingt, wohingegen Frauen als das ‚fürsorglich-mütterliche‘ Geschlecht besser zur Regierung bestimmt seien. Holland-Cunz (2003) schlussfolgert für die „alte neue Frauenfrage“, dass alle unterdrückten Gruppen sowohl gegenüber negativen als auch positiven Pauschalzuschreibungen äußerst wachsam sein müssen (vgl. ebd.:127).

Die Formierung einer ‚*Frauengesundheit*‘ erfolgte in den 1980er Jahren mit inter- und nationalen Forschungsinitiativen wie der Women Health Initiative (USA) oder auch mit der Einrichtung der ersten Forschungsprofessur für ‚Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen‘ an der Berliner Charité im Jahr 2003 (umfassend Maschewsky-Schneider 2016; Gadebusch Bondio 2014). Im Rahmen einer ‚Revision der Frauengesundheit‘ weisen Adele Clarke & Virginia Olesen (2003) auf eine ‚neue Biomedizinisierung der Frauengesundheit‘ hin, die sich auf die Spezifizierung von Medikamenten für ‚weibliche‘ Organismen konzentriert.²⁰ Ebenso produzieren die neuen Untersuchungs- und Behandlungstechniken ‚medizinische Welten‘ und weitere Geschlechterdifferenzen und Dichotomien (ebd.:63), wie es am Beispiel bildgebender Verfahren für die Neurowissenschaften herausgearbeitet wurde (u.a. Fausto-Sterling 2000; Schmitz 2010).²¹

Mit der Wende zum 21. Jahrhundert hält die Bedeutung von Geschlecht auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Einzug. Im Jahr 1999 werden der erste Frauen- und gut ein Jahrzehnt später der erste Männergesundheitsbericht veröffentlicht (BMFSFJ 1999; Bardehle/Stiehler 2010). Letzterer entstammt zunächst Stiftungsinitiativen, während im Jahr 2014 erstmals die ‚Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland‘ (RKI 2014a) als Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht wird. In den gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Diskussionen über die Gesundheit von Männern dominiert ein defizitäres Männerbild in der Medizin, das geprägt ist von medizinischen Erklärungsmustern für die Früh- und Übersterblichkeit von Männern im Vergleich zu Frauen. So wird ‚traditionelles Geschlechterwissen über Männlichkeit re-produziert‘ (Scheele 2009:59). Der Bundeskongress *Gender-Gesundheit* (Kurscheid et al. 2014) reklamiert die verzögerte Aufdeckung von Männlichkeitskonstruktionen in der Medizin, die erst seit geraumer Zeit in der Geschlechterforschung stattfindet,²² sowie das Fehlen gesundheitspolitischer Aktionspläne zur Förderung der ‚*Männergesundheits*‘ (Bardehle/Vinnemeier 2014).²³

In der Humanmedizin überwiegen Ansätze, ‚die das biologische Geschlecht, aber sehr viel seltener soziale Faktoren in Forschungsdesigns und medizinische Versorgungskonzepte integrieren‘ (Dören 2006:111). Das Festhalten an einer im Körper verortbaren Geschlechtlichkeit ist auch in der sich gerade ausbildenden ‚*Gendermedizin*‘ feststellbar: Zu Beginn des 21. Jahrhunderts fand der Begriff *gender medicine* in den medizinischen Wissenssystemen Einzug, es wurden erste Gender Zentren u.a. in New York City, Karolinska und Berlin gegründet sowie Lehrbücher zur Gendermedizin herausgegeben.²⁴ Demnach zielt Gendermedizin auf die Verbesserung der Behandlung von Männern und Frauen. Entgegen des sozialkonstruktivistischen Gedan-

²⁰ Dies sei wesentlich durch die mangelnde Finanzierung der feministischen Organisationen im Gesundheitsbereich, die Abhängigkeit von Spendengeldern der Pharmaindustrie und durch die Dominanz der Förderung klinischer Forschungsprojekte durch öffentliche Stellen bedingt (vgl. ebd.:57f.).

²¹ Ähnliche Tendenzen bestehen in der Hirnforschung stereotype Geschlechterzuschreibungen, die auf Differenzen in Gehirnfunktionen bei Frauen und Männern (*sexed brain*) zurückgeführt werden (Schmitz 2010).

²² Schließlich stehen die Erkrankungen sowie Früh- und Übersterblichkeit der Männer im engen Zusammenhang mit ihren Rollenverpflichtungen, und zwar den gesundheitsschädigen Arbeitsbedingungen sowie Wehrdienstverpflichtungen (Maschewsky-Schneider 2016:41f.; RKI 2014:142ff.; Dinges 2010).

²³ Umfassend siehe auch Stiehler/Klotz (2007) oder Altgeld (2004).

²⁴ Siehe u.a.: Miemietz 2013; Oertelt-Prigione/Regitz-Zagrosek 2012; Kautzky-Willer 2012; Rieder/Lohff 2008.

kens von Gender hält Gendermedizin an *sex* und einer „biologische[n] Ausrichtung des Lebewesens aufgrund seiner Chromosomen, seiner Reproduktionsorgane und deren Funktionen [fest], was dann als männlich oder weiblich zugeordnet wird“ (Lohff/Rieder 2008:2). Zwar werden weitere Geschlechtskörper in einem Lehrbuch einleitend erwähnt: “However, sex is not a dichotomous variable – intersex syndromes exist as well as women and men with hormonal or gene expression profile that is close to the other sex” (Regitz-Zagrosek 2012a:1). Die *Syndrom*-Bezeichnung befördert jedoch die bereits aufgezeigte Pathologisierung von Körperlichkeiten, die von der Norm dichotomer ‚Geschlechtskörper‘ abweichen. Kritische Diskussionen zum medizinischen Umgang mit als ‚intersexuell‘ klassifizierten Körpern und in den Lehrbüchern zur Gendermedizin werden kaum diskutiert, wohingegen an das kulturelle ‚Zweigeschlechtlichkeitssystem‘ anpassende Operationen an Neugeborenen als soziale Indikation legitimiert werden (umfassend DER 2012).

Gleichzeitig besteht in den gendermedizinischen Wissenssystemen die Gefahr, dass der anfängliche Fortschritt einer geschlechterbezogenen Betrachtung von Krankheitsbildern in einem Aufzeigen von Über- und Unterrepräsentanzen von Männer- und Frauen, dem so genannten *sex counting*²⁵ verharret und diese Geschlechterdifferenzen naturalisiert werden. Heinz-Jürgen Voß (2013) bezeichnet Gendermedizin als „antiemanzipatorisches Projekt“, da gesellschaftliche Faktoren, die zur Ausbildung von Geschlechterdifferenzen beitragen, im rezensierten Lehrbuch „Gendermedizin“ (Kautzky-Willer 2012) nicht hinterfragt bzw. erwähnt werden, was für die *Herzinfarktbehandlung* gesondert diskutiert wird (*s. Kap. 3.1*). Ferner erweisen sich weitere soziale Kategorien als bedeutungsrelevant, die Rassifizierungsprozesse im Sinne eines ‚weißen Blicks‘ (Bergold-Caldwell 2014), wie z.B. in der Betrachtung von Osteoporose (Fausto-Sterling 2008), aufzeigen.²⁶

2.2 Geschlechterverhältnisse und Segregationen in der ärztlichen Profession

Neben der Analyse von Geschlechterkonstruktionen bezeichnet Regina Becker-Schmidt (2013) die Betrachtung von Geschlecht als Kategorie gesellschaftlicher Strukturierungen als „unentbehrlich“ (ebd.:19), um die Relationen zwischen den Geschlechtern zu erschließen. Für die Untersuchung von Geschlechterkonstruktionen in medizinischen Behandlungsgesprächen sind gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Geschlechterverhältnisse wesentlich, da diese bei der ‚Suche nach Differenzen‘ und ihrer Interpretationen mitwirken und in ‚geschlechtlich kodierteren Machtverhältnissen‘ zu verorten sind (Wahrig 2013:21ff.). Unter ‚Geschlechterverhältnis‘ wird ein Ensemble von sozialen Arrangements verstanden, „in denen Frauen und Männer durch Formen der Arbeitsteilung, soziale Abhängigkeitsverhältnisse und Austauschprozesse aufeinander bezogen sind“ (Becker-Schmidt 2010:69).

Für das soziale und insbesondere arbeitsteilige Aufeinanderbezogensein der Geschlechter in der Medizin sind die enormen gesellschaftlichen Wandlungsprozesse in der Moderne konstitu-

²⁵ Dies ist einer von vielen Schritten einer geschlechterangemessenen Gesundheitsforschung (vgl. Jahn 2003:16).

²⁶ Zu Diversität im Kontext von Gender und Gesundheit siehe Pauli/Hormberg (2010:635f.).

tiv, wie u.a. die Entstehung einer urbanen und frühkapitalistischen Industriegesellschaft sowie geistige und politische Umwälzungen. Die Abwendung von den zuvor gottgewollten und feudalherrschaftlichen Obrigkeitssystemen hatte eine massenhafte Freisetzung von Individuen aus den traditionell geburtsständischen Lebens- und Arbeitszusammenhängen zur Folge (vgl. Joas 2007:26f.). Die lohnbringende Arbeit löste sich mit der Etablierung der industriellen Produktionsformen aus dem vormals gemeinschaftlichen Arbeitsprozess im Familienverband des ‚ganzen Hauses‘ heraus und verlagerte sich in urbane Manufakturen, welches auch die bisherige Arbeitsteilung für Männer und Frauen veränderte (vgl. Hausen 1976: 370f.). In der vormoderne Familie lebten und arbeiteten alle Haushaltsmitglieder zusammen, wozu neben Hausvater, -mutter und Kindern auch Gesinde, Lehrlinge etc. zählten, während der Hausvater als *pater familias* rechtlich privilegiert war, die Familie im außerhäuslichen Bereich zu vertreten sowie das Vermögen zu verwalten.²⁷ Die industrialisierte Warenproduktion trennte nicht nur die lohnbringende Produktionstätigkeit von der reproduktiv ausgerichteten Subsistenzarbeit²⁸ im Familienverbund, sondern trug mit der ‚Polarisierung der Geschlechtercharaktere‘ (Hausen 1976) sinngemäß einer ‚natürlichen‘ Arbeitsteilung der Geschlechter zur Trennung in öffentlich-‚männliche‘ und privat-‚weibliche‘ Arbeitssphäre mit bei (s.a. Klein 1994:205ff.). Der Naturalisierung der Geschlechterdifferenz entsprechend wurden aus den freigesetzten Individuen ‚(natürlicherweise), liebende Hausfrauen und Mütter oder (*natur-bestimmte*) ‚Familienernährer‘‘ (Villa 2011:43 Herv.JW). Erstere waren auch für häusliche Pflege erkrankter Familienmitglieder zuständig, während sie in der öffentlichen Krankenfürsorge in Krankenhäusern als ‚Krankenschwestern‘ auf Anweisung von Ärzten arbeiteten (s.a. Gildemeister/Hericks 2012: 278).

Ungeachtet der Tatsache, dass die idealisierte Arbeitsteilung der Geschlechter im bürgerlichen Familienmodell für eine Vielzahl der Gesellschaftsmitglieder und alle erwerbstätigen Frauen nichtzutreffend war, beanspruchte die bürgerlich-geschlechterbezogene Arbeitsteilung universelle Geltung für das ‚gesamt männliche und weibliche Geschlecht‘ (Hausen 1976:370). Mit der Verankerung im Jahre 1900 im *Bürgerlichen* Gesetzbuch fungierte ‚Geschlecht‘ als fester gesellschaftlicher ‚Platzanweiser‘. Ausgehend vom Allgemeinen Preußischen Landrecht des 18. Jahrhunderts rekonstruiert Ursula Beer (1991), wie sich das patriarchale Abhängigkeitsverhältnis von Frauen im Bürgerlichen Gesetzbuch zu einem ‚industriegesellschaftlichen Sekundärpatriarchalismus‘ ausweitete. So konnten Männer *de jure* vorteilhaftere soziale Positionierungen in beruflichen und privat-familiären Bereichen einnehmen. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts war die Geschäfts- und Erwerbsfähigkeit von Frauen laut *Bürgerlichem* Gesetzbuch von der Zustimmung der Ehemänner abhängig und setzte voraus, dass sie nicht ihre gesetzlich festgeschriebenen Pflichten im Haushalt und in der Familie vernachlässigten (vgl. Beer 2010: 60f.). „Die familiäre Zuweisung unentgeltlicher Arbeiten an Frauen und die beruflichen Schlie-

²⁷ Holthöfer (1997:390) bietet einen umfassenden Überblick über die im Recht verankerte Geschlechtsvormundschaft (*care sexus*) des Hausvaters und später des Ehegattens über Frauen, die bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts dominierte und mit den Rollen als Hausfrau, Mutter, ledige Tochter oder Witwe variierte (Wunder 1997:30f.).

²⁸ Dies meint die Herstellung von Lebensmitteln und Gebrauchsgütern für den unmittelbaren Lebensunterhalt in der Familie und schließt die Versorgung von Kranken und Kindern ein. Zum Subsistenzansatz s.a. Baier (2010).

Bungsprozesse ihnen gegenüber, mit denen Männer individuell und kollektiv jene Berufsfelder für sich reservierten und beanspruchten, die ertragreich und Erfolg versprechend waren, machten erst zusammengenommen den Teufelskreis aus, der die industriegesellschaftliche Arbeitsteilung der Geschlechter etablierte und auf Dauer stellte“ (Beer 2010:62, s.a. Gottschall 2010). Zu den von Männern beanspruchten Berufen zählt die ärztliche Profession, die auch als *true profession* bezeichnet wird, da diese sich zusätzlich zur universitären Ausbildung in Ärztekammern eigenständig organisieren und zum Beispiel Ein- und Aufstiegsriterien sowie gegebenenfalls Ausschluss und Berufsverbote reglementieren (vgl. Wetterer 2002:238f.).²⁹ Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts waren Frauen in Deutschland *de jure* aus dem Medizinstudium und der Ärzteschaft ausgeschlossen (Huerkamp 1996), die vornehmlich auf ärztliche Anweisung pflegerische Tätigkeiten ausübten. Der Ausschluss von Frauen aus bestimmten Professionen steht im Fokus der Frauenbewegung sowie der wissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung.³⁰ Die Hartnäckigkeit und der Wandel der Geschlechterungleichheit in der Arbeitswelt zeichnen sich laut Theresa Wobbe und Getrud Nunner-Winkler (2007:301) in den Geschlechtersegregationen in der beruflichen Arbeitswelt ab. Berufe gelten als stark (*horizontal*) segregiert, „wenn der Anteil des anderen Geschlechts unter 30 Prozent liegt. Als gemischte Berufe bezeichnen wir Berufsfelder, in denen der Anteil des anderen Geschlechts sich zwischen 30 Prozent und 70 Prozent bewegt“ (ebd.:303).

Insgesamt überwiegen Berufe mit dominierendem Männeranteil, wohingegen das Berufsspektrum, in denen der Frauenanteil überwiegt, kleiner und viel stärker auf die untergeordneten Assistenzberufe mit geringen Aufstiegsmöglichkeiten begrenzt ist, wie z.B. Arzt- und Schwesternhelferin (vgl. Wetterer 2002:73, umfassend Dressler/Wagner 2010). Entgegen der differenzorientierten These eines ‚geschlechtsspezifischen Arbeitsvermögens‘ (Ostner 1990) offenbaren sich soziokulturelle (Wandlungs-)Prozesse in Bezug auf die „Geschlechts-Label von Berufen“ (Teubner 2010:503). Zum einen wird die im Bürgerlichen Gesetzbuch fixierte Nachrangstellung der Frauen auf dem Erwerbsarbeitsmarkt (Beer 2010) in Ermangelung ‚männlicher‘ Arbeitskräfte in spezifischen Wirtschafts- und Kriegszeiten außerkraftgesetzt. Hierdurch wird Frauen temporär der Zugang auch zu an sich Männern vorbehaltenen Arbeitsfeldern ermöglicht.³¹ Zum anderen scheinen Lohn- und zukunftssträchtige Branchenentwicklungen die Ausbildung einer *Männerdomäne* zu befördern, wie der Streitfall um die geschlechtliche Auslegung der medizinischen Semi-Profession der Röntgenassistenz in England im 20. Jahrhundert offenbart (vgl. Wetterer 2002:81ff., Witz 1992). Infolge des quantitativen ‚Geschlechterwechsels‘ sind weitere Veränderungen zu beobachten, indem z.B. mit der Erhöhung des Frauenanteils eines Berufes Entwertungsprozesse u.a. in der Entlohnung und im Ansehen einhergehen, was

²⁹ Professionalisierungstheorien fokussieren universitäre Berufszugänge und lassen sich nach Lenhardt (vgl. 2007: 341) in zwei Lager unterscheiden: Die einen prognostizieren durch die professionsbezogenen Status- und Machtvorteile eine Unterordnung der Lai_innen unter die Professionellen (Max Weber), während die anderen gerade durch diese Vorteile das Verfolgen von Machtinteressen hinter die professionelle berufsethische Orientierung zurücktreten lassen und eine egalitäre Beziehung erzeugen können (Talcott Parsons).

³⁰ Vgl. Gildemeister (2010:213f.); umfassend Teubner (2010).

³¹ Zur Zulassung der Frauen zum Dienst an der Waffe in der Bundeswehr siehe Wobbe/Nunner-Winkler (2007). Umfassend zu Frauen als Streitkräfte in *Militär und Geschlecht in Israel* siehe Klein (2001:39-44).

als ‚Feminisierung‘ bezeichnet wird. Dagegen scheint die ‚Maskulinisierung‘ eines Berufes mit Statusgewinnen verbunden zu sein.³²

Daneben bestehen *vertikale* Geschlechtersegregationen in der beruflichen Arbeitswelt. Dies meint, welche Positionen Männer und Frauen innerhalb eines Berufes einnehmen, wie z.B. die Geschlechterverteilung von stations-, ober- oder chefärztliche Positionen (vgl. Wetterer 2002: 73). Ferner zeigen sich *funktionale* Segregationen, die mit der geschlechtersegregierten Verteilung von prestigeträchtigeren Aufgaben und Funktionen bessere Aufstiegschancen bedingen können (vgl. ebd.:74, s.a. Cyba 1995:65f.).

Nach Wetterers Analyse der Professionalisierung der Medizin sind Schließungsprozesse in der Arbeitsteilung in der Medizin geschlechterkonstituierend und „Bestandteil der sozialen Konstruktion von Geschlecht“ (Wetterer 2002:408). Schließungskonzepte gehen zusammengefasst davon aus, dass eine soziale Gruppe in Konkurrenz mit anderen beispielsweise um den Zugang zu einer Profession unterschiedliche Mechanismen mobilisiert. Der Zugang von Frauen zur ärztlichen Profession unterlag starken sozialen Reglementierungen. Die sich ausbildenden Geschlechtersegregationen waren weniger den subjektiven Präferenzen der Ärztinnen als berufsinternen Schließungsmechanismen geschuldet (2.2.1). Diese können aktuelle Geschlechtersegregationen in der ärztlichen Profession (2.2.2) mit erklären und sind konstitutiv für das ärztliche Geschlechterverhältnis im Krankenhaus.

2.2.1 Geschlechterbezogene Schließungsprozesse in der ärztlichen Professionalisierung

Eliot Freidson (1979), der den Ärztestand als Profession berufs- und wissenschaftssoziologisch untersucht, versteht unter *Profession* eine berufsständische Organisation, „in der sich ein bestimmter Geist entwickelt und die aufgrund ihrer Autoritätsstellung innerhalb der Gesellschaft allmählich den Gegenstand ihrer eigenen Arbeit verändert – oder ihn gar erst schafft“ (ebd.:3). Für die Professionalisierung der Medizin im 19. Jahrhundert waren, zusätzlich zur Verwissenschaftlichung und dem Ausschluss nicht-akademischer Heilkundiger aus der Behandlung von Kranken, drei Elemente wesentlich: *erstens*, dass Ärzte alleinige Verfügungsgewalt über die Definition und Behandlung von Krankheit hatten; *zweitens*, dass die Heilung einzig auf die ärztliche Behandlung zurückgeführt wurde und *drittens*, dass die Allgemeinheit wie auch die Kranken hiervon überzeugt waren (vgl. Freidson 1979:11f.).³³ Obwohl erst Anfang des 20. Jahrhunderts therapeutische Vorteile gegenüber der Heilkunde mit dem erweiterten medizinischen Kenntnisstand und Untersuchungsmethoden verzeichnet werden konnten (vgl. ebd.:14), wurde das ärztliche Behandlungsmonopol in Preußen mit dem ‚ärztlichen Einheitsstand‘ und ‚Kur-

³² Status- und Lohnverluste konnte in voreinst männerdominierten Berufen wie Sekretär, Friseur, Buchhalter und Grundschullehrer nachgezeichnet werden, nachdem sich der Frauenanteil erhöhte (vgl. Teubner 2010:503).

³³ Laut Foucault (vgl. 1973:81) mangelte es bis zum Ende des 18. Jahrhunderts an einer einheitlichen medizinischen Ausbildung und berufsständischer Kontrolle. Anfang des 19. Jahrhunderts gab es erste klinische Lehrstühle an Universitäten. Das dreijährige Studium schloss die Lehre am Krankenbett mit ein. Um sich von den nicht-studierten Heiltätigen und Scharlatanen abzugrenzen, wurden zuerst in Frankreich Forderungen nach gesetzlichem Schutz des ärztlichen Berufsstandes laut.

pfuschereiverbot‘ bereits 1852 rechtlich verankert.³⁴ Es legitimierte die Sanktionierung und den Ausschluss Heiltätiger ohne Titel (vgl. Wetterer 2002:281), worunter vor allem Frauen als Kräuterfrauen, Hebammen etc. gezählt wurden (vgl. Freidson 1979:9).

Wetterer, die umfassend die soziale Konstruktion von Geschlecht in professionsbezogenen Schließungsprozessen³⁵ untersuchte, setzt sich ausführlich mit sozialen Schließungsprozessen in der „Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion“ in der Professionalisierung der Medizin auseinander (Wetterer 2002). Ihre Arbeiten werden aufgrund des komplexen Ansatzes in der Untersuchung von Geschlechterkonstruktionen hervorgehoben, der mikrosoziologische Grenzen dadurch überschreite, indem „Sozial- und Wissenschaftsgeschichte sowie Arbeits- und Berufssoziologie in der Geschlechterforschung einbezogen werden“ (Becker-Schmidt 2013:35). Zu den Hauptgründen des vehementen Widerstands der Ärzteschaft und die Exklusion von Frauen aus der ärztlichen Profession zählt Wetterer neben der Konkurrenz zu den traditionellen Frauendomänen in der Heilkunde und Geburtshilfe vor allem Sorgen um den Verlust des besonders hohen Ansehens ihrer Profession infolge der Zulassung von Ärztinnen, aber auch Angst vor Ärztinnen, die bereits in anderen Ländern erfolgreich studieren und praktizieren und damit zur bedrohlichen Konkurrenz werden können (vgl. Wetterer 2002: 413ff.). Außerdem rekonstruierte Wetterer (2002) spezifische Schließungsprozesse *erstens vor* und *zweitens nach* der gesetzlichen Zulassung von Frauen zum Medizinstudium.³⁶

In der *ersten Phase* der Akademisierung und Professionalisierung der Medizin offenbart sich ein *androzentristisches Professionsverständnis* im Sinne von „Männern vorbehaltenen Eliteberufe“ (ebd.:237). So blieb Frauen aufgrund der fehlenden Hochschulzugangsberechtigung das Medizinstudium *de jure* verwehrt. Abgesehen von den wenigen Ausnahmen gutbürgerlicher Töchter, die in Privatunterricht das Abitur erlangten, war dies allen Mädchen und Frauen erst mit der Mädchenschulreform 1908 in allen Ländern des Deutschen Reiches möglich (Wetterer 2002:423). Das Engagement der bürgerlichen Frauenbewegung und des „Allgemeinen deutschen Frauenvereins“ war wesentlich für die Reform der Mädchenschulbildung. Der Verein kritisierte die höheren Mädchenschulen, die lediglich auf die Rolle der Hausfrau, Mutter und Gattin vorbereiteten. „Es gab bis 1893 für Mädchen keine zum Abitur führenden Schulen, und ein koedukativer Unterricht in den bestehenden höheren Knaben-Schulen war undenkbar“ (Glaser 1992:63).³⁷ Wenngleich der Bundesrat 1899 offiziell Frauen, die über Abitur verfügten, die Absolvierung der ärztlichen Staatsprüfung zur Erlangung der Approbation und damit den Zugang zu ärztlichen Profession eröffneten (vgl. Huerkamp 1996:231), ließ Preußen erst 1908

³⁴ Dies führt Wetterer (2002) auf die „berufsethische Orientierung der ‚professionals‘ am Allgemeinwohl und ihre Verbundenheit mit allgemein geteilten Werten“ (ebd.:253) sowie dem ‚Siegesszug‘ der akademischen Medizin zurück (vgl. ebd.:255). In der Folge bildete sich das Menschenbild des *homo hygienicus* aus, das zur gesunden Lebensführung verpflichtete. Die Sicherstellung der Produktionsfähigkeit der breiten Bevölkerung entsprach staatlichen Interessen und beförderte die Vormachtstellung der Ärzteschaft (vgl. ebd.:256), die bis heute das Monopol zur Attestierung der Arbeitsunfähigkeit haben.

³⁵ Siehe u.a. Wetterer: 1995; 1993; 1992.

³⁶ Für die Rekonstruktion der Schließungsprozesse wendet Wetterer die Daten von Claudia Huerkamp (1985) an, die sich mit dem Aufstieg der Preußischen Ärzteschaft im 19. Jahrhundert befasst.

³⁷ Umfassend zur Geschichte des Frauenstudiums in Deutschland siehe Anne Schlüter (1992), die stets mit der Ärztinnenfrage und den Öffnungen des Medizinstudiums im Ausland verbunden war.

Frauen zum Studium sowie zehn Jahre später zur Habilitation zu (vgl. Wetterer 2002:282). Derweil praktizierten Ärztinnen z.B. in der Schweiz oder in den USA bereits in den 1860er Jahren (vgl. Geyer-Kordesch 1986:227), deren Abschlüsse in Deutschland nicht anerkannt wurden (vgl. Wetterer 2002:482f.)

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde Frauen die Gasthörerschaft in Medizinvorlesungen nur auf Antrag mit positivem Bescheid einzelner Vertreter der Ärzteschaft in Einzelfällen gewährt. In ihren Anträgen argumentierten die Frauen zunächst gleichheitsorientiert und widersprachen der naturalisierten Andersartigkeit des ‚weiblichen‘ Geschlechts. Mit der Etablierung der Geschlechterdifferenz wurde die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium mit differenzorientierten Argumenten eingefordert³⁸: „Um der Gesundheit, um der Sittlichkeit und der Empfindsamkeit der Frauen willen, [...] bedürfe es ‚weiblicher Ärzte für Frauen‘.“ (Wetterer 2002: 291) Zudem bestehe bedingt durch Scham- und Schuldgefühle auf Seiten der Frauen die Gefahr der Verschleppung von Frauenkrankheiten, „wenn die betreffenden Frauen den männlichen Arzt gar nicht oder erst spät aufsuchten“ (Huerkamp 1996:231). Explizit wird hier die Bedeutung von Geschlecht in Form von Geschlechterkonstellationen im Sinne von *Gender Dyaden* in der medizinischen Behandlung thematisiert und implizit negative Folgen für Frauen in der Behandlung von ‚männlichen‘ Ärzten problematisiert.

In der *zweiten Phase* der Professionalisierung im beginnenden 20. Jahrhundert musste sich die Ärzteschaft nun gegenüber den formalrechtlich qualifizierten Frauen mit abgeschlossenem Medizinstudium und Berufswunsch verhalten. Es zeigte sich, dass Ärztinnen einen untergeordneten Sonderstatus hatten, indem sie nur partiell als fachkompetent für die medizinische Behandlungspraxis erachtet wurden und Ärztinnen auch phasenweise vollkommen aus der ärztlichen Berufstätigkeit ausgeschlossen wurden. Die von Wetterer (2002: 437) so bezeichnete ‚marginalisierende Integration‘ von Frauen in die ärztliche Profession umfasst geschlechterbezogene Schließungsprozesse. In den 1980er Jahren stellen professionssoziologische Arbeiten patriarchale Subordinationsstrategien heraus, die das berufsinterne Geschlechterverhältnis in der Medizin regulieren (vgl. ebd.:300f.).³⁹ Hierbei wird zwischen *ab-* und *ausgrenzenden* Schließungsprozessen differenziert, die wesentlich zur Ausgestaltung von Geschlechtersegregationen in der Ärzteschaft beitrugen: Die *abgrenzenden* Schließungsprozesse basierten auf dem Konsens, die Zuständigkeit von Ärztinnen zu beschränken, und bedienten sich der vorformulierten Selbstbegrenzung auf die Behandlung von Frauen und Kinder, die zu einer horizontalen Geschlechtersegregation führten.⁴⁰ Zu den *ausgrenzenden* Schließungsprozessen hingegen zählte die Institutionalisierung zusätzlicher Mitgliedschaftsbedingungen z.B. von Familienstand oder Kriegsdienstleistungen. Diese waren spiegelverkehrt nach Geschlechtszugehörig-

³⁸ Zur Vielfalt der Geschlechterkonzepte, Geschichte und Spaltung der ersten Frauenbewegung in bürgerlich-konservative, -radikale und proletarisch-sozialistische Flügel siehe u.a.: Bechdolf (1999) und Nave-Herz (1988).

³⁹ Für die Professionalisierung der Medizin in England zeigt Anne Witz (1992), dass der 1858 erlassene *Medical (Registration) Act* Geschlecht kein Zugangs- oder Ausschlusskriterium für die Ärzteschaft war. Der Ausschluss von Frauen an den Universitäten war durch zivilgesellschaftliche Schließungsprozesse bedingt (vgl. ebd.:73f.).

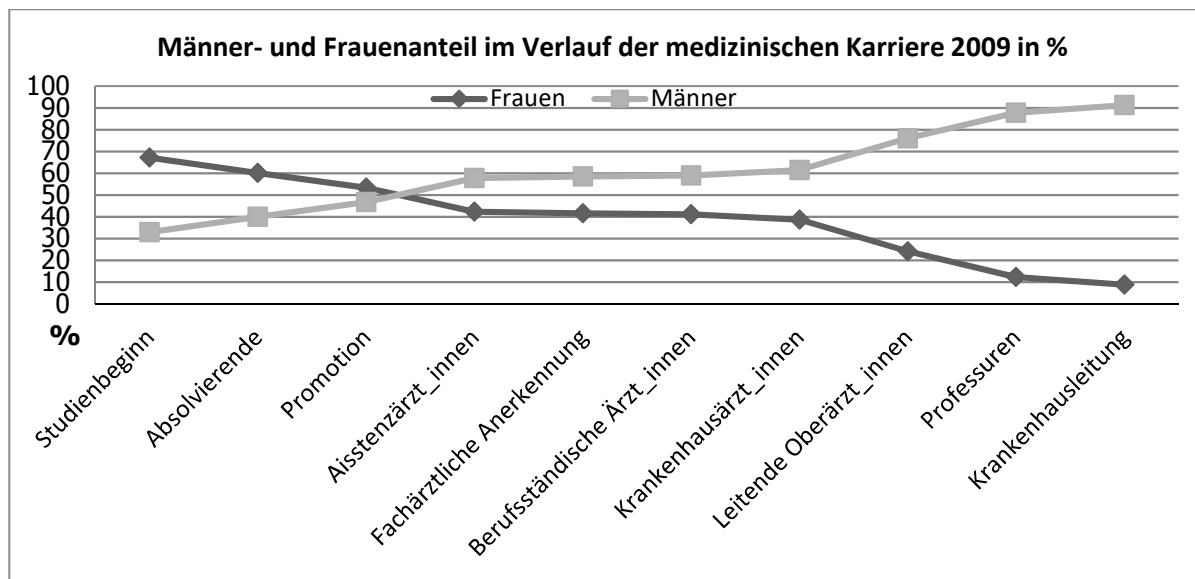
⁴⁰ In den USA arbeiteten Ärztinnen verstärkt in Armutsvierteln (Geyer-Kordesch 1986:219), in der Weimarer Zeit in Sexualberatungsstellen oder gründeten ‚Kliniken weiblicher Ärzte für Frauen‘ (Wetterer 2002:470).

keit gekoppelt und verhinderten Ärztinnen den Zugang zu Assistenzstellen im Krankenhaus, zur ‚Kassenarztpraxis‘ und zur ‚Krankenhausärzteschaft‘ (vgl. Wetterer 2002: 398). Bevorzugt im Krankenhaus eingestellt sowie befördert wurden verheiratete Ärzte, wohingegen die Heirat bei Ärztinnen zur Beendigung ihrer beruflichen Tätigkeit führte. Auch Ärzte, die im Krieg gewesen waren, wurden bevorzugt eingestellt, so dass Ärztinnen gehen mussten (vgl. ebd.:444f.). Mit den Umbrüchen zwischen 1933 bis 1945 schloss die ärztliche Selbstverwaltung infolge der Gleichschaltung alle Ärzt_innen (und Kassenpatient_innen) aus der Medizin und medizinischer Versorgung aus, die nicht den rassistischen Kriterien oder politischen Interessen des nationalsozialistischen Regime entsprachen (vgl. Huerkamp 1996:239ff.). Zugleich konnten Ärztinnen während des 2. Weltkriegs aufgrund des „kriegsbedingten Mangels an Assistenzärzten“ ober- oder chefärztliche Positionen einnehmen (Wetterer 2002:445). Die Verkehrung der Geschlechterhierarchie in der ärztlichen Profession, wenn Assistenzärzte unter der Weisungsbefugnis von Oberärztinnen stehen, war mit Verwirrungen begleitet (vgl. ebd.:243).

2.2.2 Aktuelle Geschlechtersegregationen und Schließungstendenzen in der Ärzteschaft

Laut Bericht der Bund-Länder-Kommission zur *Ausbildung und beruflichen Situation von Medizinerinnen* (BLK 2004) ist der Frauenanteil in den verschiedenen Bereichen und Positionen seit den 1980er Jahren kontinuierlich angestiegen. Wenngleich mehrheitlich Frauen Humanmedizin studieren und promovieren,⁴¹ klafft nach der Promotionsphase die Schere zwischen Männern und Frauen in der Medizin auseinander. Die vertikale Geschlechtersegregation in der Medizin verdeutlicht sich in Form einer Schere und wird auch *gender gap* genannt, wie folgende Abbildung (1) veranschaulicht.

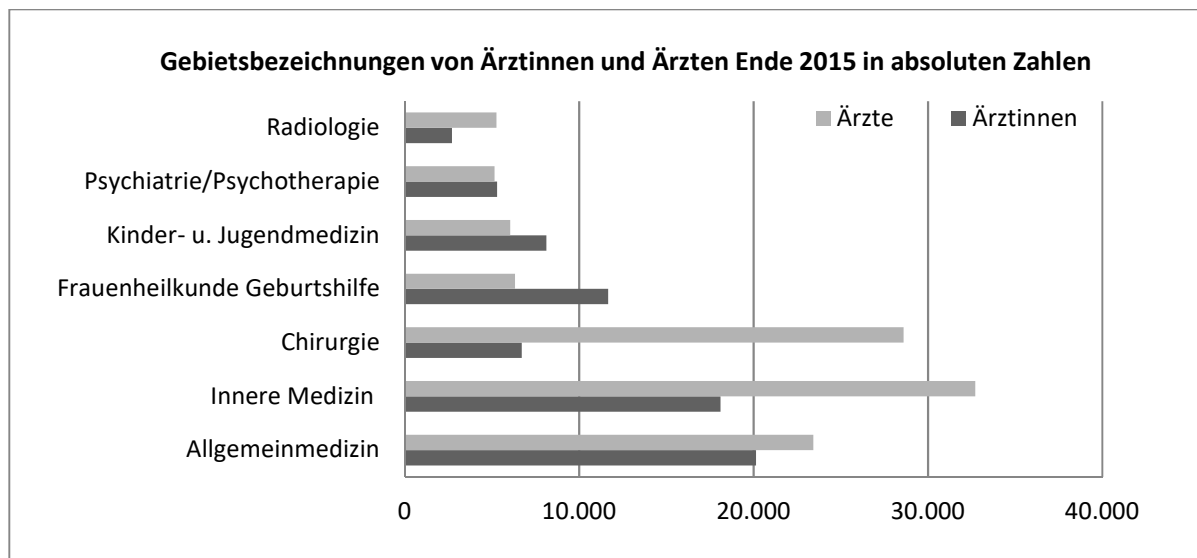
Abb. 1 Um den Männeranteil ergänzte Abbildung von Allmacher/Schneider/Habel (2010:1397) zum „Anteil der Frauen im Verlauf der medizinischen Berufskarriere 2009“.



⁴¹ Aktuell beträgt der Frauenanteil in der Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften 66% (StBA 2015:92).

Für den Karriereverlauf in der Humanmedizin ist die von den Ärztekammern ausgesprochene Anerkennung von Schwerpunktgebieten, wie z.B. Allgemeinmedizin, eine wesentliche Voraussetzung „für die Niederlassung als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt, für die Besetzung einer Juniorprofessur in der Medizin und auch für die Habilitation in einem medizinischen Fach“ (BLK 2004:13). Laut Jahresstatistik der Bundesärztekammer waren Ende 2015 rund 371.000 Ärzt_innen in Deutschland berufstätig, worunter Ärztinnen mit 46 Prozent vertreten sind. Über eine Gebietsbezeichnung verfügt mit gut 70 Prozent die Mehrheit aller berufstätigen Ärzt_innen. Doch zeichnet sich hier horizontale Geschlechtersegregationen in Form von Männern- und Frauentönen ab (BÄK 2016):

Abb. 2 Ausgewählte Gebietsbezeichnungen für berufstätige Ärztinnen und Ärzten Ende 2015 (BÄK 2016:3-4)



Ausgenommen in der *Frauenheilkunde und Geburtshilfe* sowie *Kinder- und Jugendmedizin* überwiegt der Männeranteil in allen Fachgebieten. In der Rangfolge der drei häufigsten Gebietsbezeichnungen fällt der hohe Anteil von Ärzten mit dem Schwerpunktgebiet *Chirurgie* auf, während die Fachgebiete *Allgemeinmedizin* und *Innere Medizin* sowohl bei Ärztinnen als auch Ärzten auf den ersten beiden Plätzen liegen. Letztere sind nicht nur für die Niederlassung mit einer hausärztlichen Praxis für die ambulante Versorgung der Bevölkerung relevant (BÄK 2016:3f.), sondern auch das Fachgebiet, das für die stationäre Versorgung von Patient_innen nach einem Herzinfarkt zuständig ist. Für die geschlechterbezogene Segregation nach Schwerpunktgebieten schlussfolgert die Bund-Länder-Kommission: „Mit zunehmendem Ansehen, höheren Einkommensmöglichkeiten und steigender gesellschaftlicher Anerkennung des jeweiligen Schwerpunktgebietes sinken die Frauenanteile“ (BLK 2004:14f.).⁴² Nach Wetterer (2002) basiert die horizontale Geschlechtersegregation für Frauen „auf der Herstellung von Analogien zwischen Arbeitsschwerpunkten und stereotypen Geschlechterbildern“ (ebd.:461). Die symbolische Geschlechterordnung verdeutlicht sich in einem geringeren Ansehen von und geringeren

⁴² Ausführlich zum Einfluss von Geschlecht, Persönlichkeit, Karrieremotivation und Lebenszielen junger bei der fachärztlichen Spezialisierung siehe Buddeberg-Fischer et al. (2008)

Verdienstmöglichkeiten in den Frauendomänen im Vergleich zu den Männerdomänen (vgl. Wetterer 2002:466).

Die für die Gebietsbezeichnung erforderlichen Leistungen, z.B. Anzahl der Durchführung bestimmter Untersuchungen, Operationen etc., werden im Rahmen von zeitlich befristeten Stellen für Assistenzärzt_innen in Weiterbildung vor allem im Krankenhaus in Vollzeit gesammelt. So wählen Frauen nach dem Abschluss des Medizinstudiums häufiger für das Praktische Jahr (PJ) eine ambulante Praxisstelle, während Männer ihr PJ häufiger in stationären Einrichtungen absolvieren, so ein breiteres Repertoire an ärztlichen Tätigkeiten erlernen und bereits Kontakte für eine anschließende Assistenzstelle herstellen können. „Zusätzlich bieten die Krankenhäuser/Klinika in einer Reihe von Gebietsbezeichnungen eine Fachärztin- bzw. Facharztausbildung an, während in einer Praxis überwiegend die Gebietsbezeichnung der Praxisärztin bzw. des Praxisarztes erworben werden kann“ (BLK 2004:41).

Die PROFIL-Studie zu geschlechtstypischen Berufsverläufen in der Medizin und Psychologie, in der 177 Frauen und 174 Männer aus der Medizin mit über 15-jähriger Berufserfahrung befragt wurden, stellt fachärztliche Qualifikation als besonders bedeutsam für die medizinische Karriere heraus, was in der Psychologie weniger der Fall war (Hoff et al. 2005:6). Im Geschlechtervergleich der Berufsverläufe der Mediziner_innen zeigte sich indes, dass der kontinuierliche Verbleib im Krankenhaus und der Aufstieg in eine ober- oder chefärztliche Position zum typisch ‚männlichen‘ Verlaufsmuster bei rund 57% der Ärzte zählten. Diskontinuierliche Verläufe waren die Ausnahme (7%). Doch wiesen knapp ein Viertel der Ärztinnen Diskontinuitäten im Berufsverlauf mit Wechseln und/oder langen Unterbrechungen auf, welches als ‚weibliches‘ Berufsverlaufsmuster in der Medizin beschrieben wird.⁴³ Hinsichtlich der Niederlassung in einer freien Praxis zeigten sich keine Geschlechterdisparitäten. (Vgl. Hoff et al. 2006:7f.)

Die Betrachtung der Familienverhältnisse der Teilnehmer_innen der PROFIL-Studie zeigt zudem, dass die geschlechtstypischen Berufs- und Karriereverlaufsmuster in der Medizin mit stereotypen Mustern in der Verteilung von re- und produktiver Arbeit verbunden waren. Dies hatte ungleiche Konsequenzen für Frauen und Männer zur Folge, demnach die Vereinbarkeit von ‚Kind/ern und Karriere‘ in der Medizin als eine Männerdomäne mit konservativen Arbeitsteilungsmustern zu betrachten ist:

„Während die Mediziner zumeist mit Partnerinnen zusammenleben, die teilzeitbeschäftigt oder gar nicht erwerbstätig sind (zusammen 74,7 %), lebt die große Mehrheit der Medizinerinnen (84,7 %) mit voll erwerbstätigen Partnern zusammen: Bei den Medizinerinnen in höheren Positionen ist der Anteil mit gar nicht erwerbstätigen Partnerinnen (44 %) viel höher als in allen anderen Berufsverlaufsmustern. Die Medizinerinnen in höheren Positionen haben dagegen fast alle voll berufstätige Partner mit noch längeren Arbeitszeiten als sie selbst“ (Hoff et al. 2005:10).

Es wird gefolgert, dass Medizinerinnen mit erwerbstätigen Partnern im Vergleich zu ihren Kollegen „in der Regel keine Entlastung bei den Aufgaben in Familie und Haushalt [erhalten], sondern sie übernehmen diese Aufgaben und entlasten ihrerseits ihre Partner“ (Hoff et al. 2005:

⁴³ Der Berufs- und Karriereverlauf von Ärztinnen wird als M-Form mit zwei Peaks bezeichnet: einen beruflichen Hochpunkt bis zur Familienphase und einen nach kinderbetreuungsbedingter Unterbrechung (Sidhu et al. 2009).

10). Hiermit verdeutlicht sich ein Kritikpunkt an Wetterers Arbeiten zur Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion in der Medizin anführt. Demnach gestalten gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge wie hier die geschlechtliche Arbeitsteilung von häuslicher und marktvermittelter Arbeit berufliche Segregationsprozesse mit (Becker-Schmidt 2013:35).

Die Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung problematisiert vor dem Hintergrund der „Feminisierung der ärztlichen Profession“ (Kopetsch 2010:134) das vermehrte Abweichen von Ärztinnen vom Vollzeitäquivalent, demnach das gleiche Arbeitsaufkommen auf mehr Köpfe verteilt wird muss und mehr Stellen ausgeschrieben werden müssen. Bettina Heintz und Eva Nadai (1998) sprechen von ‚androzentristischen Strukturen‘, zumal die Nichterfüllung der vollzeitorientierten, geographisch flexiblen Arbeitskraft und der Ausschluss von Frauen aus informellen Netzwerken den stärkeren Anforderungen an die Familienorientierung von Frauen zugeschrieben wird (ebd.:88).

Indessen ergeben sich für Ärztinnen Diskontinuitäten sowie längere Unterbrechungen bereits durch umfassende schwangerschafts- und mutterschaftsbedingte Beschäftigungsverbote/-einschränkungen. Beispielsweise wird durch das generelle Operationsverbot für schwangere Ärztinnen ihre ärztliche Tätigkeit auch für die fachärztliche Weiterbildung behindert.⁴⁴ Reformen hinsichtlich zeitgemäßer Mutterschutzregelungen werden seit über einem Jahrzehnt von berufsständischen Vereinigungen, wie dem Deutschen Ärztinnenbund, dem Marburger Ring und der Bundesärztekammer öffentlich gefordert. Doch bisher lassen diese noch auf sich warten und stellen weiterhin Barrieren für Ärzt_innen mit Kind/ern in der Profession Medizin dar. Darüber hinaus wirken sich strukturelle Mängel im Sozial-, Gesundheits- und besonders im Krankenhauswesen hinderlich auf eine gleich erfolgreiche Koordination von Kind und Karriere auf gleichem Einkommensniveau für Frauen in der Medizin aus. Hierzu können neben den über 3.500 offenen Stellen⁴⁵ und der Mehrarbeit auch die fehlenden Kinderbetreuungsangebote, die schichtbedingte Arbeitszeiten und Bereitschaftsdienste sowie die mangelhaften Teilzeitstellen im krankenhausärztlichen Dienst⁴⁶ gezählt werden (vgl. BLK 2004:74f.).

Für die medizinische Karriere ist auch die Anzahl der Publikationen in angesehenen Zeitschriften sehr bedeutsam, die mit der wissenschaftlichen Arbeit in Forschungsprojekten und Publikationen mit mehreren Autor_innen zusammenhängt. Die Unterrepräsentanz von Medizinerinnen nach der Post-doc-Phase konnte bereits aufgezeigt werden.⁴⁷ Reena Sidhu et al. (2009) zeigen eine *gender imbalance* in medizinischen Publikationen⁴⁸ in ihrer Studie zum Geschlechterver-

⁴⁴ werdende und stillende Mütter dürfen in vielen Bereichen nicht arbeiten, z.B.: OP-Bereich, Anästhesie, Intensiv- oder Aufnahmestationen, Dialyse, Onkologie, Pathologie, Transfusionsmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe oder geschlossene Abteilungen der Psychiatrie (BLK 2004:71f.).

⁴⁵ Gemäß des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI 2012:6) ist die Besetzung offener Stellen problematisch. Bundesweit fehlen 3% Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst. Das entspricht ungefähr 3,5 unbesetzte Vollzeitstellen je Krankenhaus (vgl. ebd.:17f.).

⁴⁶ Der Frauenanteil des ärztlichen Personals in Teilzeit 2010 betrug über 70% (vgl. StBA 2011, S.13-17).

⁴⁷ Ausführlich zum Geschlechterverhältnis in der medizinischen Forschung siehe BLK (vgl. 2004:64ff.).

⁴⁸ Naturwissenschaftliche Journals folgen dem *first-last-author-emphasis* Prinzip: Die erst genannte Autorin bzw. der Erstautor (*first author*) gilt als die Person, die den inhaltlich größten Beitrag zu dem Artikel geleistet hat, während die zuletzt genannte Person (*last/senior author*) in der Regel die Leitungsfunktion in der Arbeitsgruppe oder eine Ehrenautorschaft innehat (vgl. Schuh 2009:8).

hältnis in der Erst- und Senior-Autor_innenschaft in britischen Journalen fest. Zwischen 1970 und 2004 nahm zwar der Anteil an Frauen als zuerst genannte Autorin/ *first author* (mit dem in der Regel größten inhaltlichen Beitrag) in den untersuchten Journalen zu, insbesondere in der Frauendomäne der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Jedoch überwog hier der Männeranteil sowohl als *first author* als auch bei den *senior authors* (mit Leitungsfunktion): “there is still a considerable lag and in some cases a decline in the number of female senior authors“ (Sidhu et al. 2009:341f.).⁴⁹

Einkommensunterschiede nach Geschlecht, auch *gender pay gap* genannt, werden durch den Vergleich der Bruttoverdienste aller Männer mit dem aller Frauen ermittelt. Im Jahr 2016 betrug dieser in der Bundesrepublik Deutschland 21 Prozent (DESTATIS 2017b), womit sich Deutschland im EU-Vergleich an der Spitze befindet (vgl. EU 2016). Nach dem Statistischen Bundesamt, das die Ursachen der Verdienstunterschiede zwischen Männern und Frauen analysiert, lassen sich „rund zwei Drittel des Gender Pay Gap auf strukturell unterschiedliche arbeitsplatzrelevante Merkmale von Männern und Frauen zurückzuführen“ (StBA 2012:1). Zu den wichtigsten Faktoren für die geschlechterbezogene Lohndiskrepanz zählen die arbeitszeitlichen Reduktionen von Frauen sowie horizontale und vertikale Geschlechtersegregationen, die mit einer geringeren Entlohnung verbunden sind, was am Beispiel der Medizin bereits aufgezeigt werden konnte. So sind Medizinerinnen in Leitungs- und Führungspositionen sowie in besser honorierten Fachgebieten wie der Chirurgie stark unterrepräsentiert. Das restliche Drittel des bereinigten Gender Pay Gap stellt nach den Analysen des Statistischen Bundesamt eine direkte Lohndiskriminierung dar, demnach im Jahr 2014 „Frauen bei vergleichbarer Qualifikation und Tätigkeit pro Stunde durchschnittlich 6 % weniger als Männer verdienten“ (DESTATIS 2017 b:1). Eine Analyse von Einkommensdifferenzen zwischen Ärzten und Ärztinnen ergab, dass die Vergütung von Ärztinnen auf gleicher Funktionsebene bis zu 9% unter der Durchschnittsvergütung von Ärzten liegt, was vor allem aus den nicht-tarifvertraglich geregelten Einkommen auf ober- und chefärztlicher Ebene resultiere (vgl. Thurm 2012:27f.).

Abschließend scheinen Geschlechtersegregationen nicht nur in der Medizin zu überdauern. Vielmehr zeigen sozial-diagnostische Betrachtungen, dass die „Inklusion aller, einschließlich Frauen, in alle Funktionsbereiche der Gesellschaft“ (Knapp 2001:65), (noch) nicht eingetreten ist.⁵⁰ Darüber hinaus spitzt sich im Alter die Ungleichverteilung von be- und un(ter)bezahlter Erwerbs- und Familienarbeit zu. „Dies drückt sich, z.B. in der Situation alter Frauen zwischen ‚Alterslasst‘ und ‚Altersressource‘ aus“ (Backes 2010:457).

2.3 Konstruktion von Geschlecht in Interaktionen und im sozialen Kontext

Sozialkonstruktivistischen Ansätzen folgend ist Geschlecht kein Merkmal, das einmalig mit der Geburt erworben wird, sondern Geschlecht ist eine soziale Kategorie (*gender*), die fortlaufend im sozialen Handeln im Sinne eines ‘*doing gender*‘ hergestellt wird. Doing Gender Ansätze

⁴⁹ Zu strukturellen und organisationskulturellen Hindernissen von Frauen in der Medizin siehe Sewtz (2006).

⁵⁰ Umfassend zur kritischen Betrachtung sozial-diagnostischer, epistemologischer oder politischer Strömungen, die die Relevanz von Geschlecht in Frage stellen, siehe Knapp (2001/2008); Becker-Schmidt (2013).

grenzen sich von der anglo-amerikanischen Zweiteilung in *sex* und *gender* als ‚natürliches‘ versus sozialkulturelles Geschlecht ab, die ferner von *einem* in der Natur verortbaren Geschlecht ausgehen, das ‚geschlechtsspezifische‘ Wesensmerkmale und Fähigkeiten begründe, die kulturell variieren können (vgl. Gildemeister 2008). Für den medizinischen Kontext dieser Arbeit bedeutsam ist, dass die Sex-Gender-Differenzierung aus der medizinspsychiatrischen Behandlung von ‚Störungen in der sexuellen Entwicklung und Geschlechtsidentität‘ in den 1950er Jahren resultiert.⁵¹ Um den Widerspruch zwischen den körperlich-medizinischen Geschlechtsmerkmalen und psychischen Geschlechtsidentitätsempfinden zu beschreiben, führte der Psychiater Robert Stoller (1968) Sex und Gender als Arbeitsbegriffe in seinen Fallstudien mit transsexuellen Personen ein. Ende der 1970er Jahre integrierte die Frauenforschung den Gender-Begriff, um soziale Prozesse aufzudecken, die die soziale Ungleichstellung zwischen Frauen und Männern begründen und aufrechterhalten und „die eng mit der jeweiligen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern korrespondieren“ (Gildemeister 2008:167). In den Wissenschaften etablierte sich ein zweigeteiltes Geschlechterverständnis. Während *sex* die körperlichen Dimensionen von Geschlecht umfasst, bezieht sich *gender* auf „die Vielfalt der kulturellen und sozialen Bedeutung des Geschlechts, nämlich soziale Positionen, kulturelles Verhalten oder gesellschaftliche Erwartungen“ (Wobbe 2005:456).

Einerseits ermöglichte die Sex-Gender-Differenzierung darzulegen, dass die ‚natürliche‘ Ordnung der Geschlechter historischen Wandlungen unterliegt, die kulturell variieren können. Demnach ist das hierarchisierte Geschlechterverhältnis sozial konstruiert (vgl. Wobbe 2005: 457). Andererseits setzte die Sex-Gender-Unterteilung die *natur* versus *nurture* Debatte fort. Denn mit der Unterteilung in ein körperliches und ein soziales Geschlecht blieb die Ausgangslage für die Zuweisung zu einer Geschlechtergruppe in der Natur verhaftet. Sozialkonstruktivistische Ansätze decken indes soziale Prozesse in der Herstellung und Institutionalisierung ‚natürlicher‘ Zweigeschlechtlichkeit, Geschlechterdifferenzen und -hierarchien auf (vgl. Wetterer 2002:112). Aussagen über *sex* als vermeintlich ‚natürliches‘ Geschlecht unterliegen sozialen Wandlungsprozessen, wie es in den medizinischen Wissenssystemen herausgearbeitet wurde (vgl. Kap. 2.1). Diese tragen mit der Biologisierung von Geschlechterdifferenzen wesentlich zur Naturalisierung eines Zweigeschlechtlichkeitssystems bei.

Zwar untersuchen neuere naturwissenschaftliche Studien, wie interaktive Prozesse bereits in der Kindheit zur Ausbildung dichotomer ‚Geschlechtskörper‘ beitragen. Das (zugeschriebene) Geschlecht der Kinder beeinflusst, wie Erwachsene sie wahrnehmen, deuten und mit ihnen spielen, wodurch stereotype körperliche Entwicklungsprozesse befördert werden.⁵² Die Geschlechtszugehörigkeit der Erwachsenen ist gleichsam von Bedeutung, wie sie mit gleich- bzw.

⁵¹ Die ethisch kritisierten Fallstudien zu „Hermaphroditismus in Menschen“ (Money 1955:253) zeigten, dass sich trotz medizinischer Eingriffe diejenigen nicht in das zugewiesene Geschlecht einfinden konnten, die nach ihrer Pubertät ‚behandelt‘ wurden. Money schlussfolgert, dass es keinen überzeugenden Beweis für eine direkte Beziehung zwischen (hormonal) *sex* und *gender* (role) gäbe (ebd.:257). Vielmehr werde die ‚Geschlechtsidentifizierung‘ und Geschlechtsrolle‘ durch soziale Einflüsse und Erfahrungen geprägt (vgl. Money 1969:44).

⁵² Eine Meta-Analyse ergab bei Neugeborenen mit ähnlichen körperlichen Werten, dass Eltern ihre Töchter entsprechend traditioneller Geschlechterstereotype – im Gegensatz zu Söhnen – signifikant häufiger beschrieben als: “little, beautiful, pretty and cute” (Fausto-Sterling et al. 2011a:1689).

gegengeschlechtlichen Neugeborenen interagieren und wie stark geschlechterstereotype Entwicklungsprozesse befördert werden.⁵³ Jedoch mangelt es an sozialwissenschaftlichen Studien und interdisziplinären Theorien zur Wahrnehmung von Geschlecht von Erwachsenen in Verbindung mit körperlichen Entwicklungsprozessen von Kindern (s.a. Fausto-Sterling et al. 2011a). Neuere Ansätze in der Gesundheitsforschung fordern, dass Sex und Gender simultan zusammengedacht werden müssen, was sich auch in der Schreibweise „sex/gender“ ausdrückt (Springer et al. 2012), da es unmöglich ist, körperliche Geschlechteraspekte frei von sozialen Prozessen der Vergeschlechtlichung zu untersuchen. “Even when so seemingly biological and non-social an entity as a ‘cell’ is assigned a sex, the biography of the individual that the cell came from goes along for the ride, but this is rarely acknowledged, let alone examined, in scientific analyses“ (ebd.:1822).

Für die soziologische Untersuchung interaktiver Herstellungsprozesse von Geschlecht ist es hilfreich, soziale Prozesse in der Wahrnehmung, Deutung und Darstellung von Geschlecht zu unterscheiden, die in den interaktiven Konstruktionsprozessen von Geschlecht (2.3.1) zusammenfließen. Konstitutiv sind der soziale und institutionelle Kontext und damit verbundene Geschlechterkonstruktionen, die u.a. das professionelle Handeln von Ärzt_innen im Sinne eines *doing gender while doing the job* (2.3.2) beeinflussen, was im Hinblick auf anderweitige sozial bedeutsame Kategorien in der Interaktion zu diskutieren ist. Auf Doing Gender in medizinischen Behandlungsgesprächen wird ausführlich im *Kapitel 3.3* eingegangen.

2.3.1 Soziale Konstruktionsprozesse von Geschlecht in der Interaktion – Doing Gender

Kulturanthropologische und ethnologische Arbeiten argumentieren mit der Vielfalt „kulturelle[r] Konstruktionen von Geschlecht“ (Hagemann-White 1988:230), dass gesellschaftlich legitime Geschlechtszugehörigkeit primär auf symbolischer Ebene dargestellt werden muss. Hingegen werde der Körper „so lange wie irgend nur möglich als dazu passend wahrgenommen“ (ebd.:233). Dass die symbolische Darstellung sozialer Normen und Wertvorstellungen aber auch den Körper umfasst, bezeichnet Friederike Gesing (2005:206) als aktiven Konstruktionsprozess der zweigeschlechtlichen Ordnung. Als ein Meilenstein ist hier das Werk von Judith Butler (1995) *Körper von Gewicht* zu nennen, in dem die Materialisierung von Geschlechterdiskursen aufgezeigt wird.

Theoretische Grundsteine für die sozialkonstruktivistische Perspektive auf Geschlecht lieferten vor allem die Arbeiten von Harold Garfinkel (1963), Suzanne Kessler & Wendy McKenna (1978) und Candace West & Don Zimmerman (1987). In Anlehnung an Transsexuellen-Studien decken sie soziokulturelle Alltagsannahmen und Konstruktionsprozesse von Zweigeschlechtlichkeit in alltäglichen Handlungsprozessen und -routinen auf. In der deutschsprachigen Frauen- und Geschlechterforschung hielten diese mit der „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit“ (Hagemann-White 1988) Einzug. Hier wird die askriptive „Geschlechtszugehörigkeit

⁵³ Die Meta-Analyse zeigt: “Fathers made more strongly sex stereotyped judgments” (Fausto-Sterling et al. 2011a: 1689). Eine andere Studie weist auf geschlechterstereotype Erwartungen von Müttern gegenüber ihren Söhnen im körperlichen Bereich hin (Fausto-Sterling et al. 2011b:8e).

als *eindeutig, naturhaft* und *unveränderbar* verstanden“ (Hagemann-White 1988:228, Herv.i. Org.). Welche komplexen Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht in der Interaktion zusammen fließen, werden im Folgenden genauer erörtert.

Kessler & McKenna gelten als Begründerinnen des Konstruktionsbegriffs von Gender und Wegbereiterinnen einer konstruktivistisch orientierten Sozialisationsforschung (Wetterer 2010: 128). Ihre Analyse unterschiedlicher Geschlechtersysteme zeigt, dass die Zuordnung zu einer Geschlechtergruppe auf einer sozialen Übereinkunft basiert, in der körperliche Merkmale als Behelfsmittel dienen können, aber nicht müssen.⁵⁴ Vielmehr konstatieren Kessler & McKenna (1978), dass ‚Geschlecht‘ sozial konstruiert und damit *gender* ist (ebd.:39). Während spätere soziologische Ansätze⁵⁵ – wie auch die Gendermedizin (vgl. Kap. 2.1.2) – weiter an dem Terminus *sex* festhalten, verstehen Kessler & McKenna (1978) hierunter: “reproductive and love-making activities” (ebd.:7). Die sozial relevant gesetzten Geschlechtskörpermerkmale bezeichnen sie als *biological gender* (ebd:46) und die daraus abgeleitete Geschlechtszuweisung bei der Geburt als *gender assignment* (ebd:7). In weiteren Studien decken Kessler & McKenna die Vielschichtigkeit von Geschlecht als Klassifikationsinstrument und ‚kognitives Schema‘ (Wobbe 2005:457) auf, indem sie soziale Prozesse in der Wahrnehmung und Zuschreibung von Geschlecht (*gender attribution process*) bei Kindern und Erwachsenen im US-amerikanischen Zweigeschlechtlichkeitssystem analysieren: Kinder attribuieren das Geschlecht einer Person über sichtbare Körperzeichen, demnach ein Mensch in einem Kleid eine Frau ist. Erwachsene verweisen indes auf verdeckte Körpermerkmale, so dass eine Person mit einer ‚männlichen‘ Morphologie im Kleid ein Mann ist. Hier zeigt sich, wie stark die Konstruktion von Geschlecht von einer *natural attitude* (McKenna/Kessler 2006:343) durchsetzt ist; das heißt, an den sozial vermittelten Glauben: “that biological criteria are the ultimate criteria“ (Kessler/McKenna 1978:77). Dazu weist die Attribuierung von Geschlecht eine androzentristische Zuordnungslogik auf; gemäß der Richtlinie: “*See someone as female only when you cannot see them as male*” (ebd.:158 Herv.i.Org.).

Insgesamt handelt es sich bei der Attribuierung von Geschlecht um einen komplexen und *wechselseitigen* Prozess der Selbst- und Fremdzuschreibung⁵⁶, der sich nach spezifischen Regeln der Wahrnehmung und Interpretation bestimmter Elemente in der Interaktion zwischen den Interagierenden abspielt. Welche Zeichen für die Geschlechtszuschreibung bedeutsam und wie zu deuten sind, wird im Laufe der Sozialisation erlernt (vgl. Kessler/McKenna 1978: 17, 157): “Once children have incorporated the concept of an invariant gender dichotomy based on biology into their rules for seeing gender, they become able to collaborate in the social construction of gender, in making gender a ‘real’ fact” (ebd.:109). Konstitutiv für die soziale Konstruk-

⁵⁴ Dass die Zuordnung zu einem Geschlecht stärker mit der Zuweisung sozialer Aufgaben denn mit den Genitalien verbunden ist, zeigen Kessler & McKenna (1978:21-41) anhand von symbolischen Geschlechterordnungen mit drei Geschlechtern auf.

⁵⁵ Siehe *sex status* (Garfinkel 1963), *sex class* (Goffman 1977), *sex category* und *process of sex categorization* (West/Zimmerman 1987).

⁵⁶ Zum Verhältnis von Identität und Alterität erörtert Wobbe (vgl. 2005:459), dass der geschlechtliche Klassifikationsprozess ein Differenzbewusstsein für die eigene Zuordnung zu der einen und Abwendung von der anderen Geschlechtskategorie voraussetzt und was ständig in allen sozialen Situationen wiederholt werden muss.

tion von Geschlecht sind, wie Gayle Rubin (1975) aus einer politisch-ökonomischen Perspektive auf den Handel mit Frauen erarbeitet, das Differenzverständnis und das damit verbundene "taboo against the sameness of men and women, a taboo dividing the sexes into two mutually exclusive categories, a taboo which exacerbate the biological differences between the sexes and thereby *creates* gender" (ebd.:178 Herv.i.Org.).

Harold Garfinkel, der in den 1950er Jahren mit Stoller am Medizinischen Center der Universität Kalifornien in Los Angeles arbeitete, begleitete Patient_innen, die heute als Trans- oder Intersexuelle beschrieben werden. Am Fallbeispiel der neunzehnjährigen Agnes arbeitete Garfinkel heraus, wie es der zuvor als Junge aufgewachsenen Agnes entgegen der *natural attitude* der Alltagstheorie gelang, vom sozialen Umfeld auch vor der ‚Umwandlung‘ ihres ‚Geschlechtskörpers‘ zweifelsfrei als junge Frau attribuiert und akzeptiert zu werden. Die verschiedenen *Anpassungsleistungen* bezeichnet Garfinkel (2003:118 [1967]) als ‚*passing*‘, die sich Agnes bewusst aneignet, einverleibt und darstellt, um als Frau an-/erkannt zu werden. Diese sind gemäß Garfinkel (2003) routinemäßige in alltäglichen Aktivitäten integriert und offenbaren die hartnäckige *Omnirelevanz* von Geschlecht „as an invariant but unnoticed background in the texture of relevances that compromise the changing actual scenes of everyday life" (ebd.:118).

Darüber hinaus verdeutlichen Studien zur Transsexualität die ‚soziale Interdependenzsituation‘ (Wobbe 2005:462) oder das *wechselseitige* Abgewiesen-sein in der Konstruktion von Geschlecht. So bedürfen die Darstellungs- und Attribuierungsleistungen von Geschlecht der kontinuierlichen Mitwirkung und Anerkennung eines Gegenübers. Zugleich bergen soziale Situationen die größten Gefahren, dass die präferierte Geschlechtszugehörigkeit vom Gegenüber nicht an-/erkannt wird. So stellte Agnes in Gesprächen über Kindheits- und Jugenderfahrungen fest, dass hier immer die Gefahr bestand, dass ihre Vergangenheit als Junge entdeckt und ein moralischer Verstoß gegen die alltagstheoretische Annahme der Invarianz von Geschlecht vorgeworfen werden könne. Um die Verknüpfung moralischer Geltungen mit Geschlechtszugehörigkeit für die soziale Mitgliedschaft in einer Gesellschaft von Männer oder Frauen hervorzuheben, verwendet Hirschauer (1989:102) den Begriff ‚Geschlechtszuständigkeit‘. Agnes begegnet den moralischen Gefahren des Verlustes ihrer ‚weiblichen ‚Mitgliedschaftskategorie‘“ (Hirschauer 2001: 217) wie folgt: “Agnes said that with men she was able to *pass* as an interesting conversationalist by encouraging her *male partners* to talk about themselves. *Women partners*, she said, explained the general and indefinite character of her biographical remarks, which she delivered with a friendly manner, by a combination of her niceness and modesty” (Garfinkel 2003:148 Herv.JW). Für diese Arbeit besonders relevant ist *erstens*, dass Agnes sowohl die Gesprächsthemen als auch ihren ‚Darstellungsstil‘ (Hirschauer 2001: 219) bewusst in Abhängigkeit von dem Geschlecht des Gegenübers verändert, um ihren moralischen Geltungsanspruch auf eine ‚weibliche‘ Geschlechtszugehörigkeit nicht zu verlieren. *Zweitens* offenbaren sich Divergenzen in den Darstellungsmustern angemessener Weiblichkeit in homogenen und heterogenen Geschlechterkonstellationen.

West & Zimmerman betitelten im Jahr 1987 ihren Aufsatz „*Doing Gender*“, in dem sie ausführen, dass Gender nicht eine Reihe von Persönlichkeitsmerkmalen, eine Variable oder Rolle ist, sondern “the product of social doings of some sort” (ebd.:129). Zugleich kritisieren sie Goffmans rollentheoretische Auslegung von Gender als ein sozial geschriebenes Drehbuch mit Dramatisierungen von kulturellen Idealisierungen ‚männlicher‘ und ‚weiblicher‘ Natur, die vor gut geschultem Publikum gespielt werden. Zwar fokussiert Goffman verhaltensbezogene Aspekte, so West & Zimmerman weiter, diese werden jedoch auf *sexual natures* zurückgeführt, die kulturell variabel inszeniert werden würden. Die (Hetero-)Sexualisierung, Naturalisierung menschlichen Verhaltens und daraus abgeleitete Geschlechterrollenkonzepte vernachlässigen jedoch (*erstens*) den sozialen Zwangscharakter von Geschlecht. Laut West & Zimmerman (1987:130) besteht keine Option, als etwas anderes als ‚männlich‘ oder ‚weiblich‘ angesehen zu werden. *Zweitens* wird die beständige Konstruktionsleistung der Individuen ausgeblendet, “that is involved in producing gender in everyday activities, while the notion of gender as a display relegates it to the periphery of interaction” (ebd.:127f.). *Drittens* zeigt sich die Omnirelevanz von Geschlecht darin, dass Gesellschaftsmitglieder situationsübergreifend als Männer oder Frauen erkennbar sein müssen und bei unangemessenen Darstellungen auch moralisch zur Rechenschaft (*accountibility*)⁵⁷ gezogen werden (vgl. West/Zimmerman 1987: 139). So definieren West & Zimmerman *Doing Gender* als eine kontinuierliche Herstellungsleistung von Geschlecht, die in der Alltagsinteraktion *wechselseitig* eingebettet ist. „Doing gender involves a complex of socially guided perceptual, interactional, and micropolitical activities that cast particular pursuits as expressions of ‘masculine’ and ‘feminine’ natures” (ebd.:126). Im zeitlichen Verlauf verfestigt die soziale Konstruktion von Differenzen zwischen Mädchen und Jungen, Männern und Frauen die ‘essentialness of gender’ (vgl. ebd.:137).

Abgrenzend zur Sex-Gender-Unterteilung differenzieren West & Zimmerman (1987:127) drei Geschlechterdimensionen, die in die Konstruktion von Geschlecht in der Interaktion zusammenfließen: *sex*, *sex category* und *gender*. Übereinstimmend mit Kesslers & McKennas Konstruktionsverständnis bezieht sich *sex* auf die biologisierte Geschlechtsklassifikation, die auf der sozialen Übereinkunft aufbaut, körperliche Merkmale für die Bestimmung *eines* Geschlechts heranzuziehen. Diese Geburtsklassifikation begründet die soziale Zuordnung zu einer sozialen Geschlechtergruppe. Da die Genitalien in alltäglichen Interaktionen in der Regel bedeckt sind, findet die Zuordnung zu einer Geschlechtskategorie (*sex category*) auf der symbolischen Repräsentationsebene und Darstellung von Geschlecht statt. Hier knüpfen West & Zimmerman an Garfinkels Fallstudie ‘Agnes’ an, demnach *sex* und *sex category* nicht identisch sein müssen und „die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit nicht unmittelbar aus der biologischen Ausstattung des Menschen abgeleitet werden kann” (Gildemeister/Wetterer 1992: 212).⁵⁸ *Gender* dagegen umfasst die interaktive Validierung der Geschlechtskategorie oder -zu-

⁵⁷ „[D]ass wir für unser vergeschlechtlichtes Verhalten verantwortlich gemacht werden“, wie es Raewyn Connell (2013:107) übersetzt, setzt wiederum der Beliebigkeit von *Doing Gender* Grenzen. So ist die ‚Geschlechterpraxis‘ maßgeblich durch die lokale Geschlechterordnung geprägt.

⁵⁸ Goffman (2001 [1977]) verwendet hierfür den Begriff der *Verortung* des Gegenübers in eine ‚Geschlechtsklasse‘ aufgrund des Erscheinungsbildes, das ‚Täuschungspotenziale‘ beherbergt (ebd.:137f.).

gehörigkeit „komplexe ineinander verwobene und aufeinander verweisende Muster von ‚Weiblichkeit‘ und ‚Männlichkeit‘, die jeweils in situationsadäquater Weise im praktischen Handeln und Verhalten realisiert werden müssen“ (Gildemeister 2008:176). Als ‚unvermeidlich‘ wird die fortlaufende Ausbildung einer auf die Geschlechtszugehörigkeit bezogene Geschlechtsidentität, die ‚Innenrepräsentanz von gender‘ bewertet (ebd.:181).

Die unterschiedlichen Perspektiven ermöglichen eine Ausdifferenzierung komplexer Prozesse in der Hervorbringung von Geschlecht auf drei Ebenen. So können soziale Prozesse in der Konstruktion von Sex, Sex Category und Gender sowie ihr Zusammenwirken im Doing Gender untersucht werden. Indessen versperren die Naturalisierungsprozeduren den Gesellschaftsmitgliedern den Blick für ihren Eigenanteil in der Hervorbringung von Geschlecht, „was sie immer schon und vor jedem Tun zu haben meinen“ (Wetterer 2010:127). So sind den Interagierenden ihre wechselseitigen Konstruktionsprozesse und der „Selbst-Naturalisierung“ (Gildemeister/Wetterer 1992:214) in der Regel nicht bewusst, die situativ variieren und institutionell verankert sind.

2.3.2 Sozial-institutioneller Kontext von Geschlecht – Un-/Doing Gender while ...

Mit ihrem Doing Gender Ansatz wenden sich West & Zimmerman (1987) den in der Interaktion zusammenfließenden Prozessen der Herstellung von Geschlecht zu. Die interaktive Konstruktion von Geschlecht durch, wie Gildemeister (2008) es formuliert: „situations-adäquates Verhalten und Handeln im Lichte normativer Vorgaben und unter Berücksichtigung der Tätigkeiten, welche der in Anspruch genommenen Geschlechtskategorie angemessen sind“ (ebd.:178), findet jedoch nicht in immergleichen Situationen oder einem „luftleeren Raum“ (Hirschauer 2013:154) statt. Vielmehr ist die interaktive Herstellung von Geschlecht stets in sozial vorstrukturierten Kontexten und situativ zu verorten, was ein sozial angemessenes ‚*local management*‘ (West 1993:59) oder ‚*situated doing*‘ (West/Zimmerman 1987:126) erfordert.⁵⁹ Demnach stellen Individuen Geschlecht in je spezifischen situativen und sozialen Kontexten her. Zugleich wirkt Geschlecht als ein Grundprinzip vielfältiger sozialer Arrangements, wie z.B. in der Verteilung sozialer Aufgaben, Zuständigkeiten, Rechte und Privilegien, und legitimiert die fundamentalste Aufteilung der Gesellschaft als universelles Klassifikationsmodell für alle Gesellschaftsmitglieder (vgl. ebd.). Auch Goffman (2001 [1977]) stellte heraus, das Geschlecht in westlichen Industriegesellschaften als zentraler Code für den Aufbau sozialer Interaktionen und Strukturen dient. Das sozial ungleiche ‚Arrangement der Geschlechter‘ unterliegt einem „Bündel sozialer Glaubensvorstellungen und Praktiken“ (Goffman 2001 [1977]: 106f.), die kulturell variieren. Die naturalisierten Vorstellungen über die ‚natürliche‘ Bestimmung der Geschlechter begründen Idealbilder von Männlichkeit und Weiblichkeit und sind *identitätsstiftend*. Zugleich regulieren und legitimieren diese die Ungleichbehandlung aller Gesellschaftsmitglieder nach

⁵⁹ Zur Abgrenzung zwischen dem Doing Gender Ansatz und Butlers Verständnis von Gender als ‚performativem Akt‘ nennt Maihofer u.a., dass der Doing Gender Ansatz soziale Interaktionen und damit verbundene Prozesse wie Handlungsabläufe und Körperpraxen fokussiert, während bei Butler Diskurse, Geschlechternormen, -identitätsbildungs- und Subjektivierungsprozesse im Mittelpunkt stehen (ausführlich siehe Maihofer 2004:40f.).

Geschlecht, konstruieren Geschlechterdifferenzen und ein spezifisches Geschlechterarrangement wie in der Arbeitsteilung (vgl. ebd.:139).⁶⁰ Mit der Zuordnung zu einer *sex class* bei der Geburt bilden sich im Laufe der Sozialisation ‚geschlechtsklassenspezifische‘ Verhaltensweisen und Erscheinungsbilder aus (vgl. ebd.:109). Hier hält Goffman an einem vorsozialen ‚biologischen Muster‘ (*sexual natures*) fest, dass geschlechts-klassenspezifisch überlagert werde (ebd.), wohingegen im Doing Gender Ansatz auch *sex* als soziale Vereinbarung verstanden wird. Beiden gemein ist jedoch die Betrachtung ‚institutioneller Weichenstellungen‘ (Hirschauer 2013:159), die die Darstellungen von Geschlecht sozial organisieren.

Die institutionalisierten Rahmenbedingungen evozieren die Hervorbringung von Geschlechterdifferenzen, was Goffman als ‚institutionelle Reflexivität‘ bezeichnet. So wird eine gleichgeschlechtliche Vergemeinschaftung durch die zeitweise Trennung aller Gesellschaftsmitglieder nach Geschlecht befördert, wie z.B. bei der Nutzung öffentlicher Toiletten, Umziehkabinen oder Kaufhausabteilungen. Hiermit werden aber nicht nur Gemeinsamkeiten innerhalb einer Geschlechtsklasse und Differenzen zwischen den Geschlechtern geschaffen, sondern diese auch als „natürliche Folge des Unterschieds zwischen den Geschlechtskategorien hingestellt“ (Goffman 2001 [1977]:134 Herv.JW.). Andrea Maihofer (2004:38) sieht in den ‚institutionalisierten Genderismen‘ Initialpunkte für Doing Gender Prozesse. Diese gestalten Situationen und Interaktionen, die geschlechtliche Handlungspraxen evozieren und die infolge der institutionellen Reflexivität den „Glauben an die ‚Natürlichkeit‘ der Geschlechterunterschiede“ (ebd.) bestätigen. Darüber hinaus verdeutlicht Goffman, so Maihofer, Sozialisationseffekte in die ‚Existenzweise‘ der Individuen, indem die sozialen Praxen in den Individuen eine materielle Realität bekommen, und zwar als geschlechtliche Verhaltensweisen, Körperpraxen, Denkweisen und Habitusformen. Laut Maihofer wird so mit Goffman deutlich: „dass vergeschlechtlichte Individuen mit ihren ‚individuellen Genderismen‘ selbst wiederum ein konstitutives Element ‚institutioneller Genderismen‘ sind“ (ebd.:41). Während geschlechterangemessenes Verhalten das institutionelle Genderarrangement reifiziert, vermag geschlechterunangemessenes Verhalten im Gegenzug aber nicht das als ‚natürlich‘ geltende Geschlechterarrangement in Frage zu stellen. Vielmehr müssen die Individuen moralische Rechenschaft (*accountability*) über ihre non-konformen Motive, Prädispositionen und Charakterzüge ablegen (vgl. West/Zimmerman 1987: 146). Die institutionellen Kräfte der zweigeschlechtlichen Ordnung verlangen laut West & Zimmerman (ebd.:147) indes auch: “we must not lose sight of the interactional validation of those distinctions that confers upon them their sense of ‘naturalness’ and ‘rightness’.”

Zugleich greift Maihofer (2004:38f.) die in der Geschlechterforschung umstrittene Frage auf, wie stark noch naturalisierte Differenzgedanken im 21. Jahrhundert präsent oder längst schon egalitären Gleichheitssemantiken und Alltagspraxen gewichen sind, die die wechselseitige Konstituierung institutionalisierter Mechanismen, Doing-Gender-Prozesse und institutioneller

⁶⁰ Becker-Schmidt (2013) kritisiert, dass Goffmans Interaktionsordnung gesellschaftliche, kulturelle und politische Herrschaftskonstellationen vernachlässige, „in der sich patriarchalische und staatliche Gewaltmonopole Geltung“ (ebd.:33) verschaffen, welches Wetterers Arbeiten zu geschlechterbezogenen Segregationsprozessen in der Medizin überwinde (vgl. Kap. 2.2). Ausführlich zu ‚Innovativen Impulsen und methodologischen Schranken im Ansatz von Erving Goffman‘ siehe Becker-Schmidt (2013:29ff.).

Reflexivität relativieren. In Anbetracht rechtlicher Angleichungstendenzen zwischen den Geschlechtern und der Inklusion von Frauen in den Erwerbsarbeitsbereich werden sogenannte Ansätze der *De-Thematisierung von Geschlecht* kontrovers diskutiert, nach denen „die Bedeutung der institutionellen Reproduktionsmechanismen der Geschlechterdifferenz schwindet und deren überindividuelle Wirksamkeit ihre Verbindlichkeit verliert“ (kritisch: Wobbe 2005: 445f.; umfassend Knapp 2001/2008; Becker-Schmidt 2013). Im Folgenden werden exemplarisch der *Undoing Gender* Ansatz (Hirschauer 1994/2001) und die ‚*De-Institutionalisierung des Geschlechterverhältnisses*‘ (Heintz/Nadai 1998) kritisch diskutiert.

Entgegen der Annahme der Omnirelevanz von Geschlecht in Interaktionen (Garfinkel 1967; Kessler/McKenna 1978) besteht nach Stefan Hirschauer (vgl. 2001:208) auch der Fall, dass die Geschlechterdifferenz in modernen Gesellschaften durch indifferente Handhabung vergessen, neutralisiert oder irrelevant werden kann. *Undoing Gender* oder die so bezeichnete Geschlechtsneutralität bzw. -irrelevanz sieht Hirschauer (2001) als Chance, Konstruktionsprozesse der Geschlechterunterscheidung zu unterbrechen. In der Praxis werde die Geschlechterunterscheidung zwar routinemäßig auf interaktiver sowie institutionelles Ebene hervorbracht, zusammengesetzt und aufgebaut, aber Geschlecht werde auch dekomponiert, ignoriert und vergessen – „Letzteres nicht als ein ‚subversiver Akt‘, sondern als eine Routine, die zu modernen Gesellschaften notwendig dazugehört“ (ebd.:209), wie z.B. im Schriftverkehr.⁶¹ Zu den Handlungspraxen der ‚interaktiven Neutralisierung von Geschlecht‘ zählt Hirschauer z.B. das Herunterspielen von Geschlechterdifferenzen im Beruf (ebd.:219).

Dagegen bewerten Heintz & Nadai (1998) das In-den-Hintergrund-treten-lassen von Geschlecht im Beruf als „keineswegs geschlechtsneutral“ (ebd.:82), sondern folgt erst nach der Attribuierung von Geschlecht (vgl. Heintz 2008:239). Heintz & Nadai (1998) untersuchten in den drei unterschiedlich stark segregierten Berufen Krankenpflege, Informatik und Sachbearbeitung, inwiefern Geschlecht als soziales Ordnungsmuster auf der Struktur-, Deutungs- und Handlungsebene in den Vorder- oder Hintergrund trat. Aufgrund der *De-Institutionalisierung* sozialer Mechanismen in der Reproduktion der Geschlechterdifferenz auf formaler Ebene komme der Deutungs- und Handlungsebene wesentliche Bedeutung zu. Demnach müsse die Geschlechterdifferenz „vermehrt aktiv hergestellt und symbolisch bekräftigt bzw. über indirekte und auf den ersten Blick geschlechtsneutrale Regelungen hergestellt werden“ (ebd.:88). Eine männer- oder frauendominierte Belegschaft (Krankenpflege und Informatik) wies eine stärkere Betonung der symbolischen Distinktion auf (Heintz/Nadai 1998:89), die sich in der Krankenpflege stärker auf der Deutungs- und Handlungsebene und in der Informatik auf allen drei Ebenen abspielte. Auch zeigte sich, dass Pfleger in der ‚weiblich‘ konnotierten Krankenpflege Männlichkeit (Sachlichkeit, Körperkraft oder Autorität) betonen und auf Anerkennung bei den

⁶¹ Nach Hirschauer (2001) sei z.B. im Schriftverkehr eine gewisse Entspannung gegenüber dem Nichtwissen des Geschlechts zu erkennen (Ambiguitätstoleranz). Das „Verlernen der Kulturtechnik der Geschlechterunterscheidung“ (Agnosietoleranz) werde mit neuen Sprachregelungen eingeführt (vgl. ebd.:232).

Kolleginnen stoßen. Dagegen versuchen Informatikerinnen in dem ‚männlich‘ konnotierten Berufsfeld ‚weibliche‘ Attribute in den Hintergrund treten zu lassen (vgl. ebd.:85).⁶²

Obgleich im gemischtgeschlechtlichen Bereich der Sachbearbeitung symbolische Geschlechterdifferenzierungen weniger im Vordergrund standen, bestand keine paritätische Geschlechterverteilung auf struktureller Führungsebene (vgl. ebd.:89). Im Gegensatz zur ‚Graumäusigkeit‘ (Hirschauer 2001:219) von ‚weiblichen‘ *tokens* treten in der Sachbearbeitung ‚deklaratorische‘ Darstellungen von Geschlecht (ebd.) oder die von Heintz & Nadai (1998) bezeichneten ‚prononcierten Geschlechterdarstellungen‘ (ebd.:81) hervor. Bei älteren Sachbearbeiterinnen mit geringen Aufstiegsambitionen bzw. -möglichkeiten beobachten Heintz & Nadai eine stärkere Betonung ‚weiblicher‘ Attraktivitätsideale mittels Kleidungsstil und Schminkregeln, was sich Frauen in anderen beruflichen Positionen und Kontexten ‚nicht leisten‘ (vgl. ebd.:85 FN 27). Demnach stellt die Erwerbstätigkeit besonders für Frauen (mit Aufstiegsambitionen) in gemischtgeschlechtlichen und männerdominierten Berufen ein ‚heikler Balanceakt‘ (Heintz/Nadai 1998:82) in der Darstellung von Geschlecht dar.

In Anlehnung an Cecilia Ridgeway (2001) ist das geschlechterhierarchische Statusgefälle in Form von *gender status beliefs* wesentlich, das von der prinzipiellen Überlegenheit des ‚männlichen‘ Geschlechts ausgehe, was die Interaktion mit konstituiere (ebd.:256). Ärztinnen befinden sich in einem ‚Statusdilemma‘: *Zum einen* sind Ärztinnen als Frauen in der ‚männlich‘ konnotierten Profession ‚special qualifier‘ und gebunden an den Willen und die Anerkennungsleistung ihres Gegenübers, „to honor her displays of professionalism over those of her gender“ (West 1984:98). Das heißt, Ärztinnen müssen ihre Geschlechtszugehörigkeit eher in den Hintergrund drängen, was dem Verständnis von Undoing Gender entspräche. *Zum anderen* muss eine Ärztin aber immer auch unter normativen Gesichtspunkten geschlechterangemessene Verhaltensweisen und Einstellung zeigen und beweisen, „that she is an ‚essentially‘ feminine being, despite appearances to the contrary“ (West/Zimmerman 1987:139f., s.a. West 1984:98). Hierfür verwendet Robin Leidner (1991:163) den Begriff ‚*Doing gender while doing the job*‘, die die geschlechtskonstituierenden Elemente in der Erwerbsarbeit von Mitarbeiter_innen in zwei geschlechtersegregierten Berufen im Dienstleistungssektor untersuchte: Im Schnellrestaurant, in dem überwiegend Männer am Grill und Frauen an der Kasse arbeiteten, wurde die funktionale Geschlechtersegregation von den Angestellten mehrheitlich mit spezifischen Interessen, Fähigkeiten und Abneigungen des jeweiligen Geschlechts begründet. Für den Kontakt mit den Kund_innen offenbarte sich die Annahme, dass Männlichkeit hinderlich sei, da Männer schnell ‚explodieren‘ würden und häufiger nicht in der Lage seien, bei Konflikten Ruhe zu bewahren. Hingegen seien Frauen freundlicher und würden sich entsprechend ihrer Weiblichkeit stärker für den zwischenmenschlichen Kontakt interessieren (vgl. Leidner 1991:163f.). Im Versicherungsgeschäft, in dem mehrheitlich Männer arbeiteten, wurde der Kund_innenkontakt dagegen als eine „männliche, heroische und wettkämpferische Arbeit“ (ebd.:166) ge-

⁶² Ausführlicher zu den Merkmalen von sichtbar hervortretender ‚tokens‘ aufgrund ihres Minoritätenstatus in Männer- und Frauendomänen siehe Heintz/Nadai (1998:81).

deutet, die ein gewisses aggressives Vorgehen verlange, was Frauen fehle (s.a. Heintz/Nadai 1998:87).⁶³

Neuere Studien, die der interprofessionellen Frage nachgehen: „wie in den alltäglichen Interaktionen von Pflege und Medizin im Krankenhaus Geschlechterunterscheidungen Relevanz erhalten können“ (Sander 2012:126), zeigen so bezeichnete Differenzwahrnehmungen und -zuschreibungen von Pflegern und Ärztinnen: Pfleger erfahren die Vorteile eines ‚männlich‘ besetzten Professionalitätsverständnisses und werden sowohl von ihren Kolleginnen als auch vom ärztlichen Personal als professioneller Gewinn wahrgenommen: ‚die nichts aus der Ruhe bringt‘ – ‚Wir Frauen sind doch etwas sensibler‘ (stellvertretende Stationsleiterin zit.n. Sander 2012: 133). Konflikte werden darin gesehen, dass Pfleger sich weniger dem geschlechterhierarchischen Arrangement und den ärztlichen Anweisungen unterordnen als Pflegerinnen, was zu Machtkämpfen mit dem ärztlichen Personal führe. Dagegen werden bei Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten ihre psychosozialen Fähigkeiten hervorgehoben, die ‚mitfühlend(er)‘, ‚zugewandt(er)‘ und ‚verständlich(er)‘ mit ihren Patient_innen sprechen. Doch: ‚Verständigendes Sprechen mit Patientinnen und Patienten ist im sozialen Raum der Krankenhausstationen ‚Frauen- und Pflegearbeit‘ und damit nicht dazu geeignet, als Medizinerin Statusgewinne und Karriereoptionen zu erzielen‘ (Sander 2012:137).

Nach Wetterer (2002) ist ‚*doing gender while doing work*‘ zum ‚wichtigsten Reproduktionsmodus der Geschlechterdifferenz geworden‘ (ebd.:151) und umfasst Elemente der Verstärkung, Minimierung und Nicht-Thematisierung von Geschlechterdifferenzen. Inwiefern weitere soziale Ungleichheit konstituierende Kategorisierungen wie *race*, *class*, *sexuality* etc. in den Interaktionsprozess einfließen, wird im Hinblick auf klassische Frage nach der Beziehung zwischen Sozialstruktur und Individuum kontrovers diskutiert: Seit den 1990er Jahren gibt es nach Ilse Lenz (2010:158) viele theoretische Ansätze, die sich mit dem wechselseitigen Verhältnis von Geschlecht und weiteren sozialen Ungleichheitskategorien, die unter dem Dach der *Intersektionalität* vereint sind. Der Intersektionsansatz entstammt der Geschlechter-Gleichheit-Differenz-Debatte und Kritik an der Vereinheitlichung des ‚weiblichen‘ Subjekts im US-amerikanischen Feminismus,⁶⁴ der mehrere „Achsen der Differenz“ (Knapp 2008) in der Konstruktion sozialer Ungleichheit reflektiert. Ein intersektionales Zusammenspiel von Geschlecht mit weiteren sozialen Kategorisierungen wird als relevant in der Konstituierung sozialer Ungleichheiten auch auf sozialer Handlungs- und Interaktionsebene erachtet. So konzipierten Sarah Fenstermaker und Candace West (2001) den *doing difference* Ansatz, der davon ausgeht, dass Menschen in sozialen Situationen simultan mehrere Differenzen hervorbringen, die die „nach Ethnie, Klasse und Geschlecht geordnete Sozialstruktur“ und die vorherrschende Ungleich-

⁶³ Arlie Russell Hochschild (1983) untersuchte in der Studie *The Managed Heart* die ‚Emotionsarbeit‘ von Flugbeleiterinnen, die ihre negativen Gefühle, die in der Arbeit mit Fluggästen aufkommen können, auf eine spezifische Weise regulieren. Nach Sighard Neckel (2013) wurde hier nicht erfasst, dass die Darstellung nicht unterdrückter oder »authentischer« Emotionen „von gesellschaftlich erlernten Bewertungsmustern und Ausdrucksregeln schon mitgeprägt worden sind“ (ebd.:174).

⁶⁴ Die konstruierte *global sisterhood* hielt den heterogenen Lebenserfahrungen und -bedingungen von Frauen nicht Stand und wurde als *imperial feminism* dekonstruiert: „that is, the assumption of a unity of women's interests on the basis of White experience“ (Anthias/Yuval-Davis 1993:101).

heitsverhältnisse reproduzieren (vgl. ebd.:243). Gleichwohl habe das wechselseitige Verstärkungs- oder Verdeckungspotenzial kaum im Voraus kalkulierbare Folgen. Gemäß Brigitte Aulenbacher (2010) verdeutlicht sich ein *'doing gender and doing ethnicity while doing work'* in der Delegation reproduktiver Haus- und Sorgearbeit. Hier verbindet „sich die Rationalisierung und Reorganisation verschiedener Bereiche mit neuen Arbeitsteilungen nach Geschlecht und Ethnie“ (ebd.:155).

Abschließend kann die Frage nach der Omnirelevanz von Geschlecht nicht beantwortet werden. Für die Interaktion gilt es jedoch zu bedenken, dass die Konstruktion von Geschlecht nicht vollkommen vermeidbar ist (vgl. West/Zimmerman 1987:136f.). Die geschlechtliche Zuordnung des Gegenübers stellt Grundregeln für die Organisation der Interaktion bereit, so dass Ridgeway (2001) Gender als *ein* kulturelles „Super-Schemata“ (ebd.:253) einstuft. Bei Unsicherheiten in der Geschlechtszuweisung des Gegenübers wird ein Unbehagen ausgelöst und fortlaufend nach Zeichen für *eine* Zuordnung gesucht. Zudem besticht die Kategorie Geschlecht gerade durch ihre hochfrequentierte Konfrontation mit dem Zweigeschlechtlichkeitssystem sowie ihrer visuellen und sprachlichen Dauerpräsenz⁶⁵: “Unlike many other social differences, gender goes home with you in that people are more likely to have relatives and share a household with adults or children *of the other sex*” (Ridgeway/Correll 2004:512 Herv.JW). Obgleich sich die statusbezogenen Geschlechtervorstellungen nicht mit den alltäglichen Erfahrungen mit realen Männern und Frauen decken, halten sich diese laut Ridgeway & Correll (2004) konstant, wirken wie eine Blaupause auf der Handlungsebene und werden durch sozial privilegierte Gruppen dominiert, und zwar “white, middle-class, heterosexual men and women, if anyone. These gender beliefs are hegemonic in the media, government policy, normative images of the family, and so on” (ebd.:513). Überdies strukturieren diese hegemonialen *gender beliefs* laut Hagemann-White (1988:225) „die Freiheitsgrade unseres Handelns“ und verhindert, dass die vorherrschende Gesellschaftsordnung und damit verbundene ‚natürliche‘ Arrangements in der Verteilung von be- und un(ter-)bezahlter Arbeit oder Machtpositionen in Frage gestellt werden (s.a. *doing hierarchy* Wetterer 2002:122f.), wie es sich auch in den Geschlechtersegregationen in der Medizin wiederfinden (vgl. Kap. 2.2.2). So gesehen ist die Herstellung und Aufrechterhaltung von Geschlechterdifferenzen und -hierarchien wesentlich für die Analyse von Visiten-/Interaktionen. Offenbaren diese doch auch – in Anlehnung an Knapp (2001) – die „gegenwärtigen Chancen auf Aneignung, Anerkennung und Gleichwertigkeit von Frauen im Kontrast zu Männern ihrer jeweiligen sozialen Schicht oder Klasse“ (ebd.:27).

2.4 Zusammenfassung: Geschlecht in der Medizin und Interaktion

Das vorliegende Kapitel (2) zu *Geschlechterkonstruktionen und -verhältnissen in der Medizin* nutzte drei Zugänge, um soziale Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht/-erdifferenzierungen in den medizinischen Wissenssystemen, in den Schließungsprozessen im Verlauf der ärztlichen Professionalisierung sowie in der Interaktion herauszuarbeiten. Im Folgenden wer-

⁶⁵ In dieser zeigt sich die institutionalisierte Infrastruktur von Geschlechtszugehörigkeit (Hirschauer 2001:214f.).

den wesentliche Erkenntnisse zusammengefasst, um Fragen für die weitere Betrachtung von Geschlechterkonstruktionen in der Herzinfarktbehandlung und Visiteninteraktion aufzuzeigen.

Der *erste Zugang* fokussierte die symbolische Ebene und Rekonstruktion von Prozessen, die ‚Geschlecht‘ als Gegenstand in den medizinischen Wissenssystemen hervorbrachten. Diese sind zwischen dem 17. und 18. Jahrhundert sowie im Kontext sozialer Wandlungs- und Freisetzungprozesse zu verorten. Auf der Suche nach einer neuen *modernen* Gesellschaftsordnung taten sich zunächst vielfältige Geschlechterdiskurse auf, die noch kein einheitliches Verständnis von Geschlecht anvisierten. Im Verlauf der Verwissenschaftlichung der Medizin und ihrer Wissensproduktion erwies sich der medizinphilosophische Differenzgedanke als einflussreich, der den ‚klinisch-anatomischen Blick‘ ins Körperinnere leitete und die *naturwissenschaftliche* Deutung dichotomer Geschlechtskörper beförderte. Entgegen der egalitären Ausrichtung in den sozialen Bewegungen und Debatten um die gesellschaftliche Neuordnung in der Moderne formierte sich ein wissenschaftliches Aussagesystem über die ‚natürliche‘ Ungleichheit der Geschlechter. Demnach unterliege das ‚weibliche‘ Geschlecht dem ‚männlichen‘ Subjekt der Moderne. Übergreifend mit anderen Wissenssystemen, die geistige, seelische, soziale und sexuelle ‚Eigentümlichkeiten der Geschlechter‘ (Hausen 1986) herausstellten, verfestigte sich eine hierarchische Ordnung der Geschlechter.

Der besondere Beitrag der naturwissenschaftlichen Wissenssysteme an der Naturalisierung der Geschlechterdifferenz und -verhältnisse ergab sich (*erstens*) aus ihrer exklusiven Deutungsmacht über ‚abweichende‘ Körper/-prozesse sowie die Definition von Krankheit: Aus einem androzentristischen Gesundheitsverständnis heraus vereinnahmten die medizinischen Wissenschaften zunächst den ‚abweichenden‘ und damit zur Krankheit tendieren ‚Frauenkörper‘. *Zweitens* legitimierte die Klassifizierung ‚krank‘ die Anwendung medizinischer Anpassungsmaßnahmen, die vor allem am ‚weiblichen‘ Geschlecht erprobt wurden, um neues Wissen zu generieren. *Drittens* weitete sich die medizinische Deutungsmacht auch auf potenzielle Abweichungen psychischer, geistiger, sexueller und anderer Art aus. Hierbei erlangte die Medizin Mitspracherecht hinsichtlich der sozialen Frage, ob Frauen zu (Medizin-)Studium fähig seien. Durch die beständige Erweiterung medizinischer Forschungs- und Behandlungsbereiche dehnte sich im 20. Jahrhundert das dichotome Geschlechterverständnis von den inneren ‚Geschlechtsorganen‘ über die Chromosomen, Gene, Hormone bis in die Hirnstrukturen aus. Doch ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stellten sozialkritische Bewegungen die medizinische Vormachtstellung und massive Fremdbestimmung von Patient_innen in Frage. Allen voran deckte die Frauengesundheitsbewegung die Verbindung zwischen Gesundheits- und Geschlechterkonstruktionen auf und kritisierte die Pathologisierung von Frauen. Wenngleich die biomedizinische Abwertung ‚weiblicher Geschlechtskörper‘ durch die Wiederaneignung und Umdeutung von Frauen entkräftet wurde, geriet das heteronormative Zwei-Geschlechter-Modell nicht ins Wanken. Gleichsam wurde der Körper (*sex*) als ‚natürliche‘ Referenz für die Zuordnung zu *einem* Geschlecht von der Frauengesundheitsbewegung sowie -forschung kaum hinterfragt. Vielmehr reproduzieren die gender-/medizinischen Wissenssysteme im 20./21. Jahrhundert in medizinphilosophischer Tradition vermeintlich ‚objektives‘ Wissen über weitere Geschlechter-

differenzen und erhalten mit ihren invasiven Behandlungsmethoden eine heteronormative und zweigeschlechtliche Ordnung aufrecht. Im Hinblick auf die Herzinfarktbehandlung stellen sich die Fragen, *was in den herzmedizinischen Wissenssystemen zunächst unter einem ‚Herzinfarkt‘ verstanden und welche Rolle dem ‚Geschlecht‘ beigemessen wird sowie welche Behandlungsmaßnahmen gefordert werden?*

Der *zweite Zugang* beleuchtete die strukturelle Bedeutung von Geschlecht im sozialhistorischen Kontext der Industrialisierung und Urbanisierung, da sich mit dem Übergang von der Subsistenz- zur frühkapitalistischen Produktion das komplementäre Aufeinanderbezogensein der Geschlechter ausweitete. Zum einen löste sich die lohnbringende Arbeit aus der familiären Wirtschaftseinheit heraus und trug zur Trennung in eine öffentliche und private Sphäre sowie – zum anderen – zur ‚Polarisierung der Geschlechtercharaktere‘ (Hausen 1986) bei. Die Zuweisung unbezahlter Familienarbeit an Frauen und Erwerbsarbeit an Männer wurde wiederum als ‚natürliche‘ Bestimmung der Geschlechter ausgelegt. Dieses gutbürgerliche, patriarchale Familienideal verfestigte sich im *Bürgerlichen* Gesetzbuch (BGB) und weitete die Privilegierung des allgemeinmenschlichen ‚männlichen‘ Geschlechts im öffentlichen Bereich aus. Währenddessen beschränkte sich die Bildung von Frauen auf die Rolle als Hausfrau, Ehefrau und Mutter sowie ‚mütterliche‘ Assistenzberufe.

Im Hinblick auf die ärztliche Profession konnte spezifische Mechanismen aufgezeigt werden, die den Zugang von Frauen zum Medizinstudium und Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit phasenweise reglementierten. Durch die Institutionalisierung eines ärztlichen Behandlungsmonopols wurden (Kräuter-)Frauen aus der Heilkunde und der sich konstituierenden Humanmedizin ausgeschlossen. Nach der Öffnung der Universitäten für Frauen weisen die berufsinternen Ab- und Ausgrenzungsprozesse gegenüber (angehenden) Ärztinnen (*zum einen*) auf die Bedeutung der jeweiligen Wirtschaftslage hin. So gelang Ärztinnen der Einschluss in Teilbereiche der Humanmedizin in wirtschaftlichen Krisenzeiten. Für die Ausbildung von Geschlechtersegregation in der ärztlichen Profession waren (*zum anderen*) auf symbolischer Ebene differenzorientierte Geschlechterkonstruktionen relevant. So wurde das Tätigkeitsfeld von Ärztinnen vor allem auf die Behandlung von Kindern und Frauen begrenzt, was mit den ‚weiblichen‘ Kompetenzen von Ärztinnen begründet wurde. Zugleich wurden die hier bezeichneten *Gender Dyaden* thematisiert, demnach die Behandlungssituation für Patientinnen mit einer Ärztin weniger Scham besetzt sei als die Arzt-Patientin-Konstellation. Dies hatte jedoch nicht zur Folge, dass Ärzte aus der Gynäkologie oder Pädiatrie ausgegrenzt wurden. Weniger die ‚geschlechtercharakterliche‘ Eignung von Ärzten als ethnische Aspekte drängten z.B. jüdische Ärzten im nationalsozialistischen Regime aus ihrer Berufstätigkeit.

Die Betrachtung aktueller Geschlechterverhältnisse in der Medizin konnte weiterhin Segregationen auf vertikaler, horizontaler und funktionaler Ebene nachweisen. Diese bilden sich in Form einer auseinanderklaffenden Schere zwischen Ärzten und Ärztinnen in der Post-doc- und Familiengründungsphase ab. Die Koordination von Kind und Karriere scheint auch im 21. Jahrhundert in bürgerlich-idealisierte Arbeitsteilungsmuster eingebunden zu sein, welches den medizinischen Berufsverlauf von Ärztinnen behindert. So können familienunfreundliche Arbeits-

zeiten im Krankenhaus, fehlende Kinderbetreuungsangebote und veraltete Arbeitsschutzbestimmungen gegenüber Schwangeren die ‚marginalisierende Integration‘ (Wetterer 2002) von Ärztinnen (mit Kind/ern) in Führungspositionen im Krankenhaus mit erklären. Hierdurch werden Geschlechtersegregationen im ärztlichen Berufsfeld, in den Karriereverläufen und auf der Einkommensebene befördert. Im folgenden Kapitel gilt es für die Herzinfarktbehandlung zu bedenken, *inwiefern Geschlechtersegregationen auch die Visiten-interaktion mitgestalten.*

Der *dritte Zugang* wendete sich der sozialen Konstruktion von Geschlecht in der Interaktion und dem Doing Gender Ansatz zu. Hierbei konnten wechselseitige Prozesse der Wahrnehmung, Zuschreibung (Attribuierung) und Darstellung von Geschlecht unterschieden werden. Diese sind den Interagierenden in der Regel nicht bewusst, sondern unterliegen soziokulturellen Alltagsannahmen und hierarchisierten (Differenz-)Vorstellungen über Männer und Frauen, die die Basisregeln für ein geschlechterangemessenes ‚*Passieren*‘ (Garfinkel 1969) in sozialen Situationen bieten. Gleichzeitig wiesen die Erkenntnisse aus den Transsexuellenstudien auf die Bedeutung von Geschlechterkonstellationen in alltäglichen Gesprächen hin. Demnach schienen sowohl die Art und Weise der Darstellungen als auch die Wahl der Themen in Abhängigkeit der Geschlechtszugehörigkeit des Gegenübers zu divergieren.

Ferner zeigte sich, dass die ‚interaktive Erzeugung von Geschlecht‘ (Gildemeister/Hericks 2012:198) stets vor dem Hintergrund institutionalisierter Rahmenbedingungen zu betrachten ist, die geschlechterdifferenzierende Umgangsweisen u.a. in den Sprachregelungen evozieren. Im beruflichen Kontext konnten Prozesse eines *Doing Gender while doing the job* präzisiert werden, wobei Geschlecht als symbolisches Distinktionsmerkmal unterschiedlich stark betont und auch dargestellt wird. Speziell Ärztinnen (der ersten Generation) scheinen sich in der ‚männlich‘ konnotierten Profession in einem Statusdilemma zu befinden, was von ihnen eher ein *Undoing Gender* erfordere, indem Ärztinnen ‚Weiblichkeit‘ stärker in den Hintergrund treten lassen müssen. Wie sich die aktuelle Situation auch für Ärzte darstellt, gilt es zudem im Hinblick auf weitere soziale Differenzierungskategorien näher auszuloten. Hinsichtlich der wechselseitigen Konstruktion von Geschlecht stellen sich vielfältige Fragen für die Visiteninteraktion mit Patient_innen, die hier nur kurz angerissen werden können. Übergeordnet stellt sich die Frage, inwiefern sich (Un-)Doing Gender Prozesse in der Visiteninteraktion in Abhängigkeit von der Geschlechterkonstellation ablesen lassen – beispielsweise: *vom wem wird ärztlicherseits welches Krankheitsverständnis gegenüber Patient_innen vermittelt; was wird hierbei als behandlungsbedürftig klassifiziert und welche medizinischen Maßnahmen werden ärztlicherseits gegenüber welcher Patient_innengruppe propagiert.* Außerdem stellt sich die Frage: *inwiefern ‚Geschlecht‘ in der Visite auch explizit thematisiert wird; welche Bedeutung Krankenhausärzt_innen und Patient_innen ihrem Geschlecht für die Behandlungsgespräche zuweisen und inwiefern sich hierin Ordnungsmuster finden, die ein Geschlecht als das überlegenere konstruieren.*

3. Herzinfarkt und Geschlecht – Geschlechterkonstruktionen in der Herzinfarktbehandlung und im medizinischen Behandlungsgespräch

Dieses Kapitel konkretisiert die Geschlechteraspekte im Verlauf einer sich wandelnden Herzinfarktbehandlung. Im Wechselspiel mit medizintechnischen Errungenschaften sowie gesellschaftlichen Ereignissen haben sich die Modelle zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen gewandelt. Während das Erreger-Modell für die Behandlung von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose erfolgsversprechend war, wurde auch Kritik an der biomedizinisch begrenzten Sichtweise auf Krankheit laut. „Der Krankheitserreger ist die notwendige Bedingung einer Infektion, jedoch nicht hinreichend für seine epidemische Ausbreitung. Diese ist primär durch die sozioökonomischen Verhältnisse einer Gesellschaft (Gemeinde, Bevölkerungsgruppe etc.) bestimmt“ (Waller 2007:12). Die Entstehung von ‚Zivilisationskrankheiten‘ (wie *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*) konnte ebenso wenig durch das Erreger-Modell erklärt werden. „Anders als bei den Infektionskrankheiten scheinen viele verschiedene Faktoren bei der über Jahre sich erstreckenden schleichenden Entwicklung der Arteriosklerose am Werk zu sein“ (Mannebach 1988:152f.). So formierten sich in den 1950er Jahren neue medizinische Wissenssysteme wie die Psychosoziale, Psychosomatische oder Sozialmedizin⁶⁶, die die Bedeutung gesellschaftlicher und verhaltensbezogener Faktoren bei der Entstehung, Behandlung und Verhinderung von Krankheiten sowie deren Folgen betonen (vgl. Klemperer 2010:116f.).⁶⁷ Ende der 1970er Jahre konzipierte die Psychiatrie ein umfassendes ‚Biopsychosoziales Krankheitsmodell‘ (Engel 1977), das sich bis in die Herzmedizin ausbreitete.

Herz-Kreislauf-Krankheiten, die seit der Mitte des 20. Jahrhunderts die Erkrankungs- und Sterbeziffer in der Bevölkerungsstatistik anführen, zählen auch mit zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus (StBa 2015:120) und führen „nicht selten durch einen vorzeitigen Tod unter 70 Jahren zu einem erheblichen Verlust (potenzieller) Lebensjahre“ (RKI 2006: 23). Inter-/nationale Studien zeigen zugleich ein alters- und geschlechterbezogenes Verteilungsmuster unter den Erkrankten: „In den jüngeren Altersgruppen weisen die Männer eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz auf, die sich in der höchsten Altersgruppe auf das 1,5-Fache reduziert“ (RKI 2012:96). Welche Geschlechterkonstruktionen den ‚gender-/medizinischen Blick‘ in der Herzinfarktbehandlung (3.1) leiten, wird im Folgenden aufgezeigt. Ferner werden das soziale Wissens-Macht-Gefälle in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen sowie institutionelle Merkmale einer Krankenhausbehandlung herausgearbeitet (3.2), die mit beeinflussen, wie stark Patient_innen mit in ihre Behandlung einbezogen werden. Abschließend gilt es interaktive Konstruktionsprozesse von Geschlecht im Behandlungsgespräch zwischen Ärzt_innen und Patient_innen zu analysieren, die auf die Bedeutung von Gender Dyaden hinweisen (3.3).

⁶⁶ Sozialmedizin erforscht gesellschaftliche Ursachen von Krankwerden und soziale Folgen von Kranksein und fließt in die Prävention, Therapie und Rehabilitation mit ein (vgl. Waller 2007:7; s.a. Borgetto/Kälble 2007).

⁶⁷ Die WHO definierte 1946 Gesundheit als den „Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechens“ (zit.n. Hurrelmann 2003:7).

3.1 Gender-/medizinische Sichtweisen in der Herzinfarktbehandlung

Medizinische Aussagen darüber, was unter einem Herzinfarkt verstanden wird, wie dieser entsteht und zu behandeln ist, wandelten sich mit der zunehmenden Wissensproduktion infolge des ärztlichen Behandlungsmonopols sowie mit neuen medizintechnischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.⁶⁸ Erfindungen wie des Mikroskops, des Blutdruckmessgeräts oder des Stethoskops ermöglichten es im 19. Jahrhunderts neue Erkenntnisse in der Behandlung von Herzkreislaufbeschwerden zu sammeln, was Ende des 19. Jahrhunderts in der Formierung einer eigenständigen Kardiologie mündete (umfassend Mannebach 1988). Aktuellen Pathogenese-Modellen⁶⁹ folgend wird unter einem *Herzinfarkt* die Zuspitzung einer chronischen koronaren Herz- oder Gefäßerkrankung (Arteriosklerose) verstanden. Epidemiologische Studien weisen neben körperlichen auch auf die Relevanz psychosozialer Risikofaktoren hin, die in die risiko-adjustierte Behandlung zu integrieren sind, die laut aktuellen Leitlinien im Krankenhaus beginnt (3.1.1). Da vor allem Männer im Erwerbsalter und Manager wegen eines Herzinfarktes behandelt wurden, galten erwerbsbezogener Stress und Persönlichkeitsmerkmale als psychosoziale Risikofaktoren. Infolge der Initiativen der Frauengesundheitsbewegung veränderte sich der Blick auf den anfänglichen Gender (Age und Class) Gap in der Herzinfarktbehandlung (3.1.2), der stärker Frauen in den Blick nahm und Behandlungsdisparitäten zwischen Männern und Frauen im Sinne von Gender Bias in der Herzinfarktbehandlung aufdeckte. Die damit einhergehende Formierung einer Gendermedizin leitet über zu aktuellen gender-/medizinischen Ansätzen in der Herzinfarktbehandlung (3.1.3), die bezüglich etwaiger Geschlechterkonstruktionen zu untersuchen sind, was abschließend zusammengefasst wird (3.1.4).

3.1.1 Aktuelle Leitlinien zur akutstationären Herzinfarktbehandlung

Laut internationaler Klassifikation ICD-10 zählen zu den Erkrankungen des Kreislaufsystems vor allem Krankheiten der Gefäße (Arterien, Venen, Lymphe), die durch eine Verengung eine Mangeldurchblutung (Ischämie) des Gehirns oder des Herzens und damit einen Infarkt bedingen können. Im Falle des Verschlusses (Stenose) eines Herzkranzgefäßes kann das dahinterliegende Gewebe nicht mit Sauerstoff versorgt werden (Ischämie), so dass es zu einem Absterben von Gewebe im Herzmuskel (Myokard), abnehmender Pumpleistung des Herzens und im Extremfall zum Herztod führen kann (u.a. Löwel 2006a). Die medizinischen Wissenschaften differenzieren verschiedene Formen von Myokard- gleich Herzinfarkten wie Vorder- oder Hinterwandinfarkt sowie akute Herzbeschwerden, die in unterschiedlichem Ausmaß zum Absterben des Herzmuskels führen können. Hierzu gehören: ischämische Herzkrankheiten/koronare Herzkrankheit (KHK), akutes Koronarsyndrom (ACS; N/STEMI) oder in-/stabile Angina Pectoris. Da die Übergänge fließend sind und unmittelbar lebensbedrohliche Ausmaße annehmen können, ist eine sofortige Behandlung im Krankenhaus indiziert (vgl. ESC 2012; Hamm 2004a/b). Folgend wird der Sammelbegriff *Herzinfarkt* verwendet, wie es auch in der Bevöl-

⁶⁸ Anatomische Studien im 17. Jahrhundert begründeten das heutige Verständnis eines durch Herzschlag betriebenen Blutkreislaufsystems, was sich erst spät in den medizinischen Wissenschaften etablierte (BMBF 2015).

⁶⁹ Vgl. BMBF (2015); DHS (2015a).

kerung sowie in der Öffentlichkeitsarbeit in der Aufklärung über das Risiko eines Herzinfarktes und das Erkennen akuter Symptome z.B. von der Deutschen Herzstiftung e.V. (DHS 2015a) verwendet wird.

Die Behandlung eines akuten Herzinfarktes ist von der geplanten (elektiven) Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen im Krankenhaus abzugrenzen (vgl. §107 SGB V, Kap. 3.2.3), was der Präfix *akut* und Bezeichnungen wie *akutstationäre* Behandlung oder *Akutkrankenhaus* verdeutlichen sollen. Das medizinische Behandlungsspektrum ist komplex und abhängig vom Einzelfall sowie von krankenhausspezifischen Behandlungsmöglichkeiten wie die Durchführung einer Bypass-Operation, die primär in Universitätskliniken durchgeführt wird. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie orientieren sich an den neuesten Forschungsergebnissen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) und sollen eine ‚evidenzbasierte‘ Behandlung gewährleisten (vgl. ECS 2012; Hamm 2004a/b).

Nach einem kurzen Überblick über den Verlauf der medizinischen Behandlung eines akuten Herzinfarktes wird der *Evidenz*-Begriff wieder aufgegriffen. In der medizinischen Behandlung eines akuten Herzinfarktes im Krankenhaus können grob zwei Maßnahmenbereiche unterschieden werden, zum einen die *notfallmedizinischen Maßnahmen* zur Abwendung der akuten Lebensgefahr auf der Intensivstation und zum anderen die *mobilisierenden* und *rehabilitativ überleitenden Maßnahmen*, die auf der peripheren oder Normalstation im Krankenhaus durchgeführt und beide folgend erörtert werden.

Mit dem Verdacht auf einen Herzinfarkt stehen in der *notfallmedizinischen Behandlung* im Krankenhaus neben den subjektiven Beschwerdeschilderungen der Patient_innen primär diagnostische Maßnahmen im Vordergrund. Diese umfassen die Schnellanalyse spezifischer Blutwerte/-marker, die Auswertung des Elektrokardiogramms (EKG) sowie bildgebender Verfahren vom Herzen (Koronarangiographie) mittels Herzkatheter. Seit dem Jahr 2000 wird auch ohne EKG-Befund von einem Herzinfarkt (HI) gesprochen, wenn akute Herzbeschwerden über fünf Minuten (Min.) bestehen und Ischämiezeichen im Blut (Troponin-Wert) nachgewiesen wurden, was als Nicht-ST-Hebungs-Myokard-Infarkt (NSTEMI) klassifiziert wird.⁷⁰ Nach Hannelore Löwel (2006b) war das vorherige Diagnoseverfahren mit dem Abwarten „auf mindestens 20 Min. andauernde Brustschmerzen mit dem Nachweis von HI-typischen EKG-Veränderungen (STEMI) als notwendige Voraussetzung für den Beginn einer thrombusauflösenden medikamentösen Therapie [...] aus heutiger Sicht die Ursache für die extrem hohe Frühletalität“ (Löwel 2006b:1).⁷¹

⁷⁰ Seit gut zwanzig Jahren wird zudem die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie (*broken heart syndrom*) vom Herzinfarkt differenziert. Zwar handelt es sich ebenfalls um eine akut lebensbedrohliche Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff, die dem Herzinfarkt in Beschwerdesymptomatik, EKG- und Laborwerten ähnelt. Indes sind keine Engstellen in den Herzkranzgefäßen laut bildgebender Verfahren erkennbar, wie es beim Herzinfarkt der Fall ist. So werden extreme Belastungen, wie z.B. durch den Verlust eines nahen Familienmitglieds, als ursächlich für das gebrochene Herzen gesehen. Im Krankenhaus erfahren die Patient_innen die gleiche medikamentöse Behandlung wie bei einem Herzinfarkt (umfassend Schneider 2012).

⁷¹ Neue labortechnische Verfahren zur Bestimmung von kardialen Biomarkern (hoch sensitive Troponinassays) begründen eine Neudefinition des Myokardinfarktes und beinhalten ‚geschlechtsspezifische diagnostische Grenzwerte für Troponinassays‘ (Schofer et al. 2014:67).

Die *Katheterintervention* zählt aktuell zum Goldstandard in der Diagnostik und in der risiko-adjustierten Behandlung eines Herzinfarkts, da hiermit die Blutzufuhr wiedergestellt wird und das Ausmaß der Schädigung des Herzmuskels sowie das weitere Risiko von Gefäßverengung am Herzen bestimmt werden (Hamm 2004a:75).⁷² Seit Ende der 1970er Jahren werden im Rahmen der Katheterintervention Engstellen in den Herzkranzgefäßen mittels der Implantation künstlicher Gefäßstützen (Stents) dauerhaft eröffnet. Die Stent-Implantation gilt bis heute als die effektivste Methode in der notfallmedizinischen Behandlung eines Herzinfarktes.⁷³ Um aber das damit verbundene Risiko der Wiederverengung der Stents zu reduzieren, ist die zweite Stent-Generation mit bestimmten Medikamenten beschichtet (*drug eluting stents*). Dazu wird die Einnahme zweier weiterer Herzmedikamente über sechs bis zwölf Monate nach der Stent-Implantation verordnet. Diese weisen ihrerseits Risiken und Nebenwirkungen auf (u.a. Voigtlänger 2012).⁷⁴ Den aktuellen Leitlinien folgend sind nach einem Herzinfarkt die lebenslange Einnahme noch weitere Medikamente zu verordnen, um bestimmte Blutwerte dauerhaft zu erhalten, die das lebenslang bestehende Risiko einer weiteren Schädigung des Herzens und eines weiteren Herzinfarktes minimieren sollen. Häufige Nebenwirkungen der hier als Sammelbegriff benannten *Herzmedikamente* reichen von Übelkeit und Kopfschmerzen über Leistungsschwäche, Schlafstörungen und Impotenz zu Magen-Darm-Blutungen (umfassend Meinertz 2012). Nach dem Kathetereingriff wird mithilfe eines Druckverbandes die Punktionsstelle (Arm oder Leiste) verschlossen, wobei die Patient_innen von 6 bis zu 24 Stunden intensivmedizinisch überwacht werden (vgl. Hamm et al. 2008).

Die *mobilisierenden* und *überleitenden Maßnahmen* in rehabilitative Versorgungsstrukturen folgen nach einer kurzen Überwachung auf der Intensivstation. Je nach körperlicher Konstitution und organisatorischen Bedingungen (Bettenauslastung) werden Patient_innen in der Regel nach ein bis zwei Tagen mit telemedizinisch mobiler EKG-Überwachung auf die periphere Station der Inneren Medizin krankenhausintern verlegt. Auf der Normalstation stehen die Einstellung der Herzmedikamente, physiotherapeutische und mobilisierende Maßnahmen sowie die Überleitung in weiterführende Reha-Maßnahmen im Vordergrund (vgl. DGK 2007). Während in den 1960er Jahren Patient_innen nach einem akuten Herzinfarkt vollkommene Bettruhe im Krankenhaus über mehrere Wochen verordnet wurde (vgl. Mannebach 1988:152), beträgt die aktuelle Verweildauer im Krankenhaus nach einem akuten Herzinfarkt circa eine Woche (StBa 2015:120). Das bedeutet, dass die Patient_innen im Mittel nach 6 Tagen nach ihrer Akutaufnahme wieder entlassen werden.

Aus medizinischer Sicht sind *rehabilitative Maßnahmen* gleich im Anschluss an die Behandlung im Krankenhaus wichtig, um gesundheitliche Risiken nachhaltig verhindern zu können, wie die mögliche Manifestation von Folgeerkrankungen und Einschränkung der Herz-

⁷² Ein Katheter dringt über die Leiste oder den Arm in die Blutbahn bis zum Herzen vor. Durch die lokale Vergabe von Kontrastmittel können die Röntgenbilder die akute Durchblutungssituation des Herzens abbilden und etwaige Verengung mittels Stent eröffnet werden. Zu Risiken und Begleiterkrankungen siehe DHS 2015a.

⁷³ Zur zukünftigen Behandlung mit körpereigenen Stammzellen zur Herzregeneration siehe Hasenfuß (2015).

⁷⁴ Um das Risiko der Restenose der Metall-Stents zu verhindern, erprobt die Kardiologie die Implantation biologisch resorbierbarer ‚Bio-Stents‘(u.a. Wiebe et al. 2014).

leistung (Herzinsuffizienz), weitere drohende Herzinfarkte und eine verkürzte Lebenserwartung (vgl. Hahmann/Schwaab 2011; DGK 2007). So stellt der Herzinfarkt als eine Indikation für eine Anschlussrehabilitation oder -heilbehandlung (AR/AHB) dar. Diese kann ausschließlich im Krankenhaus im Eilverfahren beantragt werden und ist spätestens zwei Wochen nach Entlassung von den Patient_innen anzutreten, da ansonsten der gesetzliche Anspruch erlischt. Weitere Voraussetzungen sind, dass die Patient_innen über die notwendige körperliche Belastbarkeit und Motivation verfügen, die angebotenen Maßen in den Rehabilitationskliniken selbstständig wahrzunehmen (u.a. DHS 2015b:186; DRV 2014). Für Patient_innen, die alters- oder krankheitsbedingt pflegerische Unterstützung bedürfen, ist eine rehabilitative Behandlung in einer geriatrischen Klinik mit pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten indiziert (DGPR 2008:10). ‚Geriatrische‘ Patient_innen kennzeichnen sich durch eine geriatritypische Multimorbidität⁷⁵ und sind „in der Regel 70 Jahre oder älter“ (Rummer/Schulz 2012:746). Beide Reha-Formen eint, dass es ambulante und stationäre Angebote gibt. Laut der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV 2016) sind die Bedürfnisse der Patient_innen entscheidend, ob die in der Regel drei wöchigen Anschlussrehabilitationen lieber stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden. „Sie können verkürzt oder verlängert werden“ (DRV 2016:1). Im Gegensatz zu der Alleinzuständigkeit des Krankenhauses für die AR/AHB endet die krankenhausärztliche Zuständigkeit bei geriatrischen Patient_innen, die nicht direkt vom Krankenhaus in die Geriatrie verlegt werden, sondern erst nach Hause wollen. Denn nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fällt die Einweisung in die Geriatrie in den hausärztlichen Zuständigkeitsbereich (umfassend Rummer/Schulz 2012).

Gemäß den Leitlinien einer kardiologischen Anschlussrehabilitation umfassen Reha-Maßnahmen körperliche, edukative, psychische und soziale Bereiche, die nach einer individuellen Risikostratifizierung gestaltet werden und ‚geschlechterspezifische Risikoprofile und Lebenslagen‘ berücksichtigen soll (DGPR 2008:10). Hiermit soll die soziale Teilhabe wiederhergestellt und gesichert werden, das bedeutet: die „Integration in Beruf, Familie und Privatleben, Erhaltung der Selbstständigkeit“ (ebd.:7). Unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen älterer Patient_innen zielen geriatrische Reha-Maßnahmen darauf, eine drohende Pflegebedürftigkeit zu verhindern, eine bestehende zu mindern sowie eine größtmögliche Selbsthilfefähigkeit im alltäglichen Leben wiederherzustellen (vgl. Borchert et al. 2013; Rummer/Schulz 2012). Die Bedeutung von Geschlecht wird hierbei nicht erwähnt.

Die *evidenzbasierten* Leitlinien basieren auf medizinische Studien, um die Risiken und Effektivität medizinischer Maßnahmen anhand von (natur-)wissenschaftlichen Modellen mess- und objektivierbar zu machen (vgl. Leppin 2001:108). So richtet sich die Herzinfarktbehandlung nach individuellen Risikofaktoren der Patient_innen, die es aus medizinischer Sicht zu reduzieren gilt und die den Umfang der so genannten risikoadjustierten Behandlung bestimmen (vgl.

⁷⁵ Laut *Kodierleitfaden Altersmedizin 2010* reichen die Merkmalskomplexe von ‚herabgesetzter körperlicher Belastbarkeit‘ z.B. nach einen Herzinfarkt, über ‚kognitive Defizite‘ wie Demenz, bis hin zu ‚Seh-/Hörbehinderungen‘. „Durch das Vorliegen der Merkmalskomplexe besteht eine (vorübergehende) Einschränkung der ATL/ADL [Aktivitäten des Täglichen Lebens, JW]-Kompetenz bis hin zu einer (drohenden) Pflegebedürftigkeit sowie eine Störung der psychosozialen Interaktionsfähigkeit“ (Borchelt et al. 2010).

DGK 2007). Die *Framingham Heart Study* ist eine der ersten epidemiologischen Studien, die seit dem Jahr 1948 die Verteilung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Gemeinde Framingham (USA) untersucht und Risikofaktoren mittels mathematischer Modelle bestimmt, die die statische Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes erhöhen (vgl. Dawber et al. 1951).⁷⁶ Der kontinuierliche Abgleich der erhobenen Daten der herzerkrankten mit denen der nicht-erkrankten Gruppe begründete die Bestimmung klassischer Risikofaktoren wie Rauchen und Blutdruck, -fette oder -zucker. Mit der mittlerweile dritten Kohorte bestehen über 2.500 Publikationen zu herzinfarktspezifischen Risikofaktoren, die in den *Framingham Risk Score* einfließen und die risikoadjustierte Behandlung leiten (FHS 2013).

Kritik übte die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, demnach der Framingham Risk Score in der Regel die Ereignisrate für europäische Länder überschätzt, so dass in Deutschland andere Risiko-Algorithmen (*EURO-Score*) genutzt werden, um das Gesamtrisiko für die Ausbildung einer kardiovaskulärer Erkrankung und eines (erneuten) Herzinfarktes in den nächsten zehn Jahren abzuschätzen und dementsprechend einen risikoadjustierten Behandlungsplan zu erstellen (vgl. DGK 2007:4). Für die Berechnung des 10-Jahres-Herzinfarkttrisikos werden je nach Score die individuell vorliegenden Risikofaktoren in Tabellen eingetragen, wie z.B.: Rauchen, Body Mass Index, Diabetes Mellitus, Blutwerte (Systolischer Blutdruck, LDL-/HDL-Cholesterin) oder Bekanntheit einer Herzerkrankung in der Familie. Die addierten Punkte bestimmen das Gesamtrisiko eines Herzinfarktes bzw. Reinfarktes. Die Score-Tabellen sind getrennt für Männer und Frauen sowie altersbezogen gestaffelt. Mit dem Alter steigen die Score-Punkte an. Aber bei Frauen wird von einem niedrigeren Risiko im Gegensatz zu Männern im gleichen Alter ausgegangen (vgl. DGK 2007:6-10). Zwecks Risikostratifizierung empfehlen aktuelle Leitlinien, auch ökonomische Aspekte (Behandlungskosten) und das prognostizierte, kooperative Verhalten der Patient_innen (Nichtrauchen) mit in die Behandlungsplanung einfließen zu lassen, indem z.B. die Kosten der jeweiligen Medikamente ins Verhältnis zur Reduktion des kalkulierten Risikos gesetzt werden (vgl. ebd.:5f.). Wohl wissend, dass die Score-Systeme nicht die Zukunft voraussagen können, sieht die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DKG 2007) den Nutzen der Risikostratifizierung vor allem darin: „die Motivation für eine Lebensstilumstellung oder auch für den Beginn einer medikamentösen Therapie zu stärken“ (ebd.:11).

In einer Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer werden Leitlinien für die Priorisierung medizinischer Maßnahmen zunächst am Beispiel der koronaren Anschlussheilbehandlung/-rehabilitation entwickelt, um die steigenden Gesundheitskosten einer älter werdenden Gesellschaft zu dämpfen (vgl. Rapse/Schulze 2013). Angelehnt an das schwedische Modell meint Priorisierung „die Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, Entscheidungen Dritter durch wissenschaftlich fundierte Versorgungsempfehlungen zu unterstützen“ (ebd.:1091). Offen ist, inwiefern geschlechterbezogene Aspekte hinsichtlich einer möglichen Nicht-Priorisierung (Posteriorisierung) einer Anschlussrehabilitation nach akutem Herzinfarkt kritisch reflektiert werden. Der Ethikrat des Deutschen

⁷⁶ Die statistischen Modelle entstammen der Handlungspraxis der Lebensversicherungsgesellschaften, um die Beitragshöhe der Versicherten zu berechnen (vgl. Bengel 2001:18).

Ärztinnenbundes e.V. fordert, dass „die weibliche Perspektive in der Priorisierungsdiskussion angemessen berücksichtigt wird.“ Diese begrenzt sich auf den „Mangel an klinischen Studien zu geschlechtsspezifischen Fragestellungen“ (DÄB 2014:1), während sehr allgemein formuliert der „Schutz vulnerabler Populationen“ (ebd.) vor sozialer Benachteiligung und eine stärker kommunikative Behandlungsausrichtung zur Unterstützung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzt_innen und Patient_innen gefordert werden.

3.1.2 Vom Gender Gap über Gender Bias zur Gender(herz)medizin

Mit der Nachkriegszeit Ende der 1940er Jahre und den veränderten Lebensbedingungen zeigen epidemiologische Studien einen Wandel in den Erkrankungs- und Sterberaten auf. So genannte ‚Zivilisationskrankheiten‘ wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen die Morbiditäts- und Mortalitätsraten in der Bevölkerung an. Entgegen der höheren Betroffenheit ärmerer Bevölkerungsschichten von Infektionskrankheiten (Typhus) stellt die Herzinfarktforschung wie die Framingham-Herzstudie große Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie je nach Bildungsabschluss fest. Demnach erkrankten Männer, gerade mit Hochschulabschluss, häufiger als Frauen, was die These vom Herzinfarkt als ‚Männer- und Managerkrankheit‘ begründete (Mannebach 1988:154; s.a. Kuhlmann/Kolip 2005:141). Dagegen stellten Hans Schaefer & Maria Blohmke (1977) in ihrer Untersuchung Diskrepanzen zum biomedizinischen Risikofaktorenmodell fest. Obwohl Männer niedrigere Risikofaktoren-Raten als Frauen aufwiesen, waren sie häufiger herzkrank. Schaefer & Blohmke sprachen den sozialen Umweltfaktoren und dem ‚psychosozialen Stress‘ eine entscheidende Bedeutung in der Pathogenese Koronarer Herzkrankheit (KHK) zu: Emotionale Reaktionen auf soziale Umwelthanforderungen seien die primäre Ursache für die Entwicklung einer Herzerkrankung. Dies zeige sich erstens „an der Kopplung sozialer Daten und der Häufigkeit von KHK, insbesondere bei der sozialen Schichtung, der Bildung, der sozialen und geographischen Mobilität, den Sorgen und der Arbeitsunzufriedenheit. Zweitens an dem engen Zusammenhang, den soziale Daten mit Risikofaktoren aufweisen“ (ebd.:167).

Mit dem Bedeutungszuwachs epidemiologischer Studien einher geht ein medizinisches Risikomanagement sozialer Problemlagen. Diese werden dem individuellen Risikoverhalten der Patient_innen überantwortet, ohne die sozialen Verhältnisse zu problematisieren (vgl. Suter 2014; Hahn 2010). Im Sinne der zuvor aufgezeigten ‚biologistischen Aneignung bzw. Überformung anderer Wissen- und Seinsbereiche‘ (Schmersahl 1998) der medizinischen Wissenschaften werden spezifische Verhaltens- und Lebensweisen in Form psychosozialer Risikofaktoren als potentiell herzscheidend klassifiziert, die sich zu einem Herzinfarkt zuspitzen können. Zum einen nehmen soziale Schicht sowie lebensstilbezogene Faktoren wie Rauchen, fettreiche Ernährung und Übergewicht einen hohen Stellenwert in dem Ende der 1970er Jahre konzipierten Risikofaktorenmodell (Schaefer/Blohmke 1977) ein, die zur Ausbildung lebensbedrohlicher Herzerkrankungen beitragen. Zum anderen tendiere psychosozialer Stress dazu, „sich zu verfestigen und in einen Endzustand überzugehen, in welchen der Organismus ständig unter Emotionen leidet und ständig Abwehrreaktionen unter Aktivierung von Sympathikus und

Hormonausschüttung produziert“ (ebd.:24). Damit löst sich (Herz-)Krankheit vom ‚entitativem‘ Körperverständnis der klassisch biomedizinisch ausgerichteten Medizin ab (vgl. Duden 2010: 606).

Auch aktuelle Pathogenese-Modelle halten an hormonellen Stressreaktionen im menschlichen Organismus fest. Demnach erhöht sich offenbar durch Überforderung, aufgestauten Ärger oder mangelnde Entspannungsmöglichkeiten dauerhaft die Konzentration sogenannter Stresshormone im Blut, was die Blutgefäße langfristig schädigt (BMFB 2006:32). Befördert werde die Schädigung der Blutgefäße durch gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Rauchen, Bewegungsarmut, verzögerte Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei ernstesten Symptomen oder geringe Teilnahme an kardiologischen Reha-Programmen (vgl. Orth-Gomér 2010:172). Derweil verbinden verhaltensmedizinische Forschungen herzscheidende Verhaltensweisen mit spezifischen Persönlichkeitsstrukturen wie dem sogenannten Typ-A-Verhalten, das von Emotionen wie Wut, Feindseligkeit und Depression geprägt sei. Der auch als ‚Workaholic‘ bezeichnete psychologische Risikofaktor begründete sich durch die anfängliche Forschung, die auf wenige Berufsbereiche⁷⁷ begrenzt war. Erwerbstätige Männer mit Studienabschluss in *white collar jobs* wiesen zunächst ein erhöhtes KHK-Risiko auf (vgl. Ort-Gomér 2010:160). Die Whitehall-Studie widerlegte dies, in der vornehmlich Männer als Angestellte im öffentlichen Dienst der Stadt Whitehall (UK) vom Arbeiter (*blue collar*) bis zum gehobenen Dienst (*white collar*) hinsichtlich der Entwicklung von Herzerkrankungen untersucht wurden (vgl. CCSU 2004:4). Zwischen 1976 bis 1985 war der Myokardinfarkt die Haupttodesursache und auch der häufigste Anlass für eine stationäre Behandlung unter den Beschäftigten. Zwar war unter den Betroffenen ein niedriger sozialer Status prägnant. ”But *type A men* with myocardial infarction were rarely seen on a population basis” (Orth-Gomér 2010:162 Herv.JW). Die Folgestudie mit einem Drittel Frauenanteil in der Belegschaft untermauerte die Bedeutung des sozialen Gradienten bezüglich der Risikofaktoren Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht (vgl. CCSU 2004:4; s.a. vgl. RKI 2012:97). Neueren Studien weisen die Signifikanz weiterer psychosozialer Risikofaktoren aus, wozu z.B. soziale Isolation, geringe soziale Unterstützung, Stress bei der Erwerbs- und Sorgearbeit oder unregelmäßige Arbeitszeiten gezählt werden (vgl. Ort-Gomér 2010:167).

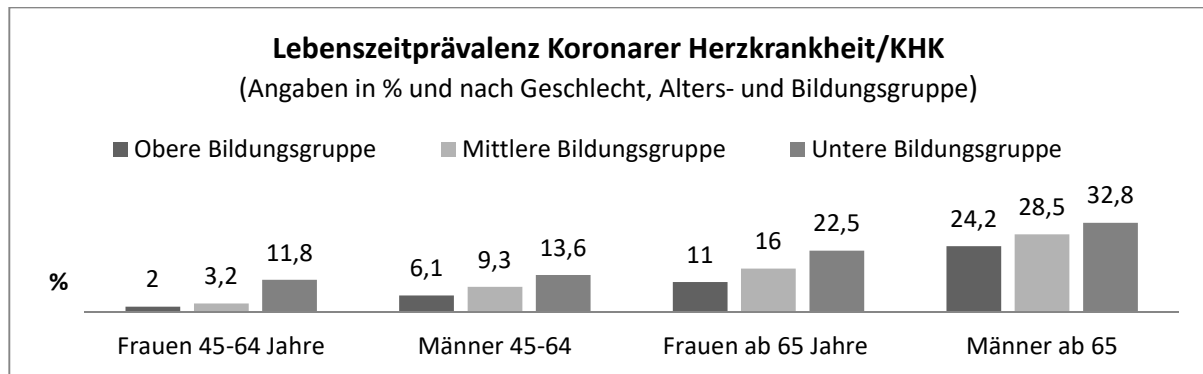
Aktuelle Daten zur Lebenszeitprävalenz einer koronaren Herzerkrankung (KHK) weisen einen Bildungsgradienten für beide Geschlechtergruppen aus. Der *Age & Gender Gap* in der KHK-Betroffenheit entspricht tendenziell dem des Herzinfarktes (RKI 2015:39). Bis zum 44. Lebensjahr ist die KHK-Prävalenz mit ein bis zwei Prozent in beiden Geschlechtergruppen sehr gering. Ab dem 45. Lebensjahr weisen jedoch die Männer in allen Alters- und Bildungsgruppen⁷⁸ eine höhere KHK-Lebenszeitprävalenz als die Frauen auf (RKI 2014b:72f.; s. Abb. 3)⁷⁹:

⁷⁷ Siehe die Untersuchung von Verwaltungsangestellten: der Stadt Whithall seit 1967 in England (CCSU 2004) oder Heidelberg (Schaefer/Blohmke 1977) oder die Nurses' Health Study in USA (Colditz et al. 1997).

⁷⁸ Die Zuordnung der beruflichen und schulischen Bildungsabschlüsse in die drei Bildungsgrade erfolgte nach der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens oder ISCED (RKI 2014b:35).

⁷⁹ Die Ergebnisse basieren auf repräsentativen Telefonbefragungen in Deutschland, die in den Jahren 2012/2013 im Rahmen des Gesundheitssurveys ‚*Gesundheit in Deutschland aktuell*‘ (RKI 2014b) erhoben wurden.

Abb. 3 Häufigkeitsverteilung der KHK-Lebenszeitprävalenz in Prozent nach Geschlecht für ausgewählte Alters- und Bildungsgruppe ab 45 Jahren



Quelle: GEDA-Gesundheitssurvey (RKI 2014b:73).

Es zeigt sich, je niedriger der Bildungsgrad ist, desto mehr Frauen und Männer erkranken an einer KHK. In beiden Frauengruppen scheint der (niedrige) Bildungsgradient jedoch mit einer stärkeren Zunahme der KHK-Prävalenz (2-11,8% und 11-22,5%) verbunden zu sein, als es sich in den Männergruppen (6,1-13,6% und 24,2-32,8%) darstellt (Abb. 3).

Der Nutzen des multifaktoriellen Risikofaktorenmodells wird vor allem in der Anwendungs- und Zukunftsorientierung gesehen. Kritisch ist dagegen die Individualisierung von gesundheits-riskanten Verhaltensweisen⁸⁰ zu betrachten, die soziale (Gender-)Fragen in der Medizin ausblenden (u.a. Klemperer 2010; Bolte 2008:10). In der anfänglichen Suche nach der Erklärung für die geschlechts- und altersspezifische Herzinfarkt betroffenheit gewann Geschlecht zunächst als biologische Kategorie (*sex*) an Bedeutung. Die These, dass Frauen aufgrund der protektiven Wirkung ‚weiblicher‘ Hormone (Östrogen) bis zur Menopause vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschützt seien, wonach sich ihr kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko erhöhe (Maschewsky-Schneider 1997:45-55), wird weiterhin in der Kardiologie vertreten (Richartz 2015:111).⁸¹ Heute werden keine Hormonpräparate mehr an Frauen in den Wechseljahren verschrieben, da Studien aufdeckten, dass „durch eine Hormontherapie sich das Risiko für Herz-Kreislauf-Komplikationen erhöht“ (ebd.:115).

Ausgehend von der Kritik, dass die Grundlagenforschung, Diagnostik, Behandlungsleitlinien und das in der Lehre vermittelte Wissen auf Studien mit ‚männlichen‘ Probanden basierte,⁸² wurden Anfang der 1990er Jahre neue Studie im Sinne einer *Women's Health Initiative* initiiert, um explizit die (Herz-)Gesundheit von Frauen zu untersuchen (vgl. ebd.:61). Die Untersuchungen körperbezogener Geschlechteraspekte stellten zunächst ‚geschlechtsspezifische‘ Konstellationen von Risikofaktoren heraus, wie z.B. die Einnahme der ‚Anti-Baby-Pille‘ und Zigarettenkonsum bei jungen Frauen mit einem Herzinfarkt, die auf die Bedeutsamkeit geschlechterdifferenzierender Lebensstile (Ernährung, Bewegung) hinwiesen (vgl. Kuhlmann/

⁸⁰ In den Pathologisierungen bestimmter Ausmaße von Verhaltensweisen, wie z.B. ein Übermaß an Alkohol- und Tabakkonsum oder ein Mangel an ausgewogener Ernährung, Bewegung und Entspannung, spiegeln sich Vorstellungen über eine nachhaltige Arbeitsfähigkeit sowie ‚richtiger Lebensstile‘ wider (vgl. Hahn 2010:42).

⁸¹ Die Gutenberg-Herz-Studie zeigt keine Relation zwischen Hormonen und Gefäßfunktionen (Schnabel 2012).

⁸² Vgl. Maas et al. 2011; Weber et al. 2008.

Kolip 2005:145). Jedoch konnte diese nicht umfassend den bestehenden Gender Gap in der Herzinfarktprävalenz erklären. Laut Gesundheitsbericht besteht die ‚Geschlechterkluft‘ in der Herzinfarkt Betroffenheit darin, dass Männer in jüngeren Jahren im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen bis zu 8-mal häufiger einen Infarkt erleiden. Ab dem 65. Lebensjahr weisen Männer ein 3-fach höheres Risiko auf, während es ab dem 85. Lebensjahr zu einem Gleichstand komme (RKI 2006:24).

Vielmehr deckten geschlechterbezogene Analysen Disparitäten in der medizinischen Versorgung von Herzinfarktpatient_innen auf, die insbesondere in der Behandlung von Frauen mit einem Herzinfarkt Fehl- und Unterversorgungen sowie die soziale Bedeutung von Geschlecht (*gender*) in den verschiedenen Behandlungsphasen herausstellten. Eindrücklich wird dies für die *Prähospitalphase* aufgezeigt und meint die Zeitspanne beginnend vom Auftreten der ersten Symptome eines Herzinfarktes bis zur Aufnahme im Krankenhaus. Nach aktuellen Studien werden Frauen mit einem Herzinfarkt häufiger später im Krankenhaus behandelt und versterben häufiger innerhalb der ersten 48 Stunden im Krankenhaus als Männer. Die Frauen befinden sich häufiger im höheren Alter, leben oftmals alleine und suchen verzögert Hilfe auf (Regitz-Zagrosek 2012b; umfassend Xie et al. 2015). Männer, die mehrheitlich acht bis zehn Jahre früher einen Herzinfarkt erleiden,⁸³ sind zu diesem Zeitpunkt häufiger in Erwerbsarbeit sowie außerhäusliche Aktivitäten eingebunden und befinden sich öfter in der Öffentlichkeit am Arbeits- oder Sportplatz, was die Zeit bis zum Notfalleinruf verkürzt (vgl. Grande 2008; Lucas et al. 2008:217). Dazu leben die betroffenen Männer häufiger in einer Beziehung, die sich gerade beim ersten Herzinfarkt als ‚*Schutzfaktor*‘ erweist, wenn sie ihre Beschwerden nicht beachten: „When the husband disregarded his symptoms, the wife forced him to stop ignoring them and to act and seek care“ (Brink 2003:27). Die Frauen erhalten dagegen weniger soziale Unterstützung und werden von ihrem sozialen Umfeld weniger gefordert, wegen ihrer Beschwerden professionelle Hilfe aufzusuchen (Brink et al. 2002:537). Ferner vermuten die Autor_innen, dass auch das Geschlecht der anwesenden Familienangehörigen relevant sein könnte und deuten geschlechterstereotype Arbeitsteilungsmuster an: „A possible explanation could be that women, compared with men, are more concerned about the family member’s health and are better in reacting adequately when illness strikes their spouses or other relatives“ (Brink et al. 2002:540). Trotz des ungleichen Umgangs des sozialen Umfeldes mit den Herz-/Beschwerden von Männern und Frauen werden die Gesundheitsüberzeugungen (*health beliefs*) der Betroffenen als entscheidend für die Prähospitalphase erachtet,⁸⁴ die keine Geschlechterdifferenzen zeigten.

⁸³ Gemäß den Ergebnissen der MONICA-Studie ist die Alters- und Geschlechterkluft beim Herzinfarkt in Italien, Frankreich, Litauen und Spanien besonders groß. „In diesen Ländern erleiden Männern mehr als sechsmal so häufig einen Herzinfarkt verglichen mit Frauen gleichen Alters“ (Härtel 2002:275). Weniger ausgeprägt ist der Age und Gender Gap in China, USA, UK und Australien mit einem 3 : 1 Verhältnis.

⁸⁴ Das Bewusstsein für kardiale Risikofaktoren und das Verständnis für die Zuordnung ihrer Beschwerden als Herzinfarktsymptome verkürzen die Prähospitalphase. Dagegen verzögern ‚Vorstellungen der Unverletzbarkeit‘ und die ‚Missinterpretation‘ der Beschwerden den Beginn der Krankenhausbehandlung (Brink et al. 2002).

In der Herzinfarktbehandlung konnten *Gender Bias* aufgedeckt werden. Diese basieren auf der Annahme von Differenzen zwischen Männern und Frauen, die entweder gar nicht bestehen oder bestehende ausblenden. Zu den drei Hauptformen zählen: Androzentrismus, doppelter Bewertungsmaßstab und Geschlechterinsensibilität (vgl. Jahn/Kolip 2002:13).⁸⁵ Die auch als ‚geschlechterbezogene Verzerrungseffekte‘ (ebd.:12) bezeichneten *Gender Bias* reichen von der medizinischen Forschung und Lehre bis in die medizinische Behandlungspraxis und Versorgungsstrukturen, was folgend für die akut- sowie poststationäre Herzinfarktbehandlung ausgeführt wird:

Gender Bias in der notfallmedizinischen *Akutbehandlung* eines Herzinfarktes werden mittels der Auswertung neu eingeführter Herzinfarkt-Register im Rahmen der weltweiten Herzkreislauf-Studie der WHO zu Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease oder MONICA-Studie ausgewiesen. Demnach schildern Frauen im Akutfall häufiger Symptome wie Todesangst, Schulterblatt- oder Kieferschmerzen, die nicht nur von den bisherigen Forschungserkenntnissen abweichen (RKI 2006:23), sondern auch ärztlicherseits häufiger nicht als Herzinfarkt gedeutet werden. So zeigen Nachkontrollen von Patient_innen, die in der Notaufnahme mit ‚atypischen‘ Symptomen behandelt wurden, dass bei zwei bis acht Prozent dieser Patient_innen ein Herzinfarkt vorlag, der nicht diagnostiziert (und auch nicht behandelt) wurde. „Risikogruppen, bei denen Herzinfarkte gehäuft verpasst wurden, waren Alter < 55 Jahre, Frauen und Dyspnoe [Atemnot; Anm.JW] als Hauptsymptom“ (Martina 2001:635; s.a. Pope et al. 2000). Einen ‚gender ageism‘ weisen Maserejian et al. (2009) in ihrer Studie mit Videovignetten mit simulierten Patient_innen aus. Neben klassischen Symptomen einer koronaren Herzerkrankung, wozu Brust- und Rückenschmerzen sowie hoher Blutdruck zählen,⁸⁶ gaben die Schauspielpatient_innen auch psychische Beschwerden an wie: wenig Energie, Konzentrationsstörungen und Gefühlsschwankungen (ebd.:1662). Nachdem sich die niedergelassenen Ärzt_innen die videosimulierte Konsultation ansahen, vermuteten sie besonders bei Frauen, die um die 50 Jahre waren und als Lehrerin einen hohen sozioökonomischen Status aufwiesen, seltener eine koronare Herzkrankheit; dafür aber häufiger eine psychische Erkrankung als bei den äquivalenten Männern. Maserejian et al. (2009) vermuten: „that younger women with CHD symptoms are at greater risk of misdiagnosis and, hence, the possibility of treatment delay“ (ebd.:665).

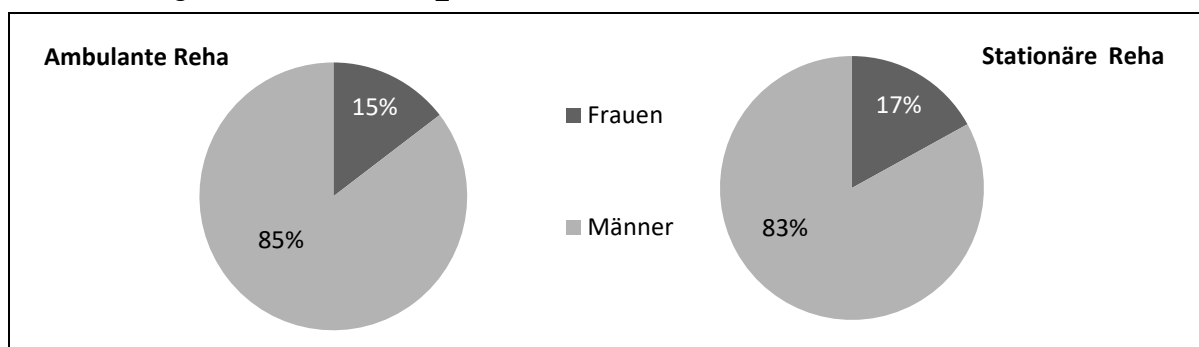
In der Medizin wird die Ausblendung körperlicher Ursachen und Zuschreibung psychischer Ursachen bei Frauen auch als ‚*Yentl-Syndrom*‘ bezeichnet, während bei Männern vermehrt körperliche Gründe vermutet, untersucht und behandelt werden (vgl. Elderkin-Thompson/Waitzkin 1999). Hierin spiegeln sich stereotype Geschlechterkonstruktionen wieder, wie sie in den medizinischen Wissenssystemen mit hervorgebracht wurden (vgl. Kap. 2.1). Nach den Analysen umfassender Herzinfarktregister bescheinigt Bairey Merz (2011): *The Yentl*

⁸⁵ Neben den drei erwähnten Formen zählen nach Margret Eichler (1998) hierzu: Familialismus, Geschlechterdichotomie, Überverallgemeinerung und Geschlechtsverklärung.

⁸⁶ „Chest pain, described as: worsening with exertion; after eating a big or spicy meal; when in a stressful situation; relieved by rest; feels different from heartburn; duration of about 3 months“ (ebd.).

syndrome is alive and well. Disparitäten bestehen u.a. in der medikamentösen Unterversorgung von Frauen mit akuten Herzbeschwerden und in einer weltweit bestehenden Unterversorgung von Frauen mit Herzmedikamenten (s.a. Bugiardini et al. 2011; Yusuf et al. 2011:1240). Disparitäten bestehen auch in der **Weiterbehandlung** von Herzerkrankungen wie in der *Überleitung* in ambulante Fachpraxen oder Rehabilitationsmaßnahmen. Eine Studie mit Fallvignetten von Patient_innen mit koronaren Herzbeschwerden mit und ohne emotionalen Stress zeigt bereits bei Medizinstudierenden eine divergente Bewertung von emotionalen Aspekten bei Männern und Frauen (Chiaromonte/Friend 2006). Bei der Angabe von Stress erhielten Patientinnen signifikant seltener eine KHK-Diagnose und Überweisung in eine *kardiologische Praxis* als Patienten und ihre Symptome psychogenen Ursachen wurden zugeschrieben (ebd.: 255; s.a. Sieverding/Kendel 2012:1121). In stationären und ambulanten *Reha-Maßnahmen* sind Frauen deutlich unterrepräsentiert. Knapp ein Drittel aller Frauen nehmen nach einem akuten kardialen Ereignis – im Gegensatz zu der Mehrheit der Männer (80%) – an einer Anschlussrehabilitation teil und noch weniger das ambulante Nachsorgeangebot ‘Herzsportgruppen‘ wahr (Mittag/Horres-Sieben 2001:80). Laut dem Herzbericht 2015 (DHS 2015b:185) nahmen im Jahr 2014 insgesamt 6.903 Frauen und 39.991 Männer an einer kardiologischen Reha-Maßnahme teil.⁸⁷

Abb. 4 Verteilung von KHK-Rehabilitand_innen nach Reha-Form und Geschlecht in %



Quelle: DHS-Tabelle „Merkmale stationärer und ambulanter Rehabilitanden“ auf der Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV – 2014 (DHS 2015b:186).⁸⁸

Dass Frauen in beiden Reha-Formen deutlich unterrepräsentiert sind, wird nicht thematisiert. Derweil mutmaßt Gesine Grande, dass „möglicherweise das ärztliche Überweisungsverhalten und subjektive Präferenzen und Erwartungen der Patientinnen eine Rolle [spielen]“ (Grande 2008:42). Es wird vermutet, dass Frauen weniger an körperlichen Maßnahmen und stärker an psychologischer Unterstützung interessiert seien. Aufgrund des geringen oder fehlenden Frauenanteils werden weitere Studien gefordert (vgl. Daly et al. 2002:11). Seit geraumer Zeit wird die psychosoziale Situation angeführt. Insbesondere die Sorgeverpflichtungen von Frauen für die Familienangehörigen mehrerer Generationen (Kinder, Partner, Schwieger-/Eltern und Enkelkindern) könnten erklären, „warum Frauen sich oft gegen eine Rehabilitation entscheiden, zu der nach einem Herzinfarkt dringend geraten wird“ (Richartz 2015:112). Genaue Zahlen

⁸⁷ Mit 81% handelt es sich um eine AHB und mit 29% um eine Kur/,Rehabilitation auf Antrag‘ (ebd.:186).

⁸⁸ Da bei berenteten Patient_innen die Krankenkasse zuständige Kostenträgerin für die AHB/AR ist, werden vor allem ältere Rehabilitand_innen über dem 65. Lebensjahr nicht in der DRV-Datenbasis erfasst.

oder Studien werden nicht erwähnt. Unklar ist auch, inwiefern Überleitungen in geriatrische Einrichtungen miterfasst werden, die für Herzinfarktpatient_innen mit körperlichen Unterstützungsbedarf indiziert sind (vgl. Kap. 3.1.1). Jedoch stellen Dunlay et al. (2009:858) als das bemerkenswerte Ergebnis ihrer Studie zu *Barriers to participation in cardiac rehabilitation* heraus, dass die ärztliche Aussprache für eine Reha mit einer sechsfachen Zunahme der Teilnehmerate verbunden war. Zugleich deckten US-amerikanische Studien “racial and gender disparities in referral patterns“ (Aragam et al. 2011:548) auf, demnach ‚Weiße‘ und Männer sowie schwerwiegende ST-Hebungsinfarkte häufiger eine Überweisung in eine kardiologische Reha erhielten als ‚Nicht-Weiße‘, Frauen und leichtere Herzinfarkte, was ihre Benachteiligung aufrechterhalte und fortführe (Cortés/Arthur 2006; Brown et al. 2009:520).

Insgesamt fließt das Wissen über die Bedeutung von Gender/ Bias laut Kuhlmann & Kolip (2008) nur im „Schneckentempo“ (ebd.:191) in die Behandlung von Herzerkrankungen ein. Auch in der wegbereitenden Epidemiologie haben die Beiträge zur Berücksichtigung von Genderaspekten und eine Reflexion von Gender Bias in der Gesundheitsforschung „noch keinen breiten Eingang in einschlägige Fach- und Lehrbücher sowie in die universitäre Lehre der Epidemiologie gefunden“ (Bolte 2008:10). In der Kardiologie halten Expert_innen und Fachzeitschriften und aktuelle Leitlinien mit der Bezeichnung ‚atypisch‘ am androzentristischen Maßstab fest (vgl. Hamm 2004a/b; Geibler-Zehender/Bode 2012; Richartz 2015). Die Tatsache, dass Patient_innen nach Geschlecht unterschiedlich behandelt werden, ist laut Klea Bertakis (2003:358) als ein Indiz dafür zu werten, dass unterschiedliche Geschlechtervorstellungen und -stereotype die Entscheidungen von Ärzt_innen beeinflussen, die Behandlungsdisparitäten bedingen. So werden in der Behandlung von Frauen stärker psychische Aspekte unterstellt und körperliche Ursachen ausgeblendet werden, während sich die Behandlung von Männern stärker auf körperliche Bereiche begrenzt und psychologische Aspekte vernachlässigt werden. Es stellt sich die Frage, welche Rolle die Gendermedizin hierbei einnimmt.

3.1.3 Aktuelle Geschlechterkonstruktionen in der Gender- und Herzmedizin

Gemäß Niroomand (2013) setzten sich die in 1950er Jahren entwickelten medizinischen Interventionen (Herzoperationen, -medikamente und Katheterinterventionen) in den 1980er Jahren im Rahmen kontrollierter Studien durch und begründen die heutige evidenzbasierten Behandlungsleitlinien. Weitergehende Erfolge von Kontrollstudien blieben jedoch aus, deren Ziel es war, mit Hilfe von Kontrollgruppen die pharmakologische oder medizintechnische Wirkung von *medizintherapeutischen Placeboeffekten* durch die Erwartungshaltungen der interagierenden Ärzt_innen und Patient_innen zu separieren. Zwar bewertet Niroomand (2013: 1946f.) die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien der untersuchten Gruppen als Schwachstelle, so dass ein Großteil der in der Praxis behandelten Patient_innen nicht von den Randomized Controlled Trials profitiert. Gender wird indes nicht erwähnt, während auf neue Ansätze hinsichtlich personalisierter Behandlungsansätze eingegangen wird.

Gegenwärtig ist in der Herzinfarktbehandlung ein enormer Bedeutungszuwachs genzentrierter Wissenssysteme zu verzeichnen. Ausgehend von der genetischen Einzigartigkeit eines jeden Menschen werden personalisierte oder individualisierte Diagnose- und Behandlungsverfahren begründet, was auch als ‚Personalisierte‘ oder ‚Individualisierte Medizin‘ bezeichnet wird. Anhand genetischer und mathematischer Analysen werden Ereignisraten für drohende körperliche Entwicklungsprozesse, wie z.B. für das Risiko eines *Herzinfarktes*, und die potenzielle Wirkung von (Herz-)Medikamenten berechnet, die die Verordnung ‚maßgeschneiderter‘ Medikamente indiziert erscheinen lassen. Im Mittelpunkt stehen nicht individuelle Präferenzen oder Lebensstile und -lagen von Patient_innen, sondern molekularbiologische Daten, um die medizinische Behandlung zu berechnen, so dass dies auch als ‚biologisch stratifizierende Medizin‘ (Raspe 2013:60) bezeichnet wird. (Vgl. Woopen 2013, umfassend DER 2013b)

Der Vormarsch der Individualisierten Medizin wird in Lehrbüchern der Gendermedizin widersprüchlich bewertet. Gadebusch Bondio (2014:14f.) bemängelt an bisherigen Publikationen zur Individualisierten Medizin, dass Geschlecht nicht thematisiert wird. Dadurch könnte der Eindruck entstehen, dass Gendermedizin in der stratifizierenden Medizin aufgehe. „Das Individuen – Frauen und Männer – [...] auch einen geschlechtertypischen Habitus gegenüber Gesundheit, Krankheitsrisiken und Kranksein pflegen, darf nicht unterschätzt werden“ (ebd.: 15). Die Gendermedizin stehe demnach *vor* der Individualisierten Medizin (ebd.:16). In einer anderen Selbstdarstellung der Gendermedizin sieht sich diese indes als ‚integrativen Bestandteil der personalisierten Medizin‘, demnach für die medizinische Forschung: „bereits im Studiendesign wie bei den Publikationen das Geschlecht und nach Möglichkeit auch der Hormonstatus angegeben und berücksichtigt werden, sowohl in Zellstudien als auch bei Tierversuchen und insbesondere bei den klinischen Studien“ (Kautzky-Willer 2012:8). Auch die gendermedizinische Herzinfarktforschung kritisiert, dass bisherige Studien die XX-Chromosomenkombination von Frauen aufgrund des geringen Frauenanteils kaum berücksichtigen und oftmals auf eine kleine Kohorte begrenzt sind, die auch körperliche Entwicklungsprozesse älterer Herzpatient_innen ausblenden (vgl. Regitz-Zagrosek 2012b:17f./2012a:3f.).

Einerseits steht die aktuelle Genzentrierung in der Herzinfarktbehandlung vor dem Problem, dass genetische Regulationsprozesse weitaus komplexer und zum größten Teil hinsichtlich sozial- oder epigenetischer Prozesse noch unerforscht sind. Insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist es Niroomand (2013:1948) weiter folgend schwierig, diese auf eine genetische Basis zu reduzieren, da kardiovaskuläre Erkrankungen multigenetisch und durch vielfältige psychosoziale Risikofaktoren bedingt sind. Während Kritik an der personalisierten Medizin noch stärker vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Interessen der Pharmaindustrie geäußert wird (umfassend DER 2013b), besteht in Bezug auf die Konstruktion von Geschlecht die Gefahr, dass die bereits in der Genetik aufgezeigten komplexitätsreduzierenden Prozesse und ‚geschlechterdichotomen Metaphern‘ (Schmitz 2006) auch in der personalisierten sowie Gendermedizin re-produzieren werden (s.a. Scheele 2009 kritisch zur Wissensproduktion in der Männergesundheitsforschung). Ferner müssen auch die mathematischen Modelle, die in der risikostratifizierenden Medizin angewendet werden, hinsichtlich impliziter Geschlechter-

konstruktionen untersucht werden, wie z.B. die Risikostratifizierung nach FRS. Hier wird das kardiovaskuläre Risiko junger Frauen unterschätzt und der Einfluss psychosozialer Risikofaktoren allein auf ‚Rauchen‘ reduziert, so dass auch akutmedizinische Maßnahmen gar nicht oder verzögert durchgeführt werden (vgl. Finks 2010:184).

Andererseits besteht die Gefahr, dass sich die medizinische Behandlung auf die Verschreibung zuvor errechneter, evidenzbasierter Medikamente reduziert und medizinterapeutische, psychosoziale sowie gesellschaftliche Aspekte ausgeblendet werden. Für die kardiovaskulären Erkrankungen prognostizieren Craig Hartley et al. (2012), dass personalisierte Behandlungsstrategien die derzeitige Prophylaxe mit einer „aggressive risk factor modification“ (ebd.:793) die Morbiditäts- und Mortalitätsraten von Herzinfarkten und Schlaganfällen um 50 Prozent reduzieren könne. Zudem werden in den letzten Jahren in der (Herz-)Medizin Stimmen laut, die die prophylaktische Verordnung von Medikamenten fordern: zum einen der ‚Superpille‘ für die breite Bevölkerung zur Prophylaxe von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen (Sutcliffe et al. 2013); zum anderen einer ‚Polypille‘ zur risikoadjustierten Behandlung von Herzerkrankten, mit der alle Herzmedikamente auf einmal eingenommen werden können und müssen. Norbert Schmacke (2007:34f.) folgend resultieren die beiden medikamentösen Behandlungsempfehlungen weniger aus medizinischen als sozialen Gründen, nämlich aus einer unter Ärzt_innen bestehenden *Unzufriedenheit* gegenüber ihren Patient_innen, die ihren Lebensstil nicht nach den medizinischen Leitlinien und ärztlichen Anweisungen ausrichten. Auch im Krankheitsfall wird die Therapietreue (*Compliance*) der Patient_innen bemängelt. Schmacke verweist hierbei auf medizinische Studien, demnach Patient_innen mit steigender Anzahl ihrer Medikamente sowie steigendem Alter weniger dem ärztlichen Behandlungsregime folgen. Die Verordnung von Superpillen ist daher unter sozial motivierten Gesichtspunkten als *Medikalisierung* zu betrachten (vgl. Kap. 2.1.1).

Den Leitlinien entsprechend umfasst die medikamentöse Herzinfarktbehandlung gut ein halbes Duzend Medikamente (vgl. Kap. 3.1.1), wovon ein Teil lebenslang einzunehmen ist, was mit vielfältigen Verhaltensnormierungen verbunden ist; nämlich der Frage, wann und wie häufig vor oder nach Mahlzeiten bzw. Schlafphasen die Medikamente einzunehmen sind. Mit Verweis auf die erhöhte Gefahr gesundheitlicher Folgeschäden und eines vorzeitigen Todes eignen sich die medizinischen Behandlungsempfehlungen auch psychosoziale Handlungsbereiche im Namen einer ‚herzgesunden‘ Lebensführung an. Hierzu zählen u.a. das tägliche Ernährungs- und Bewegungsverhalten, den Konsum von Genussmitteln sowie Konfliktbewältigungsstrategien und der Tages-Nacht-Rhythmus (aktuell Schunkert 2013), die hinsichtlich sozialer Normierungsprozesse von Geschlecht hinterfragt werden müssen.⁸⁹ Die gendermedizinische Erforschung medikamentöser Behandlungsstrategien begrenzte sich bisher vornehmlich auf pharmakologisch relevante Geschlechterdifferenzen. Demnach profitieren Frauen mit einem Herzinfarkt weniger von der Akutmedikation und zeigen stärkere Nebenwirkungen, was eine höhere Frühletalität mit bedinge (vgl. Regitz-Zagrosek 2012b:20f.). Zurückgeführt wird dies

⁸⁹ Zu den »feinen Unterschieden« im Sinne eines ‚weiblichen‘ und ‚männlichen‘ Essverhaltens siehe Bourdieu (1987:308ff.) sowie aktueller: Mense (2007) und Rose & Seehaus (2016).

auf geschlechterinsensible Dosierungsrichtlinien und androzentristische Studien, in denen Frauen unterrepräsentiert sind, so dass die medikamentöse Behandlung auf einen ‚männlichen‘ Körperbau und Gewichtsstandards sowie organische Besonderheiten ausgerichtet ist (allgemein: Thürmann 2014; Herzinfarktbehandlung: Franconi et al. 2012; Regitz-Zagrosek 2012a:3). Der körperbezogenen *Androzentrismuskritik* hinzuzufügen ist, dass die medikamentösen Dosierungsempfehlungen vornehmlich auf Studien mit jungen Männern mit einem Körpergewicht von 75 Kilogramm, ohne weitere Nebenerkrankungen und uneingeschränkter Nierenfunktion basieren. Ältere und jüngere Menschen, über und unter 75 Kilogramm gewichtige Personen oder Patient_innen mit Nebenerkrankungen bzw. eingeschränkter Nierenfunktion werden ebenso ausgeblendet wie soziale Faktoren, wie sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung, Versorgungsstrukturen etc. So waren in Studien zur Koronaren Herzkrankheit vor allem *middle-aged-white-men* vertreten (vgl. Grady/Chaput/Kristof 2003:9; Schofield et al. 2002: 69).⁹⁰ Vielmehr tendiert Gendermedizin dazu, Männer- und Frauengruppen zu homogenisieren und körperliche Prozesse – hier am Beispiel der Verstoffwechslung von Medikamenten – zu vergeschlechtlichen. Offen bleibt auch die Frage, wie der doppelte Bewertungsmaßstab in der medikamentösen Behandlung in Form der international ausgewiesenen Unterversorgung von Frauen mit Herzmedikamenten zustande kommt (u.a. Bugiardini et al. 2011; Yusuf et al. 2011), was nicht in gendermedizinischen Studien erforscht wird.

Während Ulrike Maschewsky-Schneider (2016) Gendermedizin nicht als Teil von Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health benennt, betitelt Jürgen Voß (2013) „Gendermedizin als antiemanzipatorisches Projekt“ und kritisiert an dem kardiologischen Beitrag zu „Geschlechtsunterschieden bei Herzinsuffizienz“ (Regitz-Zagrosek 2012d) eine essentialistische Fundierung der gendermedizinischen Herzforschung. Differenzen zwischen ‚männlichen‘ und ‚weiblichen‘ Herzen werden verkürzt mit Sexualhormonen und ‚geschlechtsspezifischen‘ Herzstoffwechselprozessen erklärt, während soziale Faktoren nur angerissen werden, die auf eine schlechtere medizinische Versorgung von Frauen mit Herzinsuffizienz in Krankenhäusern hinweisen, insbesondere wenn sie von Ärzten behandelt werden. „Dagegen behandeln weibliche Ärzte die weiblichen und männlichen Patienten gleich gut“ (ebd.:168). Die gendermedizinischen „Tipps für die Praxis“ enthalten indes keine das soziale Geschlecht betreffende Empfehlungen oder Forderungen, sondern nur tabellarische Vermerke: Demnach sind soziale Geschlechterunterschiede in der medizinischen Behandlung für Männer günstiger, während Frauen bereits über schlechtere Zugangsmöglichkeiten verfügen.⁹¹

Selbige Autorin geht als Mitherausgeberin des Sammelbandes *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine* (Oertelt-Prigione/Regitz-Zagrosek 2012) hierin auf handlungsbezogene und interaktive Bedeutung von Geschlecht in der Medizin sowie Kardiologie ein (Regitz-Zagrosek

⁹⁰ Siehe hierzu die Leitlinien zu Erforschung von Geschlechterdifferenzen mit dem sex/gender-Ansatz am Beispiel der kardiovaskulären Erkrankungen von Springer et al. (2012).

⁹¹ Bei Männern sind als soziale Geschlechterunterschiede bei Herzinsuffizienz vermerkt: „bessere Behandlung durch männliche Ärzte“ und „vermehrte Kontrolle und besseres Wissen beeinflussen günstiger das Selbstmanagement“; bei Frauen: „schlechtere Lebensqualität“, „schlechterer Zugang“ und „geringe Zuweisungsraten“ zu spezifischen kardiologischen Behandlungsmaßnahmen (Regitz-Zagrosek 2012b:172).

2012a/b), die das Verhalten der Patient_innen und Ärzt_innen beeinflussen: "Gender differences also exist in health-seeking behavior, on the patient side; and in disease management, and on the physician's side. They also lead to underdiagnosis in women with CAD [Coronary Artery Disease; JW], delayed diagnosis in women with MI [Myocardial Infarction; JW], gender differences in use of echocardiography for diagnosis of HF, among others" (Regitz-Zagrosek 2012b:17). Auch inter-/nationale Symposien zu Gendermedizin und -gesundheit weisen auf die enge Verknüpfung biologischer und soziokultureller Geschlechteraspekte hin (Kloepfer 2013: 43), die zusammen Fehl- und Unterversorgungen von Männern und Frauen in der Herzinfarktbehandlung mit bedingen (Hess 2012).⁹² Neuere gendermedizinische Studien wie die Studie „Berliner Frauen Risikoevaluation (BEFRI)“ des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin berücksichtigen auch die Selbsteinschätzung des kardiovaskulären Risikos bei Frauen und ihr präventives Verhalten (Kloepfer 2013:47). Im Gegensatz zur personalisierten oder ‚biologisch stratifizierenden Medizin‘ wird Gendermedizin als umfassender bewertet, indem diese laut Woopen (2013:8): „die zum Teil erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede in Symptomatik, Behandlung und Verlauf von Krankheiten untersucht und mit einbezieht.“ Dies sei „der erste naheliegende Schritt einer groben Unterteilung von Patientengruppen in zwei Untergruppen – ein Schritt, der gleichwohl noch lange nicht ausreichend beherzt gegangen worden ist“ (ebd.). Erst die weitere Analyse gendermedizinischer Ergebnisse offenbart soziale Prozesse, die zur Ausbildung von Geschlechterdifferenzen beitragen, was für die Herzinfarktbehandlung näher erörtert wird:

Entgegen der Erfolge in der Senkung der Sterbe- und Wiedererkrankungsrate nach dem ersten Herzinfarkt offenbaren aktuelle Studien, dass die Erkrankungsrate bei jungen Frauen steigt und sie häufiger an einem Herzinfarkt versterben als gleichaltrige Männer. Gendermedizinische Studien stellen neben ärztlich-diagnostischen Fehleinschätzungen und vermehrten Komplikationen nach therapeutischen Eingriffen auch den Einfluss psychosozialer Risikofaktoren heraus, wozu Rauchen, erwerbs- und familienarbeitsbezogener Stress gezählt werden (Regitz-Zagrosek 2012b:21f.; Kloepfer 2013:45). Der stressinduzierende Einfluss von *Care*-Arbeit und der Koordination von Familien- und Erwerbsarbeit blieben lange Zeit unerforscht. Erstmals werteten Suzanne Haynes und Manning Feinleib Anfang der 1980er Jahre eine in Framingham durchgeführte Befragung erwerbstätiger Männern und Frauen im Vergleich zu nicht erwerbstätigen ‚Hausfrauen‘ aus: Alleinstehende und erwerbstätige Frauen wiesen das niedrigste Risiko für eine Coronary Heart Disease (CHD) auf. Frauen, die Erwerbs- und Familienarbeit koordinierten, waren stärker gefährdet; "especially among those who had raised three or more children. Among working women, clerical workers⁹³ who had children and were married to blue collar workers were at highest risk of developing CHD" (Haynes/Feinleib 1980: 130). Gendermedizinische Studien untersuchen *zwar* die Verknüpfung familiärer Sorgearbeit mit körperlichen Stressreaktionen, die ein höheres Stressaufkommen (Peak) bei Frauen mit Kind/ern aufzeigen als bei den mit ihnen zusammenlebenden Männern, und zwar nach Feier-

⁹² Zu Unter-, Über-, Fehl- und bedarfsgerechter Versorgung siehe Bardehle/Vinnemeier (2014:108).

⁹³ Hierzu zählten Sekretär_innen, Buchhalter_innen, Bankangestellte und Verkäufer_innen (ebd.:134).

abend: „wenn die Familie wieder zusammenkommt und die Kinder ins Bett gebracht werden müssen. Dieser abendliche Anstieg von Stresshormonen ist bei Männern nicht zu finden“ (Kramarz 2003:16). Vermehrten Arbeitsstress berichteten auch Frauen, die einen Myokardinfarkt (MI) erlitten: “Stress had been present before the MI as the result of having had a great deal of responsibility for another person, the whole family or at work, and this was considered to be the reason for the MI“ (Sjöström-Strand/Fridlund 2007:13). *Jedoch* verharren gendermedizinische Ansätze darin, ‚geschlechtsspezifische‘ Risikofaktoren zu klassifizieren.⁹⁴ Damit tendiert Gendermedizin wie die (risiko-)stratifizierende Medizin dazu, gesundheitsriskante Verhaltensweisen zu individualisieren, ohne sich kritisch mit den gesundheitlichen Folgeschäden sozial ungleicher Genderarrangements auseinanderzusetzen (vgl. Bolte 2008:10). Letzteres umfasst laut Voß (2013) *sowohl* die (strukturelle) Mehrfachbelastung von Frauen durch Erwerbs- und Reproduktionsarbeit sowie die (symbolische) geringe Bewertung und Entlohnung ‚weiblich‘ konnotierter Tätigkeiten *als auch* die gesundheitsschädigenden Folgen von Sexismus, Diskriminierungs- und Gewaltverhältnissen.

Dazu ähneln die in der Gendermedizin verwendeten Formulierungen den dichotomen Zuschreibungen in den sonderanthropologischen Geschlechterdiskursen (vgl. Kap. 2.1.1). Demnach seien Männer stärker durch anstrengende körperliche Aktivitäten und Frauen stärker durch emotionalen Stress gefährdet, einen Herzinfarkt zu erleiden (vgl. Regitz-Zagrosek 2012b:18). Besonders verdeutlicht sich dies in den Publikationen zum *broken heart syndrom*, das „überwiegend (80-90%) bei älteren Frauen im mittleren Alter von 65 bis 75 Jahren“ (Schneiber 2012: 4) diagnostiziert wurde und auf ‚starken seelischen oder körperlichen Stress‘ zurückgeführt werde, denen die älteren Frauen ausgesetzt waren, wie: ein plötzlicher Todesfall in der Familie, ein heftiger Streit, die Diagnose einer Tumorerkrankung, Unfälle, Operationen oder starke (beängstigende) Atemnot bei vorliegender Lungenerkrankung. Erklärt werde das ‚gebrochene Herz‘ älterer Frauen mit der Abnahme ‚weiblicher Geschlechts-hormone‘ nach den Wechseljahren, so dass der mit der Stresssituation verbundene Überschuss an Stresshormonen (u.a. Adrenalin) direkt den Herzmuskel schwäche (ebd.). Damit einhergehend verdeutlicht sich eine Tendenz, ausgehend von quantitativen Differenzen in der ‚Häufigkeitsverteilung nach der Geschlechtszugehörigkeit‘ (Jahn 2003) Männer- und Frauengruppen zu homogenisieren⁹⁵ und Geschlechterdichotomien im Sinne ‚weiblicher‘ respektive ‚männlicher‘ Herzen mittels biomedizinische Daten zu essentialisieren. Dem folgend ist die ‚neue Biomedizinierung der Frauengesundheit‘ (Clarke/Olesen 2003) auch in der ‚Gendergesundheit‘ (Kloepfer 2013) und im gendermedizinischen Blick in der Herzinfarktbehandlung kritisch zu betrachten.

⁹⁴ Siehe hierzu die schwedische Studie zu Stress in women’s daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis (Sjöström-Strand/Fridlund 2007:13) oder die statistischen Analysen der Stockholm Female Coronary Risk Study (Orth-Gomér et al. 2000) zum Risikofaktor Ehestress bei Frauen mit einem Herzinfarkt.

⁹⁵ Siehe auch die kardiologischen Beiträge im Lehrbuch ‚Medizin und Geschlecht‘ (Miemietz 2013).

3.2 Zur Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen im Krankenhaus – unter Berücksichtigung implizierter Geschlechterkonstruktionen

Aus medizinsoziologischer Sicht stellt die Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen eine ‚spezifische soziale Entität‘ dar, „die immer unter bestimmten kulturellen, ökonomischen, politischen und juristischen Rahmenbedingungen existiert“ (Begenau et al. 2010:7). So ist das heutige Verhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen historisch betrachtet als eine recht junge Beziehung zu bezeichnen, die zunächst dem wohlhabenden Bürgertum vorbehalten war (ebd.:9f.; s.a. Dörner 2003:68). Erst mit der Einführung der Krankenversicherung im 19. Jahrhundert und der Institutionalisierung von Kliniken – infolge des Ausbaus eines staatlichen Gesundheitssystems – wurden auch die unterprivilegierten Schichten in die Behandlungspraxis stärker einbezogen (vgl. Dörner 2003:219). Die noch ungewohnte heterosoziale Konstellation zwischen gutbürgerlichen (vornehmlich ‚männlichen‘) Ärzten und der ‚unterbürgerlichen‘ Arbeiterschaft (ebd.:235f.) ging mit Autoritätsproblemen einher: „In dieser Klemme entstand der Typ des Arztes als ‚Halbgott in Weiß‘, als eine Patientenmasse objektivierende, autoritär dresierende und aneignende Mixtur aus Standesdünkel der Feudalzeit, militaristischem Drill und wissenschaftlicher Fortschrittsgläubigkeit, mit Instrumenten notfalls drastischer Sanktionen, ein Typ, den es so vorher nicht gab und heute längst nicht mehr gibt“ (Dörner 2003:236).

Erste Grundsteine für eine soziologische Betrachtung der Medizin und der Konstituierung einer *medical sociology* wurden in der Mitte des 20. Jahrhunderts zunächst im US-amerikanischen Raum durch die Arbeiten von Talcott Parsons (1951, dt. 1958) gelegt, der aus strukturfunktionalistischer Sicht die ‚moderne Medizin‘ untersuchte: Diese wende sich vom ‚biologischen Schicksalsglauben‘ ab und verstehe Krankheit als Be-/Verhinderung der sozialen Teilhabe und Ausübung sozialer Rollen, so dass die Gesellschaft ein „funktionales Interesse an der Bekämpfung der Krankheit“ (Parsons 1958:10f.) habe. Dem folgend wird Medizin in der Soziologie als ein soziales System ‚institutionalisierter Mechanismus‘ (vgl. ebd:12) oder auch als ‚sozial-kulturelle Institution‘ (Rode 1962:23) betrachtet, um die Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems zu erhalten bzw. die sozialen Folgen von Krankheit (Devianz) zu mindern. Die starke Arbeitsorientierung tritt auch im Rehabilitationsverständnis hervor, das die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Unabhängigkeit von solidarisch finanzierten Transferleistungen und damit Wiedererlangung der sozialen Identität, Teilhabe und Selbstbestimmung intendiert (Gerhardt 1986:39f.).

Anlehnend an Parsons weist Rhode (1962:23) für die Institution ‚Medizin‘ einen ‚kulturellen Wertekomplex‘ als kennzeichnend aus, der Wissen, Überzeugungen, Rollenbilder, Werte, Ideologien, Einstellungen, Bräuche, Riten und Symbole umfasst sowie mit Politik, Religion, Kunst, Erziehung, Wirtschaft etc. „zu einem funktionsfähigen Ganzen integriert ist“ (ebd.). Doch erst im Geflecht sozialer *Wechselbeziehungen* und Organisationen kann sich nach der kulturelle Wertekomplex in Form von sozialen ‚Statusrollen kristallisierenden Verhaltensformierungen‘ (Rhode 1962:27) wirksam manifestieren. Umfassend arbeitet Parsons (1958) die so genannten *pattern variables* im Sinne institutionalisierter Erwartungen an und normativen

Handlungsorientierungen für Ärzt_innen und Patient_innen heraus (vgl. Parsons 1958:14-19).⁹⁶ Diese bilden die Grundsteine für die Entwicklung weiterer Beziehungsmodelle zwischen Ärzt_innen und Patient_innen: Als konstituierend für die Beziehung zwischen Ärzt_innen und ihren Patient_innen wird das asymmetrische Wissens-Macht-Gefälle erachtet, das die Unterordnung der kranken Lai_innen unter die medizinische Fachkompetenz der Ärzteschaft legitimiert. Die machtvolle Monopolstellung der Ärzt_innen in der Behandlung von Kranken reicht von der Definition von Krankheit respektive Gesundheit bis hin zur Festlegung und Steuerung medizinischer Maßnahmen.⁹⁷ Die zeitliche und inhaltliche Steuerung der Behandlung (Beginn, Verlauf, Ende, Unterbrechungen, Umfang etc.) betrifft auch das Behandlungsgespräch. (Vgl. Siegrist 2005:251; Buser et al. 2003:245)

Sowohl das Verständnis von Krankheit als auch das Rollenverständnis innerhalb der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen beeinflussen, was Gegenstand der Behandlung und des Behandlungsgesprächs ist (vgl. Klepmerer 2003:7). Für die medizinischen Wissenssysteme konnte bereits aufgezeigt werden (vgl. Kap. 2.1; 3.1), dass das Machtgefälle zwischen Ärzt_innen und Patient_innen sozialen Wandlungsprozessen unterliegt, die u.a. die ‚halbgöttliche‘ Stellung der Ärzt_innen entmystifizieren (Borgetto/Kälble 2007). Welche Geschlechterkonstruktionen die unterschiedlichen Beziehungsmodelle zwischen Ärzt_innen und Patient_innen innewohnen, wird ausgehend von Parsons (paternalistischem) Beziehungsmodell (3.2.1) betrachtet und sodann den neuen (patient-centred) Beziehungsmodellen (3.2.2) gegenübergestellt. Das institutionelle Behandlungssetting ‚Krankenhaus‘ (3.2.3) gestaltet zugleich die Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen auf spezifische Weise mit.

3.2.1 Klassisch paternalistisches Beziehungsmodell zwischen Ärzt_innen und Patient_innen und die implizierten Geschlechterkonstruktionen

Ausgehend von teilnehmenden Beobachtungen⁹⁸ in einem Bostoner Krankenhaus und Hausbesuchen sowie Interviews mit niedergelassenen Ärzt_innen⁹⁹ definiert Parsons (1951) erstmals die Rolle der Patient_innen “as the recipient of the services of a scientifically trained *professional physician*“ (ebd.:476 Herv.i.Org.). Davor steht der Erwerb der ‚Krankenrolle‘, die durch den Verlust von Gesundheit von allen Gesellschaftsmitgliedern erworben werden kann. Hiermit sind in der Gesellschaft gleichermaßen Privilegien und Verpflichtungen institutionalisiert, um die devianten/kranken Gesellschaftsmitglieder zu kontrollieren und die Gefahren von „Gruppenbildung und erfolgreichem Streben nach dauerhafter Legitimierung“ (Parsons 1958:51) zu minimieren. Demnach sollen Kranke – ähnlich wie Gefängnis – zunächst separiert, behandelt und dann wieder integriert werden (Parsons 1958:53). Zugleich werden Kranke temporär von

⁹⁶ Wie auch in Parsons‘ Arbeiten stand im deutschsprachigen Raum der Medizinsoziologie zunächst das institutionelle Behandlungsverhältnis im Krankenhaus im Fokus (vgl. Rhode 1962; Ritter-Röhr 1975).

⁹⁷ Dies umfasst auch die Erstellung von Rezepten für verschreibungspflichtige Medikamente, welches andere Gesundheitsprofessionen – aber auch Krankenhausärzt_innen – nicht dürfen (vgl. Lorber 1997:39).

⁹⁸ Parsons weist auf eine nicht abgeschlossene Feldstudie hin, deren Teilergebnisse in die Beschreibung ‚alternativer Orientierungsweisen‘ in der modernen Medizin einfließen (vgl. Parsons 1958:10 Anm. *).

⁹⁹ Zwar fehlen Angaben zur Geschlechterverteilung. Da in den USA Ärztinnen jedoch seit gut 100 Jahren praktizierten (vgl. Kap. 2.2.1), können sie nicht per se ausgeschlossen werden und werden daher mit erfasst.

der Verantwortung für ihre Krankheit/Devianz entbunden und von regulären Rollenverpflichtungen freigestellt. Im Gegenzug sind sie dazu verpflichtet, den abweichenden Zustand schnellstmöglich zu beenden und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Parsons 1958: 16ff.; Borgetto/Kälble 2007:162).

Von der Ärzteschaft werden parallel zur berufsständischen Selbstverpflichtung (Hippokratischer Eid) weitere normative Erwartungen an die „Rolle des Arztes“ (Parsons 1958:14) herangetragen. Diese beschreibt Parsons im Einklang mit generellen Rollenmerkmalen von Professionellen als: „universalistisch, funktional spezifisch und emotional neutral. Im Gegensatz zur Rolle des Geschäftsmannes ist sie kollektivitäts- und nicht selbstorientiert“ (Parsons 1958: 14). Im deutschsprachigen Raum wird die Bezeichnung „*Arztrolle*“ (Gerhardt 1991:172 Herv.i. Org.) verwendet. Die *kursive* Hervorhebung wird im Folgenden übernommen, um die implizierten Vergeschlechtlichungen im wissenschaftlichen Denk- und Begriffsapparat sowie in den normativen Vorstrukturierungen von Handlungserwartungen an Ärzt_innen zu markieren, was jedoch nicht Gerhardts Intention war. Zu den normativen Erwartungen an die ‚*Arztrolle*‘ zählen: dass sie für alle Menschen zuständig sind (*Universalismus*), über eine hohe technische Fachkompetenz verfügen (*funktionale Spezifität*), ihren Patient_innen emotional unvoreingenommen gegenüberzutreten (*affektive Neutralität*) und sie uneigennützig behandeln (*Kollektivitätsorientierung*) (s.a. Siegrist 2005:239).¹⁰⁰

Die Unterordnung individueller Wahrnehmungen unter universelle Klassifikationssysteme, das Zurückstellen von Emotionen wie Antipathien, die funktionale Fokussierung auf gesundheitsbezogene Themen und der nicht das Gemeinwohl ausnutzende Umgang wird auch von Kranken erwartet (vgl. Parsons 1958:18; Borgetto/Kälble 2007:161f.). Das komplementäre Rollenverständnis von Ärzt_innen und Patient_innen ist durch ein asymmetrisches Wissens- und Machtgefälle gekennzeichnet: Aufgrund der fehlenden fachlichen Qualifikation der Patient_innen und ihrer emotionalen Betroffenheit, wie Hilflosigkeit, Angst oder Schamgefühle, seien Patient_innen gar unfähig, selbst über ihre Behandlung zu entscheiden, und daher dazu verpflichtet, sich der ‚ärztlichen Autorität‘ unterzuordnen und die Anordnungen zu befolgen. Letzteres wird *Compliance* genannt (vgl. Parsons 1958:21-25). Die normativen Handlungsorientierungen der ‚*Arzt-* und *Krankenrolle*‘ zusammengenommen konstituieren das klassische oder auch *pater-nalistische* Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis. Demnach leiten Ärzt_innen funktional spezifisch und emotional neutral die Behandlung und das Gespräch mit ihren Patient_innen, die den fachkompetenten Behandlungsempfehlungen pflichtbewusst Folge leisten.

Parsons’ Rollenannahmen wurden früh und vielfach in der Medizinsoziologie kritisiert.¹⁰¹ Angesichts ihres strukturfunktionalistischen Ansatzes wird Kritik hinsichtlich des Aspekts der ‚Illusion der Stabilität‘ und Harmonie geübt, „die in keiner Weise wirklichkeitsgerechte Einblicke vermittelt“ (Rhode 1962:24). So lassen sich die Handlungsorientierungen der ‚*Arztrolle*‘

¹⁰⁰ Ferner leitet Gerhardt (1991) aus Parsons’ Ausführungen zur ‚*Arztrolle*‘ das Rechte auf „uneingeschränkter Zugang zu Körper, Psyche und Lebensgeschichte“ (ebd.:174) der Kranken sowie auf das alleinige Betrautsein mit der Behandlung des Kranken ab (vgl. ebd.).

¹⁰¹ Einen umfassenden Überblick über (widerlegbare) Kritikpunkte bietet Uta Gerhardt (1991).

nach Weidmann (2001:27f.) übersetzen als „Forderung nach permanenter Einsatzbereitschaft“ und „Zurückstellung oder Abspaltung subjektiver Interessen“ und die der ‚Krankenrolle‘ als „Unterordnung unter den Erfahrungsbegriff der naturwissenschaftlichen Medizin“ und „Akzeptanz der Reduktion der eigenen Person auf Teilfunktionen“ (ebd.). Umfassende Kritik an Parsons‘ normativer, strukturfunktionalistischer Handlungstheorie wurde in sich konstituierenden interpretativ-soziologischen Ansätzen formuliert. Diese richte sich gegen das passive Menschenbild im normativen Paradigma, demnach den Individuen lediglich eine an die jeweiligen gesellschaftlichen Erwartungen anpassende Funktion zukomme und non-konformes Verhalten, sozialen Wandel und das deutende Handeln der Beteiligten ausschlieÙe (vgl. Begenau et al. 2010:21; s.a. Geulen 2007). So sprechen soziale Handlungstheorien, die dem ‚interpretativen Paradigma‘ zugeordnet werden können, den Handelnden eine *aktiv* gestaltende Rolle zu und betonen die subjektiven Interpretationsleistungen und die damit verbundenen subjektiven Wahrnehmungs- und Deutungsprozessen der Interagierenden, die in sozialen Situationen erworben wie auch wechselseitig ausgehandelt werden (vgl. Thome 2007). Normative Vorgaben werden eher als Rahmen für Handlungsmuster in spezifischen sozialen Situationen betrachtet und umfassen ein „Kontinuum von normativ hochgradig geregelten bis hin zu normativ minimal geregelten Situationen“ (Gildemeister/Hericks 2012:132). Vor diesem Hintergrund sind Parsons‘ Ausführungen zur ‚Arzt- und Krankenrolle‘ im Hinblick auf darin enthaltene Geschlechterkonstruktionen untersuchenswert.¹⁰² So bieten Parsons‘ Ausarbeitungen über das klassisch paternalistische Beziehungsmodell wichtige Beiträge über normative Vorstrukturierungen von Handlungserwartungen an Ärzt_innen und Patient_innen.¹⁰³

Parsons‘ (1968) strukturfunktionalistisches Gesellschaftsverständnis baut auf dem hegemonialen Familienmodell der 1950er Jahre in den USA auf, das von komplementären Geschlechterrollen ausgeht: Die sozialen Erwartungen an Frauen umfassen drei Rollen: Gattin, Hausfrau und Mutter, während Männern die Rolle des Allein- bzw. Hauptverdieners zukommt, die letztlich den sozialen Status der Familie bestimmen. Erwerbstätigkeit von Frauen wird im Einklang mit ihrer Geschlechterrolle als fürsorgliche Mutter und nachrangig gedeutet (vgl. ebd.: 14f.). Ausführlich geht Regina Becker-Schmidt (2005) auf Parsons‘ Geschlechterrollentheorie und die implizierte geschlechtliche Arbeitsteilung ein: „Das ‚Hausfrau/bread-winner‘-Modell garantiert nicht nur eine kostengünstige psychosoziale und materielle Reproduktion der Familienmitglieder. Sie stellt dem Beschäftigungssystem auch Arbeitskräfte zur Verfügung, die sich ganz auf den Beruf konzentrieren können“ (ebd.:95).

Ferner gehen Rollenkonzepte von situations- und organisationsbezogenen Identitäten aus, was West & Zimmerman (1987) in der Einführung des Doing Gender Ansatzes widerlegen: “Unlike most roles, such as ‘nurse’, ‘doctor’, and ‘patient’ [...], gender has no specific site or organizational context” (ebd.:128). Dass die ärztliche Berufsrolle androzentristisch ausgerichtet ist, wurde bereits ausführlich dargestellt (vgl. Kap. 2.2.1) und wird auch von West & Zimmerman

¹⁰² Während Lorber (1997) auf die *Gendered Sick Role* (ebd.:41) eingeht, fehlt dies für die ‚Arztrolle‘.

¹⁰³ Parsons‘ paternalistisches Beziehungsmodell ist fester Bestandteil auch in der aktuellen Medizinsoziologie (u.a. Klemperer 2010; Begenau et al. 2010; Borgetto/Kälble 2007; Siegrist 2005).

(1987) für ihre weitere Kritik an Rollenkonzepten verwendet: Zwar verfügt eine Ärztin über die gleichen beruflichen Qualifikationen wie ihre Kollegen. “Nonetheless, she is subject to evaluation in terms of normative conceptions of appropriate attitudes and activities for her sex category and under pressure to prove that she is an ‚essentially‘ feminine being, despite appearances to the contrary” (ebd.:139f.). Demnach werden Rollen *situationsübergreifend* von normativen Gender-Konzepten bedeutungsvoll durchquert (vgl. Kap. 2.3.2), die zugleich mit gesellschaftlichen Strukturen verquickt sind (vgl. Hagemann-White 1988: 227).¹⁰⁴ Welche Geschlechterkonstruktionen in dem paternalistischen Modell eingelagert sind, wird im Folgenden separat für die ‚*Arzt-* und *Krankenrolle*‘ erörtert.

Parsons‘ ‚*Arztrolle*‘ wird vor allem in Bezug auf das paternalistische Verständnis ärztlicher Autorität kritisiert (Borgetto/Kälble 2007:162). Dies ähnele einer Vater-Kind-Beziehung,¹⁰⁵ in der Ärzte wie Väter zum Wohle ihrer Patient_innen wie für ihre Kinder entscheiden (vgl. Faller 2010a: 205; Rhode 1962:396), und weisen auf eine *Infantilisierung* der Patient_innen und einen immanenten Androzentrismus in der ‚*Arztrolle*‘ hin. Wie im 2. Kapitel dargestellt, übte die Frauengesundheitsbewegung in den 1970/80er Jahren massive Kritik an der Entmündigung der Patientinnen, forderte mehr Beteiligung an ihrer Behandlung und deckte Behandlungsfehler und stereotype Geschlechterkonstruktionen im ‚ärztlichen Blick‘ auf (vgl. Kap. 2.1.2). Im 21. Jahrhundert scheint sich die Zeit der ‚Halbgötter in Weiß‘ dem Ende zu neigen, was Borgetto & Kälble (2007:162) als „Säkularisierung der *Arztrolle*“ umschreiben. Breite Kritik an der ärztlichen Vormachtstellung gegenüber den Patient_innen mündeten u.a. in gesetzlichen Initiativen, um z.B. mit der Verankerung der „Patientenrechte“ im BGB und der Gründung unabhängiger Beratungsstellen für Patient_innen deren Rechte und Einflussmöglichkeiten zu stärken (umfassend ebd.:161ff.). Die sozialen Prozesse, die zum Wandel vom paternalistischen zu *patient-centred* Modell beigetragen haben, werden im folgenden Kapitel (3.2.2) näher erörtert. Nach Parsons schließt die *ärztlich-affektive Neutralität* Behandlungsfehler aus und ist eine wesentliche Voraussetzung für die professionelle, weil funktional spezifische Behandlung (vgl. Parsons 1958:38). Zu viel Mit-/Gefühl trübe das ‚objektive‘ Urteilsvermögen wie z.B. in der Behandlung von Familienangehörigen (ebd.:35). Hierbei verweist Parsons explizit auf die *Arzt-Patientin* Dyade, die ohne die ärztliche Affektneutralität mehreren Gefahren unterliege; nämlich der Gefahr der Erotisierung der *Arzt-Patientin*-Konstellation sowie eifersüchtiger „*Arztfrauen*“ (ebd.:36) und Ehemänner der Patientinnen (vgl. ebd.:36f.). Da auf die Bedeutsamkeit von Geschlechterkonstellationen im Behandlungsgespräch sowie auf Parsons‘ Ausführungen im 3. Kapitel eingegangen wird, soll hier festgehalten werden, dass Parsons‘ ‚*Arztrolle*‘ androzentristisch-heterosexuell ausgerichtet ist. Zudem konnte die Ausgrenzung von Affekten in Parsons‘ ‚*Arztrolle*‘ gegenüber Patient_innen bereits in den geschlechterbezogenen Schließungsprozessen in der ärztlichen Professionalisierung gegenüber Ärztinnen aufgezeigt werden. Hierin wur-

¹⁰⁴ Weitere Kritikpunkte am Geschlechterrollenkonzept siehe Gildemeister/Hericks (2010:111-148).

¹⁰⁵ „Es ist richtig, daß sich die Vaterrolle vielleicht am unmittelbarsten als Übergangsrolle eignet, besonders wenn ein erheblicher Altersunterschied vorliegt. Aber wenn ein Sohn sich schlecht benimmt, reagiert der Vater mit Ärger und Bestrafung, nicht mit affektiv neutralem ‚Verständnis‘.“ (Parsons 1958:57 Anm. Nr. 16)

de (ärztliche) Affektivität dem ‚weiblichen‘ Geschlecht zugeschrieben, was Ärztinnen auf die Behandlung von Frauen und Kindern begrenzte (vgl. Kap. 2.2.1).

Die *funktionale Spezifität* gilt als wesentliches Merkmal Parsons‘ ‚Arztrolle‘ und wird kritisiert hinsichtlich des Zurücktretens einer ganzheitlichen Perspektive und ‚Patientenorientierung‘ in der Medizin sowie im Hinblick auf die Aufspaltung der Interessen innerhalb der Ärzteschaft aufgrund unterschiedlicher Fachgebiete und Arbeitsfelder (vgl. Buser et al. 2003:245).

Ferner besteht der Leitkonflikt innerhalb der ärztlichen Handlungsorientierungen, fachlich die bestmögliche Behandlung aller mit möglichst geringen Kosten auch im Sinne des *kollektiven Nutzens* gewährleisten zu wollen (u.a. Vogd 2014:247f.). Bereits in den 1960er Jahren problematisierte Rhode, dass hiermit Spannungen einhergehen, die sich auch auf die Kommunikation und Behandlung der Kranken auswirken (vgl. ebd.:328). Ausführlich wird hierauf im Kapitel zum ‚institutionellem Beziehungsdilemma‘ im Krankenhaus (3.2.3) eingegangen.

Dass die klassischen Handlungsorientierungen Parsons‘ *Krankenrolle* sich auf *akute* und vollständig *kurable* Krankheiten begrenze und ungeeignet für chronisch (Herz-)Kranke sei, wurde vielfach kritisiert. So erfahren chronisch (Herz-)Kranke im Zusammenhang mit der Verwissenschaftlichung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens (wie dem Risikofaktorenmodell) keine vollständige *Befreiung von der Verantwortung* für ihre (Herz-)Krankheit (vgl. Borgetto/Kälble 2007:165). Denn im Mittelpunkt aktueller Behandlungsmodelle stehen individuumsbezogene Verhaltensweisen und Krankheitsursachen in Form von Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder Bewegungsmangel, wohingegen soziale Verhältnisse in den Hintergrund treten (s.a. Buddeberg/Buddeberg-Fischer 2004:342). Dass bisherige gendermedizinische Ansätze in der Herzinfarktbehandlung keine emanzipatorische Ausnahme darstellen, wurde breit diskutiert (vgl. Kap. 3.1).

Dazu ist Parsons‘ (Akut-)‘Krankenrolle‘ von den sozialen Erwartungen an chronisch Kranke zu differenzieren.¹⁰⁶ Trotz der Befolgung medizinischer Maßnahmen können chronisch Erkrankte ihre krankheitsbedingten Abweichungen nur bedingt beheben und befinden sich dauerhaft in einer mehr oder weniger devianten ‚Krankenrolle‘. In den 1970er Jahre zeigte Schmädels (1975a) Stigmatisierungsgefahren für chronisch Kranke auf, die sie zu umgehen versuchen, indem chronisch Erkrankte die Privilegien der Krankenrolle nicht dauerhaft in Anspruch nehmen, sondern als ‚*Quasi-Gesunde*‘ (Schmädels 1975a:44) leben.

Ferner geht Parsons‘ klassisches Rollenmodell von Kranken mit *somatischen Beschwerden* aus, was weniger auf psychosoziale Krankheiten und Belange der Patient_innen übertragbar sei (Meuweesen et al. 1991:1148f.). Dies ist im Zusammenhang mit dichotomen Geschlechterkonstruktionen im medizinischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis zu betrachten (vgl. Kap. 2.1). ‚Atypische‘ Beschwerden: ‚ohne klassischen Organbefund‘ begründeten bei Frauen

¹⁰⁶ Gerhardt (1991) verweist auf spätere Modifikationen, die Parsons am Beispiel seiner eigenen chronischen Erkrankung Mitte der 1970er Jahre ausführt: Erstens werde Gesundheit bei chronisch Kranken angestrebt, aber „approximativ erreicht“ (ebd.:181). Zweitens werde bei chronischer Krankheit „ein limitiertes Feld gesellschaftlicher Verortung für den Betroffenen dauerhaft verloren oder eingeschränkt“ (ebd.).

die Diagnose einer psychischen Störung wie das ‚Frauensyndrom‘.¹⁰⁷ Ähnlich verhält es sich mit dem ausgewiesenen Gender Bias in der Herzinfarkt Diagnostik (vgl. Kap. 3.1.2). Dies meint, dass Herzbeschwerden bei Frauen eher psychischen Ursachen zugeschrieben werden, während bei Männern hauptsächlich körperlichen Aspekten nachgegangen wird.

Die formalrechtliche *Freistellung von beruflichen und Alltagsverpflichtungen* bedarf der ärztlichen Krankschreibung und ist begleitet von dem Verdacht des Missbrauchs wie ‚Krankfeiern‘ oder ‚Blaumachen‘ (vgl. Buddeberg/Buddeberg-Fischer 2004:340f.). Jedoch wird die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und Annahme der ‚Krankenrolle‘ durch soziale Faktoren wie finanzielle Sorgen und wirtschaftliche Lagen beeinflusst (vgl. Borgetto/Kälble 2007:170).¹⁰⁸ „Der drohende Verlust des Arbeitsplatzes und damit verbundene Existenzängste können dazu beitragen, sich nicht krankschreiben zu lassen, also nicht offiziell die Krankenrolle einzunehmen, während dies bei einem entspannten Arbeitsmarkt eher möglich ist“ (Rothangel 2010:81). In Verbindung mit geschlechterstereotypen Arbeitsteilungsmustern zeigt Vogt (1986) das Nichtzutreffen von Privilegien der ‚Krankenrolle‘ für die Mehrheit der Frauen auf. So gestaltet sich die Befreiung von Verpflichtungen in der Haus- und Familienarbeit komplizierter als die ärztliche Krankschreibung für den außerhäuslichen Arbeitsplatz (ebd.:190), so dass die Privilegien Parsons‘ Krankenrolle an einer ‚männlichen‘ Erwerbsbiografie ausgerichtet sind. Die stärkere Reglementierung sozialer Sicherungsleistungen im Krankheitsfall¹⁰⁹ für den familiären Sorgebereich und die Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, in denen Frauen in beiden Bereichen überrepräsentativ tätig sind,¹¹⁰ bestärken die Androzentrismuskritik. So zeigt eine Studie zur Wahrnehmung von akuten Herzinfarktsymptomen in der Prähospitalphase: “Despite severe symptoms, patients delayed and endured. Some of them disregarded their symptoms, whereas others misinterpreted them. Some thought that the symptoms would disappear, whereas others had jobs or other activities to do and did not want to be interrupted” (Brink et al. 2002:538).¹¹¹ Im Zusammenhang mit der ausgewiesenen Geschlechter- und Alterskluft unter den Herzinfarkt Betroffenen (vgl. Kap. 3.1.2) sowie der Singularisierung und Feminisierung des Alters (Backes 2010) ist gerade bei älteren/geriatrischen Herzinfarktpatientinnen eine fehlende soziale Unterstützung zu vermuten. Dies gilt es in der Planung der Entlassung und Überleitung in rehabilitative Maßnahmen zu bedenken.

¹⁰⁷ Wie im 2. Kapitel erwähnt, ist das psychische Gesundheitsverständnis eines aktiven, furchtlosen, ehrgeizigen, zielstrebigem und selbstbeherrschtem Erwachsenen ‚männlich‘ konnotiert. Hiervon weichen Frauen ab, demnach das ‚Frauensyndrom‘ als ‚psychische Gestörtheit‘ verstanden werden kann (Vogt 1986:181).

¹⁰⁸ Das Aufsuchen einer ärztlichen Praxis wird neben soziodemographischen Faktoren wie Alter und Geschlecht auch durch Vorerfahrungen, etwaige Kosten, Öffnungszeiten etc. beeinflusst (vgl. Schmädell 1975b:125-127).

¹⁰⁹ Dies meint die restriktiven Bewilligungspraxen von Krankenkassen, die Haushaltshilfen nach Krankenhausaufenthalt gewähren, wenn Kindern unter 12 Jahren mit zu versorgen sind und/oder eine Weiterbehandlung durch Fachpersonal (Behandlungspflege) medizinisch indiziert ist (§§37-38 SGBV; DBt 2010).

¹¹⁰ Zum Prekarisierungsdiskurs aus einer geschlechtersoziologischen Perspektive siehe Völker (2009).

¹¹¹ Nach Brink et al. (2002:536f.) qualitativen Interviews mit Erstinfarktpatient_innen verlängert die Nichtbeachtung und Fehlinterpretation der ersten Beschwerden die Prähospitalzeit, wohingegen das Verstehen von und Erstaunt-sein über ihre Symptome ein schnelles Aufsuchen professioneller Hilfe fördert.

Dazu weist Schmädels auf die sozialen Kosten mit der *Annahme der Krankenrolle* unter Berücksichtigung stereotyper Geschlechterkonstruktionen hin, die für Männer höher seien als für Frauen, „da die unterschiedlichen Geschlechtsrollen die Krankenrolle für Frauen eher annehmbar machen als für Männer“ (Schmädels 1975b:145). Eine körperliche Schwäche und Unwohlsein zeigender Mann wirke ‚unmännlich‘ (vgl. ebd). Konträr zur ‚Arztrolle‘ erfordert die Annahme der ‚weiblich‘ markierten ‚Krankenrolle‘, ein heikles Ausbalancieren ‚männlicher‘ Attribute von Patienten denn von Patientinnen (vgl. Kap. 2.3.2). Offen bleibt, wie alltagsbezogene Verpflichtungen die Behandlung im Krankenhaus sowie die Überleitung in rehabilitative Maßnahmen nach einem Herzinfarkt beeinflussen und inwiefern dies mit traditionellen Männlichkeits- und Weiblichkeitsvorstellungen verbunden ist.

Festzuhalten bleibt, dass die Asymmetrie zwischen Ärzt_innen und Patient_innen auf dichotomen Geschlechterkonstruktionen und einer biomedizinischen Sichtweise aufbaut: Ärztliche Behandlungskompetenzen, Krankheitsverständnisse und Privilegien weisen eine androzentristische Ausrichtung auf. Dagegen werden psychosoziale Aspekte, wie Emotionen oder Beschwerden ohne biomedizinischen Befund, stärker dem ‚weiblichen‘ Geschlecht der Kranken sowie Ärztinnen zugeschrieben. So gesehen können emotionale und soziale Behandlungsaspekte sowie darauf bezogene Verhaltensweisen auf der Patient_innenseite wie auch ärztlicherseits als ‚unmännlich‘ oder ‚unprofessionell‘ gewertet werden. Indessen gilt es in der Herzinfarktbehandlung psychosoziale Risikofaktoren zu therapieren. Auch wird (nach notfallmedizinischen Maßnahmen) die dem Herzinfarkt zugrundeliegende chronische Erkrankung behandelt. Beides steht im Widerspruch zum Genesungsgebot der Krankenrolle und zur biomedizinischen Behandlungsausrichtung, die mit neuen normativen Erwartungen an Patient_innen und Ärzt_innen einhergehen. Diese sind ebenfalls hinsichtlich implizierter Geschlechterkonstruktionen zu betrachten.

3.2.2 Neue (patient-centred und partizipative) Beziehungsmodelle und ihre implizierten Geschlechter-konstruktionen

Zum aktuellen Konsens in der medizinischen Behandlung zählt, dass Patient_innen keine Objekte ärztlicher Handlungspraxen sind, an denen ‚herumgedoktert‘ wird, sondern dass Patient_innen sich aktiv in ihre Behandlung einbringen, ihre Krankheit verstehen und eine Behandlung wählen wollen, die auch ihre persönliche Lebensumstände und -präferenzen berücksichtigt (vgl. Klepmerer 2011/2006). Für die Integration der Patient_innen in ihre Behandlung werden folgende soziale Wandlungsprozesse als wesentlich erachtet:

Erstens stärkte der vermehrte Zugang zu medizinischem Wissen für Patient_innen sowie die gesetzliche Verankerung von Rechten der Patient_innen die Seite der Behandlungsbedürftigen. Sie erhielten mehr Entscheidungskompetenz und ihre Einwilligung in die Behandlung wurde rechtlich vorgeschrieben, so dass dem vorgelagert eine Aufklärung über die Behandlung stattzufinden habe (*informed consent*). Wenngleich diese Rechte nach dem 2. Weltkrieg

im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert wurden,¹¹² dominierte bis in die 1980er Jahre in der Praxis unter Ärzt_innen das paternalistische Beziehungsmodell (vgl. Borgetto/Kälble 2007: 161ff.; Begenau et al. 2010:12).

Zweitens setzte sich in den 1980er Jahren in den medizinischen Wissenssystemen die Erkenntnis durch, dass unterschiedliche Behandlungsmethoden erfolgreich sind und auch langjährig bewährte Maßnahmen schwere Folgen und Nebenwirkungen haben können.¹¹³ Die Entwicklung des Konzepts Evidenzbasierte Medizin (EBM) sollte Ärzt_innen mehr Transparenz über die Vor- und Nachteile diverser Behandlungsmöglichkeiten bieten. Mitte der 1990er Jahre wurde dies um die Integration der Perspektive der Patient_innen in der Auswahl möglicher Behandlungswege ergänzt. (Vgl. Klemperer 2003:9f.; 2010:64ff.)

Drittens verstärkten die chronischen Krankheitsbilder die Patient_innen integrierende Sichtweise. Entgegen dem klassischen Diagnose-Therapie-Heilungs-Modell ist die Behandlung chronischer Erkrankungen stärker auf das Leben mit einer Krankheit und auf die psychosozialen Auswirkungen der Dauertherapie nach dem Krankheits-Belastungsmodell auszurichten (vgl. Bensing/Langewitz 2003:417f.)

Aktuelle gesundheitspolitische Debatten zur ‚Bürgerorientierten Gesundheit in Deutschland‘ (HBS 2012) fordern weiterhin für Patient_innen mehr Transparenz, Integration und Partizipation. Das im Jahr 2013 in Kraft getretene ‚Patientenrechtgesetz‘ soll die ‚Patientenzentrierung‘ in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen weiter verankern. Gemäß §630e (1) BGB setzt die Behandlung die Einwilligung der Patient_innen und eine umfassende ärztliche Aufklärung z.B. über ‚zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme‘, ‚Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie‘ oder ‚Alternativen zur Maßnahme‘ voraus, „wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“

Die ausgeführten sozialen Wandlungsprozesse beeinflussen das klassische Wissens-Macht-Gefälle in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, dem entsprechend weitere Beziehungsmodelle schon in den 1950er Jahren konzeptioniert wurden: In Abhängigkeit von der Erkrankung ergänzten Thomas Szasz und Marc Hollender (1956) das paternalistische oder *Aktiv-Passiv-Modell* um das ärztlich leitende *Führungs-Kooperations-Modell* und das *Modell beidseitiger Partizipation*. Ausgehend vom Grad der akuten Bedrohlichkeit der Erkrankung müssen Ärzt_innen ihre Patient_innen unterschiedlich in die Behandlung mit einbeziehen. In der notfallmedizinischen Behandlung werde Parsons‘ Aktiv-Passiv-Modell befürwortet, indem sich die Patient_innen dem ärztlich-dominanten Behandlungsregime unterordnen müssen, um zu überleben. Dagegen verlange der Genesungsprozess nicht lebensbedrohlicher Akuterkrankungen, wie z.B. akute Infektionen, dass die Patient_innen kooperieren. Die Behandlung chronisch (Herz-)Kranker folge dem postulierten Gleichheitsansatz im Sinne einer beseitigen

¹¹² Bis zum ‚Nürnberger Ärzteprozess‘ 1946/47 war die Aufklärung von Patient_innen über geplante Therapie-maßnahmen und ihre Einwilligung nicht nötig und damit auch nicht strafbar. Der ‚Nürnberger Ärzte-Kodex‘ stellte die Notwendigkeit der Zustimmung der Patient_innen nach ärztlicher Aufklärung (*informed consent*) fest (Dörner 2003:19f.).

¹¹³ Hierzu zählt der sogenannte Contergan-Skandal (vgl. Klemperer 2003:9).

Beteiligung (*mutual participation*): "Here the patient's own experiences provide reliable and important clues for therapy. Moreover, the treatment program itself is principally carried out by the patient. Essentially, the physician helps the patient to help himself" (Szasz/Hollender 1956:587). Eliot Freidson (1979:263) zufolge verlange die Logik der Drei-Basis-Modelle zwei weitere Beziehungsmodelle: „in dem einen leitet der Patient der Arzt kooperiert, und in dem anderen ist der Patient aktiv und der Arzt passiv.“ Abschließend weisen Debra Roter und Judith Hall (2006:37f.) auf ein mögliches Passiv-Passiv- oder *Default-Modell* hin, in dem die Behandlungsziele zwischen beiden Parteien unklar und strittig sind, weder Patient_innen noch Ärzt_innen eine aktive Führungsrolle übernehmen und dies einen Abbruch der Beziehung begründen kann.

Konflikte sind gemäß Freidson (1979) immanent in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen und begründen sich durch die Diskrepanzen zwischen der Welt der Lai_innen und der Welt der Professionals. Freidsons *Diskrepanz-Modell* zufolge sind Ärzt_innen bemüht, die individuell-subjektiven Beschwerdeschilderungen der Patient_innen in ‚objektive‘ Klassifikationssysteme von Krankheitsbildern einzuordnen, um sich anschließend auf einen erforschten Behandlungsweg zu begeben. Dagegen sind die Patient_innen, so Freidson, um die Erhaltung ihrer Einzigartigkeit bemüht. „Diese Konflikte in Sehweise und Interesse sind in die Interaktion eingebaut und sind bis zu einem gewissen Grad in jeder Situation gegenwärtig“ (ebd.:266).

Die prototypischen Beschreibungen von Verhaltensweisen in dem Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis können zwar nie vollkommen mit dem Behandlungsgeschehen übereinstimmen. So gehen Charles et al. (1999) von einem Kontinuum an Beteiligungsmöglichkeiten aus, die sich zwischen geringer, mittlerer und hoher Partizipation bewegen. Auch innerhalb einer Behandlung verändere sich die Beziehung und umfasst gemäß Dörner (2003) mehrere Modelle zugleich. Beispielweise seien Patient_innen bei körperlichen Untersuchungen eher passiv und Ärzt_innen aktiv, wohingegen die Besprechung der geplanten Maßnahmen eine ‚konsensorientierte‘ Kommunikation verlange, um gemeinsam das Behandlungsziel zu bestimmen (vgl. ebd.:72-80). Der gemeinsame Nutzen der unterschiedlichen Modelle wird darin gesehen, dass sich hiermit Tendenzen hin zu einem bestimmten Verhalten bzw. Verhaltensrepertoire in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen ablesen lassen. (Vgl. Roter/Hall 2006; Klepmerer 2003; 2006). Diese sind in soziale Normierungsprozesse und Ordnungsmuster eingebettet und in für die soziale Konstruktion von Geschlecht relevant (s.a. Kap. 3.3).

Übereinstimmend halten die erweiterten Modelle an dem von Parsons beschriebenen asymmetrischen Beziehungsgefälle in der medizinischen Behandlungssituation fest. In Anbetracht sozialer Wandlungsprozesse habe sich die klassische Schiefelage zugunsten der Autonomie der Patient_innen verändert und weitere Beziehungsmodelle evoziert, die sich von dem Extrem ‚vollkommene ärztliche Autorität‘ in Richtung partizipierende bis autonom handelnde (mündige) Patient_innen bewegen. Für das 21. Jahrhundert wird eine Abwendung vom ‚arztzentrierten‘ Modellen und eine Hinwendung zu ‚patientenzentrierten‘ Modellen in der Medizin konstatiert (Roter/Hall 2006; Kaba/Sooriakumaran 2007), das stark an das dritte Beziehungsmodell

Mutual Participation (Szasz/Hollender 1956) angelehnt ist. Kennzeichnend für eine ‚patient-centered medicine‘ und Beziehung sind fünf Dimensionen:

Zunächst werde Krankheit aus seiner biopsychosozialen Perspektive betrachtet, in der den persönlichen Lebensumständen und dem biografischen Erfahrungswissen der Erkrankten eine gleichwertige Stellung wie der ärztlichen Expertise zukomme. Ärzt_innen und Patient_innen tragen gemeinsam Verantwortung, wobei Ärzt_innen ihre Patient_innen ermutigen und unterstützen, ihre Perspektive und Bedürfnisse in die Behandlung einzubringen. Dies ist mit der therapeutischen Dimension verbunden, die sich durch Empathie und eine freundlich gesinnte Grundhaltung auszeichne. Zuletzt umfasst eine ‚patientenzentrierte‘ Medizin und Beziehung auch die persönliche Dimension der Ärzt_innen, die ihre Beziehung zu den Patient_innen und damit verbundene emotionale Reaktionen selbstreflektieren. (Vgl. Kaba/ Sooriakumaran 2007:61f.)

Das so verstandene ‚patientenzentrierte‘ Modell beinhaltet eine Erweiterung klassischer Handlungsorientierungen, demnach idealerweise Ärzt_innen eine Brücke zwischen der Welt der Medizin und der Welt der Patient_innen bauen. Für die ‚patientenzentrierte Arztrolle‘ bedeute dies: „Doctors must accept responsibility for both a technical expert and a supportive interpersonal role. Mutual participation, respect, and shared decision-making must replace passivity“ (Kaba/Sooriakumaran 2007:65). Dem beidseitigen Beziehungsmodell folgend übertragen Kurt Buser et al. (2003) die zuvor einseitig in der ‚Krankenrolle‘ verankerte Pflicht zur Compliance auch auf die ‚Arztrolle‘ und führen den Begriff der ‚Arzt/Behandler-Compliance‘ (Buser et al. 2003:157) ein.

Hingegen spiegelt sich die Erweiterung der Handlungsorientierungen der Patient_innen in der Abwendung vom Compliance-Begriff wider. In medizinischen Lehrbüchern sowie in der Forschung findet in jüngster Zeit der Begriff *Adherence* Verwendung (Faller 2010b:212). Im Gegensatz zur untergeordneten ‚Krankenrolle‘ im paternalistischen Modell soll hiermit die aktive und gesundheitsmotivierte Rolle der Patient_innen sowie eine gleichberechtigte Stellung in der Beziehung mit ihren Ärzt_innen betont werden (Scheibler 2004:28f.). Im Sinne einer ‚psychosozialen Krankheitsbewältigung‘ erwarten, Badura (1987:15) folgend, Herzinfarktpatient_innen von Ärzt_innen neben einer kompetenten Behandlung „verständliche und konsistente Informationen über ihren Gesundheitszustand, damit sie den erlittenen körperlichen Schaden und die Auswirkungen der Krankheit auf ihr zukünftiges Leben abzuschätzen vermögen, sich keine unnötigen Sorgen machen und die kognitive Kontrolle über ihr Leben zurückgewinnen, d.h. ihr Leben wieder sinnvoll zu deuten und zu planen vermögen.“

Die propagierte ‚Patientenzentrierung‘ ist vor dem Hintergrund implizierter Geschlechterkonstruktionen sowohl in der gesundheitsmotivierten ‚Krankenrolle‘ als auch in der psychosozial ausgerichteten ‚Arztrolle‘ zu betrachten. Kaba & Sooriakumaran (2007:62) geben zu bedenken, dass es in Bezug auf vorherrschende Geschlechternormen für Frauen sozial akzeptabler erscheint, über ihre Gefühle und Sorgen zu sprechen als für Männer. Gleichsam ist ein psychosozial ausgerichteter Behandlungsstil mit geschlechtlichen Konnotationen verbunden. Wie in den Aus- und Abgrenzungsprozessen gegenüber der ersten Generation von Ärztinnen nachgezeichnet werden konnte (vgl. Kap. 2.1), wurde Ärztinnen eine ‚mütterliche‘ Fürsorglichkeit als ‚weibliche‘ Behandlungskompetenz zugeschrieben, die sie dazu befähige, Kinder, Frauen, Arme andere soziale Randgruppe zu behandeln, welches im Gegensatz zu einer pater-

nalistischen ‚Arztrolle‘ und ‚väterlichen‘ Fürsorge zu stehen scheint. Ferner stellen Kaba & Sooriakumaran (2007:63) die soziokulturelle Bedeutung von Geschlecht und Präferenzen für ein bestimmtes Geschlecht der behandelnden Ärzt_innen (*physician gender*) heraus. In ‚östlichen‘ Gesellschaften, in denen Ärzte über ein höheres Ansehen als Ärztinnen zu verfügen scheinen, würden Patient_innen Ärzte präferieren, während Frauen muslimischen Glaubens eine Ärztin bevorzugen würden. Zugleich betonen die Autorinnen, dass zur Vermeidung von Generalisierung weitergehende Untersuchungen erforderlich sind.

Ferner ist anzumerken, dass eine ausschließlich partnerschaftliche Haltung in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen von einem „künstlich idealisierten herrschaftsfreien Raum“ ausgeht (Dörner 2003:82f.). Derweil weisen Szasz & Hollender (1956) früh darauf hin, dass sich das Mutual Participation und hier bezeichnete ‚patientenzentrierte‘ Modell für die Behandlung chronisch Erkrankter eignet, je mehr sich Ärzt_innen und Patient_innen ähneln, genauer: “the greater the intellectual, educational, and general experiential similarity between physician and patient the more appropriate and necessary this model of therapy becomes“ (ebd.:587). Dass Patient_innen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz das Gesundheitssystem weniger nutzen und sich auch weniger in das Behandlungsgespräch einbringen (können), stellen gesundheitswissenschaftliche Studien zur (*low*) *health literacy*¹¹⁴ heraus (WHO 2013). Hingegen untersuchen erst neuere Studien die Bedeutung von Geschlecht sowie den damit verbundenen gleich- und gegengeschlechtlichen Konstellationen im Behandlungsgespräch, was nachfolgend ausführlich behandelt wird (s. Kap. 3.3).

Züge eines paternalistischen Beziehungsmodells sowie eines biomedizinisch ausgerichteten Gesundheitsverständnisses verdeutlichen sich bei der genaueren Betrachtung der ‚patientenzentrierten‘ Handlungsorientierungen und ‚Patientenrechte‘. So zielen die konkreten Veränderungen im ärztlichen Verhalten, sich nach den Interessen und Entscheidungen ihrer Patient_innen zu richten, primär darauf, wie die ärztliche Empfehlungen besser angenommen und von den Patient_innen umgesetzt werden können (vgl. Buser et al. 2003:273). Ebenso hat der Adhärenz-Begriff, als neue Handlungsorientierung für die gesundheitsmotivierten Patient_innen, noch keinen breiten Einzug in die medizinischen Lehrbücher erhalten, sondern wird in der Forschung oftmals noch synonym zum folgesamen Compliance-Verständnis verwendet.¹¹⁵ Offen ist, inwieweit Ärzt_innen in der Behandlungspraxis diese Vorschläge umsetzen, um ihre Patient_innen stärker in Behandlungsentscheidungen zu integrieren.

In der formalrechtlichen Ausgestaltung einer ‚patientenzentrierten‘ Behandlung nehmen die Evidenzbasierte Medizin und die Aufklärung über Risiken einen großen Stellenwert ein (vgl. Klemperer 2010:81ff.). Hierdurch dehnt sich die biomedizinische Ausrichtung der evidenzbasierten Medizin in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen aus. Dies ver-

¹¹⁴ Dies meint: “people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply *health information* in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ (ebd.:4).

¹¹⁵ Der Adhärenz-Begriff wird weder in allen medizinsoziologischen Lehrbüchern (u.a. Borgetto/Kälble 2007, Siegrist 2007, Buddeberg 2004) noch konsequent verwendet. So ziehen Frain et al. (2009:238) Adhärenz zwar dem Compliance-Begriff vor, sprechen später aber von der “long-term compliance“ (ebd.:245).

deutliche sich bereits in den Leitlinien zur evidenzbasierten Herzinfarktbehandlung, die auf Studien aufbauen, die explizit etwaige medizinterapeutische Effekte sowie psychosoziale Faktoren ausgrenzen. Den Ausführungen zum gendermedizinischen Blick in der Herzinfarktbehandlung folgend werden psychosoziale Aspekte stärker dem ‚weiblichen‘ Geschlecht zugeschrieben und körperliche Ursachen nachrangig behandelt, während beim ‚männlichen‘ Geschlecht stärker körperliche Aspekte im Vordergrund der Behandlung treten und psychosoziale Krankheits- und Behandlungsaspekte in den Hintergrund geraten (vgl. Kap. 3.1).

Ferner erfordert die ärztliche Aufklärung über Risiken Einschätzungs- und Bewertungsprozesse auf Seiten der Patient_innen. Demnach müssen die Patient_innen die evidenzbasierten oder ‚objektiv‘-statistischen Informationen über ein gruppenbezogenes Risiko, z.B. die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes, auf ihre eigene Person anwenden (vgl. Leppin 2001: 107, 112f.). Doch für Patient_innen sind statistische Wahrscheinlichkeiten oftmals wenig greifbar, die ein geringes aber fatales Risiko, z.B. von fünf Prozent des Erleidens irreversibler Schäden oder des Versterbens bei einer Operation, viel stärker bewerteten (vgl. ebd.). Mit Verweis auf den Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ist daher nicht nur zu bedenken, dass es bis zur Verwirklichung der ‚Patientenrechte‘ ein langer Weg ist. Vielmehr sind auch nicht alle Patient_innen und Ärzt_innen Willens oder in der Lage zu einer beidseitigen Entscheidungsfindung. So haben sich Patient_innen „zum Teil an den althergebrachten Paternalismus im Arzt-Patienten-Verhältnis gewöhnt. Und sie fühlen sich nicht selten überfordert mit all den Wahlmöglichkeiten, der vielen Verantwortung und einer geteilten Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess“ (UPD 2013:4). Im Einklang mit der These der Risikogesellschaft (Beck 1986) zeigt auch die WHO (2013) eine paradoxe Entwicklung in der Teilhabe am modernen Gesundheitssystem auf: zwar ermöglichen die zunehmende Anzahl an Behandlungsmöglichkeiten und der breite Zugang zu Gesundheitsinformationen, dass Patient_innen selbst wählen und entscheiden können; jedoch erfordert dies auch eine hohe Gesundheitskompetenz von den Patient_innen, was zu Überforderung führe. Letzteres treffe besonders Angehörige der unteren sozialen Schichten, ältere Menschen sowie Migrant_innen (umfassend WHO 2013).

Demgemäß schlagen Axel Schweickhardt und Kurt Fritzsche (2009) eine andere Form von ‚Patientenzentrierung‘ vor, die konträr zum *Mutual Particiaption* Modell oder evidenzbasiertem Behandlungsmodell verlaufen kann. Wesentlich in diesem Beziehungsmodell sind die Beteiligungspräferenzen der Patient_innen, was zu besserer Abgrenzung folgend als von Patient_innen *präferierte Beziehungsmodelle* genannt wird: Neben dem partnerschaftlichen Modell können Patient_innen auch eine paternalistische oder rein dienstleistungsorientierte Beziehung bevorzugen (ebd.:34; s.a. Klempner 2005a:14).¹¹⁶ Beispielsweise wird vom ‚hilfreichen Paternalismus‘ oder einer ‚neopaternalistische Haltung‘ gesprochen, wenn die ärztliche Führung verunsicherte Patient_innen entlastet, die mit der Steuerung ihrer Behandlung bei

¹¹⁶ Letzteres Modell wird auch als informatives oder ‚Konsumenten-Modell‘ bezeichnet: Patient_innen nehmen die ärztliche Beratung wie eine Dienstleistung in Anspruch und wägen alleine die psychosozialen Aspekte ab, während die Ärzt_innen die gewählte Behandlung umsetzen (vgl. Klempner 2003; 2005; 2006).

mehreren Behandlungsalternativen überfordert sind (vgl. Klemperer 2010:79; Dörner 2003: 86). Dies verlangt eine hohe Flexibilität von den Ärzt_innen und eine große Variationsbreite in der Interaktion mit ihren Patient_innen.

Abschließend gibt es heute unterschiedliche Beziehungsmodelle, die in Verbindung mit sozialen Prozessen stehen und graduell das klassische Wissens-Macht-Gefälle in der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen verringern, sofern sie über die entsprechenden Handlungskompetenzen verfügen. Die erweiterten Handlungsorientierungen fokussieren psychosoziale Aspekte in der Entstehung und Behandlung von chronischen Krankheiten sowie psychosoziale Dimension in der Beziehung zwischen Patient_innen und Ärzt_innen, die mit Geschlechterkonstruktionen verbunden und ‚weiblich‘ konnotiert sind. Die Mehrzahl medizinischer Lehrbücher und stärker noch die Forschung verwehren sich der Gleichwertigkeit biomedizinischer und psychosozialer Aspekte in der Behandlung und Beziehung, so dass klassische Modelle und eine androzentristische, biomedizinische Sichtweise in neuen Modelle zur ‚Patientenzentrierung‘ verborgen sind. Das asymmetrische Gefälle zwischen Ärzt_innen und Patient_innen ist allen Beziehungsmodellen zu bedenken und wird folgend im Hinblick auf das institutionelle Behandlungssetting Krankenhaus erörtert.

3.2.3 ‚Total-institutionelles Beziehungsdilemma‘ im Krankenhaus & Visitengespräch

Im Krankenhaus ist die Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen durch eine starke Asymmetrie gekennzeichnet, die aus der besonderen Lage der Kranken, der übergeordneten Stellung der Ärzt_innen im Krankenhaus sowie aus weiteren institutionellen Merkmalen einer Krankenhausbehandlung resultieren und auch als „strukturelles *Beziehungsdilemma*“ (Raspe/Siegrist 1979:115 Herv.JW) bezeichnet wird: In der Regel werden Patient_innen im Krankenhaus nicht wegen ‚Bagatellerkrankungen‘ behandelt, sondern der besondere Schweregrad der Erkrankung und die akuten Symptome sind bezeichnend, die eine ‚Dramatisierung des Hilfesuchens‘ (ebd.:113f.) bedingen. Im Krankenhaus sind Patient_innen auf die medizinische und pflegerische Versorgung durch eine Vielzahl von wechselnden Personen, Berufsgruppen und medizintechnischen Apparatschaften angewiesen und befinden sich damit in einem umfassenderen sowie anonymen Abhängigkeitsverhältnis, als es in der ambulanten Praxis der Fall ist (vgl. Engelhardt/Hermann 1999:46ff.; s.a. Siegrist 1979). Weitere krankheitsbezogene Aspekte, wie Genesungsaussichten, Intensität der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sowie soziale Faktoren beeinflussen die Autonomie oder auch Souveränität der Patient_innen. Claus Buddeberg und Barbara Buddeberg-Fischer (2004:344) schlussfolgern: „Je weniger schwer die Krankheit, je besser die finanzielle Situation, je höher der Bildungsstand und je besser der Informationsstand eines Kranken, desto mehr Möglichkeiten hat er [der Patient; JW], den Arzt, den Ort, den Zeitpunkt und den ‚Service‘ für eine medizinische Behandlung zu wählen.“ Zwar bestehen in der Behandlung eines akuten Herzinfarktes diese Wahlmöglichkeiten nicht, jedoch gibt es für Patient_innen in Verbindung mit einer Privaten Krankenversicherung sowie finanziellen Zuzahlungen die Möglichkeit, Zusatzleistungen wie eine chefärztliche Visite oder die Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer zu erhalten.

Ärzt_innen nehmen im Krankenhaus eine machtvolle Rolle in der Steuerung der Akut- sowie Planung der rehabilitativen Behandlung ein. Rechtlich gesehen ist eine Behandlung im Krankenhaus erst dann zu gewähren, wenn ärztlicherseits eine ambulante Versorgung als medizinisch unzureichend bewertet wird (§39 SGB V). Im Krankenhaus tragen Ärzt_innen als *Gate-Keeper* die Verantwortung für die Behandlung und befinden sich in einer weisungsbefugten Rolle gegenüber dem anderen Krankenhauspersonal (Borgetto/Kälble 2007:160f.). Auch im Hinblick auf die weitere Gesundheitsversorgung nehmen Krankenhausärzt_innen eine institutionelle Schlüsselposition ein, indem sie parallel zur akutstationären Behandlung die Weichen für die rehabilitative Versorgung stellen. Ausschließlich Krankenhausärzt_innen sind befugt, eine Anschlussheilbehandlung/-rehabilitation wie nach einem Herzinfarkt bei dem jeweiligen Kostenträger zu beantragen (vgl. DRV 2014), während Hausärzt_innen eine Einweisung in eine geriatrische (Tages-)Klinik ausstellen können (Rummer/Schulz 2012).

Weitere institutionelle Merkmale einer stationären Behandlung, die Erving Goffman (1973) im Rahmen seiner Untersuchung psychiatrischer Anstalten¹¹⁷ herausarbeitete, verstärken die soziale Distanz zwischen den Professionellen und Patient_innen sowie die soziale Kontrolle über die Patient_innen und charakterisieren eine „totale Institution“ (Goffman 1973:20). Zu den vier idealtypischen Merkmalen einer ‚totalen Institution‘ zählen laut Goffman (ebd.:17):

- „1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeit wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch ein Stab von Funktionären vorgeschrieben.
4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“

Inwiefern total-institutionelle Merkmale auf die Behandlungssituation im *Akutkrankenhaus* übertragbar erscheinen und das *Visitengespräch* zwischen Ärzt_innen und Patient_innen tangieren, wurde in medizinsoziologischen Arbeiten¹¹⁸ herausgearbeitet und wird für folgende Merkmalsbereiche zusammengefasst: temporärer Lebensort, Homogenisierung und institutionelle Reglementierungen der Patient_innen sowie Ausrichtungen im Krankenhaus.

Zunächst ist das Krankenhaus ein *temporärer Lebensort* für die Patient_innen und Arbeitsplatz für das Personal (Engelhardt/Hermann 1999:19). Rhodes „Soziologie des Krankenhauses“ zufolge zählen Krankenhauspatient_innen zu den ‚Isolierten‘, die von den Gesunden in einem Haus für Kranke abgesondert behandelt und von anderweitigen Rollen – inklusive des sozialen Status – befreit und damit allein auf die Krankenrolle zurückgeworfen werden (vgl. Rhode 1962:233). Dies ermöglicht eine ‚totale Unterordnung‘ der Patient_innen, da soziale Verpflichtungen u.a. in Form von Besuchszeiten streng kontrolliert werden (vgl. Freidson 1979:269).

¹¹⁷ Goffman untersuchte das Verhalten von Patient_innen und des Personals von ersten psychischen Auffälligkeiten vor der bis zur Einweisung in die Psychiatrie und im folgenden Verlauf (vgl. Weymann 2007:113).

¹¹⁸ Siehe hierzu die acht Thesen „Zur Kritik patientenbezogenen Handelns im Krankenhaus“ (Siegrist 1979).

Sozioökonomische Mittel wie Geld, politische oder andere Machtstellung bzw. einflussreiche Kontakte hingegen scheinen das Gefälle zu verringern bzw. die Entrechtung durch das Personal zu erschweren (vgl. Freidson 1979:104ff.).

Im Krankenhaus werden Patient_innen nach Krankheitsarten und Geschlecht vergemeinschaftet. Mit der krankheitsbezogenen *Homogenisierung* der Patient_innen gehen Prozesse der Entpersönlichung, Objektivierung und Entrechtung einher, wie z.B. die Reduzierung der Patient_innen auf ihre Diagnose „die Galle in Zimmer 8“ (Waller 2007:113) oder die „Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Leben in der Gemeinschaft, diffuse Autorität einer Vielzahl von Menschen usw.“ (Goffman 1973:145f.) Diese werden von den Patient_innen in totalen Institutionen „als eine massive, ungerechte Deprivation“ (ebd.:141) und Demütigung erlebt. Zugleich findet eine *Infantilisierung* der Patient_innen im Krankenhaus statt, indem sie durch das ständige Nachfragen in *Wir*-Formulierungen nach ‚*unserem*‘ allgemeinen Befinden und Verdauungsprozessen oder Ermahnungen zur Einhaltung von Bett- und Nachtruhe in ein kindsähnliches Stadium zurückversetzt werden, was sich in folgender Ermahnung widerspiegelt: „Aber, aber – wenn das der Doktor sieht!“ (Rhode 1962:396).

Klaus Dörner (2003: 227f.) betrachtet die Krankenhausbehandlung als einen ‚*labialisierenden Ausnahmezustand*‘, der nicht nur die Selbstbestimmung stark beeinträchtigt, sondern auch ‚angst-imprägnierte Reaktionen‘ zusätzlich befördert. Dies wird in der Medizinsoziologie als ‚psychosoziales Hospitalisierungssyndrom‘¹¹⁹ bezeichnet. In der notfallmäßigen Behandlung im Krankenhaus dominieren Angst vor einer schweren Erkrankung, vor medizinischen Maßnahmen oder Schmerzen sowie Scham- und Schuldgefühle: „Die emotionale Besetzung bestimmter Körperteile und -funktionen, die Notwendigkeit, Symptome und Unbehaglichkeiten zuzugeben und die Selbstdeutung der Symptome im Hinblick auf deren personell, familiär und gesamtulturell negative Bedeutungsgehalte kommen hinzu und verstärken die Angst“ (Rhode 1962:240). Im Zuge des Fortschreitens der ‚Behandlungs- und Patientenkarriere‘ (Gerhardt 1986)¹²⁰, z.B. die Verlegung von der Intensiv- auf die Normalstation rücken weitere spezifische soziale, körperliche und emotionale Aspekte in den Vordergrund, die das Handeln der Patient_innen auch im Visitengespräch mitgestalten.¹²¹

Bereits die in den 1970er Jahren ging die reklamierte Bürokratisierung der medizinischen Arbeit im Krankenhaus mit einer *Reglementierung* der Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen und vor allem des ‚Patient_innendaseins‘ einher (Raspe/Siegrist 1979:113). Hierzu zählen u.a. spontane Änderungen geplanter Untersuchungen, ständige Verfügbarkeit der Patient_innen für Maßnahmen, begrenzte Rückzugsmöglichkeiten, Mehrbettzimmer oder Ernährung nach Tages- und Speiseplan. Laut Siegrist (2005:252) gilt: „Je größer ein Kranken-

¹¹⁹ Dies meint psychosozialen Belastungen sowie verhaltensbezogene und somatische Symptome infolge der Hospitalisierung z.B. in ‚Kinderheimen‘ und psychiatrischen Anstalten (vgl. Raspe 1983:64f.; s.a. Siegrist 1972).

¹²⁰ Während Schwangere in der Regel nach der Entbindung ‚gesund‘ entlassen werden, kann es in der Behandlung chronischer Erkrankungen immer wieder zu stationären Aufenthalten kommen, was Gerhardt (1986:105) am Beispiel der Nierenerkrankung aufzeigt, wie im Falle einer Transplantationsoperation, nach der Abstoßung des Transplantats oder bei Komplikationen mit der Heimdialyse. Gleichsam können nach dem Herzinfarkt weitere Komplikationen bis hin zum Reinfarkt auftreten, die eine Behandlung im Krankenhaus bedingen.

¹²¹ Zum ‚Bewältigungshandeln‘ zählen u.a. Leugnen, Aggression, Passivität oder Witzeln (Rhode 1962:403f.).

haus, je höher sein Technisierungsgrad, je begrenzter die Personalpläne, je geringer die Möglichkeiten privater Wahlleistungen, desto stärker sind tendenziell asymmetrische Beziehungen ausgeprägt.“

Das *offizielle Ziel* des Krankenhauses, das Wohl der Patient_innen oder *salus aegroti suprema lex* besteht laut Rhode (1962) zwar darin, die Kranken im besten Sinne zu behandeln, so dass ihnen höchste Aufmerksamkeit zukomme. Jedoch müssen sich die Patient_innen hierfür der „sanfte[n] Gewalt der *suprema lex*“ (Rhode 1962:397 Herv.i.Org) wie den institutionellen Gegebenheiten und unterschiedlichen Autoritätsstufen unterordnen, die die aufgezeigten Entrechtungsprozesse zum vermeintlichen Wohle der Kranken rechtfertigen (Rhode 1962:234f.). Die Hierarchie des biomedizinischen Fachwissens und die Monopolstellung der Ärzteschaft, allein medizinische Notfälle zu behandeln bzw. einzuschätzen, legitimiert die ärztliche Vormachtstellung im Krankenhaus gegenüber nicht-ärztlichem Krankenhauspersonal und Patient_innen (vgl. ebd.:100f.). Die „Ideologisierung der Notstandsforderung (*emergencies*)“ (ebd.: 45f. Herv.i.Org.) oder *notfallmedizinische Ausrichtung* gilt für alle Bereiche im Krankenhaus zu jeder Zeit, was zu einer Routinisierung des Notstandsverhaltens führt (Rhode 1962:347).

Hingegen werde der *tatsächliche Institutionszweck*, die Lehrsituation im Krankenhaus und die Fehlbarkeit ärztlichen Handelns und damit die ärztliche Unwissenheit, Florian Menz‘ (1993) These folgend, kontinuierlich im Krankenhaus verheimlicht, was eine ‚institutionalisierte Verhinderung der Kommunikation‘ zwischen Ärzt_innen und Patient_innen bedinge. Bereits Medizinstudierende würden im Verlauf ihres ersten Praktikums im Krankenhaus mehr Zuwendung und Informationen über den Behandlungsablauf, Erklärungen, direkte Rückmeldungen auf ihre Fragen und Ansprache als Patient_innen erhalten. Das ‚Unmündighalten‘ der Patient_innen reduziert gemäß Menz (1993:263) Widerstände, erleichtert die Arbeit und dient dem ärztlichen Selbstschutz: „Uninformierte, unkritische Patient/inn/en stellen keine unangenehmen Fragen und sind leichter manipulierbar; man muß weniger auf sie eingehen und kann dadurch auch eigenen Ängsten eher aus dem Weg gehen“ (ebd.; vgl. Begenu et al. 2005:56). Zugleich weist die Institution Krankenhaus eine hohe Fluktuation des ärztlichen Personals auf, was Freidson (1979) als ein soziologisch bedeutsames Charakteristikum für das Verständnis von Arbeitsabläufen in Krankenhäusern bewertet. So streben Ärzt_innen im Krankenhaus danach, „von der Institution das zu erhalten, was sie ihrer Ansicht nach brauchen, um sie verlassen und ihr ‚wirkliches‘ Leben in einer Praxis beginnen zu können“ (ebd.:97).

Hierbei müssen die ökonomische und medizintechnische *Ausrichtung des Krankenhauses* mitbedacht werden, die im zunehmenden Maße die Behandlung sowie das Visitengespräch begrenzt. Die seit der Mitte der 1980er Jahre steigenden Gesundheitsausgaben verstärken die „Ökonomisierung der Arztrolle“ (Borgetto/Kälble 2007:166), infolgedessen betriebswirtschaftliche Steuerungsmechanismen wie Budgetierungen in Form von diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnose Related Groups – DRG) sowie in medizinischen Leitlinien¹²² Einzug in das

¹²² Z.B. in der risikoadjustierten Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die den errechneten Nutzen der Medikamente (Reduktion des Herzinfarkttrisikos) ins Verhältnis zu deren Kosten setzen (vgl. DGK 2007:5).

Gesundheitssystem hielten (vgl. ebd.:137).¹²³ Die Ökonomisierung ärztlichen Handelns wird nicht nur als Eingriff in die ärztliche Autonomie und als De-Professionalisierung gedeutet (vgl. Borgetto/Kälble 2007:142). Herbei zeigt sich auch, dass medizintechnische Behandlungsmaßnahmen höher vergütet werden als das ärztliche Gespräch. Die medizintechnische Ausrichtung begründet laut Claus Buddeberg und Barbara Buddeberg-Fischer (2004:335), „dass nicht wenige ÄrztInnen zur Sicherung ihres Einkommens Labor- oder apparative Untersuchungen veranlassen, die nicht unbedingt erforderlich sind, und das Gespräch mit den PatientInnen auf ein Minimum beschränken.“¹²⁴ Infolge der Technisierung der Medizin sind Ärzt_innen immer weniger auf die subjektiven Schilderung ihrer Patient_innen angewiesen und können die Behandlung verstärkt nach ‚objektiven‘ medizintechnischen Daten ausrichten (vgl. Klemperer 2003:8), wie z.B. EKG, Blutbildanalyse oder bildgebende Verfahren. Dies beeinflusst das ärztliche Gespräch mit Patient_innen. So wird das Visitengespräch im 21. Jahrhundert als „Zwangskommunikation in einer totalen Institution“ (Hömke 2002:16) bezeichnet, in der Ärzt_innen weiter den Ton angeben denn partnerschaftlich kommunizieren.

Bereits in den 1970/80er Jahren zeigen Untersuchungen in US-amerikanischen Krankenhäusern ‚Techniken des Loswerdens‘ von Patient_innen auf (umfassend Schubert 2010). Diese eignen sich (angehende) Ärzt_innen im Verlauf ihrer Sozialisation an, um möglichst zeit-effektiv ihr tägliches Aufgabensumme zu bewältigen (Mizrahi 1985): Um zeitintensive Visitengespräche mit Patient_innen zu vermeiden, meiden sie den direkten Kontakt mit den Patient_innen, z.B. durch Entlassung oder die Verlegung auf andere Stationen. Außerdem werden hierzu auch „neutralising mechanism of *objectification*“ (ebd.:224 Herv.i.Org.) in der Visite gezählt, die den Verbalmustern ähneln, die in Visitengesprächen in deutschen Krankenhäusern aufgedeckt wurden. So zeigten medizinsoziologische Auswertungen von Visitengesprächen, dass der Redeanteil der Patient_innen stark auf das Beantworten von Fragen begrenzt war, wobei Patient_innen auf der Privatstation etwas länger zu Wort kamen als auf der Normalstation (Raspe 1983). Es offenbarten sich ‚asymmetrische Verbalhandlungen‘ (Siegrist 1979:74) im ärztlichen Umgang mit den Bitten der Patient_innen um Informationen, die auf diese Weise und zum überwiegenden Teil (64%) nicht direkt beantwortet wurden (Raspe 1983:125f.). Die auch von Siegrist (1979:74) bezeichneten „Reduktionsstrategien im Bereich interaktiver Leistungen“ dienen dem Ausweichen oder Reduzieren potentiell belastender Situationen für das Krankenhauspersonal. Hierzu zählen die *Nichtbeachtung* von Initiativen der Patient_innen, die Mitteilung funktionaler *Unsicherheit*, der *Wechsel* des Themas bzw. zur Visitengruppe und ein inhaltliches *Ausweichen* anhand eines Beziehungskommentars. Letzteres meint: „anstelle des Eingehens auf den Inhalt der Bitte um Information wird der Beziehungs-

¹²³ Gemäß dem Sozialgesetzbuch der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) müssen die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§12 (1) Satz 1 SGB V). Das Wirtschaftlichkeitsgebot stellt eine neue ärztliche Handlungsorientierung dar und fordert betriebswirtschaftliche Handlungskompetenzen (vgl. Borgetto/Kälble 2007:139).

¹²⁴ Siehe auch den von Ärzt_innen mit eigener Praxis thematisierten Wirtschaftlichkeitsdruck in Michael Eberts (2003:115) problemzentrierten Interviews, der befördere: „möglichst viele Patienten in kurzer Zeit zu behandeln, wodurch diffuse oder affektive Elemente in der Arzt-Patienten-Beziehung im Keim erstickt werden.“

aspekt der Initiative thematisiert“ (Siegrist 1979:74). Auch die erwähnte *Infantilisierung* der Patient_innen, die Verwendung von *Wir*-Formulierungen und dass alle Entscheidungen über die Köpfe der Patient_innen hinweg getroffen werden, können hierunter subsummiert werden (vgl. Kaupen-Haas et al. 1993:161). Mit der Hälfte der Patient_innen wurde über von ihnen als wichtig bewertete Themen indes nicht gesprochen. „Dabei fanden die poststationären Probleme der Patienten offenbar besonders wenig Beachtung“ (Raspe 1983:54).¹²⁵

Weitere organisatorische Merkmale in Visiten¹²⁶ wie Akteneinträge, Fachgespräch in Visiten-gruppen oder eine kurze Visitedauer, befördern eine Fragmentierung des Visitengesprächs und verstärken das asymmetrische Gesprächsgefälle zuungunsten der Patient_innen (Siegrist 2005: 256ff.). Mit einer veränderten Visitenorganisation, wie z.B. wenn Kurvenvisiten, Fachgespräche und Organisatorisches außerhalb des Krankenzimmers besprochen wurden, vergrößerte sich der Redeanteil der Patient_innen (ebd.:120).

Heutzutage bestehen unterschiedliche Formen von Stationsvisiten, an denen teilweise nur die Ärztin/der Arzt teilnimmt, während auf anderen Stationen auch Pflegekräfte, Oberärzt_innen, Medizinstudierende und weiteres Krankenhauspersonal (Physiotherapie, Sozialdienst) die Lehr-/Visite begleiten.¹²⁷ Dennoch stellen neuere Studien wie die Systemtheorie geleitete Untersuchung des ‚Interaktionsformats der Chefarztvisite‘ (Kranz/Erdmenger 2013) eine ‚*doppelten Abwendung*‘ von Patient_innen heraus: Zum einen wendet sich das ärztliche Personal in der chefarztlichen Visite von den anwesenden Patient_innen ab, indem *über* die Körper der Patient_innen und (zum anderen) in der Visitengruppe *fachsprachlich* diskutiert wird. Die ‚professionelle Interaktionstechnik‘ ermögliche ‚Distanzgewinne‘ von der unmittelbaren Wahrnehmung der daliegenden Patient_innen und ihrer ‚lebensweltlichen Verunreinigungen‘ (ebd.:263) für die Diagnose. Im Gegensatz zur Skandalisierung der normativ-humanistisch orientierten Visitenforschung verstehen Kranz & Erdmenger (2013) das doppelte Abwenden von Patient_innen in der Visite als ‚Erfordernis des medizinischen Funktionsbezugs‘ (ebd.: 264). Gleichwohl geben die Autoren zu bedenken, dass Patient_innen die doppelte Anwendung von ihnen in der Visiteninteraktion unter Umständen als ‚Ver-Dinglichung‘ und nicht als eine ärztliche Zuwendung erleben (ebd.:266).

In Anbetracht der stärkeren Wissensaneignung von Patient_innen mit chronischen Erkrankungen wurden weitere Muster im ärztlichen Umgang mit ‚informierten‘ Patient_innen in (ambulanten) Behandlungsgesprächen herausgearbeitet, die letztendlich auf die (Wieder-) Herstellung einer klassischen asymmetrischen Beziehung zielen (Tezcan-Güntekin 2010). Obwohl die berufserfahrenen Fachärzt_innen in Expert_inneninterviews die Informiertheit von chronisch erkrankten Patient_innen positiv sehen, überwiegen Schilderungen, wie sie im Behandlungsgespräch auf die informierten Patient_innen eingehen, damit sie die fachärztlichen

¹²⁵ In den Visiten bestand keine Beziehung zwischen Patient_innen und ‚Krankenschwestern‘, da letzere fast ausschließlich mit Ärzt_innen sprachen (vgl. Raspe/Siegrist 1979:118).

¹²⁶ Hierzu zählen Raspe & Siegrist (1979:118) das Gespräch, körperliche Untersuchungen, Fachdiskussionen, Kurvenvisite (Dokumentation, Kontrolle von Untersuchungsergebnissen) und Planung der weiteren Behandlung.

¹²⁷ Einen Überblick über die Geschichte der Visite sowie über das aktuell ‚arbeitszeitkonforme Visitenmodell und Patientenzufriedenheit‘ bietet die Untersuchung von Sandra Veigel (2010).

Behandlungsempfehlungen befolgen; beispielsweise gegen Bedenken an der Medikation aufgrund von Informationen über Risiken und Nebenwirkungen: „mit ärztlicher Autorität. Ich hab‘ das so sehr ausführlich erläutert, das Medikament, und sie [die Patientin, JW] nimmt es noch“ (Dr. Allnert zit.n. Tezcan-Güntekin 2010:108). Ärztliche Autorität scheint demnach durch die *Ausführlichkeit* in der Darstellung der fachärztlichen Erläuterungen vermittelt zu werden und den ärztlichen Medikamentenplan durchzusetzen. In Ausnahmefällen sehen Fachärzt_innen von ausführlichen Aufklärungen ab, welches bei Krebspatient_innen angewendet wird, die nichts von Schulmedizin halten würden und sich am liebsten ihren Tumor von einem Schamanen besprechen lassen möchten.¹²⁸ Gleichwohl gibt es Widersprüche bezüglich der als hinderlich eingestuften (Verbal-)Muster von Ärzt_innen wie z.B. *Schweigen* auch in der Onkologie. Hiernach äußerten Patient_innen statistisch häufiger ihre Bedenken (Eide et al. 2004; umfassend siehe Kap. 3.3; 4.1).

Kritisch zu betrachten ist jedoch die Länge der *Verweildauer*, die Gegensatz zu den klassischen ‚totalen Institutionen‘, wie in der Psychiatrie, im Gefängnis oder in Pflegeeinrichtungen, im Akutkrankenhaus stark verkürzt ist. So wurden im Jahr 2011 Patient_innen in deutschen Krankenhäusern gut eine Woche stationär behandelt, was weiter nach Diagnose, Wohnort, Alter, Geschlecht etc. zu spezifizieren ist (vgl. StBa 2015:120). Dies entspricht der durchschnittlichen Verweildauer von Patient_innen, die wegen eines Herzinfarktes akutstationär behandelt werden. Jedoch lässt sich gemäß Dörner (2003:222f.) die Geschichte der Institutionalisierung der stationären Krankenversorgung beginnend mit dem „Armenasyl“-haus nicht leugnen, und er versteht Goffmans Konstrukt einer ‚totalen Institution‘ als eine *Denkkategorie*, die auf ‚institutionelle Gefahren‘ hinweist, die nie vollkommen, wohl aber graduell unterschiedlich stark zutreffen können: „Demnach ist eine Institution umso mehr ‚total‘ und die Menschen in ihr um so mehr einer entfremdenden ‚strukturellen Gewalt‘ unterworfen, je mehr sie, nach gleichen Merkmalen sortiert, einem Regime ausgesetzt sind, das alle ihre Bedürfnisse unter einem Dach befriedigt und einer ihnen fremden Autorität untersteht. Dies trifft in etwa auch für das Krankenhaus zu“ (ebd.:226f.). Zudem haben die organisatorischen Umstrukturierungsprozesse in der Krankenhausfinanzierung mit der Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus auch die Gesprächszeit zwischen Ärzt_innen und Patient_innen stark reduziert, was das Gefälle in der Visite verstärkt. Die wirtschaftlichen Beschränkungen forcieren (früh-)zeitige Entlassungen und befördern Restriktionen im Visitengespräch, wie es besonders bei Routinefällen und (nicht-medizinischen) psychosozialen Behandlungsaspekten beobachten wurde (Vogd 2009/2007/2014). Demnach werden Routinefälle (wie der *Herzinfarkt*) im Vergleich zu den (medizinisch) komplizierteren Fällen eher oberflächlich untersucht und Lücken in der

¹²⁸ Der Facharzt Dr. Bauer schildert weiter: „dann kommst du da nicht weiter. Und dann musst du einfach den Patientenwillen respektieren und akzeptieren. [...] Du musst ihn informieren, dass er verstehen kann, was mit ihm ist. Und wenn er sich trotzdem dagegen entscheidet, dann ja, dann respektiere ich es“ (zit.n. ebd.:104). Ansonsten wird (über-)informierten Patient_innen der Wind aus den Segeln genommen, indem Ärzt_innen sie zuerst über ihren Wissensstand sprechen lassen, um danach das Gespräch und die weitere Agenda zu übernehmen. Weitere Strategien sind, die ärztliche Entscheidungshoheit mit ihrer Behandlungserfahrung und Verantwortung für die medizinische Behandlung zu begründen (vgl. ebd.:101-109).

ärztlichen Versorgung sowie im psychosozialen Bereich in Kauf genommen (Vogd 2014:249), wie es auch in der Herzinfarktbehandlung ärztlicherseits beklagt wird (Oswalt 2012; Meinertz 2013). Doch gerade für Patient_innen mit wenig sozialer Unterstützung sind frühzeitige Entlassungen eine Belastung, die auch ihren Genesungsprozess gefährden (Flintrop 2007). Im Gegenzug wird zur ‚Vermeidung des Drehtüreffekts‘ (Rummer/Schulz 2012) – im Sinne der Wiederaufnahme von Patient_innen im Krankenhaus aufgrund von Unterversorgungen – die Klärung der häuslichen Versorgung von (geriatrischen) Patient_innen vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus gefordert.

Zusammenfassend stellt sich das ‚institutionelle Beziehungsdilemma‘ im Krankenhaus so dar, dass eine paternalistische Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen im Krankenhaus je nach Ausprägungsgrad total-institutioneller Merkmale befördert wird. Hiermit sind ‚total-institutionelle Gefahren‘ verbunden: *erstens*, dass Ärzt_innen umfassend soziale Kontrolle über Patient_innen im Krankenhaus ausüben und diese – auch gegen ihren Willen – durchsetzen. Aufgrund der androzentristisch-biomedizinischen Ausrichtung besteht *zweitens* die Gefahr von Gender Bias sowie der Ausblendung psychosozialer Aspekte, die Unter- und Fehlversorgungen in der akutstationären Herzinfarktbehandlung bedingen können.

3.3 Doing Gender & Gender Dyaden im medizinischen Behandlungsgespräch

Geleitet von der Frage, wie die Befolgung ärztlicher Anordnungen verbessert und *Non-Compliance* verhindert werden könne, untersuchten sozialwissenschaftliche Arbeiten den Einfluss einer Vielzahl sozialer Faktoren in medizinischen Behandlungsgesprächen wie: Wissen, Haltungen, Einstellungen, Erwartungen oder Alter von Ärzt_innen und Patient_innen. Die erwähnten Ergebnisse der Visitenforschung wurden in der Medizinsoziologie primär vor dem Hintergrund eines verstärkten paternalistischen Wissens-Macht-Gefälle bedingt durch das ‚institutionelle‘ Beziehungsdilemma im Krankenhaus diskutiert (vgl. Kap. 3.2.3). Es konnten ärztliche Verbalmuster herausgearbeitet werden, die die Asymmetrie in der Visite re-produzieren und Reformen begründeten, um die Sichtweise der Patient_innen stärker ins Visiten-gespräch zu integrieren (u.a. Raspe/Siegrist 1979; Köhle/Raspe 1982).

Aktuelle Forschungen beziehen sich, Olaf Kranz und Thomas Erdmenger (2013) folgend, stärker auf die Organisation ‚Krankenhaus‘ oder das gesellschaftliche Funktionssystem der Krankenhausbehandlung, worin die Visiteninteraktion eine untergeordnete Fragestellung einnimmt (ebd.:246). Hierzu zählt u.a. die Erforschung von Veränderungen in den ärztlichen Handlungsorientierungen infolge der (DRG-)Einführung neuer organisatorischer und ökonomischer Rahmenbedingungen (Vogd 2009/2014). Die zunehmende Ökonomisierung der Krankenhausbehandlung und reduzierten Verweildauern der Patient_innen im Krankenhaus befördern indes eine medizintechnische Behandlung sowie paternalistische Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen. Implizite Geschlechterkonstruktionen verdeutlichen sich im Fortbestehen einer biomedizinisch-androzentristischen Ausrichtung im asymmetrischen Behandlungsgespräch. Diese weisen unterschiedliche Ausprägungen je nach Pathogenese- und Beziehungsmodell sowie institutionellen Merkmalen auf (vgl. Kap. 3.1 und 3.2).

Bedingt durch den geringen Anteil von Frauen in der Ärzteschaft waren geschlechterbezogene Auswertungen medizinischer Behandlungsgespräche rar und blieben – bis auf wenige Ausnahmen wie die bereits erwähnte Studie zu *When the lady is a doctor* (West 1984; vgl. Kap. 2.3.1) – vornehmlich auf die Seite der Patient_innen begrenzt. Die mit der Frauengesundheitsbewegung initiierten Studien Anfang der 1990er Jahre befassten sich stärker mit der sozialen Bedeutung von Geschlecht in der medizinischen Behandlung und deckten einen Gender Bias im ärztlichen Blick auf ihre Patient_innen auf, wie es am Beispiel der Herzinfarktbehandlung aufgezeigt werden konnte (vgl. Kap. 3.2). Im angloamerikanischen Sprachraum standen in gesundheitswissenschaftlichen Studien zur ‚Gesundheitskommunikation‘ oder *Health Communication* die Analyse von Interaktions- und Kommunikationsmuster zwischen Ärzt_innen und Patient_innen im Mittelpunkt, um das Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung zu befördern (umfassend Hurrelmann/Leppin 2001; aktuell Hurrelmann/Baumann 2014). Aber auch hier ist in den Forschungsdesigns und -ergebnissen zur Bedeutung von Geschlecht in der Interaktion zwischen Ärzt_innen und Patient_innen eine nicht-paritätische Geschlechterverteilung zu bemängeln. Zunehmend befassen sich Forschungsarbeiten mit Geschlechteraspekten in medizinischen Behandlungsgesprächen, die Kommunikationsmuster von Patient_innen, Ärzt_innen sowie ‚Interaktionseffekte‘ von Patient_innen- und Ärzt_innengeschlecht aufzeigen (Thomsen 2001:81f.; umfassend Roter/Hall 2006). Die geschlechtersensible Gesundheitsforschung und Berichte zur gesundheitlichen Lage von Frauen und Männer in Deutschland, die sozialen Dimensionen von Geschlecht im Gesundheitsverhalten sowie im Behandlungsgespräch nachgehen, weisen eine Vielzahl an Differenzen zwischen den Geschlechtern aus, die nicht im Zusammenhang mit reziproken Doing Gender Prozessen im Behandlungsgespräch betrachtet werden, sondern essentialistisch ‚geschlechtsspezifischen‘ Gesundheitsverständnissen und Kommunikationsmustern von Männern und Frauen zugeschrieben werden:

In den Berichten zur ‚Frauengesundheit‘ (BMFSFJ 1999; FHB 2001) und zur ‚Gender-Gesundheit‘ (Kloepfer 2014) wird Frauen ein mehrdimensionales *Gesundheitsverständnis* attestiert, das psychische, körperliche und geistige Aspekte umfasse, wie Wohlbefinden, Abwesenheit von Schmerzen und Behinderungen oder körperliche und geistige Fitness, und das ihr gesundheitsförderliche Verhalten erkläre (FHB 2001:17). Dies scheint unter Männern weniger stark vertreten zu sein, die Gesundheit häufiger körper- und leistungsorientiert zu deuten scheinen (vgl. BMFSFJ 1999:189); aber auch ihr Allgemeinbefinden positiver bewerten als Frauen und „entsprechend seltener als Frauen über körperliche, seelische oder funktionale Einschränkungen [berichten]“ (RKI 2014a:91f.). Angelehnt an Auswertungen zur Inanspruchnahme präventiver Vorsorgemaßnahmen wird Frauen zudem eine stärkere präventive Ausrichtung attestiert, während Männern der Ruf als „Gesundheitsmuffel“ (Scheele 2009) voraus eilt. In der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung persistieren biologistische Erklärungsansätze, demnach beispielsweise die höheren Morbiditätsraten von Jungen gegenüber Mädchen in Zusammenhang mit dem höheren „Spiegel des Geschlechtshormons Testosteron“ (Hurrelmann/Richter 2013:53) bei Jungen gesetzt werden. Dieser begründe ein körperlich aggressiveres Spielverhalten, was durch „gesellschaftlich vermittelte Erziehungsimpulse“ (ebd.) auch ge-

sundheitsriskante Verhaltensweisen verstärke. Im Erwachsenenalter begründen die „übernommene höhere Risikobereitschaft und die belastenden Arbeitsbedingungen des männlichen Geschlechts“ (Hurrelmann/Richter 2013:59) ihre höhere Früh- und Übersterblichkeit.

„Geschlechtsspezifische“ *Kommunikationsmuster* werden vornehmlich mit Blick auf das „weibliche“ Geschlecht ausformuliert. Es wird betont, dass Frauen häufiger eine größere Anzahl unterschiedlicher Symptome schildern, mehr Anteil am Gespräch nehmen, mehr Fragen stellen, stärker auf das private Umfeld verweisen und insgesamt länger in der Sprechstunde sprechen als Männer (u.a. Waitzkin 1985; Elderkin-Thompson/Waitzkin 1999; Meuweesen et al. 1991: 1143). International Vergleichsstudien scheinen diesbezügliche Kommunikationsmuster zu bestätigen (Brink-Muinen et al. 1999). Obgleich Roter & Hall (2006) in ihrer Meta-Analyse auf Studien hinweisen, in denen die Anzahl an Statements von Männern und Frauen nicht differiert, die eine kontextspezifische Analyse erfordern, gilt die emotionale Ausdrucksweise als „weiblicher“ Kommunikationsstil. Demnach sind die Äußerungen von Frauen vielfältiger und werden häufiger als besorgt, ängstlich, interessiert, zustimmend oder ablehnend eingestuft. Es wird geschlossen, dass sich Patientinnen emotional expressiver verhalten (vgl. Hall/Roter 2006:63, s.a. Meuweesen et al. 1991:1148). Gleichsam wird bei der Analyse der vermehrten diagnostischen Verkennungen akuter *Herzinfarkte* bei Frauen betont, dass sie ihre Beschwerden im Vergleich zu den körperorientierten Männern stärker emotionsbezogen schildern (vgl. Kap. 3.1.2).

Im Zuge des Einschlusses von Ärztinnen in die Medizin ist eine Zunahme der Anzahl der Studien zur Bedeutung von Physician Gender zu verzeichnen, die Geschlechterdifferenzen in der Behandlung sinngemäß ‚*Physician Gender Bias in Clinical Decision Making*‘ (Franks/Clancy 1993) ausweisen, die auch in die Lehrbücher der Allgemein- und Gendermedizin eingezogen sind (Gouni-Berthold 2011; Rabady/Rebhandl 2004). In unterschiedlichen Bereichen werden Geschlechterdifferenzen im ärztlichen Verhalten und Haltungen ausgewiesen, wie z.B. in der Verordnung von Medikamenten, der Erstellung von Überweisungen, der Durchführung von Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen oder in den Behandlungsergebnissen. Klea Bertakis (2009) führt Studien an, die zeigen, dass Ärzte mehr Zeit für körperliche Untersuchung und das Anamnesegespräch verwenden als ihre Kolleginnen. Dies wird jedoch nicht vor dem Hintergrund der Konstruktion von Männlichkeit betrachtet. Dass Ärzte stärkere Unterschiede in der Behandlung von Männern und Frauen aufzeigen als Ärztinnen, wird kaum rezipiert: „Patients of female physicians exhibited gender differences in only one category of how time was spent (substance abuse), whereas among patients of male physicians, gender differences were noted in 10 of the 20 categories“ (Tabenkin et al. 2004:341). So ähneln die Ergebnisse zur ärztlichen Kommunikation den „geschlechtsspezifischen“ Kommunikationsmustern von Patient_innen (u.a. Schmid Mast/Dietz 2005; Sieverding/Kendel 2012). Auch hier wird primär mit Blick auf Ärztinnen ein *psychosoziales* Gesprächsmuster betont, das von der klassisch paternalistischen Gesprächsführung abweicht. Demnach sprechen Ärztinnen länger mit ihren Patient_innen als Ärzte,¹²⁹ stellen ihren Patient_innen mehr psychosoziale Fragen, z.B. welche Aus-

¹²⁹ Im Mittel waren dies zwei Minuten oder 10% mehr als Gespräche mit Ärzten (vgl. Hall/Roter 2004, 2002).

wirkungen die Erkrankung auf das Familien und Berufsleben hat, und sprechen mehr über emotionale und soziale Themen als Ärzte. Dazu würden Ärztinnen ihre Patient_innen am Gespräch beteiligen, häufiger auf die Gefühle ihres Gegenübers eingehen sowie stärker eine positive Gesprächsatmosphäre herstellen als Ärzte. “All in all, the picture suggests somewhat more warmth, responsiveness, and empathy in the medical communication of female than male doctors” (Hall/Roter 2006:101).

Sowohl das Festhalten an einer hormonellen Überformung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen als auch die isolierte Betrachtung kommunikativer Verhaltensweisen nur einer Partei in der Gesprächsdyade tragen dazu bei, dass Geschlechterdifferenzen essentialisiert und entsprechend ‚geschlechtsspezifische‘ Eigenschaften abgeleitet werden. Indessen gilt es z.B. die konstatierte ‚weibliche‘ Körper- und Gesundheitsorientierung auch kritisch zu betrachten. Denn hiermit ordnen sich Frauen stärker geltenden Gesundheitsnormen und medizinischen Normierungsprozessen unter, welches nicht nur „die kritisierten Machtverhältnisse in neuer Form reifiziert“ (Hahn 2010:45), sondern auch eine soziale Formung des Biologischen im Sinne einer ‚somatischen Kultur‘ der Frauen re-produziert (s.a. Rodenstein 1984). Diese ‚Komplizinnenschaft‘ von vor allem bürgerlichen Frauen an ihrer Pathologisierung wie auch *Selbstmedikalisierung* führt Rodenstein u.a. auf damit verbundene ‚weibliche‘ Identitäts- und Statusgewinne einer ‚Krankenrolle‘ zurück, da sie „hilflos, passiv und schwach“ (ebd.:110) seien. Im Zuge des vermehrten Zugangs von Frauen in den Erwerbsbereich habe sich die soziale Bedeutung von Krankheit als Protest und Widerstand doch verringert und ihnen andere Identitätsbereiche eröffnet (ebd.:112). Außerdem finden die wechselseitigen Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht im Behandlungsgespräch keine Beachtung. Dabei eröffnet die Betrachtung interaktiver Geschlechterkonstruktionen im Behandlungsgespräch neue Erkenntnisse, wie z.B. bezüglich der präventiven Ausrichtung von Frauen. Studien zeigen, dass Ärzt_innen häufiger mit Frauen präventive Maßnahmen und dem folgend die Testergebnisse besprechen als mit Männern (vgl. Hølge-Hazelton/Malterud 2009:140). Demgemäß ist die stärkere Präventionsausrichtung von Frauen kein Ausdruck einer ‚weiblichen Fürsorglichkeit‘, sondern wird im Behandlungsgespräch durch das ärztliche Interagieren befördert. Zwar betonen aktuelle Arbeiten zur ‚interpersonellen Kommunikation‘ zwischen Ärzt_innen und Patient_innen die Notwendigkeit einer ‚dyadischen Betrachtungsweise‘ (Hannawa/Rothenfuhr 2104:119).¹³⁰ Insgesamt nimmt die Betrachtung von (interaktiven) Geschlechterkonstruktionen, wie etwa in dem ‚Handbuch Gesundheitskommunikation‘ (Hurrelmann/Baumann 2014), eine randständige Position ein. Im Folgenden gilt es vermeintlich ‚geschlechtsspezifische‘ Muster in Behandlungsgesprächen aus der Doing Gender Perspektive zu betrachten (3.3.1). In jüngerer Zeit werden Gesprächs- und Behandlungsverläufe hinsichtlich spezifischer Konstruktionsmodi in gleich- oder gegengeschlechtlichen Konstellationen im Zweiergespräch (*Gender Dyaden*) diskutiert. Die Herausarbeitung interaktiver Konstruktionsprozesse im (Zweier-)Gespräch zwischen Ärzt_innen und Patient_innen in Gender Dyaden (3.3.2) ist der Ausgangspunkt dieser Untersuchung.

¹³⁰ Im Teilabschnitt ‚Geschlechterspezifische Kommunikation‘ (ebd.:121) werden lediglich zwei Forschungsarbeiten behandelt, die sich auf Geschlechterstereotypen in den Bewertungen von Patient_innen beziehen.

3.3.1 *Doing Gender in der Sprechstunde und Visite*

Das ‚komplementäre Wechselspiel‘ (Gildemeister 2008:173) ist konstitutiv für die Konstruktion von Geschlecht im Ärzt_innen-Patient_innen-Gespräch: Beide Parteien bedürfen von ihrem jeweiligen Gegenüber der An-/Erkennung ihres Geschlechts bzw. ihrer ‚Geschlechtszuständigkeit‘ (Hirschauer 1989). Gleichgerichtet hängt eine ‚gelingende‘ Kommunikation von sozialen Regeln ab, z.B. dass beide Gesprächsparteien nicht zeitgleich reden, sondern sich im Wechsel zu Wort kommen lassen und dabei Bezug aufeinander nehmen (umfassend Roter/Hall 2006). Zu den ‚Konstruktionsprinzipien routinierter sozialer Beziehungen im Krankenhausalltag‘ (Siegrist 1982) zählen der *restriktive* Umgang mit den Patient_innen und ihren Redebeiträgen in der Visite. So bezeichnete ‚asymmetrische Verbalmuster‘ (Siegrist 1979), mit denen Krankenhausärzt_innen den emotionalen und sozialen Fragen ihrer Patient_innen in der Visite ausweichen, sind kennzeichnend für das ‚institutionelle Beziehungsdilemma‘ im Krankenhaus (vgl. Siegrist 2005:244-254; Kap. 2.3.3). Eine Beteiligung an medizinischen Behandlungsentscheidungen wurde Patient_innen erschwert, indem Ärzt_innen medizinisches Fachjargon verwendeten, Inhalte stark verkürzten oder sich von den Patient_innen zu Gesprächen in der Visitengruppe abwendeten, was Patient_innen in der Visite nicht hinterfragten (Nothdurft 1982). Hiervon abweichende Muster von sowie gegenüber Ärztinnen stellte u.a. Candace West (1984) im ärztlichen Kommunikationsverhalten in ambulanten Behandlungsgesprächen fest. Seit den 1990er Jahren untersuchte eine Vielzahl von Studien die Bedeutung von Geschlecht in medizinischen Behandlungsgesprächen. Um die reziproken Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht besser zu verdeutlichen, werden im Folgenden Konstruktionsprozesse von *Patient Gender* und *Physician Gender* im Behandlungsgespräch vorgestellt.

3.3.1.1 *Ärzt_innen: Reziproke Konstruktion von Patient Gender*

Auswertungen ärztlicher Schilderungen über ihre Patient_innen offenbaren, dass Frauen ein größeres Gesundheitsbewusstsein als Männern zugesprochen wird. Zwar wird dies positiv bewertet, „but women worry too much. Men do not take responsibility for their own health but they are usually the ‘properly ill’ patients“ (Seymour-Smith et al. 2002:262). Die Bezeichnung ‚properly ill‘ deutet auf ein klassisches Verständnis von Krankheit mit einem *biomedizinischen* Schweregrad sowie stereotypen Männlichkeitskonstruktionen, demnach Männer erst bei manifesten Leiden ärztliche Hilfe aufsuchen würden (vgl. Sieverding/Kendel 2012:1119). Entgegen der belächelten Schilderung von Männern als: wenig kommunikative Patienten, die oftmals erst auf Drängen und mit der sozialen Unterstützung von Frauen in der Sprechstunde über ihre Beschwerden reden würden, wurde die frühzeitige Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe der Patientinnen zu keiner Zeit belächelt (Seymour-Smith et al. 2002:263).

Die ambivalenten Deutungen weisen auf Geschlechterkonstruktionen im gesundheitsbewussten Verhalten der Patient_innen hin, die hinderlich(er) für die frühzeitige Annahme der ‚Krankenrolle‘ bei Männern wirken können (vgl. Kap. 3.2.1). Ähnliche Zuschreibungen weisen die ärztlichen Schilderungen über Krebspatient_innen auf (Dennert 2012:91f.), demnach Männer nur im Falle einer Krankenschreibung frühzeitig und ansonsten verzögert ärztliche Hilfe aufsu-

chen würden. Dagegen würden Frauen leichtere Erkrankungen selbst behandeln, „jedoch bei schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs *körperlich* und *psychisch* mehr leiden und sich hier als gesamte Person betroffen sehen“ (Dennert 2012:92 Herv.JW). Es stellt sich die Frage, wie dies den ärztlichen Umgang mit den Patient_innen beeinflusst. Die ärztlichen Schilderungen ihres Umgangs mit Krebspatient_innen offenbaren geschlechterdifferente Vermittlungsstrategien, wie Katarina Dennert (2012) am Beispiel der ärztlichen Behandlungsempfehlung zur Einnahme des Nahrungsergänzungsmittels Selen zeigt: Bei Patientinnen gehe es in der ärztlichen Aufklärung auch um die Vermittlung *emotionaler* Effekte wie Hoffnung; „etwas, woran sie auch glauben, dass es ihnen gut tut und hilft“ (Ärztin 1 in: Dennert 2012: 93); auch um das Abwandern zu komplementären und alternativen Behandlungsangeboten zu verhindern (vgl. Dennert 2010:89). Da Männer eher ‚minimalistisch therapeutisch‘ orientiert seien (ebd.:92), werden Patienten verstärkt *fachmedizinische* Effekte aufgezeigt: „Da kann man sagen, da gibt es Helferzellen und Suppressorzellen und die werden dann angeregt“ (Ärztin 2 in: Dennert 2012:94). Howard Waitzkin (1985) stellte in der ärztlichen Vermittlung z.B. von Informationen über die Krankheit fest, dass Frauen vielfältigere Erklärungen und mehr Zeit erhielten als Männer. Im Gegenzug tendierten die Patientinnen auch eher dazu, eigene Nach-/Fragen zu stellen und sich stärker am Gespräch zu beteiligen als Patienten es taten (ebd.:93). Innerhalb der Frauengruppe zeichnete sich ein *Alterseffekt* ab. Demnach schilderten ältere Frauen ihre Beschwerden häufiger umfangreicher, indem neben sie körperlichen auch *emotionale* Aspekte angaben sowie auf ihr *soziales* Leben (Familien- und Bekanntenkreis) verwiesen. Dies zog wiederum mehr ärztliche Nach-/Fragen nach sich (vgl. Elderkin-Thompson/Waitzkin 1999:113f.), was die längeren Gespräche mit (älteren) Patientinnen miterklärt. Ein ähnliches Bild ergab die Analyse hausärztlicher Gespräche mit Schauspielpatient_innen, die über Herzinfarkt typische Symptome wie nächtliche Brust- und Magenschmerzen in der Sprechstunde klagten. Die Patientinnen wurden häufiger hinsichtlich ihres Eingebundenseins in soziale Netzwerke, nach ihren Arbeitsverpflichtungen sowie anderweitigen Interessen gefragt und mit ihnen auch mehr *Small Talk* betrieben als mit den Patienten. Bertakis, Franks & Epstein (2009) vermuten: “Physicians may have social expectations that female patients place greater value on or feel more comfortable with discussions of personal information about family and job and may interpret the similar nonverbal signals differently based on patient gender” (ebd.:543). Dagegen wurden Patienten ärztlicherseits weniger als Patientinnen animiert, über emotionale und soziale Krankheits- und Behandlungsaspekte zu sprechen. Hierdurch wird sowohl der gegenwärtige Gesprächsverlauf als auch das zukünftige Verhalten beider Parteien im Sinne der interaktiven Herstellung von Geschlecht in der Sprechstunde und Visite beeinflusst.

Gerade in der Ansprache *emotional* brisanter Themen, Fragen oder Sorgen, wozu häusliche Gewalt, Alkoholmissbrauch, sexuell übertragbare Krankheiten oder auch finanzielle Sorgen gezählt werden, tritt die Bedeutung interaktiver Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht im Behandlungsgespräch hervor. So sprechen Patient_innen belastende Themen von sich aus erst gegen Ende der Konsultation nach den ‚offiziellen‘ Themen an, was die Bezeichnung *hidden agenda* begründet (Hunziker et al. 2010; Goh 1990). Neben Schuld- und Scham-

gefühlen können Patient_innen auch aus Angst vor einer schweren Krankheit ihre Fragen zurückhalten. Insofern kommt den ärztlichen Zuschreibungen besondere Bedeutung zu, was aus ärztlicher Sicht ihre Patient_innen emotional belastet.

Ein akuter Herzinfarkt gilt als belastendes Lebensereignis, womit spezifische Ängsten, z.B. vor dem Tod oder einem zweiten Herzinfarkt, sowie Sorgen um berufliche und/oder familiäre Verpflichtungen für die Betroffenen und ihre Familien verbunden sind (u.a. Ben-Zira/Elieze 1990; Dhooper 1983; umfassend Willrodt 2009). Hierbei werden ‚geschlechtsspezifische‘ Bewältigungs- oder Copingstrategien ausgewiesen, die stereotype Geschlechterkonstruktionen widerspiegeln. Männern wird nach einem akuten Herzinfarkt eher zugeschrieben, ihre Ängste (in der Visite) zu verdrängen, die Ernsthaftigkeit und den Schweregrad des Herzinfarktes zu verleugnen sowie Verantwortung für ihre Genesung an Ärzt_innen zu delegieren, während sie schnell nach Hause wollen. Dagegen wird Frauen eine stärkere Verängstigung nach dem Herzinfarkt zugesprochen, die mitbegründe, dass sie nicht alleine sein wollen, sondern im Krankenhaus und direkt in die Reha-Behandlung wollen (vgl. Ladewig 2013; Willrodt 2009). Doch Angstgefühle zu thematisieren und sich damit als ängstlich zu definieren, scheint stärker der Konstruktion von Weiblichkeit als Männlichkeit zu entsprechen und muss nicht mit einer größeren *Ängstlichkeit* oder depressiven Neigung verbunden sein (vgl. Brink et al. 2006:409). Viel-mehr befördert die tradierte Zuweisung von Emotionalität als ‚weibliche‘ Eigenschaft, dass Frauen im Gegensatz zu Männern: „eher Schwäche eingestehen, psychische Konflikte weniger verdrängen und mit diesen Konflikten [eher ärztliche Hilfe; Anm.JW] aufsuchen“ (Hahn 2008: 64).

Dagegen werden Männer in der Sprechstunde öfter auf mögliche Abhängigkeits- und Suchtprobleme angesprochen als Frauen (Hølge-Hazelton/Malterud 2009:140), was den Patienten den Einstieg in das Thema erleichtern kann. Ältere Befragungsergebnisse der Oldenburger Langzeitstudie zur krankenhausesärztlichen Beratung von Männern nach ihrem ersten Herzinfarkt weisen jedoch auf eher nicht erwünschte Empfehlungen zur Veränderung ihrer Lebensweise hin (Lehmann 1987). Zwar ähneln die ärztlichen Angaben der Prioritätenreihenfolge der Patienten, demnach sie über medizinische und körperbezogene Informationen zum Krankheitsbild, zur Einnahme der Herzmedikamente, zur körperlichen Belastung gegeben sowie über stationäre Heilmaßnahmen gesprochen zu haben. Darüber hinaus gaben sie auch Rauch- und Trinkgewohnheiten an, worüber jedoch knapp ein Viertel der Patienten im Akutkrankenhaus (gar) keine Informationen vermittelt bekommen wollte. Vielmehr wünschten sich die Patienten nach ihrem ersten Herzinfarkt Informationen über psychosoziale Aspekte, wie z.B. bezüglich ihrer nervlichen Belastbarkeit im Beruf und in der Familie, der Wiederaufnahme ihrer Erwerbsarbeit oder von sexuellen Aktivitäten (vgl. ebd.:67).

Aktuellere Angaben von Herzinfarktpatient_innen, die vor knapp zwei Monaten aus dem Krankenhaus entlassen wurden, deuten bei Frauen auf weniger Aufklärung über die Veränderungen lebensstilbezogener Risikofaktor zur Verhinderung eines Reinfarktes. Hierbei erweist auch das *Lebensalter* als relevant: “Significantly fewer *younger female patients* [under 70 years of age, Anm.JW] discussed secondary preventive lifestyle changes with cardiology staff prior to hospi-

tal discharge“ (Arnetz/Arnetz 2009:174 Herv.JW). Dazu wäre gut ein Drittel aller Herzinfarktpatient_innen gerne stärker in die Behandlung im Krankenhaus sowie in die Planung der Entlassung mit einbezogen worden, “with women significantly more dissatisfied than men“ (ebd.: 174). Dies könnte unterschiedlichen Beteiligungspräferenzen geschuldet sein. Im Vergleich zu den Männern unter 70 Jahren gaben mehr gleichaltrige Frauen an, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu präferieren. Eine andere Analyse von Fragebögen (Covinsky et al. 2000), die Herzinfarktpatient_innen drei Monate nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus befragten, weist auf *körperliche* und *emotionale* Belastungen von Frauen nach dem Herzinfarkt hin. Patient_innen, die Probleme bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus angaben, wiesen auch häufiger niedrigere Werte bezüglich ihrer körperlichen und psychischen Verfassung zum Befragungszeitpunkt auf. Signifikant gaben Frauen häufiger als Männer an, drei Monate nach ihrer Entlassung körperlich und psychisch sowie in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt zu sein (vgl. ebd.:171).

Doch die Auswertungen von Angaben in Fragebögen erlauben keine Rückschlüsse, *welche* lebensstilbezogenen Behandlungsempfehlungen in der Visite *wie* besprochen wurden und in welche interaktiven Herstellungsprozesse von Geschlecht diese eingebunden sind. Es bleibt unklar, *welche* Punkte aus Sicht der Patientinnen nicht in die ärztliche Planung ihrer Entlassung integriert wurden, die für ihre Lebenssituation relevant(er) sind. So zeigt eine ältere Auswertung zum ärztlichen Umgang mit den sozialen Verpflichtungen von Patient_innen in ambulanten Gesprächen (Waitzkin 1991), dass Hausärzt_innen geschlechterstereotype Arbeitsteilungsmuster reproduzieren: “In the interaction between doctors and patients, the male gender role is reproduced mainly as being related to the sphere of paid work in the labour market, while the female role is represented as belonging to the area of unpaid work within home” (Kullberg 2001:23f.). Äußerten Männer wie Frauen soziale Probleme mit nicht-geschlechterstereotypen Alltagsaufgaben, wie Männer mit Haus- und Familienarbeit oder Frauen im Erwerbsbereich, fanden diese keine hausärztliche Beachtung (vgl. ebd.:313f.).

Aktuelle Einblicke in wechselseitige Herstellungsprozesse von Patient Gender in Behandlungsgesprächen zwischen Ärzt_innen/Pflegekräften und Patient_innen mit einer chronischen Herzkrankung bietet die Untersuchung von Hedegaard et al. (2014). Die Behandlungsgespräche fanden in Krankenhausambulanzen in Schweden statt, wurden auf Video aufgenommen und qualitativ analysiert. Explizites Ziel der Studie war es, reziproke Prozesse in der verbalen Konstruktion ‚männlicher‘ und ‚weiblicher‘ Herzpatient_innen im Behandlungsgespräch zu untersuchen. Wie Patient_innen die Konstruktion von Physician Gender mitkonstituieren, wurde nicht betrachtet. Im Hinblick auf die Selbstdarstellung der Patient_innen bestätigt sich, dass *körperliche* Aspekte überwiegend von Männern angeführt werden, und zwar sowohl im Sinne körperlicher Einschränkungen als Folge der Erkrankung als auch im Sinne von körperlichen Übungen zur Bewältigung der Krankheit. Indessen überwiegen *emotionale* Aspekte in den krankheitsbezogenen Aussagen der Frauen, die ihre eigenen Gefühle und Gedanken umfassen (vgl. Hedegaard et al. 2014: 518f.).

Das dominantere Kommunikationsverhalten von Ärzt_innen im Vergleich zu Pflegekräften wurde in einer vorherigen Auswertung aufgezeigt: Ärzt_innen beanspruchten mehr Raum als Pflegekräfte, die gleichviel wie die Patient_innen sprachen (Siouta et al. 2012:50f.). Indessen differenzieren Hedegaard et al. (2014) nicht zwischen ärztlichem und pflegerischen Personal, sondern sprechen von ‚Staff Construction of Patients‘ (ebd.:519). Die Analyse des professionellen Kommunikationsverhaltens offenbart, dass bei Männern mittels *positiver* Aussagen und Vorformulierungen positive Darstellungen ihres Gesundheitszustandes bestätigt bzw. befördert wurden. Auch scheinen Patienten häufiger selbst positive Äußerungen zu verwenden als Patientinnen (vgl. Roter et al. 2011:8). Hingegen greifen Ärzt_innen (und Pflegekräfte) bei Frauen stärker deren negative Darstellungen emotionaler und körperlicher Aspekte auf. „The staff would go to great length to rule out the existence of any health problems and used repeated questions to search for experienced troublesome symptoms“ (Hedegaard et al. 2014:520). In einigen Fällen hakt das Personal auch nach der Verneinung von Symptomen bei Frauen wiederholt nach, so dass *zum einen* Negativäußerungen über den Gesundheitszustand bei Frauen und deren Pathologisierung befördert werden. *Zum anderen* werden Frauen trotz fehlender Befunde oder Beschwerden Medikamente verschrieben, während überhöhte Blutwerte oder die Angabe von Beschwerden bei Männern teilweise positiv abgewendet werden, so dass keine weiteren Maßnahmen veranlasst werden (ebd.:521). Dies steht im Widerspruch zur ausgewiesenen Unterversorgung von Frauen mit Herzmedikamenten, die *akute* Herzbeschwerden schildern (vgl. Kap. 3.1.2) wirft Fragen bezüglich der Bedeutung der Bekanntheit der Diagnose auf.

Anlehnend an das vermehrte *Nichterkennen eines akuten Herzinfarktes* bei Frauen rekonstruierten Adams et al. (2008) Muster in der ärztlichen Wahrnehmung von Schauspielpatient_innen, die Herzkreislaufbeschwerden darstellen. Trotz gleicher Informationsgehalte in den Videoaufzeichnungen mit Frauen und Männern waren sich Ärzt_innen bei Frauen weniger sicher mit der Diagnose ‚chronische Herzkreislauf-Erkrankung‘. Die Auswertung der semi-strukturierten Interviews mit den 112 niedergelassenen Allgemeinmediziner_innen zeigte auch, dass sie bei den Patientinnen mehr zur *emotionalen* Verfassung anmerkten, trotzdem Patientinnen die gleichen Beschwerden schilderten wie die Patienten (Adams et al. 2008:10; vgl. Maserejian et al. 2009). Diese Muster bestätigen sich auch in Deutschland. Demnach werden Schauspielpatientinnen mit Herzkreislaufbeschwerden weniger Fragen gestellt werden als den -patienten, besonders nach ihren Rauch- und Trinkgewohnheiten sowie Schmerzen (Bönte et al. 2007/2008). Die ärztliche Verunsicherung gegenüber Frauen eine ‚chronische Herzerkrankung‘ zu diagnostizieren befördert, dass ihnen weniger Herzmedikamente sowie Überweisungen zu einer kardiologischen Fachpraxis verschrieben werden als Männern (vgl. ebd.). Inwiefern diese geschlechterbezogenen Muster in der ärztlichen Wahrnehmung und Deutung den darauf bezogenen Umgang mit den Männern und Frauen mit Herzbeschwerden in *realen* Behandlungsgespräch beeinflusst, bleibt weiter zu untersuchen.

3.3.1.2 Patient_innen: Reziproke Konstruktion von Physician Gender

Da die Ausweisung des Männer- und Frauenanteils in der Ärzteschaft in älteren Kommunikationsstudien zu den Ausnahmen zählt¹³¹ und bis Ende der 1980er Jahre vor allem Ärzte teilnahmen, wird eine androzentristische Ausrichtung der Ergebnisse bemängelt (Lunn et al. 1998: 975). Demnach kommt (neueren) Untersuchungen eine besondere Bedeutung zu, die Angaben zur Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft machen und dies in ihren Auswertungen mitberücksichtigen. Nach der Meta-Analyse sozialer Kategorien, die das ärztliche Konsultationsverhalten beeinflussen können, wie: Alter, Berufserfahrung, Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmale, politische Orientierung sowie soziale und kulturelle Herkunft, kommen Roter & Hall (2006) zu dem Schluss: “More than any other physician socio-demographic characteristic, gender does matter, at least in relation to communication and the doctor-patient-relationship“ (ebd.:85 Herv.JW).¹³² Als eine der wichtigsten Geschlechterunterschiede im ärztlichen Kommunikationsverhalten gilt die höhere *patient-centredness* von Ärztinnen und meint die stärkere Zentrierung auf die Bedürfnisse der Patient_innen und deren Integration ins Behandlungsgespräch (Ackermann-Liebrich/Zemp Stutz 2009). Angehende sowie praktizierende Ärztinnen schreiben der *patient-centred* Gesprächsführung auch positivere Effekte für die medizinische Behandlung zu als ihre Kommilitonen und Kollegen (Löffler-Stastka et al. 2016). Auch in den Konsultationen zeichnet sich bereits bei Medizinstudentinnen ab, dass sie emotionale und soziale Krankheitsaspekte stärker thematisieren als ihre Kommilitonen (vgl. Stratton et al. 2008:218f.; Noble et al. 2007:437). Gleichsam bestätigen Simulationsstudien mit instruierten Schauspielpatient_innen, die entweder rein körperliche Beschwerden oder zusätzlich emotionalen Stress schildern, dass Ärztinnen stärker auf die jeweiligen Beschwerdedarstellungen ihrer Patient_innen eingehen, indem sie mehr diesbezügliche Fragen stellen als ihre Kollegen (Shin et al. 2015).

Aktuelle Meta-Analysen weisen durchaus widersprüchliche Ergebnisse aus. Dass Ärztinnen stärker beziehungsorientiert und deswegen länger mit ihren Patient_innen kommunizieren als Ärzte (Jefferson et al. 2013), findet zwar Bestätigung in einer Studie mit *outpatients*; das meint ambulante Krankenhauspatient_innen (Jefferson et al. 2015a). Im Abgleich mit anderen Studien zur Gender und Konsultationslänge wird hier betont, dass die Konsultationen bei Ärztinnen gut zwei Minuten länger waren als bei Ärzten (vgl. ebd.:136). Dieser Umstand erklärt sich jedoch auch durch das wechselseitige Verhalten der Patient_innen gegenüber den Krankenhausärztinnen. So beobachteten Jeffersons et al. (2015b), dass Ärztinnen routinemäßig gegen Ende des Gesprächs fragten, oder die Patient_innen noch Fragen hätten, was seltener von Ärzten gefragt wurde (vgl. ebd.:187). Patient_innen nutzten diese Möglichkeit, um soziale und emotionale Aspekte darzustellen: “their patients demonstrated greater social conversation and likelihood of becoming tearful“ (Jeffersons et al. 2015b:189), deren Besprechung weitere Zeit beansprucht. Bereits ältere Analysen bestätigen die Tendenz, dass Patient_innen in Behand-

¹³¹ Auch in der Auswertung der 336 Behandlungsgespräche zum ärztlichen Umgang mit den sozialen Anliegen von Männern und Frauen fehlen Angaben zum Frauenanteil in der Ärzteschaft (Waitzkin 1985; 1991).

¹³² Umfassend zu “Why Physician Gender (Especially) Matters in Communication” (Roter & Hall 2006:95-106).

lungsgesprächen mit einer Ärztin mehr sprechen, ihnen gegenüber auskunftsfreudiger hinsichtlich biomedizinischer, emotionaler und sozialer Aspekte sowie aufmerksamer als gegenüber Ärzten sind (Hall/Roter 2002, Shin et al. 2015). Dazu werden Ärztinnen häufiger von ihren Patient_innen unterbrochen als ihre Kollegen, die stärker die Redebeiträge ihrer Patient_innen beschneiden, was mit die unterschiedliche Länge der Gespräche erklärt (vgl. West 1984; Brink-Muinen et al. 1999:84).

Dass in Gesprächen mit einer Ärztin Patient_innen eher zu Wort kommen und sich das asymmetrische Gefälle reduziert (Schmid Mast et al. 2004:1184), könnte mit dazu beitragen, dass die so gemeinsam besprochenen Behandlungsmaßnahmen auch konsequenter von den Patient_innen umgesetzt sowie ‚bessere‘ Behandlungsergebnisse erzielt werden als Patient_innen von Ärzten (vgl. Redleaf/Baird 1998:29; Bertakis 2009), wie es in der Versorgung von Diabetes Mellitus sowie Herzerkrankungen diskutiert wird (vgl. Regitz-Zagrosek 2012:168; Berthold 2008). *Einerseits* zeigen Patient_innen mehr Genesungseffekte und höhere Zufriedenheitswerte, mit denen partnerschaftlich und emotionsbezogen kommuniziert wird. *Andererseits* gestehen Patient_innen Ärztinnen im Gegensatz zu Ärzten einen distanziert-sachlichen (paternalistischen) Kommunikationsstil auch weniger zu, sondern erwarten scheinbar eine patient-centred‘ Gesprächsführung für das gleiche Zufriedenheitsniveau. Schmid Mast et al. (2004) vermuten, dass Patient_innen mit Ärztinnen zufriedener sind, wenn Ärztinnen im Einklang mit den tradierten Geschlechterrollenerwartungen emotional und partnerschaftlich kommunizieren (ebd.:1186).

Dass Patient_innen unterschiedliches Kommunikationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten zu erwarten und gleiches Verhalten verschieden bewerten, scheint seit den 1970er Jahren zu persistieren (u.a. Burgoon et al. 1991, Schmid Mast et al. 2011; Blanch-Hartigan et al. 2010): Testpersonen als analoge Patient_innen, d.h. die Videoaufnahmen von ärztlichen Konsultationen aus Sicht der Patient_innen bewerten, sind zufriedener mit Ärztinnen: “who behaved in line with the female gender role (eg, more gazing, more forward lean, softer voice) while still stressing their professionalism (laboratory coat, medical-looking examination room). For male physicians, satisfaction was high for a broader range of behaviors, partly related to their gender role (eg, louder voice, more distance to patient)” (Schmid Mast et al. 2008:1212). Eine weitere Rezeptionsstudie mit analogen Patient_innen zeigt, dass ähnliche Darstellungen von Ärzt_innen unterschiedlich dominant bewertet werden: ”dominance in female physicians was generally *negatively* perceived, whereas this was much less so the case for dominance in male physicians” (Schmid Mast et al. 2011:178 Herv.JW).

Ähnliches fördert die *Analogue-Patient-Perception*-Studie von Hall et al. (2014) zutage, in der Dritte nach dem Anschauen einer aufgezeichneten Behandlung mit Medizinstudierenden das Mitgefühl und die Kompetenz der angehenden Ärzt_innen bewerten. “Patient-centeredness was perceived as competent for male medical students, but *not* for female medical students“ (ebd.: 318 Herv.JW). Dieser doppelte Bewertungsmaßstab zeigt sich aber nicht, wenn die Zuschauenden bewusst/instruiert die ‚Patientenzentrierung‘ der Studierenden bewerten. Im Widerspruch dazu stehen die Bewertungen von analogen Patient_innen, die über ihre (vorgestellte)

Depression mit computersimulierten Hausärzt_innen sprachen, deren Antworten als ‘high patient-centred‘ formuliert waren: “analogue patients rated female more than male physicians as displaying effective nonverbal communication“ (Roter et al. 2011:8).

In *realen* Behandlungsgesprächen sind sowohl Ärzt_innen als auch Patient_innen umfassender als Testpersonen in die interaktive Herstellung von Geschlecht eingebunden, was den Beteiligten nicht bewusst ist. Hierbei scheint das *Behandlungssetting* Einfluss auf die ärztlichen Darstellungen sowie die Zufriedenheit der Patient_innen auszuüben. Gemäß den Angaben von geschultem Personal, das u.a. die Freundlichkeit von Ärzt_innen in realen Behandlungsgesprächen in drei unterschiedlichen Settings im Krankenhaus kodiert, stellen sich Ärztinnen in den Visitengesprächen im Vergleich zu den Ärzten freundlicher, sympathischer und interessierter gegenüber den stationären Patient_innen dar. Hingegen wird bei Ärzten häufiger die Darstellung von Dominanz kodiert (Hall et al. 2014). Diese divergierenden ‚Geschlechtsdarstellungen‘ sind in ambulanten Nachsorgegesprächen am geringsten, auf der *Normalstation* stärker und in der Notaufnahme am stärksten vertreten. So schlussfolgern Hall et al. (2014): “Gender differences in practice style appear to be more prominent in settings where the patients are more vulnerable“ (ebd.:318); beziehungsweise wenn akut- und notfallmedizinische Aspekte im Vordergrund der Behandlung stehen.

Das wechselseitige Verhalten der Krankenhauspatient_innen floss nicht in die Auswertung ein, aber es wurde ihre Zufriedenheit anhand von Fragebögen erhoben. Hiermit sollte die Annahme überprüft werden, ob ein stärkeres Interesse an den Patient_innen sowie freundlichere und sympathischere Umgangsweisen des ärztlichen Personals mit höheren Zufriedenheitswerten auf Seiten der Patient_innen korrelieren, was sich nur teilweise bestätigt: Zwar werden Ärztinnen gemäß ihrer stärkeren Zentrierung auf die Patient_innen von diesen in den Fragebögen besser bewertet, jedoch nicht in den ambulanten Nachsorgegesprächen, in denen Patient_innen gleich zufrieden auch mit den Ärzten sind, die sich weniger *patient-centred* darstellen. Hier vermuten Hall et al. (2014:317) einen “gender bias in evaluations“, der sich auf Konsultationen mit ambulanten Patient_innen zu beschränken scheint. Abschließend bleibt in Anlehnung an Hølge-Hazelton & Malterud (2009) festzuhalten: ”It seems that both patients’ and doctors’ gendered expectations are *mutually involved in creating gender* differences in medicine“ (ebd.:140 Herv.JW). Auf welche Weise Doing Gender Prozesse in der Ärzt_innen- Patient_innen-Interaktion je nach *Gender Dyade* divergieren, wird folgend bearbeitet.

3.3.2 Gender Dyaden in der Interaktion zwischen Ärzt_innen und Patient_innen

Medizinsoziologische Arbeiten benennen früh soziale Konflikte in der gegengeschlechtlichen Arzt-Patientin-Konstellation. Dass sich viele Patientinnen nicht von einem Arzt im Intimbereich untersuchen wollten, behinderte laut Foucault (1973) die Etablierung der medizinischen Wissenssysteme und die ‚Geburt der [Gebär-]Kliniken‘. Die gynäkologische Untersuchung durch einen Arzt stellte eine mit Scham besetzte sowie ungewohnte Geschlechterkonstellation oder *Gender Dyade*. Schließlich wurden schwangere Frauen zuvor von Hebammen behandelt, bis Letztere infolge des ‚männlich‘-ärztlichen Behandlungsmonopols aus der Frauenheilkunde

und Geburtshilfe verdrängt wurden (vgl. Kap. 2.2). Bis Ende der 1860er Jahre beklagten sich Ärzte öffentlich über Konflikte in Behandlungen mit ‚widerständigen‘ Frauen, die sich ihnen gegenüber sowie den neuartigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Intimbereich verwehrten. Dies erschwerte die Erweiterung des gynäkologischen Wissenssystems und der Untersuchungs- sowie Operationskompetenzen (vgl. Schmersahl 1998:196 FN 21). Die Unterordnung des Schamgefühls unter medizinwissenschaftliche Gesichtspunkte wurde zunächst sozial benachteiligten Frauen abverlangt. Ledigen Müttern schien die Entblößung vor einem Arzt bzw. im Hörsaal zumutbar, da ihnen ein vermeintlich niedrigeres Moral- und Schamgefühl als den ‚anständigen‘ Damen zugeschrieben wurde. Die so gewonnenen Erkenntnisse kamen dann den Frauen bürgerlicher Familien in ihren Privaträumen zugute (vgl. Foucault 1973:101). Hingegen entsprang die Erfindung des Stethoskops laut Foucault dem ärztlichen Sittlichkeits- und Schamgefühl, um auf diese Weise zu verhindern, dass der Arzt sein Ohr auf den Brustkorb der Patientin legen musste (vgl. ebd.:177).

Auch Parsons (1951) thematisiert in der Gesellschaft bestehende Sentiments, die den körperlichen Kontakt zwischen sowie innerhalb der Geschlechtergruppen regulieren (vgl. ebd.:451). Gleichsam ausgehend von einer (hetero-)sexuellen Grundspannung in der Arzt-Patientin Dyade bestehe nicht nur die Gefahr der Erotisierung, sondern auch das Problem ‚pathologischer‘ Eifersucht, die einen besonderen Umgang für die soziale Ausnahmesituation voraussetzen:

„Daß ein Mann seine Frau allein den Arzt konsultieren läßt und daß die Arztfrauen nicht eifersüchtig auf die weiblichen Patienten ihrer Gatten sind, ist eine wesentliche Voraussetzung der ärztlichen Tätigkeit. Gelegentlich treten in dieser Hinsicht Probleme auf; daß aber sie relativ selten sind und schnell als ‚pathologisch‘ abgestempelt werden, zeigt, wie wirksam die soziale Kontrolle ist“ (Parsons 1958:36).

Auch aktuelle Studien weisen auf die besondere Brisanz *heterogener* Gender Dyaden hin, wie z.B. wenn Krankenpflegerinnen Patienten im Intim waschen, was soziale Gefahren wie des Sich-Schämens und der ‚Sexuierung‘ durch die entblößten Geschlechtskörper in sich berge. Entgegengewirkt werde dem mittels einer ‚Choreographie der Entblößung‘ (Heimerl 2006) und eines Schammanagements (*undoing shame*). Hierbei gilt es das Schamgefühl des Patienten nicht zu verletzen und zugleich die professionelle Waschung durchzuführen, um einen effektiven Klinikablauf gewähren zu können. „Doch nackte Genitalen bleiben trotz einer wirkungsvollen ‚Ent-Schämungspraxis‘ immer brisant, so dass Geschlechtspersonen jederzeit wieder Gestalt annehmen können, ‚rot werden‘ und ihre zuvor konstruierten Arrangements ‚blass aussehen‘ lassen“ (ebd.:389f.).

Gleichsam geben Patient_innen, die wegen einer Inkontinenz in einer geriatrischen Klinik behandelt werden, übereinstimmend an, dass sie „gleichgeschlechtliche Pflegepersonen bei Interventionen zur Inkontinenzversorgung bevorzugen würden“ (Kummer et al. 2008:271). Dies wird dem Anspruch einer ‚guten Versorgung‘ untergeordnet. Indessen wird die Präferenz gleichgeschlechtlicher Ärzt_innen von den *älteren* Patient_innen viel ausgeprägter negiert und mit Verweis auf die ärztliche Fachkompetenz die Bedeutung von Geschlecht beim ärztlichen Personal de-thematisiert. Hier stellt sich die Frage, ob für Patient_innen – mit zunehmendem

Lebensalter – die Bedeutung von Geschlecht bei der Wahl des ärztlichen Personals und einer für sich behaglicheren Gender Dyade an Gewicht verliert.

Forschungen zu sogenannten *Physician Gender Präferenzen* weisen uneinheitliche Ergebnisse auf. Mehrheitlich geben Patient_innen in Befragungen an, dass sie keine besondere Präferenz bezüglich des Geschlechts der sie behandelnden Ärzt_innen hegen. Dies scheint mit dem Alter, der Wahlmöglichkeit und dem Behandlungsanlass verbunden zu sein: In der gynäkologischen Praxis bevorzugten vermehrt *jüngere* Frauen bei bestehender Wahlmöglichkeit häufiger eine Ärztin als ältere Patientinnen (Brink-Muinen et al. 1994:209). In der Allgemeinpraxis (General Practice - GP) scheint die *Erkrankung* relevant. Bei Erkältungsbeschwerden geben die wenigsten Patient_innen (27%) eine Genderpräferenz an. “Among those expressing a gender preference, male and female patients most frequently preferred a GP of their own gender for *chest pain* and genital discharge, while both genders preferred a female GP for the two *psychosocial problems*” (Delgado et al. 2011:51 Herv.JW).

Die explizite Frage nach einer Geschlechterpräferenz knüpft an ein differenzorientiertes Geschlechterverständnis an und wirft implizit die Fragen nach der eigenen ‚Geschlechtsperson‘ (Heimerl 2006) für die Patient_innen sowie nach der Favorisierung einer geschlechtshomogenen oder -heterogenen Konstellation auf. In Bezug auf *körperliche* Aspekte wie bei Intimuntersuchungen scheinen Patient_innen sich ihrer Geschlechtlichkeit stärker bewusst zu sein und homogene Gender Dyaden zu bevorzugen, wohingegen scheinbar stärkeres Unbehagen in heterogenen Gender Dyaden vermutet wird. Die These eines geringen Unbehagens in gleichgeschlechtlichen Konstellationen scheint für Patient_innen nicht bei psychosozialen Problematiken zuzutreffen. Dass Patient_innen eher sich einer Ärztin als einem Arzt anvertrauen würden, steht im Zusammenhang mit der tradierten Zuschreibung psychosozialer Behandlungskompetenzen gegenüber Ärztinnen als eine genuin ‚weibliche‘ Eigenschaft, wie es vor über 100 Jahren im Rahmen der ‚marginalisierenden Integration‘ (Wetterer 2002) der ersten Ärztinnen-generation noch kontrovers diskutiert wurde (vgl. Kap. 2.2.1). Inwiefern geschlechterbezogene Muster die Wahrnehmung von Ärzt_innen und Patient_innen sowie ihre Zufriedenheit mitgestalten, wird im Folgenden aufgezeigt.

3.3.2.1 Wahrnehmung und Bewertung der Behandlungsgespräche

Bis auf wenige Ausnahmen fehlen Studien (Weber et al. 2011), die im *Krankenhaussetting* der Bedeutung von Geschlecht in der Wahrnehmung und Deutung des Gegenübers sowie der Bewertung der Visitengespräche nachgehen. Die Forschungslücke vergrößert sich enorm, wenn gleichzeitig auch das jeweilige Krankheitsbild mit den implizierten Geschlechterkonstruktionen betrachtet wird. Die aus Simulationsstudien aufgestellte These, dass *Ärztinnen* zufriedener Patient_innen haben, wenn sie konform mit geschlechterstereotypen Erwartungen an Frauen emotional und partnerschaftlich kommunizieren (vgl. Kap. 3.3.1.2), findet in realen Behandlungsgesprächen im Krankenhaus in der *Ärztin-Patientin Gender Dyade* Bestätigung: Befragungen von ehemaligen Krankenhauspatient_innen, die eine Woche nach ihrer Behandlung in der **Notaufnahme** nach ihrer Bewertung der akutstationären Behandlung befragt

wurden, zeigten, dass Frauen zufriedener mit der Behandlung einer Ärztin als eines Arztes waren (Derose et al. 2001). Die Patientinnen bewerteten Ärztinnen insgesamt positiver als Ärzte; insbesondere hinsichtlich der Länge der Gespräche, des ärztlichen Interesses an ihnen und des von den Patientinnen geäußerten Vertrauens in die Behandlung. Die Ergebnisse der befragten Männer zeigten indessen keine Unterschiede nach Physician Gender, deren Zufriedenheit weniger mit einer patient-centred Gesprächsführung von *Ärztinnen* verbunden zu sein scheint.

Dies verhält sich ähnlich zu den Ergebnissen der Studie von Hall et al. (2014), in der *Patientinnen* auf der **Normalstation** und Notaufnahme zufriedener mit der Behandlung von Krankenhausärztinnen waren, die (*erstens*) höhere Werte als ihre Kollegen im Bereich ‘patient-centred communication‘ hatten und (*zweitens*) sich weniger dominant oder paternalistisch im Behandlungsgespräch zeigten. Die Angaben von Patientinnen, die im Krankenhaus in der Gynäkologie ambulant behandelt wurden, zeigen einen doppelten Bewertungsmaß hinsichtlich der Wahrnehmung und Bewertung ärztlicher Kontrolle. Stärker strukturierte Gespräche – als Zeichen für die Darstellung von Dominanz – bewerteten die Patientinnen bei Ärztinnen negativer als bei Ärzten (Christen et al 2008:1481). Dies könnte auf engere Weiblichkeitskonstruktionen insbesondere von Patientinnen gegenüber Krankenhausärztinnen hinweisen. Während das Abweichen von herkömmlichen Geschlechterstereotypen bei Ärztinnen negativ wahrgenommen und bewertet wird, verhält sich dies bei Ärzten entgegengesetzt. Sowohl bei einer klassisch paternalistischen als auch ‘patient-centred communication‘ finden sie mehr Anerkennung als ihre Kolleginnen.

Demgegenüber weisen die ärztlichen Schilderungen über ihre Behandlungserfahrungen mit Herzinfarktpatient_innen auf stereotype Geschlechterkonstruktionen hin (Willrodt 2009).¹³³ Den Erfahrungen einer *Ärztin* folgend würden Männer den Herzinfarkt eher verdrängen und seien ‚cooler‘, während Frauen eher unsicherer wären und länger im Krankenhaus bleiben oder direkt in die Reha-Klinik wollen würden. „Männer drängeln halt ganz gerne mal auf Entlassung und würden vor der Reha zum Beispiel gerne wieder nach Hause, weil die sich sicher fühlen. Das ist bei Frauen weniger zu beobachten“ (in: Willrodt 2009:79). Anders fallen die Erörterungen eines sehr berufserfahrenen *Arztes* über das Aufsuchverhalten von Frauen und Männer mit einem akuten Herzinfarkt aus. „Frauen kommen dann manchmal auch später, weil Männer manchmal anscheinend auch *weicheimäßiger* sind, manchmal (lacht). Und Frauen manchmal später zum Arzt gehen oder man den Eindruck hat, dass sie das jetzt manchmal länger tolerieren“ (in: Willrodt 2009:79 Herv.JW). Das späte Aufsuchen notärztlicher Hilfe von Männern wird zwar auch der (körperlichen) *Schmerzindolenz* zugeschrieben, aber negativ ausgelegt. Im Gegensatz zur längeren Toleranz heißt es bei Männern: „die sind so ein bisschen ignorant. Das sind so Bauern, die gehen erst zum Arzt, wenn sie wirklich halb tot umfallen [...] praktisch todkrank erst im Krankenhaus ankommen“ (in: Willrodt 2007:55). *Zum einen* scheinen sich Ärz-

¹³³ Im Rahmen einer Explorationsstudie wurden 2007 qualitative Interviews mit vier Krankenhausärztinnen und drei -ärzten geführt, die in der Kardiologie eines Hamburger Krankenhauses arbeiten und von zwei bis über 10 Jahre an Berufserfahrung mit Herzinfarktpatient_innen gesammelt haben (Willrodt 2007).

t_innen negativer oder strenger über die Patient_innen des eigenen Geschlechts zu äußern und mehr Verständnis für etwaiges Fehlverhalten von Patient_innen in heterogenen Konstellationen aufzubringen. *Zum anderen* ziehen Ärzt_innen in keinem Fall soziale Aspekte wie berufliche und/oder familiäre Verpflichtungen in Erwägung, die anstelle von emotionalen oder körperlichen Aspekten Unterschiede in der Prähospitalphase oder in Reha- und Entlassungsplanung erklären könnten.

Wie Ärzt_innen in der Visite auf die ihrerseits gedeuteten ‚weicheimäßigen‘ und ‚indolenten‘ oder ‚cooleren‘ Männer respektive ‚toleranteren‘ oder ‚unsicheren‘ Frauen jeweils eingehen, beschränkt sich auf deren geschilderten Umgangsweisen in den qualitativen Interviews. Auffallend sind die Schilderungen von *Ärztinnen*, die auf Spannungen in der heterogenen Visitenkonstellation mit Männern hinweisen: Im Vergleich zu ihren Kollegen berichten die Stationsärztinnen häufiger über Patienten und deren Angehörige, die Forderungen stellen, wie z.B. dass sie nicht lange auf den Entlassungsbrief oder Gespräche mit Ärztinnen warten wollen. Im Gegenzug wünschen sich vor allem die befragten Ärztinnen von den Patienten weniger Ansprüche, mehr Geduld und Verständnis für Verzögerungen im Krankenhausalltag sowie das Befolgen ihrer Anweisungen anstelle dass sie darüber lachen (vgl. Willrodt 2009:79). Ähnliche Hinweise auf Spannungen und Konflikte enthalten die Berichte von angehenden Ärztinnen über ihre Klinikpraktika, die häufiger degradierende Erfahrungen in geschlechtsheterogenen Interaktionen sowohl mit Patienten als auch mit anleitenden Krankenhausärzten schildern und besonders hohe Anforderungen bei den bereits praktizierenden Krankenhausärztinnen wahrnahmen, um ernstgenommen zu werden, und zwar: “to be ‘more serious‘ and ‘prove‘ themselves“ (Babaria et al. 2009:863; s.a. Jeffersons et al. 2015b). Die vermehrten Schilderungen von ‚fordernden‘ oder autonomen Patienten könnte darauf hinweisen, dass Patienten in der Visite mehr von Ärztinnen fordern als in Gesprächen mit Ärzten. Hierbei gilt es auch der Bedeutung der ärztlichen *Berufserfahrung* nachzugehen.

So thematisieren Krankenhausärzte keinerlei Wünsche, die sich Veränderungen im Verhalten der Patient_innen nach einem akuten Herzinfarkt in der Visite beziehen. Vielmehr berichten die interviewten Ärzte bereits mit wenig Berufserfahrung über ‚superkooperative‘ Patienten, gleichwohl der so bezeichnete Berufsanfänger es oft (noch) schwierig findet: „dass man eben manchmal darstellen muss, dass sie auch mal ihren Lebenswandel ändern müssen, wenn sie nicht sofort den nächsten Herzinfarkt haben wollen“ (in: Willrodt 2009:81). Dies führt der Berufsanfänger auf den Schockzustand der Patienten nach dem Herzinfarkt zurück. Dagegen erklärt sich ein Stationsarzt, der über mehr Berufserfahrung verfügt, dass seine Empfehlungen ohne Widerworte von den Patienten angenommen werden wie folgt: „Meistens erst mal natürlich auch vermittelt durch die Autorität des Arztes wird dann erst mal gesagt ‚jaja‘. Aber keiner sagt: ‚Nö, ich rauche aber weiter““ (in: Willrodt 2009:80). Dieses Gefühl, im Visitengespräch Macht über die Patient_innen zu haben, stimmten ausschließlich Ärzte im Rahmen einer standardisierten Befragung zu (Löffler-Stastka et al. 2016:667). Jedoch sieht sich einzig der Krankenhausarzt mit sehr viel Berufserfahrung auch ‚machtlos‘ gegenüber beruflichen und familiären Verpflichtungen, die eine vorzeitige Entlassung gegen ärztlichen Rat aus dem Kran-

kenhaus bedingen können. „Wenn die gehen wollen und wir denken, dass es ein Risiko ist, dann müssen wir das ihnen genau beschreiben. [...] Die Entscheidung treffen dann die Leute“ (in: Willrodt 2009:82).

Im Gegensatz zur *ausführlichen* Darstellung von Risiken bei beruflichen Verpflichtungen führt derselbe Arzt bei familiären Verpflichtungen jedoch Risiken des Im-Krankenhaus-Bleibens an. „Da machen wir manchmal einen Kompromiss, weil wir wissen, die Leute haben dann mehr Stress, wenn sie im Krankenhaus sind als wenn sie zuhause sind und entlassen die dann so früh wie möglich“ (in: Willrodt 2009:83). Die Legitimierung einer frühzeitigen Beendigung der Herzinfarktbehandlung im Krankenhaus bezieht sich im konkreten Fall auf Probleme in der *Versorgung* des pflegebedürftigen Ehemannes, der von der Patientin zuhause gepflegt wird.

Ärztinnen scheinen indessen aufgrund der emotionalen Spannungen mit Patienten den Umfang ihrer Aufklärung zu reduzieren. So erklärt eine Ärztin: „Das hängt immer von Patient zu Patient ab. Wenn ich das Gefühl habe, dass das keinen Sinn hat, dass ich ihm das sage, weil man [...] wie man zwischenmenschlich miteinander ist schon mitbekommt, dass er sich bei Zeiten nicht daran halten wird, dann sagen wir es auch nicht. Weil dann denke ich, das ist Aufgabe des Hausarztes“ (in: Willrodt 2009:81f.). Inwiefern diese geschlechterbezogenen Muster im Umgang mit Patient_innen nach einem akuten Herzinfarkt Differenzen *in* der Visite abbilden können, gilt es weiter zu untersuchen.

3.3.2.2 Darstellungen in den Behandlungsgesprächen

Auch hier mangelt es insgesamt an Studien, die das reziproke Verhältnis in der Konstruktion von Geschlecht sowie Gender Dyaden berücksichtigen, so dass bisherige Studien nur begrenzt Auskunft über Konstruktionsprozesse einer Partei in der Dyade geben (vgl. Bertakis 2009). Zwar stellte West schon Anfang der 1980er Jahre Abweichungen von den bisher bekannten paternalistischen Verbalmustern in Abhängigkeit von der jeweiligen Geschlechterkonstellation in der Sprechstunde fest. Gerade in der *Ärztin-Patient Dyade* zeichnete sich ein umgekehrtes Unterbrechungsmuster ab: Nicht nur, dass Ärztinnen ihre Patienten am wenigsten unterbrachen, sondern die Ärztinnen wurden zugleich am meisten von Männern unterbrochen als es in den anderen Gender Dyaden der Fall war (West 1984:92). Doch bei *welchen* Themen es häufiger bei Ärztinnen zu Unterbrechungen kam und mit welchen inhaltlichen Beiträgen die Patienten hier aktiv eingriffen, wurde nicht erfasst. Die Anzahl der Studien ist gering, die sowohl dem ärztlichen als auch Patient_innengeschlecht Beachtung schenken. Eine Meta-Analyse zum Einfluss Gender Dyaden auf die Kommunikation in der medizinischen Praxis führten Sandhu et al. (2009) durch, in der lediglich zehn von 648 Studien einfließen, die alle geforderten Kriterien erfüllten.¹³⁴ Die statistische Auswertung offenbart signifikante Verhaltensmuster in ärztlichen Konsultationen je nach Gender Dyade (Tab. 1).

¹³⁴ Sie sichten in Datenbanken Aufsätze (1960-2007) und Zeitschriften (2005-2007) nach: Alter: nur Erwachsene, Untersuchung von Patient & Physician Gender, Methode: Audio- & Videomitschnitte und Quantitative Verfahren: valide & hohe Reliabilität.

Tab. 1 Gender Dyaden in der Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen

Genderdyade	Arzt – Patient	Ärztin – Patientin	Arzt – Patientin	Ärztin – Patient
Gesprächsklima	behaglich gleichberechtigt	patientinnenzentriert entspannt	distanziert formeller	angespannt dominant
Gesprächsstil	Ärzte freundlich, gelassen, Patienten unterwürfige Stimme	Ärztinnen ruhiger Tonfall, Ermutigung der Patientinnen, mehr Rückfragen	Ärzte direkte An- weisungen & Fragen, geringste Zentrierung auf Patientinnen	Ärztinnen non-verbal unfreundlich, beide klingen z.T. des- interessiert
Gesprächsthemen	Soziale Themen wie Lebensstil: Rauchen, Bewegung	Entweder psychosoziale Themen <i>oder</i> bio- medizinische Inhalte	weniger lebensstil- bezogene Themen	Patienten sprechen mehr über Gefühle
Zeit	Uneinheitlich	längste Dauer	viel Zeit für Examina	Uneinheitlich
Gesprächsmuster ¹⁾	Biopsychosozial	psychosozial oder biomedizinisch	Biomedizinisch	Psychosozial

Quelle: Eigene Zusammenfassung in Anlehnung an Sandhu et al. (2009)

¹⁾ Bezeichnung angelehnt an Brink-Muinen et al. (2002)

Zusammenfassend zeigen sich Differenzen “in: patient agendas elicited, what is talked about, communication style, non-verbal communication, exhibiting of power and status, and in length of consultation” (Sandhu et al. 2009:354). Die Ergebnisse erweitern die bisherigen Erkenntnisse zur reziproken Konstruktion von Patient und Physician Gender (vgl. Kap.: 3.3.1.1; 3.3.1.2). In Anbetracht des asymmetrischen Gefälles in Ärzt_innen-Patient_innen-Gespräch zeigte sich, dass *geschlechtshomogene* Konsultationen häufiger entspannter und gleichberechtigter verliefen als es in heterogenen Gender Dyaden der Fall zu sein schien (s.a. Roter/Hall 2006:65). Besonders hob sich hierbei die *Ärztin-Patientin Gender Dyade* hervor, demnach Ärztinnen am stärksten ihre Patientinnen ermutigten, ihre Perspektive, Fragen und Bedürfnisse ins Gespräch einzubringen. Dies ging mit der längsten Gesprächsdauer einher, wobei inhaltliche Schwerpunkte in der Frauendyade entweder auf biomedizinischen oder psychosozialen Behandlungsaspekten lagen. Dagegen wurden in der *Arzt-Patient-Dyade* am häufigsten körperliche Gesundheitsrisiken besprochen und soziale Konversation betrieben (Lunn et al. 1998). So scheinen Ärzte und Patienten länger über ‚männlich‘ konnotierte Risiko-faktoren (Rauchen, Alkoholmissbrauch etc.) zu sprechen sowie deren Veränderungen durch körperliche Übungen zur Förderung ihrer Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden im Vergleich zu den anderen Gender Dyaden (Sandhu et al. 2009:350f.). Soziale Konversation meint: “when a social problem or the impact of a physical problem on social circumstances is communicated“ (ebd.:350). Der größere Anteil sozialer Konversation im Verhältnis zu biomedizinischen Themen begründet für Brink-Muinen et al. (2002) die Bezeichnung ‚biopsychosoziales Gesprächsmuster‘, obwohl emotionale Aspekte kaum Thema waren.¹³⁵

In den beiden *heterogenen* Gender Dyaden kennzeichnet sich das Gesprächsklima durch eine stärker ausgeprägte Distanz und Anspannung zwischen den Interagierenden und eine größere Asymmetrie: Die *Arzt-Patientin-Konsultation* entsprach am ehesten dem klassisch paternalistischen Behandlungsmodell mit biomedizinischen Gesprächsmuster und -inhalten, da körper-

¹³⁵ Das psychosoziale Gesprächsmuster kennzeichnet sich durch den höchsten Redeanteil der Patient_innen sowie wenige körperliche Untersuchungen und ist weniger themenbezogen (vgl. ebd.:259).

liche Untersuchungsmaßnahmen im Mittelpunkt standen und Ärzte stark in Form von instrumentellen Anweisungen (z.B. Ein- und Ausatmen) sowie Abfragen mit ihren Patientinnen kommunizierten. Ebenso brachten Ärzte am wenigsten die Perspektive ihrer Patientinnen aktiv in das Behandlungsgeschehen mit ein, sondern schienen sich häufiger eigener Vorannahmen über die Krankengeschichte ihrer Patientinnen zu bedienen als in homogenen Gender Dyaden (Meuweesen et al. 1991:1147). Welche Vorannahmen Ärzte hier vorformulieren und wie diese etwaige Behandlungsentscheidungen leiten, geht aus den Studien nicht hervor. Indessen weisen die Ergebnisse bezüglich der heterogenen *Ärztin-Patient-Dyade* auf ein informatives oder Dienstleistungsorientiertes Modell mit hoher Souveränität der Patienten hin. Hierbei zeigen sich auch Spannungen: Sowohl die Patienten als auch Ärztinnen werden als sehr dominant im Tonfall im Vergleich zu allen anderen Gender Dyaden bewertet. Gleichwohl lächeln Ärztinnen in dieser Dyade am häufigsten und verwenden wenige Fachbegriffe. Ihre Patienten klingen zwar am meisten gelangweilt von allen anderen Konstellationen. Sie geben aber auch die meisten Beziehungskommentare (*partnering statements*) und thematisieren von sich aus (wiederholt) eher Gefühle als in Gesprächen mit Ärzten (Lunn et al. 1998: 982). Jedoch fehlt der inhaltliche Zusammenhang, bei welchen Themen der Tonfall von Patienten respektive Ärztinnen besonders heraussticht oder worüber Ärztinnen lächeln. Auch nicht geklärt werden kann, welche emotionalen Anliegen Patienten warum wiederholt gegenüber Ärztinnen darstellen und wie Ärztinnen hierauf jeweils eingehen. So könnte auch ein für die Männer nicht zufriedenstellender Umgang mit ihren Anliegen zu einer wiederholten Thematisierung geführt haben. Derweil vermuten Sandhu et al. (2009:351), dass in *homogenen Gender Dyaden* weniger Status- und Machtpositionskämpfe als in heterogenen Geschlechterkonstellationen ausgetragen werden. Allerdings unterscheiden sich die beiden *heterogenen* Gender Dyaden stark voneinander: Während die Arzt-Patientin-Dyade dem traditionell paternalistischen Modell ähnelt, zeichnen sich konkurrierende Handlungen in der Ärztin-Patient-Konstellation ab, die aus Geschlechterrollenkonflikten in der möglicherweise noch für Männer ungewohnten Behandlungskonstellationen mit einer Ärztin zu resultieren scheinen (vgl. Brink-Muinen et al. 2002:263). Hier legen Sandhu et al. (2009) das biomedizinische Gesprächsmuster in der homogenen Ärztin-Patientin Konstellation als paternalistisch aus und vermuten: “that when dealing with their own sex, female doctors behave more like stereotypical male professionals” (ebd.:353). Die Beteiligung und Wissensbedürfnisse der Patientinnen werden außeracht gelassen.

Aufgrund der geringen Anzahl von lediglich zehn Studien ist die Verallgemeinerungsfähigkeit der Ergebnisse stark limitiert. Zudem wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse dadurch erschwert, dass die Studien große Unterschiede auf bezüglich der: Untersuchungsgruppe (Anzahl, Repräsentativität etc.), Auswertungsverfahren, Krankheitsbilder und Länder. Außerdem bezieht sich die Mehrzahl der 42 signifikanten Ergebnisse auf eine Studie, die im nordamerikanischen Raum durchgeführt wurde (Hall et al. 1994).¹³⁶ Die *Eurocommunication Study* offenbarte indes landesspezifische Differenzen, die divergierenden Mustern in von *Ärzten* geführten

¹³⁶ Mit dem Roter Interaktion Analysis System wurden 100 Konsultationen zwischen 50 Ärzt_innen mit unterschiedlicher Berufserfahrung und 100 Patient_innen mit unterschiedlichen Beschwerden ausgewertet (vgl. ebd.).

Behandlungsgesprächen resultieren – “irrespective of the patients’ gender” (Brink-Muinen et al. 2002:262).¹³⁷ Daneben gibt es uneinheitliche bzw. widersprüchliche Ergebnisse: Zwar zeigen *Ärztinnen* im Vergleich zu ihren Kollegen eine stärkere ‚patientenzentrierte‘ Ausrichtung wie unterstützendes Verhalten mit ambulanten Patient_innen im Krankenhaus (outpatients). Gender Dyaden scheinen hierbei nicht relevant zu sein. So heißt es: “the dyadic combination of patients’ and physicians’ gender was not associated with physician’s behaviour; physicians did not appear to behave differently towards patients of the opposite sex“ (Zandbelt et al. 2006: 908). Aber das Verhalten der Patient_innen wurde (auch hier) nicht erfasst: “which undoubtedly will explain part of the variance in physician’s behaviour“ (ebd.).

Auch neuere Untersuchungen offenbaren Widersprüche zu den bisherigen Annahmen, dass heterogene Gender Dyaden unbehaglicher für Patient_innen sind und sie sich mit psychosozialen Problemen eher einer Ärztin als einem Arzt anvertrauen. In der bereits erwähnten Simulationsstudie (Roter et al. 2014; vgl. Kap. 3.3.1.2) war die Auskunftsbereitschaft der analoge Patient_innen größere in den zwei *heterogenen* Gender Dyaden mit ‚high patient-centred‘ animierten Ärzt_innen. “This effect is especially evident in the categories reflecting psychosocial and lifestyle information and emotional statements“ (ebd.:5).¹³⁸ Ferner geht in den Ergebnisformulierungen verloren, in welchem inhaltlichen Kontext medizinische, körperliche, emotionale oder soziale Aspekte zum Thema gemacht werden und wie diese Themen in den anderen Behandlungsgesprächen besprochen werden.

Im Hinblick auf den Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist besonders zu bedenken, dass keine der zehn Studien Interaktionen zwischen Ärzt_innen und Patient_innen in der **Visite** untersucht, sondern alle Erkenntnisse ausschließlich aus Untersuchungen von Behandlungsgesprächen in der haus- oder fachärztlichen (Krankenhaus-)Ambulanz entstammen. Auch für den Forschungsgegenstand interessante neuere Studien, wie z.B. die qualitative Untersuchung mit Frauen, die ein Unbehagen seitens der Patientinnen im Gespräch mit ihren Hausärzten über Sex nach dem Herzinfarkt ausweisen (Abramsohn et al. 2013), können nicht auf die Untersuchung interaktiver Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht in Visitengesprächen übertragen werden. Im Folgenden werden daher Ergebnisse zu Gender Dyaden in Behandlungsgesprächen aufgezeigt, die im **Krankenhaus** geführt wurden.

Die Untersuchung von *Patterns in clinicians’ responses to patient emotion in cancer care* (Finset et al. 2013) basiert auf einer Sequenzanalyse von ambulanten Konsultationen mit Krebspatient_innen, die im Krankenhaus geführt wurden. Ein stärkerer Einbezug negativer Emotionen wird in den Gender Dyaden mit einer Ärztin und/oder Patientin ausgewiesen. Genau heißt es: “Oncologists gave more room for disclosure to the first cue or concern in the consultation, to more explicit and doctor initiated cues/concerns and when the doctor and/or patient was *female*“ (Finset et al. 2013:80 Herv.JW). Das Abweichen der *male Gender Dyade* wird indes gar nicht erwähnt; sind es doch scheinbar vor allem Krankenhausärzte, die insbesondere Pa-

¹³⁷ Zu landesspezifischen Geschlechterverhältnissen und Gesprächsverläufe s. Meeuwesen et al. (2009).

¹³⁸ Dies umfasst: stärkeres Eingehen auf soziale emotionale Aspekte, stärkere Einbeziehung der Patient_innen bei der Diagnosefindung ‚Depression‘ und bei den Behandlungsoptionen (ebd.:e3).

tienten weniger Raum für ihre Ängste, Sorgen oder Bedenken geben bzw. weniger auf diese eingehen als es in allen anderen Dyaden-Formen der Fall zu sein scheint. Dies könnte darauf hinweisen, dass die ärztliche (Selbst-)Darstellung von Männlichkeit in onkologischen Nachsorgegesprächen mit Patienten mit dem (klassischen) Nichtansprechen sowie Nichteingehen auf (negative) Emotionen verbunden ist.

Ähnliche Darstellungsmuster im ärztlichen Umgang mit Emotionen fanden Kale et al. (2011) in der erwähnten norwegischen Vergleichsstudie zu *Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians* (Kale et al. 2011). Hier wurden 56 der im Krankenhaus geführten Behandlungsgespräche auf Video aufgezeichnet und diejenigen Sequenzen genauer untersucht, in denen negative Emotionen wie Ängste, Sorgen und Bedenken in-/direkt geäußert wurden, um den ärztlichen Umgang in Abhängigkeit von der Sprachkompetenz der immigrierten und nicht-immigrierten Patient_innen zu analysieren. Unabhängig von der Sprachkompetenz der Patient_innen zeigt sich jedoch, dass Ärzte weniger auf die emotionalen Aspekte von (nicht-/immigrierten) Patienten eingingen. Auch sprachen die Patient_innen häufiger (negative) Emotionen in Gesprächen mit einer *Ärztin* an als gegenüber einem Arzt an (vgl. ebd.:328). Dies deckt sich mit der Zuschreibung psychosozialer Behandlungskompetenzen gegenüber Ärztinnen sowie der Physician Gender Präferenz: Probleme, Sorgen und Nöte eher mit einer Ärztin als einem Arzt besprechen zu wollen (vgl. Kap. 3.3). Allerdings handelt es sich um unterschiedlich schwere Erkrankungen und wirft die grundsätzliche Frage nach der Vergleichbarkeit des ärztlichen Umgangs mit den emotionalen Anliegen von Patient_innen auf, die z.B. wegen einer schweren Krebserkrankung oder eines gebrochenen Beines behandelt werden. Diese verlangen eine inhaltliche Differenzierung emotionaler Aspekte, die es gesondert für Behandlungsgespräche mit Patient_innen nach einem akuten Herzinfarkt zu untersuchen gilt.

Dagegen weist eine ähnlich ausgerichtete Studie zu *Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations* (Mjaaland et al. 2011) keine Muster im krankenhausesärztlichen Umgang mit den (angedeuteten negativen) Emotionen der Patient_innen nach Geschlecht der Ärzt_innen und Patient_innen aus. Auch hier handelt es sich um unterschiedliche Beschwerden, die in den gut 100 Konsultationen mit Krankenhausärzt_innen unterschiedlicher Disziplinen behandelt wurden. Allgemein wird eine reduzierte Aufmerksamkeit hinsichtlich emotionaler Aspekte bei Krankenhausärzt_innen herausgestellt. Ein weiteres Ergebnis der Studie lautet: "However, surgeons and orthopaedic significantly more often gave explicit space reducing responses than the anaesthesiology/neurology/gynaecology subgroups" (Mjaaland et al. 2011:334). Die internistische Fachdisziplin und Kardiologie finden jedoch keine Erwähnung. Stattdessen weist die stärkere Nicht-Thematisierung von Emotionen in der Chirurgie und Orthopädie auf die Bedeutsamkeit medizinischer Fachdisziplinen in Behandlungsgesprächen und darin implizierte Geschlechterkonstruktionen hin (s.a. Zandbelt 2006: 904f.).

Zuletzt gibt eine Vergleichsstudie (Hall et al. (2014) neue Hinweise auf spezifische Muster in der Konstruktion von Geschlecht in Visitengesprächen am Krankenbett, die sich von den am-

bulanten (Nachsorge-)Gesprächen abzugrenzen scheinen (vgl. Kap. 3.3.1.2). Im Gegensatz zu Gesprächen mit ambulanten Patient_innen (*outpatients*) waren zwei Aspekte für das ärztliche Kommunikationsverhalten mit stationären Patient_innen (*inpatients*) kennzeichnend: *Erstens* wurden Ärztinnen im Gespräch mit ihren Patient_innen weniger dominant, dafür freundlicher und sympathischer von professionellen Codierer_innen eingeschätzt, demnach die Ärztinnen auch etwas mehr Interesse zeigten als ihre Kollegen (ebd.:315). *Zweitens* waren die Werte von Ärztinnen im ‚sozioemotionalen Verhalten‘ höher als die der Ärzte. Dies bezieht sich u.a. die Darstellung von Empathie wie das Sprechen über Gefühle (ebd.:316). Die Ergebnisse weisen auf unterschiedliche Muster in der Darstellung von Geschlecht in medizinischen Konsultationen je nach Behandlungssetting hin. Demgemäß gilt es bei der Untersuchung von (dyadischen) Mustern in der Herstellung von Geschlecht in medizinischen Behandlungsgesprächen stärker die (unterschiedlichen) Behandlungssettings im Krankenhaus sowie das jeweilige Krankheitsbild hier akuter *Herzinfarkt* zu berücksichtigen.

3.4 Zusammenfassung: Gender in der Herzinfarktbehandlung

In dem vorliegenden Kapitel zu Genderdimensionen in der Herzinfarktbehandlung wurde beginnend mit der Rekonstruktion *kardiologischer Denkmodelle* aufgezeigt, dass biomedizinische und medizintechnische Aspekte im Vordergrund der Behandlung im Krankenhaus stehen. Diesen müssen sich die subjektiven Wahrnehmungen, Deutungen und Beschwerdeschilderungen der Patient_innen unterordnen. Zwar gilt die Kardiologie als Vorreiterin in der gendermedizinischen Forschung, um gravierende Mängel infolge der androzentristischen Ausrichtung in der Herzinfarktbehandlung zu beheben. Jedoch scheinen ihre Forschungsbemühungen stärker zur Aufrechterhaltung und Reproduktion dichotomer Geschlechterkonzepte beizutragen: Wie Honegger (1991) in den „Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750-1850“ rekonstruierte, wendet sich auch die Gendermedizin im 21. Jahrhundert zuvörderst dem Aufzeigen von *Andersartigkeiten* im Krankheits- und Behandlungsverlauf von Frauen zu. In den Leitlinien persistiert ein androzentristischer Maßstab: Hiervon abweichende Symptome, EKG- oder Blutwerte bei Frauen mit einem akuten Herzinfarkt gelten als ‚atypisch‘. Ferner wird vermeintlich ‚objektives‘ Wissen über vielfältige Differenzen zwischen ‚Männern- und Frauenherzen‘ sowie ‚geschlechtsspezifische‘ Risikoprofile produziert, die auch die rehabilitative Behandlung leiten. Im Einklang mit dem aktuellen Trend hin zu einer risikostatifizierenden Medizin lassen sich Risikofaktoren getrennt für Männer und Frauen berechnen. Hierbei wird den Patient_innen die Verantwortung für den Herzinfarkt sowie für die Verhinderung eines Reinfarktes zugewiesen und umfassende Verhaltensnormierungen von Männern und Frauen nach einem Herzinfarkt auferlegt.

Entgegen ihrer Selbstbezeichnung greift *Gendermedizin* in den Pathogenese- und Behandlungsmodellen bisher kaum die sozialen Genderdimensionen und Konstruktionsprozesse auf, die den Class & Gender Gap und Behandlungsdisparitäten in der Herzinfarktbehandlung befördern. So wird die Gender(herz)medizin auch als eine ‚antiemanzipatorische‘ Wissenschaftspraxis bezeichnet. Es besteht eine Forschungslücke, welche sozialen Prozesse zur Ungleich-

behandlung von Männern und Frauen mit akuten einem Herzinfarkt im Krankenhaus beitragen, die sich besonders deutlich vor allem im Übergang vom Krankenhaus in rehabilitative Versorgungsangebote abzeichnen. Dies wirft vielfältige Fragen auf, z.B.: Welche Bedeutung weisen Krankenhausärzt_innen dem Geschlecht ihrer Patient_innen in der Herzinfarktbehandlung zu; ob und wie wird Geschlecht im Visitengespräch thematisiert und inwiefern beeinflusst dies die (weitere) Behandlung?

In der *Behandlungssituation* kommt dem Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis und den interaktiven Prozessen besondere Bedeutung zu, die stets im sozialen Kontext zu verorten sind. Als Kennzeichen für die Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen gilt das asymmetrische Wissen-Macht-Gefälle, demnach das ärztliche Personal eine Vormachtstellung einnimmt und soziale Kontrolle ausübt, dem sich die Kranken unterzuordnen haben. Im klassisch paternalistischen Beziehungsmodell konnten implizierte Geschlechterkonstruktionen aufgezeigt werden. So ist die klassische ‚*Arztrolle*‘ androzentristisch ausgerichtet und fußt auf einem biomedizinischen Krankheitsverständnis. Dagegen weist die ‚*Krankenrolle*‘ weibliche Konnotationen wie Schwäche oder Irrationalität auf. Infolge sozialer Wandlungsprozesse sind die Machtverhältnisse und Rollen zwischen Ärzt_innen und Patient_innen längst nicht mehr so klassisch verteilt. Auch vor dem Hintergrund der Pathologisierung des ‚weiblichen‘ Geschlechts wurde die ärztliche Vormachtstellung dadurch geschwächt, dass Patient_innen die geforderte Unterordnung unter das ärztliche Behandlungsregime kritisierten und die ‚Halbgötter in Weiß‘ anhand ihrer Verstöße gegen Parsons ‚*Arztrolle*‘ entmystifizierten. Der Wandel von Akut- und chronischen (Herz-)Erkrankungen beförderte zudem die Integration von psychosozialen Aspekten in den Krankheits-, Behandlungs- und Beziehungsmodellen.

Zwar lassen die ‚Säkularisierung der Ärzteschaft‘ und Emanzipationsbewegungen der Patient_innen Art, Umfang und Ausmaß der Behandlung als offenen Aushandlungsprozess zwischen zwei gleichberechtigten Parteien erscheinen. Diese egalitäre oder *patient-centred* Behandlungsausrichtung wird jedoch nicht von allen Beteiligten präferiert bzw. praktiziert. Hierbei scheint das *total-institutionelle Behandlungsdilemma* im ‚Akutkrankenhaus‘ ein traditionelles Wissens-Macht-Gefälle zu forcieren. Die Krankenhauspatient_innen müssen sich den institutionellen Reglementierungen unterordnen. Dagegen obliegt dem ärztlichen Personal die zeitnahe Entlassung sowie die wirtschaftlich vertretbaren Behandlungsmaßnahmen im Einklang mit den Präferenzen ihrer Patient_innen zu bringen. Im Gegensatz zu medizintechnischen Maßnahmen wird der (höhere) zeitliche Gesprächsaufwand nicht entsprechend finanziell honoriert. Die ‚weibliche‘ Codierung der psychosozialen Gesprächsausrichtung birgt für Männer (Patienten und Ärzte) dazu die Gefahr, ‚unmännlich‘ oder unprofessionell zu wirken, was die interaktive Herstellung von Geschlecht im Behandlungsgespräch mitgestaltet.

Medizinsoziologische Untersuchungen zu (Verbal-)Mustern in medizinischen Behandlungsgesprächen haben zwar das ‚total-institutionelle‘ Beziehungsdilemma in Visitengesprächen analysiert. Die paternalistische Visitenführung wurde jedoch nicht vor dem Hintergrund der Konstruktion von Geschlecht in der Visiteninteraktion betrachtet. Vielmehr besteht bei den Analysen von Geschlecht in Behandlungsgesprächen die Gefahr, dass Differenzen verkürzt als

„geschlechtsspezifische“ Eigenschaften von Ärzt_innen und Patient_innen ausgelegt werden. *Doing Gender* Ansätze geht indes davon aus, dass in jeder Interaktion Geschlechterdifferenzierungen kontinuierlich von beiden Parteien hervorgebracht werden. Dies beinhaltet sowohl die (Selbst-)Darstellung von Geschlecht als auch die (wechselseitige) Wahrnehmung und Zuschreibung von Geschlecht des Gegenübers. Diese komplexen Prozesse gestalten mit, welche Themen angesprochen und wie ausführlich weiter besprochen werden und wie die Beteiligten ihr Gegenüber wahrnehmen und das Gespräch bewerten. Nur wenige Studien schließen beide Parteien und die Darstellungs- und Wahrnehmungs-/Deutungsebene in ihre Auswertungen mit ein. Die Ergebnisse weisen auf divergierende Muster in geschlechtshomogenen und -heterogenen Ärzt_innen-Patient_innen-Konstellationen hin, die auch als *Gender Dyaden* bezeichnet werden. Die Betrachtung von (vier) Gender Dyaden ermöglicht es, mögliche Wandlungsprozesse in der interaktiven Konstruktion von Geschlecht je nach Dyade und *Gender Bias* zu erfassen. Forschungsleitende Fragen für die Herzinfarktbehandlung werden im Folgenden abgeleitet.

4. Forschungsleitende Fragen zu (dyadischen) Mustern in der Konstruktion von Geschlecht in Visitengesprächen nach einem akuten Herzinfarkt

Um die Bedeutung von Gender Dyaden in der Konstruktion von Geschlecht in der Visiteninteraktion zu untersuchen, folgt diese sozialkonstruktivistisch ausgerichtete Arbeit dem umfassenden Doing Gender Verständnis von West & Zimmerman (1987:126): “Doing gender involves a complex of socially guided perceptual, interactional, and micropolitical activities that cast particular pursuits as expressions of masculine and feminine ‘natures’.” Die vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, dass vor dem Hintergrund aufgezeigter normativer Vorgaben und moralischer Geltungsansprüche im ‚Zweigeschlechtlichkeitssystem‘ Ärzt_innen und Patient_innen immer auch als einer Geschlechtergruppe zugehörig erkennbar erscheinen müssen. Im Krankenhaus sind die fortlaufenden Herstellungsprozesse von Geschlecht in total-institutionelle Prozesse eingebunden, die von Krankenhausärzt_innen und -patient_innen ein je situationspezifisches *doing gender while* [*doing ward rounds*, JW] erfordern (vgl. Kap. 2.3.2). Hiermit gemeint ist, sich in der Visite (geschlechter-)angemessen über die Erkrankung und deren Behandlung auszutauschen. Aus (geschlechter-)soziologischer Sicht kann das Handeln der Interagierenden hier in der Visite nicht losgelöst von ihren subjektiven Wahrnehmungs- und Deutungsmustern erforscht werden.¹³⁹ Diese sind stets vor dem Hintergrund sozial vermittelter (und institutionalisierter) Interpretations- und Handlungsmuster zu betrachten, die eine gemeinsame Sprache und Sicht der Dinge erlauben sowie (medizinische) Handlungsentscheidungen begründen und legitimieren (s.a. Gildemeister 2008:180f.).

Wesentliche Hinweise auf interaktive Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht in der Visite lieferten die diskutierten medizinsoziologischen Arbeiten (vgl. Kap.: 3.2; 3.3). Diese zeigten früh paternalistische Muster in der Visitenkommunikation auf. Allerdings wurde auch deutlich, dass der Konstruktion von Geschlecht in der Visite wenig bzw. keine Beachtung geschenkt und dahingehende Studien kaum rezipiert wurden, die auf unterschiedliche Muster in Behandlungsgesprächen in Abhängigkeit von Patient und Physician Gender hinweisen (umfassend Kap. 3.3). Zwar konnten Gender Bias in der ärztlichen Wahrnehmung und Deutung von Männern und Frauen mit einem akuten Herzinfarkt aufgedeckt werden (Kap. 2.3; 3.3). Diese begrenzen sich aber auf die Frühphase der ärztlichen Diagnosestellung und können nicht die Disparitäten im weiteren Behandlungsverlauf nach einem akuten Herzinfarkt, insbesondere den Gender Gap in der Überleitung in Reha-Maßnahmen erklären. Die Erforschung von geschlechterbezogenen Mustern in den Wahrnehmungen und Deutungen der Patient_innen bezieht sich indes eher allgemein auf ihre Un-/Zufriedenheit mit den Behandlungsgesprächen (vgl. Kap. 3.3).

Bisherigen Erkenntnisse zu Gender/ Dyaden in der Sprechstunden- und Visiteninteraktion stellen wichtige Ansatzpunkte für die Genderforschung dar, um zu analysieren, *wie eine (zwei-)geschlechtliche Ordnung in der Visite von Krankenhausärzt_innen und -patient_innen wechsel-*

¹³⁹ Dem zugrunde liegen soziologische Annahmen wie: Max Webers ‚verstehende Soziologie‘, die durch Alfred Schütz begründete Phänomenologie und der Symbolische Interaktionismus (siehe Gildemeister/Hericks 2012).

seitig re-produziert wird. Allerdings weist der bisherige Forschungsstand zu interaktiven Geschlechterkonstruktionen in medizinischen Behandlungsgesprächen wesentliche Lücken auf. Diese beziehen sich auf eine fehlende bzw. unzureichende Betrachtung von: *erstens* reziproken Prozessen in der Konstruktion von Geschlecht in der Interaktion, *zweitens* dem total-institutionellen Behandlungskontext Krankenhaus sowie *drittens* von den implizierten Geschlechterkonstruktionen in den Pathogenese- und Behandlungsmodellen eines akuten Herzinfarktes. *Viertens* fehlt eine Zusammenführung mit den subjektiven Wahrnehmungen und Deutungen von den Visitengesprächen.

So näherte sich die bisherige Forschung dem Problem der Verwobenheit bzw. Trennschärfe interaktiver Konstruktionsprozesse von Geschlecht im Behandlungsgespräch, indem *entweder* Muster in den Wahrnehmungen und Deutungen von Ärzt_innen und Patient_innen *oder* Darstellungsmuster untersucht wurden. Eine Zusammenführung der Ergebnisse ist ebenso zu vermissen wie eine dyadische Betrachtung der interaktiven Geschlechterkonstruktionen. Die *Rezeptionsstudien* untersuchen, was entweder Ärzt_innen *oder* Patient_innen nach Behandlungsgesprächen an ihrem Gegenüber besonders wahrgenommen, wie gedeutet und bewertet haben. Die retrospektiven Schilderungen und Bewertungen des Behandlungsgeschehens wurden in Simulationsstudien mit Schauspieler_innen oder bei realen Patient_innen oftmals erst Monate nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus erhoben, was sich auch auf eine Seite der Gesprächsdyade begrenzt. Auch findet keine Anbindung an die sozialen Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht in der realen *face-to-face* Interaktion statt, die eine eigenständige Analyseebene darstellt (s.a. Gildemeister 2008).

Die *Kommunikationsstudien* zu Gender in medizinischen Behandlungsgesprächen wiederum analysieren interaktive Darstellungen, begrenzen sich aber ebenfalls vornehmlich auf (nur) eine Partei in der Interaktion sowie auf das Herausstellen statistisch signifikanter Geschlechterdifferenzen. Dem ‚dynamisch-prozesshaften Charakter‘ (Gildemeister 2008:172) in der interaktiven Konstruktion von Geschlecht im Behandlungsgespräch, die zur Ausbildung vermeintlich ‚geschlechtsspezifischer‘ Gesprächsmuster beitragen, wird in der Genderforschung erst seit geraumer Zeit nachgegangen. Die wenigen Arbeiten, die z.B. die reziproke Konstruktion von Patient_innen als herzkrankte Männer respektive Frauen untersuchen (Hedegaard et al. 2014), schließen ihrerseits die reziproke Konstruktion von Physician Gender aus (vgl. Kap. 3.3.1). Außerdem bleibt (auch hier) vielfach außen vor, wie die interagierenden Ärzt_innen und Patient_innen ihr jeweiliges Gegenüber und deren Darstellungen im Behandlungsgespräch wahrnehmen und deuten, was wiederum den Umgang miteinander bestimmt. Zwar fließen in einer Krankenhausstudie Ergebnisse aus ambulanten Behandlungsgesprächen mit qualitativen Interviews zusammen (Jefferson et al. 2015b; vgl. Kap. 3.3.1.2). Die Auswertung begrenzt sich aber auf die ärztliche Seite der Gender Dyade, da das Verhalten der (ambulanten) Patient_innen gegenüber den Krankenhausärzt_innen als ‚externer Faktor‘ gilt.

Sehr deutlich zeichnete sich auf beiden Ebenen ein Mangel an Studien zur interaktiven Konstruktion von Geschlecht im **Akutkrankenhaus** ab (s.a. Jeffersons et al. 2015a/b), die die Doing Gender Prozesse im ‚total-institutionellen Beziehungsdilemma‘ erfassen können (vgl.

Kap. 3.2.3). Nur kurz erinnert sei an das besondere Ausmaß der ärztlichen Vormachtstellung in Visitengesprächen, die sich aus einem komplexen Zusammenspiel von der Deutungshoheit medizinischer Wissenssysteme über die Definition von Krankheit respektive Gesundheit, der ärztlichen Kontrolle über die Behandlung, ihrer Machtposition im Krankenhaus sowie den normativen Handlungserwartungen an Ärzt_innen und Patient_innen ergibt, die wiederum sozialen Wandlungsprozessen und Geschlechterkonstruktionen unterliegen (umfassend Kap. 2.; 3.). Demgemäß gilt – angelehnt an Gildemeister (2010b) – im Hinblick auf die akutstationäre Herzinfarktbehandlung zu untersuchen, *ob und mit welchen Mechanismen eine (zwei-)geschlechtliche Ordnung in der Visite von den Interagierenden wechselseitig hergestellt und aufrechterhalten wird*. Hiermit wendet sich die Arbeit der interaktiven und situationstypischen Praxis des Doing Gender sowie der Analyse von sozialen Mustern zu, wie: “ Interaktions- und Kommunikationsmuster, Deutungsmuster, Sinnstrukturen“ (ebd.:220).

Im Folgenden werden diejenigen Erkenntnisse zu Gender Dyaden in Behandlungsgesprächen wieder aufgegriffen, die erste *Hinweise* auf interaktive Konstruktionsmodi von Geschlecht in der Visiteninteraktion zwischen Ärzt_innen und Herzinfarktpatient_innen bieten. Denn: „Muster in diesen Beziehungen wären kaum von Belang, wenn sie nur kurzlebig wären. Eben diese dauerhaften oder extensiven Muster unter den sozialen Verhältnissen werden in der Sozialtheorie als ‚Strukturen‘ bezeichnet“ (Connell 2013:107). Der analytischen Differenzierung interaktiver Konstruktionsprozesse von Geschlecht weiter folgend werden Hinweise auf geschlechterbezogene Muster in den (beobachtbaren) Darstellungen von Ärzt_innen und Herzinfarktpatient_innen *in der Visite (4.1)* sowie in deren (retrospektiven) Wahrnehmungen und Deutungen *nach (4.2)* den Visitengesprächen diskutiert.

4.1 Geschlechterbezogene Muster in den Darstellungen in der Visite

Beobachtbare Darstellungen im Behandlungsgespräch umfassen neben der formalen Sprache auch körpersprachliche Handlungen. Hierunter fallen z.B. gestische und mimische Ausdrücke (Lächeln), emotionsbezogene Darstellungen (Lachen oder Weinen) sowie Bewegungen und Körperkontakt wie das Berühren oder Abwenden von einer Person. Bisher konnte gezeigt werden, dass sowohl die Themen als auch die Art und Weise, wie Ärzt_innen und Patient_innen miteinander sprechen, einer sozialen Ordnung unterliegen, die auf divergierende Darstellungsmuster je nach Gender Dyaden hinweisen (vgl. Kap. 3.3), wie z.B. das vermehrte Besprechen der Risikofaktoren wie Zigaretten- oder Alkoholkonsum in Behandlungsgesprächen mit Patienten (vgl. Sandhu et al. 2009). Im Hinblick auf das interaktive Verhältnis in der Konstruktion von Geschlecht in der Visite gilt es besonders jene Muster zu untersuchen, wie bestimmte Themen in der Visite von wem wie eingebracht und darauf folgend wie weiter verhandelt werden. Hiermit sollen besonders die reziproken Prozesse beleuchtet werden, wie etwaige (thematische) Darstellungsmuster durch das Verhalten des jeweiligen Gegenübers befördert oder behindert werden, z.B. das Nicht-/Sprechen über Ängste oder die Annahme/Ablehnung einer

Reha-Maßnahme. Für das Behandlungssetting Krankenhaus ließen sich jedoch keine Studien finden, die auf den Untersuchungsgegenstand übertragbar wären.¹⁴⁰

Um dyadische Muster in der Konstruktion von Geschlecht *in* den Visitingesprächen nach einem akuten Herzinfarkt aufzudecken, leiten folgende Fragen die Untersuchung: *Inwiefern bestehen geschlechterbezogene Darstellungsmuster in der Visite und inwieweit divergieren diese ggfs. je nach Gender Dyade?* Zugunsten einer prägnanten Formulierung der forschungsleitenden Fragen wird folgend die Schreibweise ‚geschlechterbezogene/dyadische Muster‘ verwendet. Dies beinhaltet die auch Frage, inwiefern sich etwaige geschlechterbezogene Darstellungsmuster einzelnen Gender Dyaden zu ordnen lassen. Außerdem stellt sich die Frage, *welche Geschlechterkonstruktionen sich je nach Themenbereich in den Darstellungen körperlicher, medizinischer, emotionaler und sozialer Aspekte abzeichnen?*

Einige Studien zeigen (signifikante) Muster in den Darstellungen von Ärzt_innen und Patient_innen in ambulanten Behandlungsgesprächen, die durch das Handeln der Interagierenden in Gender Dyaden in den Vordergrund treten. Dies umfasst, wie ausführlich Ärzt_innen und Patient_innen u.a. über *soziale* Themen, *körperliche* Untersuchungen, *emotionale* Belastungen und *medizinische* Maßnahmen sprechen. Allerdings lassen sich die Hinweise auf geschlechterbezogene Darstellungsmuster in den einzelnen Dyaden-Formen oftmals nur indirekt ableiten, was unterschiedliche Gründe hat.

Vordergründig scheinen die geschlechterbezogenen Schließungsprozesse in der ärztlichen Professionalisierung zu erklären (vgl. Kap. 2.2.1), dass gerade in den Anfängen der Visitenforschung in Studien Angaben zur Geschlechterverteilung innerhalb der Ärzteschaft fehlen (z.B. Rappe 1983). Jedoch fand auch die Studie der Mitbegründerin des Doing Gender Ansatzes zu ‚When the Doctor is a 'Lady': Power, Status and Gender in Physician-Patient Encounters‘ (West 1984) kaum Beachtung, in der andere (Verbal-)Muster in Behandlungsgesprächen mit (niedergelassenen) Ärztinnen aufgedeckt wurden. Zum einen scheint sich das paternalistische Gefälle zu reduzieren, indem Ärztinnen weniger ihre Patient_innen unterbrechen als ihre Kollegen. Zum anderen greifen Patient_innen aktiver in die Redebeiträge von Ärztinnen als Ärzten ein, was sich besonders deutlich in der Ärztin-Patient Gender Dyade beobachten ließ (vgl. Kap. 3.3.2). Allerdings bleibt auch hier unklar, *bei* und *mit* welchen Themen Ärztinnen häufiger unterbrochen werden als Ärzte. Die referierten neueren Kommunikationsstudien weisen auf thematische Schwerpunktsetzungen in ambulanten Behandlungsgesprächen hin, die in Abhängigkeit von dem ärztlichen und Patient_innengeschlecht je nach Gender Dyaden zu divergieren scheinen (vgl. Kap. 3.3.1).

Insgesamt ist indes ein Mangel an Studien zu verzeichnen, die eine dyadische Betrachtung von Interaktionsprozessen in der Konstruktion von Geschlecht in der Visite einnehmen. Auch die aufgeführten Studien im **Krankenhaus** schließen Gespräche am *Krankenbett* aus. Gerade vor dem Hintergrund aufgezeigter ‚total-institutioneller‘ Arrangements im Akutkrankenhaus und in der Visite müssen Ärzt_innen und Patient_innen in ihren Darstellungen auch vor den Augen

¹⁴⁰ Eine eigene Sichtung von Publikationen in der Datenbank *PubMed* ab 2008 bis 2014 nach Studien, die Gender Dyaden in der akutstationären Herzinfarktbehandlung untersuchen, verlief ergebnislos.

von Mitpatient_innen oder anderem Krankenhauspersonal als Männer und Frauen bestehen (können), gleichwohl die Illusion eines Zweiergesprächs aufrechterhalten wird (vgl. Kap. 2.3.2). In Anbetracht des geringen Frauenanteils in der Ärzteschaft im Krankenhaus in den 1970/80er Jahren liegt die Vermutung nahe, dass das hier bezeichnete paternalistische Darstellungsmuster vor allem bei *Ärzten* am Krankenbett beobachtet wurde. Demnach sprachen Krankenhausärzte überwiegend über biomedizinische Aspekte und kaum mit ihren Patient_innen, während sie die Beteiligung ihrer Patient_innen auf das Beantworten ärztlicher Fragen begrenzten. Dazu verdeutlichten sich im Umgang von *Ärzten* mit den emotionalen und sozialen Anliegen der Patient_innen ‚asymmetrische Verbalhandlungen‘ (Siegrist 1979), um sich von diesen nicht-biomedizinisch relevanten Themenbereichen abzuwenden. Auch neuere Studien zeigen eine ‚doppelte Abwendung‘ (Kranz/Erdmenger 2013) von Patient_innen in chefärztlichen Visiten, indem am Krankenbett *über* den (anwesenden) Patient_innen/-körper *fachmedizinisch* diskutiert wird. Auch hier wird die Konstruktion von Männlichkeit in der klassischen Visitenführung nicht aufgegriffen. Insofern gilt es in dieser Arbeit die interaktiven Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht in der Visite zentral in den Blick zu nehmen.

In den ohnehin wenigen Studien, die auch Aussagen über Gender Dyaden treffen, offenbart sich – *hintergründig* – ein ‚*Female Bias*‘. Demnach werden Studienergebnisse vornehmlich mit Blick auf das ‚weibliche‘ Geschlecht und deren Abweichungen vom paternalistischen Modell ausformuliert (z.B. Shin et al. 2015:59). Beispielhaft verdeutlichte sich dies in der Krankenhausstudie zum ärztlichen Umgang mit emotionalen Anliegen von Krebspatient_innen (Finset et al. 2013; vgl. Kap. 3.3.2.2). Als Ergebnis wird das ‚weibliche‘ Geschlecht der Ärztinnen und Patientinnen in den anderen drei Dyaden-Formen hervorgehoben, in denen *emotionale* Aspekte stärker ins Nachsorgegespräch integriert werden. Doch am wenigsten werden negative Emotionen in der *male* (Arzt-Patient) *Gender Dyade* besprochen. Insofern geraten die Konstruktionsmodi von Männlichkeit in den Hintergrund einer vermeintlich objektiven androzentristischen Norm. Dabei überwiegt auch in diesem Sample der Männeranteil mit vier Ärzten, während lediglich eine Ärztin vertreten ist. Genaue Angaben über die Verteilung der 105 Nachsorgegespräche mit Krebspatient_innen nach Gender Dyaden fehlen.

Außerdem zeigte sich, dass ähnliche Studien zum ärztlichen Umgang mit den emotionalen Belastungen von Patient_innen, die mit unterschiedlichen Beschwerden im Krankenhaus ambulant behandelt wurden, keine Muster in Gender Dyaden ausweisen (Mjaaland et al. 2011; vgl. Kap. 3.3.2.2). Wie bereits betont, ist der inhaltliche Kontext zu berücksichtigen, d.h. welche Emotionen (in-/direkt) angesprochen und wie weiter besprochen werden. Hierbei sind die extremen Belastungen von Patient_innen zu bedenken, die einen akuten Herzinfarkt überlebt haben. Schließlich befinden sich Krankenhauspatient_innen allgemein (vgl. Kap. 2.2.3) sowie speziell nach einem akuten Herzinfarkt in einer umfassenden Ausnahmesituation im Krankenhaus, die sich auf ihre gesamte Lebenssituation sowie zukünftige Lebensführung erstreckt (Willrodt 2009). So stellt sich die umfassende Frage, *inwiefern sich geschlechterbezogene/dyadische Muster in den Darstellungen körperlicher, medizinischer, emotionaler und sozialer Aspekte in den Visitengesprächen nach einem akuten Herzinfarkt abbilden.*

Derweil weist das vermehrte Nichterkennen eines akuten Herzinfarktes bei Frauen auf Abweichungen von der konstatierten biomedizinischen Ausrichtung der Visitengespräche in Notaufnahme hin. Der bisher aufgedeckte *Gender Bias* besteht gerade darin, dass bei Frauen nicht körperliche und medizinische, sondern emotionale und soziale Aspekte ärztlicherseits als Ursache für deren akute (Herz-)Beschwerden angesehen sowie scheinbar von den Frauen häufiger geschildert werden (vgl. Kap. 3.1.2). Die stärkere Einbeziehung ‚psychosozialer‘ Aspekte ins Behandlungsgespräch gilt indes als ein geschlechtskonstituierendes Darstellungsmuster von Ärztinnen (vgl. Kap. 3.3.1). Die Überrepräsentanz von Ärzten – gerade auch in der notfallmedizinischen Behandlung (vgl. Kap. 2.3.2) – wirft dagegen die Frage auf, inwiefern das vermehrte Nichtnachgehen medizinischer Ursachen bei Frauen sich möglicherweise als ein Muster in der Arzt-Patientin Dyade spezifizieren könnte. Für die Untersuchung der Visitengespräche mit Patient_innen nach einem akuten Herzinfarkt, die auf der Normalstation geführt werden, ist die Frage interessant, *inwiefern sich geschlechterbezogene/dyadische Muster in der Abklärung akuter Beschwerden von Herzinfarktpatient_innen (wieder-)finden*.

In der Herzinfarktbehandlung konnten bereits Geschlechterkonstruktionen in den medizinischen Wissenssystemen herausgearbeitet werden, die an einem androzentristischen Maßstab bei der Bewertung körperlicher Symptome festhalten, demnach andere Beschwerdeschilderungen (von Frauen) aus dem ärztlich-diagnostischen Blickfeld geraten könnten. Zugleich werden psychosoziale Risikofaktoren aus medizinischer Sicht als behandlungsbedürftig deklariert und die Veränderung herzkranter Lebensstile gefordert, die in Konstruktionsprozesse von Geschlecht involviert sind (vgl. Kap. 3.1.1). Um die Motivation der Patient_innen „für eine **Lebensstilumstellung** oder auch für den **Beginn einer medikamentösen Therapie** zu stärken“ (DGK 2007:11 Herv.JW), wird in den kardiologischen Leitlinien auf die ärztliche Darstellung statistischer Wahrscheinlichkeiten eines weiteren Herzinfarktes verwiesen. Geschlechterbezogene Muster in der Thematisierung ‚psychosozialer Risikofaktoren‘ konnten bereits in Behandlungsgesprächen in der Allgemeinpraxis aufgezeigt werden. Demnach werden psychosoziale Risikofaktoren neben sozialen Problemen signifikant in der *male Gender Dyade* thematisiert. Was genau und wie Ärzte und Patienten miteinander über Veränderungen in der Lebensführung sprechen, kann den Analysen nicht entnommen werden (Sandhu et al. 2009). Vielmehr werfen die stark komprimierten Ergebnisdarstellungen weitere Fragen auf.

Gleichsam besteht eine große Forschungslücke hinsichtlich der Überleitung in **rehabilitative Maßnahmen** und der Frage, warum Frauen deutlich unterrepräsentiert sind im Vergleich zu Männern (vgl. Kap. 3.1.2). Da die hier referierten Erkenntnisse zur Ablehnung von Reha-Maßnahmen nach einem akuten Herzinfarkt überwiegend auf den Behandlungserfahrungen von Arzt_innen basieren, die hinsichtlich Geschlechterkonstruktionen in den ärztlichen Wahrnehmungen und Deutungen ihrer Patient_innen zu untersuchen sind, wird auf den Gender Gap in der Reha-Phase ausführlicher im folgenden Unterkapitel 4.2. eingegangen. Im Hinblick auf die Darstellungsebene gilt es zu untersuchen, *inwieweit sich geschlechterbezogene/dyadische Muster offenbaren, wie über die Verhinderung eines Reinfarktes, insbesondere über: Akutbeschwerden, Risikofaktoren, Herzmedikamente und Reha-Maßnahmen gesprochen wird*.

4.2 Geschlechterbezogene Muster in der Wahrnehmung & Deutung (*nach*) der Visite

Die aufgezeigten Darstellungsmuster von Ärzt_innen und Patient_innen, die sich in einzelnen Gender Dyaden in Behandlungsgesprächen im Krankenhaus abzeichnen, lassen offen, *wie* die Beteiligten ihr Gegenüber jeweils wahrnehmen und deuten und das Gespräch bewerten. Hierbei zeichnet sich ein Forschungsdesiderat ab: “Mostly in the health communication literature, only the behavioral aspect has been studied, with the perceiving aspect being taken for granted or ignored“ (Hall 2011:320). Die wenigen Untersuchungen zu Wahrnehmungs- und Deutungsprozessen in medizinischen Behandlungsgesprächen basieren indes vor allem auf Simulationsstudien mit Schauspielpatient_innen und/oder -ärzt_innen, wie z.B. die Studie zur ärztlichen Wahrnehmung von Schauspielpatient_innen mit Herzkreislaufbeschwerden (vgl. Kap. 3.3). Dies widerspricht dem soziologischen Verständnis, demnach es keine ‚objektive‘ (simulierbare) Wahrnehmung und Deutung sozialer Interaktionen gibt. Vielmehr unterliegt das subjektive Erleben sozial geteilten Wirklichkeitsvorstellungen und kollektiven Deutungsmustern. Die immanente Bedeutung von Doing Gender Prozessen in der Wahrnehmung und Deutung wurde bereits ausführlich herausgearbeitet (vgl. Kap.: 2.3; 3.3), deren Erkenntnisse stärker aus qualitativen Interviews mit Ärzt_innen und Patient_innen resultieren. Im Folgenden werden im Hinblick auf den Forschungsgegenstand die bisherigen Erkenntnisse zu geschlechterbezogenen/dyadischen Mustern in der Wahrnehmung, Deutung und Bewertung von Behandlungsgesprächen aufgegriffen, um forschungsleitende Fragen zur Visiteninteraktion abzuleiten.

Wie Ärzt_innen ihre Patient_innen im Behandlungsgespräch jeweils wahrnehmen und deuten, weist stereotype Geschlechterkonstruktionen auf. Den ärztlichen Schilderungen zufolge steht *Männlichkeit* im engen Zusammenhang mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, wozu die Risikofaktoren für einen Herzinfarkt zählen. Demgegenüber scheint *Weiblichkeit* für eine herz-/gesunde Lebensführung zu stehen, die neben körperlichen Aspekten auch psychosoziale Faktoren einschließt. So zählen Männer aus ärztlicher Sicht eher zu den ‚Gesundheitsmuffeln‘, die medizinische Hilfe erst bei starken körperlichen Beschwerden in Anspruch nehmen, wohingegen emotionale Aspekte bei Männern von Ärzt_innen weniger wahrgenommen werden als bei Frauen mit akuten (Herz-)Beschwerden. Frauen wird dagegen eine starke Gesundheitsorientierung zugeschrieben, wobei sie ganzheitlicher und (über-)fürsorglicher sowohl mit ihrer als auch mit der Gesundheit ihrer Familie umgehen würden als Männer (vgl. Kap. 3.3).

Zwar bestätigt die geschlechterbezogene Analyse der Behandlungserfahrungen von Krankenhausärzt_innen mit *Herzinfarktpatient_innen*, dass ärztlicherseits Geschlechterdifferenzen im Verhalten von Frauen und Männern nach einem akuten Herzinfarkt aufgezeigt werden. Demnach seien Patientinnen beispielsweise *ängstlicher* als Patienten, die ‚cooler‘ seien. Diese geschlechterstereotypen Zuschreibungen scheinen jedoch je nach *homo-* oder *heterogener Gender Dyade* zu divergieren (vgl. Willrodt 2009): Insbesondere den ärztlichen Schilderungen über gleichgeschlechtliche Patient_innen waren Abwertungen in Form von *Belustigungen* zu entnehmen. In der *male* (Arzt-Patient) Gender Dyade wurde ärztlicherseits über das frühzeitige Aufsuchen des Krankenhauses von Männern gelacht, deren körperlichen Herzbeschwerden aus medizinischer Sicht als klein oder nicht-schwerwiegend abgewertet werden. Dagegen

wurden in der *female* Gender Dyade ärztlicherseits emotionale Aspekte bei Patientinnen belächelt, die (vermeintlich) aus *Angst* vor einem Reinfarkt nicht nach Hause entlassen werden wollen. Dies steht im Widerspruch zu den Schilderungen in den *heterogenen* Gender Dyaden, worin Ärztinnen Männer als ‚cooler‘ schildern und Ärzte über Frauen berichten, die schmerz-toleranter seien. Die ärztliche Abwertung geschlechterstereotyper Darstellungen bei Patient_innen des *eigenen Geschlechts* war damit verbunden, dass bei Patient_innen des anderen Geschlechts diejenigen Verhaltens- oder Darstellungsweisen positiv hervorgehoben wurden, die *angemessener* für die Visiteninteraktion zu sein scheinen. Es legt die Vermutung nahe, dass Krankenhausärzt_innen höhere Ansprüche an Patient_innen mit der gleichen ‚Geschlechtsmitgliedschaft‘ (Hirschauer 2001) stellen; bzw. ihnen wird ärztlicherseits weniger zugestanden, vermeintliche Schwäche (Ängste oder Schmerzen) zu zeigen als Patient_innen in heterogenen Gender Dyaden. So stellt sich die Frage, *inwiefern geschlechterbezogene/ dyadische Muster in den ärztlichen Wahrnehmungen und Deutungen von Patient_innen nach einem Herzinfarkt bestehen.*

Die ärztlichen Schilderungen über Patient_innen, die nach dem Herzinfarkt möglichst schnell aus dem Krankenhaus nach Hause wollen, weisen neben emotionalen Reaktionen auf soziale Verpflichtungen hin, die in geschlechterstereotype Arbeitsteilungsmuster eingebunden sind (vgl. Kap. 2.2; 3.1.2): Familiäre Sorgeverpflichtungen wurden bei Patientinnen und berufliche Probleme bei Patienten angeführt, die die Ablehnung medizinischer Maßnahmen begründeten. *Heterogene* Gender Dyaden erscheinen bedeutsam, wie die Ablehnung ärztlicherseits gedeutet und weiter darauf eingegangen wird. Negativ trat die *Ärztin-Patient-Konstellation* hervor, in der Ärztinnen vermehrt über nach Hause drängende Patienten berichteten, die häufiger ihre medizinischen Behandlungsempfehlungen zu belächeln und abzulehnen scheinen. Dass keine weitergehende medizinische Aufklärung erfolgt, erscheint bei der ärztlichen Wahrnehmung ‚zwischenmenschlicher‘ Spannungen in der Visite legitim. Derartige Spannungen thematisierte kein Arzt (vgl. Willrodt 2009). Neben zu bedenkenden Selbstdarstellungseffekten in der Interviewsituation (s. Kap. 5.2) gibt es auch Hinweise auf positive Interaktionseffekte die männlich konnotierte ‚Arztrolle‘ (vgl. 3.2.1), von der Ärzte auch mit zunehmender Berufserfahrung zu ‚profitieren‘ scheinen. So wurde für die Kooperation der Patienten vermutet, dass die ‚Autorität des Arztes‘ begründe, dass Patienten in der Visite keine Widersprüche gegen die Behandlungsempfehlungen erheben würden (vgl. Kap. 3.3.2.1).

Indessen gibt es Hinweise auf Schwierigkeiten im Umgang mit psychosozialen Aspekten, die die medizinischen Behandlungsleitlinien nach einem Herzinfarkt tangieren (vgl. Kap. 3.1.1). Gleichwohl Patient_innen nach einem akuten Herzinfarkt arbeitsunfähig und rehabilitationsbedürftig sind, konnten Differenzen im ärztlichen Umgang mit beruflichen und familiären Verbindlichkeiten aufgezeigt werden (vgl. Kap. 3.3.2.1): Bei beruflichen Verpflichtungen wird berichtet, (*ausführlich*) gesundheitliche Risiken der vorzeitigen Beendigung der akutmedizinischen Behandlungsphase darzustellen und hier vor allem erwerbstätigen Männern die Verantwortung für die Entscheidung zuzuschreiben. Dagegen werden scheinbar bei familiären Sorgeproblemen gesundheitliche Risiken des im Krankenhausverweilens angedeutet, die hier bei

Frauen mit pflegebedürftigen Angehörigen eine frühzeitige Beendigung der Krankenhausbehandlung medizinisch legitim erscheinen lassen. Vor dem Hintergrund der ärztlichen Aufrechterhaltung geschlechterstereotyper Arbeitsteilungsmuster in ambulanten Behandlungsgesprächen (Waitzkin 1991) und der Entwicklung von Leitlinien für die *Posteriorisierung* kardiologischer Reha-Maßnahmen (Rapse/Schulze 2013), sind *Geschlechterkonstruktionen in den Deutungsweisen von Krankenhausärzt_innen zu erforschen, wie sie (nicht-medizinische) ‚psychosoziale‘ Probleme von Patient_innen wahrnehmen und bewerten sowie ihre Umgangsweise legitimieren.*

Nicht zuletzt haben Krankenhausärzt_innen eine Schlüsselrolle in der Planung der Akut- und Reha-Behandlung nach einem akuten Herzinfarkt inne (vgl. Kap. 3.1.2). In Anbetracht der Forschungslücke zum Gender Gap in der Überleitung in kardiologische Reha-Maßnahmen geben die ärztlichen Schilderungen erste Hinweise auf Divergenzen in der Reha-Planung nach einem akuten Herzinfarkt. Einerseits seien Patientinnen schmerztoleranter und würden wegen familiärer Sorgeverpflichtungen nach Hause drängen. Andererseits berichteten Ärztinnen über ängstliche Patientinnen, die nicht nach Hause, sondern *direkt* in die Reha gehen wollen (vgl. Kap. 3.3.2.1; 4.1). Im Hinblick auf die Planung von Reha-Maßnahmen und den vorliegenden Hinweisen auf Ungleichbehandlungen von Männern und Frauen kommt Geschlechterkonstruktionen der ärztlichen Deutung der Reha-Bedürftigkeit und ihrer Behandlungsempfehlung besondere Bedeutung zu (vgl. Grande 2008). Besonders untersuchungsrelevant ist, *in welchen Fällen Ärzt_innen Reha-Maßnahmen nicht empfehlen, wie sie eine Reha-Ablehnung deuten und ihren Umgang begründen sowie inwiefern sich hier geschlechterbezogene/dyadische Muster in den Wahrnehmungen und Deutungen von Krankenhausärzt_innen abzeichnen.* Doch können die ärztlichen Schilderungen nicht abbilden, was die Patient_innen nach dem Herzinfarkt im Krankenhaus bewegt und ihre Ablehnung begründet. Insofern gilt es zu untersuchen, *welche Gründe Patient_innen nach dem Herzinfarkt im Krankenhaus haben, dass sie vorzeitig die Behandlung beenden und nach Hause oder nicht an einer Reha-Maßnahme teilnehmen wollen, und inwiefern dies mit der Einbindung in berufliche und familiäre Verpflichtungen sowie geschlechterstereotype Arbeitsteilungsmuster verbunden ist.*

Hinweise auf geschlechterbezogene Muster in den Wahrnehmungen und Deutungen der **Krankenhauspatient_innen** basieren vor allem auf Fragebogenerhebungen, die Geschlechterunterschiede in den Zufriedenheitsbewertungen von Patient_innen aufzeigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Frauen nach einem akuten Herzinfarkt im Vergleich zu Männern weniger Gespräche über die Veränderung ihres Lebensstils zur Verhinderung eines Reinfarktes und weniger Beteiligung an der Planung ihrer Behandlung und Entlassung wahrgenommen haben sowie insgesamt weniger zufrieden mit ihrer Behandlung im Krankenhaus waren. Doch die Bewertungen ehemaliger Krankenhauspatient_innen, die mehrere Wochen bis Monate nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus bereits weit in ihrer ‚Behandlungs- und Patientenkarrriere‘ (Gerhardt 1986) vorangeschritten sind, können nicht mehr abbilden, *worüber die Patient_innen in der Visite gerne mehr gesprochen hätten und worin sich ihre Un-/Zufriedenheit begründet.* Für die Patient_innen stehen kurz nach dem Überleben eines Herzinfarktes andere

Eindrücke und Bedürfnislagen im Vordergrund stehen als Monate nach ihrer Entlassung. Infolge des akuten Herzinfarktes werden Patient_innen unvermittelt aus ihrem alltäglichen Leben mit all ihren sozialen Verbindlichkeiten herausgerissen, die in geschlechterstereotype Arbeitsteilungsmuster eingebunden sind (vgl. Kap. 2.2; 3.1.2).

Dazu gilt es das ‚institutionelle Beziehungsdilemma‘ (vgl. Kap. 3.2.3) am *Krankenbett* zu bedenken, das die Wahrnehmungen und Deutungen von Patient_innen leitet. So weisen die Rezeptionsstudien einen Gender Bias in der Wahrnehmung und Bewertung von Patient_innen aus, was im *Krankenhaus* weniger stark ausgeprägt zu sein scheint. Allgemein bewerten Patient_innen gleiche Darstellungen bei Ärzten und Ärztinnen unterschiedlich. Tendenziell erweist sich die androzentristische Ausrichtung der ‚*Arztrolle*‘ positiv dafür, dass ambulante Patient_innen bei Krankenhaus-/Ärzten klassisch dominante Darstellungen weniger negativ wahrnehmen als bei Ärztinnen. Bei Ärzten wird die Erweiterung der biomedizinischen Gesprächsausrichtung um psychosoziale Aspekte von Patient_innen als eine Fachkompetenz anerkannt im Gegensatz zu Ärztinnen. Hingegen scheinen *Krankenhauspatient_innen* mehr wertzuschätzen, dass Ärztinnen am Krankenbett stärker auf sie eingehen als (scheinbar) die Kollegen (vgl. Hall et al. 2014). Insofern gilt es zu erfassen, *inwiefern Geschlechterkonstruktionen bestehen, wie Herzinfarktpatient_innen die ärztlich geführten Visitengespräche wahrnehmen und bewerten*. Hierzu zählen auch die Begründungen ihrer Un-/Zufriedenheit, die sich sowohl auf ihre medizinische Behandlung im Krankenhaus als auch auf die Überleitung in rehabilitative Maßnahmen nach der Entlassung beziehen.

5. Methoden – Erhebungs- und Auswertungsverfahren zu Doing Gender Prozessen & Gender Dyaden in der Visiteninteraktion

In den vorangegangenen Kapiteln wurden offene Fragen zu Doing Gender Prozessen und Gender Dyaden in der Visiteninteraktion herausgearbeitet, die weitergehende Untersuchungen begründen. Die entsprechenden Forschungsfragen bestimmen die Wahl der Erhebungsmethoden und Auswertungsverfahren. Hierbei sind quantitative oder qualitative Methoden und Verfahren zu unterscheiden, deren Grundannahmen hier kurz zusammengefasst werden: *Qualitative Forschung* stellt besonders die Sichtweise der (handelnden) Subjekte in den Mittelpunkt und versucht ihre subjektiven Sinnstrukturen von sozialen Phänomenen zu verstehen, soziale Prozesse der alltäglichen Herstellung sozialer Situationen zu rekonstruieren und tiefer liegende Strukturen aufzudecken.¹⁴¹ Dagegen orientiert sich *quantitative Forschung* mit ihren standardisierten Messverfahren wie Fragebögen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an einem klassischen Objektivitätsideal (s.a. Helfferich 2009:11f.; Roter/Hall 2006:53ff.). Beispielsweise messen Badura et al. (1987) in ihrer Oldenburger Langzeitstudie anhand von Fragebögen mit Skalierungsfragen die psychologische Belastung von Patienten nach einem akuten Herzinfarkt im Krankenhaus. Doch die dahinterliegenden Motive und unterschiedlichen Zufriedenheitswerte der Herzpatienten mit ihrer Frühberentung aber auch Berufsrückkehr können sie nicht vollends erklären (s.a. Gerhardt 1999:114). Die ‚hypothetiko-deduktiv orientierte Umfragemethodologie‘ (Kelle/Kluge 1999:14) unterliegt der Gefahr, dass Forscher_innen mit ihren Relevanzsetzungen die subjektiven Sinn- und Bedeutungsstrukturen der Akteure überblenden. Demgemäß postuliert Siegfried Lamnek (2005):

„Nicht die generelle, hinter dem Handeln vermutete Gesetzmäßigkeit, die es so nicht gibt, sondern die für das Verstehen notwendigen Motive sind entscheidend. Die geisteswissenschaftliche Methode des Verstehens ist realitätsgerechter und dem sozialwissenschaftlichen Gegenstand angemessen“ (ebd.:14).

In der Frauen- und Geschlechterforschung wie auch der Gendermedizin stand zunächst die Aufdeckung quantitativ-statistischer Ungleichverhältnisse zwischen Frauen und Männern im Vordergrund, wie z.B. in der Verteilung re-/produktiver und un(ter)-/bezahlter Arbeit, in der rehabilitativen Versorgung nach einem akuten Herzinfarkt oder in Form von Geschlechtersegregationen in der Medizin (vgl. Kap. 2.2; 3.1.2). Die Erforschung interaktiver Konstruktionsprozesse von Geschlecht folgt dagegen einer qualitativen Forschungsperspektive und will in Weberscher Tradition „zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick/Kardorff/Steinke 2010:14). Indessen richtet sich feministische Kritik gegen ein vermeintlich ‚geschlechtsneutrales‘ Verständnis von Wissenschaft als rational, objektiv und universal, womit Ungleichheitsverhältnisse aufrechterhalten werden (vgl. Gildemeister 2010:215). Hierzu zählt

¹⁴¹ Umfassend zu qualitativen Forschungsansätzen siehe: Flick/Kardorff/Steinke (2010) oder Lamnek/Krell (2016) sowie für die Kommunikationswissenschaften Meyen et al. (2011).

die *Androzentrismuskritik* mit dem Aufdecken von ‚*male bias*‘ (Aulenbacher/Riegraf 2012: 10f.), wie es umfassend in den medizinischen Wissenssystemen sowie in der Herzinfarktbehandlung herausgearbeitet werden konnte (vgl. Kap. 2.1; 3.1). Weiter gilt es zu bedenken, dass auch Sozial- wie auch Genderforscher_innen Teil einer sozialen (vergeschlechtlichten) Wirklichkeit sind, die sie alltäglich mit herstellen (vgl. Hopf 2016:160). Bezogen auf die Forschung birgt das eigene Eingebundensein ins Zweigeschlechtlichkeitssystem die Gefahr, stereotypes (Geschlechter-)Wissen zu re-produzieren denn aufzudecken. Tendenzen einer Dichotomisierung der Geschlechter werden auch bezüglich der gender-/medizinischen Forschung bemängelt (u.a. Voß 2013), die eine methodologische Reflexionen von Gender Bias erfordern (vgl. Eichler 1998), um die bloße Ausweisung von ungleichen Anteilen an Männern und Frauen z.B. in der Herzinfarkt betroffenheit nicht als ‚geschlechtsspezifische‘ Eigenarten zu naturalisieren (vgl. Kap. 2.1.2; 3.1.3). Letztendlich kann hier eine größtmögliche Annäherung an das Offenheitspostulat qualitativer Sozialforschung angestrebt werden, da „jede Wahrnehmung nur unter Rückbezug auf die je eigenen Deutungsschemata Bedeutung gewinnt“ (Meinefeld 2010:271f.). Gleichgerichtet gilt es eine Überhöhung qualitativer Forschung über quantitative Ansätze zu vermeiden und anstelle dessen für die Forschungsfrage angemessene und geeignete Erhebungsmethoden und Auswertungsverfahren zu bestimmen. In Ergänzung zu den quantitativ-statistischen oder „harten Daten“ (Flick/Kardorff/Steinke 2010:25) von Patient_innen – wie z.B. über den *Gender (Age & Class) Gap in der Herzinfarktbehandlung* (vgl. Kap. 3.1) – beleuchtet qualitative Forschung die Sichtweisen der Patient_innen wie auch der behandelnden Ärzt_innen, welche die Behandlung und das Visitengespräch im Krankenhaus mitgestalten. In Anbetracht sozialer Wandlungsprozesse und in krisenhaften Situationen – wie die notfallmedizinische Behandlung eines Herzinfarktes im Krankenhaus für Patient_innen aber auch Stationsärzt_innen darstellt – werden bisherige Deutungs- und Handlungsschemata hinterfragt, brüchig oder durch neue ersetzt (vgl. Kelle/Kluge 1999). Dies bestärkt die aufgezeigte Forschungslücke zu Doing Gender (Dyaden) in der Visiteninteraktion (vgl. Kap. 4). Gleichwohl das induktive Vorgehen, sich möglichst frei von Hypothesen dem erhobenen Datenmaterial zuzuwenden, als Kennzeichen qualitativer Sozialforschung gilt, besteht in zweierlei Hinsicht ein ‚induktivistisches Selbstmißverständnis‘ (Kelle/Kluge 1999:16):¹⁴² Erstens leitet das alltags-/theoretische Vorwissen das jeweilige Forschungs- und Erkenntnisinteresse. Zweitens bestehe ohne eine Eingrenzung oder Schwerpunktsetzung die Gefahr, in der Fülle der Daten zu ertrinken (vgl. ebd.: 17; s.a. Kuckartz 2010:62; umfassend Meinefeld 2010). Richtungsweisend sind die forschungsleitenden Fragen zu (dyadischen) Mustern in der Konstruktion von Geschlecht in Visiten Gesprächen (vgl. Kap. 4).

Um geschlechterbezogene/dyadische Muster in den wechselseitigen Darstellungen von Krankenhausärzt_innen und Herzinfarktpatient_innen *in* sowie deren Wahrnehmungen und Deutungen *von* den Visiten Gesprächen zu rekonstruieren, stehen der qualitativen (Gender-)Forschung eine Vielfalt an Erhebungsmethoden zur Verfügung. Wie genau die soziale Bedeutung

¹⁴² Umfassend zu Abduktion, Deduktion und Induktion in der qualitativen Forschung siehe Reichertz (2010).

von Geschlecht qualitativ zu untersuchen ist, hängt im Wesentlichen von dem Forschungsgegenstand und dem theoretischen Zugang ab. In dieser Arbeit wurden drei Zugänge gewählt, um die diskurstheoretische, strukturorientierte sowie interaktionistische Dimension von Geschlecht in Form von Geschlechterkonstruktionen und -verhältnissen in der Medizin (Kap. 2) sowie in der Herzinfarktbehandlung und im Behandlungsgesprächen (Kap. 3) zu beleuchten. Die (mikro)soziologische Arbeit intendiert die wechselseitigen Herstellungsprozesse von Geschlecht in der Interaktion zu untersuchen und geht der Frage nach, inwieweit „Geschlecht als ein *generatives* Muster zur Herstellung sozialer Ordnung“ (Gildemeister 2010:217 Herv.i. Org.) in Visitengesprächen re-produziert wird. Regina Gildemeister (2010) weiter folgend nimmt gerade die Analyse von interaktiven Prozessen in der Konstruktion von Geschlecht (Doing Gender) einen zentralen Stellenwert ein, da Geschlecht in der Interaktion und Kommunikation fortlaufend und wechselseitig hergestellt wird. Um soziale Situationen, Prozesse und Handlungspraxen qualitativ zu erforschen, wird die Teilnahme am Untersuchungsgeschehen sowie Gespräche mit den Handelnden empfohlen (Lüders 2010:384f.). Demgemäß gilt es die *Visitengespräche* (5.1) zu erheben sowie offene *Interviews* (5.2) mit den Beteiligten zu führen, um so Muster in den Darstellungen, Deutungen und Sinnstrukturen von Patient_innen und Ärzt_innen zu rekonstruieren. Die ethnographisch anmutende Methodentriangulation ermöglicht die Vielfältigung der Perspektiven auf die untersuchungsrelevanten sozialen Praktiken, ihre Implikationen und Handlungsbedeutungen (vgl. Kelle/Erzberger 2010:303f.; Flick 2010). Abschließend werden Vorgehensweise und *Sample* vorgestellt (5.3).

5.1 Visitengespräche – Erhebungsmethoden und Auswertungsverfahren

Zu den klassischen *Erhebungsmethoden* der Visitenforschung zählen Audiomitschnitte von Behandlungsgesprächen, die im Rahmen von Teilnehmenden Beobachtungen erhoben und sodann qualitativ oder quantitativ ausgewertet werden (u.a. Kranz/Erdmenger 2013; Raspe/Köhle 1982). Allerdings handelt es sich hierbei nicht um eine Teilnehmende Beobachtung, wie es die Ethnologie im Sinne einer ethnographischen Studie fassen würde: *Erstens* setzt eine ethnologische Vorgehensweise einen langen Forschungsaufenthalt voraus, um das detailreiche und diskursiv-„stumme“ Beobachtungswissen über die sozialen Praktiken sowie deren Implikationen anzusammeln (Münst 2010: 381). Die in Form von Feldnotizen, Beobachtungsprotokollen und Forschungstagebüchern festgehaltenen Daten werden ad hoc um weitere Methoden wie Interviews ergänzt (vgl. ebd.:381f.).¹⁴³ Die Verschriftlichung sozialer Prozesse und Ereignisse steht unter der Kritik, da sie deskriptiv, selektiv und subjektiv sei.¹⁴⁴ Jedoch bezeichnet Agnes Münst (2010) gerade das Überschreiten eines rein auf Sprache reduzierten Zugangs als epistemologi-

¹⁴³ Zum ‚Ethnographischen Schreiben und Protokollieren‘ siehe Christian Lüders (2010:396-399).

¹⁴⁴ Neben der subjektiv-selektiven Wahrnehmung der Ereignisse werden auch das Fehlen von Reliabilität und Repräsentativität der so gewonnenen Forschungsergebnisse sowie die Beeinflussung sozialer Prozesse durch die Anwesenheit der Forscher_innen kritisiert. Wissenschaftlich geforderte Gütekriterien zur Überprüfung der Forschungsergebnissen, wie die Wiederholbarkeit, werden nicht erfüllt. Jedoch relativiere sich dieser Beobachtungseffekt durch den langen Beobachtungszeitraum (Münst 2010:383; s.a. Lüders 2010). Zu gendertheoretischen und methodologischen Fragen zur ethnographischen Forschungspraxis s.a. das *Labor GenderQueerforschung* des Instituts für Europäische Ethnologie der Alexander von Humboldt-Universität zu Berlin (HU 2016).

sche Stärke der qualitativen Erhebungsmethode, da „damit die Beziehung zwischen den sprachlich vermittelten Konzepten und den beobachtbaren Handlungsstrategien und -strukturen bei der Datenanalyse berücksichtigt werden kann“ (ebd.:384.). *Zweitens* sind die subjektiven Wahrnehmungen der Forscher_innen als wesentlicher Bestandteil für die qualitative Forschungspraxis und den Erkenntnisprozess zu werten (Flick/Kardorff/Steinke 2010:25). Nicht zuletzt ermöglicht – *drittens* – eine gelungene Teilnahme, die sich in einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Forscher_innen und Beobachteten darstellt, wertvolle Einblicke z.B. in Form von persönlichen Offenbarungen der Beobachteten, was andere Erhebungsmethoden nicht leisten könn(t)en (vgl. Lüders 2010:392f.).¹⁴⁵

Ethnologische und kulturwissenschaftliche Arbeiten haben einen wesentlichen Beitrag zur Aufdeckung von sozialen Konstruktionsprozessen von Geschlecht in der Interaktion (Doing Gender) geleistet (vgl. Kap. 2.3.1). Gleichgerichtet betont Birgit Heimerl (2006) in ihrer ethnographischen Untersuchung auf der Intensivstation im Krankenhaus zur situativen Praxis der Genitalwaschung in der heterogenen Pflegerin-Patient Gender Dyade: „Praktiken sind oft unaussprechlich, gänzlich stumm oder sprachlos, sie lassen sich nicht abfragen und können infolgedessen nur beobachtet bzw. teilnehmend miterlebt werden“ (ebd.:380).¹⁴⁶ Auch ethnographische Kommunikationsanalysen, wie z.B. zur „Rolle der Dolmetscher in Asylanhörungen“ (Scheffer 1997), greifen für die Analyse der interaktiven Prozesse weniger auf Tonbandaufzeichnungen der Gespräche zurück, sondern nehmen sich dem Forschungsgegenstand stärker über Prozess- und Situationsbeschreibungen der interaktiven Geschehnisse an und zitieren aus ihren Beobachtungstagebüchern; letzteres z.B. auch in der ethnographischen Studie zu interprofessionellen *Machtspielen im Krankenhaus: 'doing gender' oder 'doing profession'?* (Sander 2008) zwischen ärztlichem und pflegerischen Personal (s.a. Sander 2012).

Indessen analysieren medizin/-soziologische Untersuchungen Sprach- oder ‚Verbalmuster‘ (Siegrist 1979) im Ärzt_innen-Patient_innen-Gespräch, wohingegen die nicht hörbaren/non-verbalen (Interaktions-)Prozesse im Hintergrund verbleiben, wozu Gestik, Mimik, körperliche Handlungen etc. zählen (Waitzkin 1991; West 1993; umfassend Kap. 4). Eine Vielzahl an Disziplinen hat sich diversen Phänomenen in medizinischen Konsultationen angenommen, z.B. im Rahmen von sozio-/linguistischen (Lörcher 1983), tiefen-/psychologischen (Meerwein 1986) oder auch systemtheoretischen Studien (Kranz/Erdmenger 2013). Darüber hinaus verdeutlichen die (wenigen) Sammelbände zur Visitenforschung (Raspe/Köhle 1982; Dorf Müller 2001) eine große Vielfalt an qualitativen **Auswertungsverfahren**, wie u.a.: Konversationsanalyse, qualitative Inhaltsanalyse, objektive Hermeneutik, Gattungsanalyse oder auch diskursanalytische Methoden (umfassend Flick/Kardorff/Steinke 2010). Die für die Forschungsfrage relevanten

¹⁴⁵ Hierbei handelt es jedoch um eine verdeckte Beobachtung, in der die Forscherin den Patienten als begleitende ‚Intensivfachkrankenschwester‘ vorgestellt wurde und keine Audiomitschnitte ausgewertet wurden (ebd.). Die teilnehmenden Beobachter_innen befinden sich in einem Nähe-Distanz-Dilemma: Zu viel Distanz zum Feld kann für die Beobachteten befremdlich und hemmend wirken, während ein zu vertrautes Eintauchen gleichsam die situative Praxis beeinflusst und damit den Untersuchungsgegenstand verzerren kann (vgl. ebd.:392f.).

¹⁴⁶ Zur Kategorisierung unterschiedlicher von Beobachtungen siehe Meyen et al. (2011). Bei den verdeckten Formen gilt es rechtliche und (medizin-)ethnische Fragen zu prüfen (Lüders 2010:395f.).

Hinweise auf reziproke Prozesse in der Konstruktion von Geschlecht *in* der Visiteninteraktion, die ausführlich vorgestellt wurden (vgl. Kap. 3.3), entstammen jedoch vor allem quantitativen Analyseverfahren (vgl. Kap. 4.1). Diese führen weiterhin die medizinische Gesprächs-(Versorgungs-)Forschung an (Pfaff et al. 2011), deren Ergebnisse auf internationaler Ebene breit publiziert und rezipiert werden.¹⁴⁷ Auch vor dem Hintergrund der ausgewiesenen (qualitativen) Forschungslücke haben die quantitativen Arbeiten einen großen Beitrag für die folgende Untersuchung von interaktiven Geschlechterkonstruktionen in der Visite geleistet; weisen diese geschlechterbezogene/dyadische Muster in (ambulanten) Behandlungsgesprächen aus (Sandhu et al. 2009; vgl. Kap. 3.3).

Dass quantitative und qualitative Forschung keine Gegensatzpaare sein müssen, wird zunehmend im Sinne einer *Triangulation* (Flick 2010) oder *Mixed Method* (Kuckartz 2014) gefordert. Allerdings sind kritische Punkte bezüglich der quantitativen Erforschung medizinischer Behandlungsgespräche zu bedenken, wie sie Howard Waitzkin (1991) treffend zusammengefasst hat: Den wissenschaftlichen Ansprüchen nach Repräsentativität und Objektivität folgend können umfangreiche Datenmengen wie z.B. über 300 Behandlungsgespräche mittels statistischer Verfahren Hypothesen geleitet analysiert werden (s. Waitzkin 1985). Waitzkin bemängelt aber an (eigenen) quantitativen Forschungsarbeiten, dass die statistischen Auswertungsverfahren „generally do not help in the search for a deeper structure that may lie beneath the surface meanings of language“ (Waitzkin 1991:50), da sie den sozialen Kontext sowie die Komplexität interaktiver Prozesse im Behandlungsgespräche ausblenden. Auf welche Weise die besprochenen Themen in soziale Ordnungsmuster – wie auch Geschlechterkonstruktionen – eingebunden sind, bleibt unklar. Hierfür entwickelte Waitzkin ein qualitatives Analyseverfahren, um zu untersuchen ‚How Patients and Doctors Deal With Social Problems‘ (Waitzkin 1991). Die umfangreiche Auswertung von 50 Behandlungsgesprächen, die in mehrjähriger Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen geschah, begrenzte sich auf die Analyse von folgenden *concerns*: „work; family life and *gender roles*; aging; sexuality, leisure, substance use, and other forms of pleasure seeking; and emotional problems“ (ebd.:68 Herv.JW; vgl. Kap. 3.3.3.1).

Zwar widerspricht die thematische Eingrenzung hier auf soziale Themen dem unbedingten *Offenheitsprinzip* qualitativer Forschung, doch – anlehndend an Werner Meinefeld (2010:270) - ist eine inhaltliche Fokussierung unabdingbar. An dieser Stelle wird oft auf die Arbeiten von Christel Hopf verwiesen, die für die Planung, Vorbereitung, Erhebung und Auswertung qualitativer Daten eine explizite Ausformulierung des aktuellen Forschungsstands bedeutsam erachtet (vgl. Hopf 2016:161). Auch die Formulierung von Hypothesen wird nicht als kategorischer Ausschluss für qualitative Forschungsmethoden betrachtet, sondern Hopf et al. (1995) bezeichnen ihren methodischen Zugang als »theorie-orientierte qualitative Forschung« (ebd.:23), um Hypothesen „fallbezogenen zu überprüfen, zu präzisieren und weiterzuentwickeln“ (ebd.).

¹⁴⁷ Z.B. in internationalen Vereinigungen wie der *European Association for Communication in Health* (EACH 2016) und auf deren Tagungen, in Fachjournalen zu *Patient Education and Counseling* oder auch in den umfassenden Datenbanken wie PubMed/MEDLINE der US National Library of Medicine®.

Diese beanspruchen auch keinen ‚generellen Geltungsanspruch‘, sondern ermöglichen ‚im Forschungsfeld gezielter, genauer und aufmerksamer zu suchen‘ (ebd.), so dass auch widersprechende Phänomene sensibler wahrgenommen werden können (vgl. Kuckatz 2010:85; Heinz 2008:240f.; Hopf 2016). Übertragen auf den hier interessierenden Untersuchungsgegenstand, das theoretische Vorwissen zu Doing Gender Prozessen im Behandlungsgespräch und den empirischen Forschungsstand zu Gender Dyaden intendiert diese Arbeit keine Theoriegenierung im engeren Sinne. Vielmehr handelt es sich um eine fallbezogene ‚Überprüfung und Weiterentwicklung einer als aussichtsreich eingeschätzten [*Doing Gender*; JW] Theorie‘ (Kuckatz 2010:84 Herv.JW); welche von den forschungsleitenden Fragen zu (dyadischen) Mustern in der Konstruktion von Geschlecht in Visitingesprächen geleitet wird (vgl. Kap. 4.1). Gilt es doch die Visitingespräche daraufhin zu untersuchen, inwiefern sich geschlechterbezogene Darstellungsmuster auch in Gender Dyaden wiederfinden.

Um analysieren zu können, welche Themen Ärzt_innen und Patient_innen in der Visite wie miteinander besprechen und welche Geschlechterkonstruktionen sich in den dargestellten körperlichen, medizinischen, emotionalen und sozialen Themen abzeichnen, müssen diese Aspekte (grob) kategorisiert werden. Gleiche Aufgabe stellt sich für die Analyse den Umgang mit den spezifischen Themen, um die interaktiven Prozesse ausfindig zu machen, die etwaige Darstellungsmuster konstituieren. Ansatzmöglichkeiten für eine so geleitete Auswertung von Visitingesprächen bieten die referierten Studien zu ‚Doing Gender und Gender Dyaden im medizinischen Behandlungsgespräch‘ (Kap. 3.3). Zwar können eine Vielzahl an unterschiedlichen Messinstrumenten unterschieden werden, deren *Auswertung* sich auf verschiedene Teilaspekte von Behandlungsgesprächen spezialisiert hat. Überwiegend findet doch das *Roter Interaction Analysis System* (RIAS)¹⁴⁸ Anwendung, wie u.a. in den Studien der Meta-Analyse zu ‚The impact of gender dyads on doctor-patient communication‘ (Sandhu et al. 2009) oder in der ‚Eurocommunication Study‘ mit über 3.600 teilnehmenden Patient_innen und knapp 200 Ärzt_innen (Brink-Muinen et al. 1999). Dazu bieten zwei weitere Analysesysteme Ansätze für die nachfolgende Untersuchung von geschlechterbezogenen Mustern in der Darstellung/ Besprechung körperlicher, medizinischer, emotionaler und sozialer Aspekte in der Visiteninteraktion, die alle drei kurz vorgestellt werden:

RIAS ist eine Weiterentwicklung der Interaktionsprozessanalyse von Gruppendiskussionen, die Debra Roter in abgewandelter Form auf das medizinische Behandlungssetting und (dyadische) Zweiergespräche abwandelte, um Muster in den Interaktionsprozessen in medizinischen Behandlungsgesprächen zu analysieren. Die 50 Codes unterscheiden zwischen sozial-emotionalen Austausch wie ‚Laughs, Tells Jokes‘ oder ‚Empathy Statement‘ und medizinischen/ aufgabenbezogenen Austausch wie ‚Gives medical Information‘, die separat für die Seite der Ärzt_innen und Patient_innen codiert werden (Roter 2013:2ff.). Die Kodierung erfolgt nicht am Transskript, sondern wird beim Abhören des Audiomitschnitts für jede Sinneinheit

¹⁴⁸ Im Rahmen ihrer Dissertation zu Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction, and Compliance führte Debra Roter (1977) das Roter Interaction Analysis System ein, das mittlerweile als weltweit führend gilt (vgl. Roter 2013).

(utterance) durchgeführt, um den Inhalt und den Kontext der Aussage besser erfassen zu können. “These tonal qualities transmit the emotional context of the visit beyond the significance of the words spoken“ (Roter 2013:4). Es wird eine Kombination mit sequenzanalytischen Auswertungsverfahren empfohlen (vgl. Eide et al. 2004: 145).

The Verona Definition of Emotional Sequences (VR-Codes) ist ein sequenzanalytisches Verfahren, das sich speziell auf die Auswertung von Passagen in medizinischen Behandlungsgesprächen konzentriert, in denen negative Emotionen thematisiert werden.¹⁴⁹ Die VR-Codes begrenzen sich ausschließlich auf die Seite der Patient_innen. Positive Gefühlsdarstellungen wie Lachen, Witzeln oder Komplimente werden nicht kodiert (Del Piccolo et al. 2009:4f.). Negative Emotionen können *explizite* Bedenken (concerns) von Patient_innen sein, wenn sie direkt über aktuell bzw. kürzlich erlebte, unangenehme Gefühle sprechen. Dagegen sind *implizite* Hinweise (cues) auf Emotionen von Patient_innen: “A verbal or non verbal hint which suggests an underlying unpleasant emotion and would need a clarification from the health provider“ (ebd.).

Zuletzt ist das *Coding System* von Nathaniel Butler et al. (1992) zu benennen, wonach die Redebeiträge von Ärzt_innen und Patient_innen nach ihrer inhaltlichen Agenda kodiert werden. Hierzu zählen u.a. körperliche, soziale, emotionale und medizinische Agenda. Gleichsam wie bei der Vergabe der VR-Codes verlangt die Kodierung z.B. einer ‚Emotional Agenda‘ neben dem Inhalt ebenfalls eine gewisse Intensität: “*explicit* reference, action or corroboration to indicate the presence of emotion“ (ebd.:1150 Herv.JW), während non-verbale Darstellungen wie die Veränderung des Tonfalls oder die Betonung eines Wortes einen (*impliziten*) Hinweis z.B. auf belastende Gefühle geben können. Demgegenüber meint die soziale Agenda, das Bedürfnis einer Partei, dem Gegenüber die sozialen Begleitumstände zu verdeutlichen. “That is, the impact of social circumstances on a problem; the impact of problems on social circumstances; the impact of physical problems on social situations, or a social problem itself“ (Butler et al. 1992:1150). Körperliche Aspekte beziehen sich indessen auf körperliche Wahrnehmungen wie akute Beschwerden, Schmerzen. “Examples of non-verbal reference include pointing to parts of the body, and physical examination“ (ebd.). Ferner werden fünf Umgangsweisen (*procedures*) unterschieden: “Giving Information, Seeking Information (including Consulting Notes), Recording Information, Discussing Information, Prescribing (or doing), Accepting Information (including Active Listening)“ (ebd.).

Diese drei *Auswertungssystematiken* mit ihren Kategorienschemata bieten wesentliche Ansatzpunkte für die folgende Untersuchung von geschlechterbezogenen/dyadischen Darstellungsmustern, wie Ärzt_innen und Patient_innen in der Visite medizinische, emotionale, soziale und körperliche Aspekte besprechen. Nach dem *ersten* Schritt der **Transkription** der

¹⁴⁹ Ein internationales Netzwerk von Wissenschaftler_innen entwickelte die VR-Codes, da bisherige Studien zur Einbringung und zum Umgang mit emotionalen Aspekten in Behandlungsgesprächen unterschiedliche Definitionen verwendeten. Gemein ist ihnen eine Differenzierung der Emotionen nach “intensity and explicitness of the expressed emotion, and the source of the patient’s utterance, in the sense that it may be solicited by the physician or expressed spontaneously by the patient“ (Zimmermann et al. 2007:439).

Visitengespräche, die von der Autorin nach einem gängigen Transkriptionssystem¹⁵⁰ durchgeführt wurde, folgt im *zweiten* Schritt die **Kodierung**¹⁵¹ der Visitengespräche:

Zunächst wurden alle Textpassagen inhaltlich einer *medizinischen, emotionalen, sozialen und körperlichen Kategorie* zugeordnet. Eine Zuordnung zu zwei oder mehreren Kategorien ist möglich, was sich besonders gut am Beispiel emotionaler Aspekte wie Sorgen verdeutlicht. Häufig überlappen Sorgen mit den anderen Aspekten, wie z.B. mit sozialen Zukunftsängsten, körperlichen Sorgen bezüglich der Genesung oder medizinischen Bedenken vor Eingriffen.

Ferner wird die Unterscheidung zwischen der *expliziten Ansprache* und der *impliziten Andeutung* z.B. von sozialen Bedenken als Subkategorien übernommen. Dass emotionale oder soziale Aspekte in medizinischen Behandlungsgesprächen explizit benannt (dargestellt) werden, kann eher zu den Ausnahmen gezählt werden (vgl. Adams et al. 2012). Häufiger kommen implizite Andeutungen vor, die indirekt auf mögliche Verunsicherungen vor medizinischen Eingriffen, krankheitsbezogene Ängste, berufliche oder finanzielle Sorgen hinweisen und in qualitativen Interviews (hint-)erfragt werden können (s. Kap. 5.2). Implizite emotionale Aspekte schließen auch die non-verbale Darstellung von Gefühlen ein, die auf aktuelle Gefühle wie Angst, Trauer oder Freude hinweisen können. Hierzu zählen: Weinen oder Lachen, auffälliger Tonfall (zittrige Stimme), körperliche Handlungen (Abwendung) oder Laute (Seufzer).¹⁵² Im Rahmen der Teilnahme an den Visitengesprächen werden non-verbale Darstellungen auf einem *Beobachtungsprotokoll* erfasst, die dann ins Transskript einfließen.¹⁵³ Eine ausschließliche Begrenzung auf *negative* Emotionen oder nur einer Gesprächspartei wird abgelehnt. So scheint u.a. die Darstellung von Humor auch eine machtvolle Funktion in der Visite einzunehmen. Durch das Erzählen von Witzen können Patient_innen ihre Ängste in sozial akzeptabler Weise bewältigen, sich von der bedrohlichen Situation distanzieren, aber auch auf diese Weise indirekt das Krankenhauspersonal kritisieren bzw. attackieren (vgl. Rhode 1962: 403f.).

Zugleich gilt es den *Umgang* oder die Art und Weise zu kodieren, wie diese jeweiligen Aspekte in die Visite eingebracht und darauffolgend weiter besprochen werden. Auch hier gibt es weitere Unterformen z.B. von der Oberkategorie Fragen, die in geschlossene und offene Fragen unterschieden werden können. Einerseits entstammen viele Unterkategorien den gängigen, quantitativ orientierten Kodierleitlinien, wobei die Autorin eine Schulung im RIAS-Verfahren absolvierte (nach Roter 2013). Andererseits findet im Verlauf der Kodierung der Visitengespräche eine Weiterentwicklung statt, indem neue Unterkategorien gebildet werden können (vgl. Kuckartz 2010:60). Als ein Beispiel sei die Subkategorie ‚Gegenfragen‘ angeführt. Diesen sind besondere Beachtung auf der Seite der Patient_innen zu schenken, da die nachfragenden Patient-

¹⁵⁰ Die vierzehn Transkriptionsregeln sind an Dresing & Pehl (2013) sowie Kuckartz (2012:136f.) angelehnt.

¹⁵¹ Umfassend zur mangelhaften Ausführungen über die Bildung von Kategorien und das Codieren von qualitativen Daten siehe Kuckartz (2010:57ff.) oder auch Kelle & Kluge (1999:59ff.).

¹⁵² Implizite (verbale) Darstellungen von Emotionen umfassen u.a.: unspezifische/vage Beschreibungen von Gefühlen: *Es geht mit so lala*; eine auffällige Wortwahl: *Ich explodiere*; Betonungen und Auslassungen, körperliche Hinweise auf Emotionen wie Konzentrationsschwierigkeiten und Müdigkeit: *Ich kann nicht mehr schlafen*; oder die Ansprache kritischer Lebensereignisse: *Nachdem mein Mann starb* (vgl. Piccolo et al. 2009:5).

¹⁵³ Neben umsetzungs- und auswertungsbezogenen Herausforderungen waren es Bedenken seitens der Verfasserin, die gegen eine videogestützte Beobachtung sprachen, d.h. um die Patient_innen nach dem akuten Herzinfarkt nicht zusätzlich zu verunsichern.

t_innen konkrete Wissensbedürfnisse artikulieren, die sie in der Visite autonom einfordern und damit scheinbar das asymmetrische Gefälle in der Visiteninteraktion umkehren. Für die Auswertung entstehen weitere Fragen, beispielsweise bei welchen Themen hier Patient_innen gehäuft Gegenfragen stellen und wie diese Themen in anderen Fällen verhandelt werden.

Zuletzt wird eine inhaltliche *Segmentierung* der Visitengespräche in Begrüßungs- oder Abschiedsphase sowie nach Themenbereichen wie z.B. Reha- und Entlassungsplanung durchgeführt. Dies erlaubt in Bezug auf den Einzelfall und dessen Verlauf zu vergleichen, wann welche Themen von welcher Partei wie in der Visite erstmals thematisiert und wie weiter besprochen werden. Ausgerichtet auf die Auswertung vom *Einzelfall zum Typus* (Kelle/Kluge 1999) werden hierdurch auch fallübergreifende Vergleiche möglich, welches zwar durch die computer-gestützte Datenanalyse (MAXQDA) gut umsetzbar ist (umfassend Kuckartz 2010).

In Anbetracht der Fülle des umfangreichen Datenmaterials konzentriert sich der *dritte* Schritt die **fallkontrastierende Analyse** zur Typenbildung auf Muster in der Verhandlung bestimmter Themen in der Visite. Diese *Themenbereiche* haben sich in den vorangegangenen Kapiteln als besonders relevant erwiesen, da sie eine nachhaltige und geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung nach Erstinfarkt behindern oder befördern können. Hierzu zählen: die Abklärung akuter (Herz-)Beschwerden und Angst vor einem Reinfarkt, medizinische Behandlungsempfehlungen zur Verhinderung eines Reinfarktes, die Planung rehabilitativer Maßnahmen nach dem Krankenhaus sowie die Entlassungsplanung (umfassend s. *Kap. 6*).

Nach der Kodierung der Visitengespräche mit den (weiter-)entwickelten Auswertungskategorien folgt das Erstellen von (thematischen) *Einzelfallübersichten*, die die Grundlage für die fallübergreifende Analyse darstellen (s.a. Kuckartz 2010:85), um dann als *vierten* Schritt die entsprechenden Typen bilden und die forschungsleitenden Fragen beantworten zu können. Die qualitative **Typenbildung** unterteilen Udo Kelle und Susanne Kluge (1999) in mehrere Teilschritte, die mehrfach durchlaufen werden können. Ziel ist es, Ähnlichkeiten und Differenzen zu entdecken; hier wie bestimmte Themen in der Visite miteinander besprochen werden. Zuerst werden die Vergleichsdimensionen und relevanten Sub-/Kategorien erarbeitet, die als ‚heuristischer Rahmen‘ fungieren und „unverzichtbar“ (Kelle/Kluge 1999:98) für den Fallvergleich sind. Je nach Ausprägung der gemeinsamen Merkmale sowie Divergenzen folgt eine Gruppierung der Fälle. Für die Kontrastierung der Fälle ist die theoretische Fallauswahl (*Sampling*) von besonderer Bedeutung. Qualitative Forschung kann keine großen Fallzahlen wie quantitative Untersuchungen auswerten und richtet ihre Fallauswahl nicht nach einer statistischen Repräsentativität aus (s.a. Hopf et al.1995). Vielmehr verfolgt qualitative Forschung die Strategie, dass das Sample „die Heterogenität im Untersuchungsfeld abbildet und eine Größe erreicht, bei welcher die Datenauswertung bewältigbar bleibt“ (Kelle/Kluge 1999:98f.). Im Gegensatz zur objektiven Hermeneutik, die mit wenigen Fällen versucht, das gesellschaftlich Typische zu erschließen, reicht nach Uta Gerhardt (1999) ein einzelner Fall keineswegs aus, um „das Gesamt eines strukturellen Deutungszusammenhangs verlässlich abzubilden“ (Gerhardt 1999:118). Um Regelmäßigkeiten feststellen zu können, bedarf es einer größeren Anzahl an Fällen, die weitere Anforderungen an das Sampling herantragen (s. *Kap. 5.3.*). Nichtzuletzt befördern die Fallkon-

trastierung und Quervergleiche zwischen den Fällen die Begrifflichkeiten, die im letzten Schritt für die Charakterisierung der gebildeten Typen herangezogen werden (Kelle/Kluge 1999:75ff.). Letzteres beinhaltet auch das Entdecken und Verstehen von sinnhaften Zusammenhängen, die einen Typus konstituieren. Dieser soziologische Schritt trägt sowohl zur Formulierung von Forschungsproblemen als auch zur Hypothesen- sowie Theoriegenerierung bei (ebd.:81).

Angesichts der aufgezeigten qualitativen Forschungslücke zu (reziproken) Konstruktionsprozessen von Geschlecht in der Visiteninteraktion wird der deskriptiv-analytischen Darlegung der gefundenen Typen (vgl. Kaupen-Haas/Misch-Kelling/Reiter 1993) mit ihren geschlechterbezogenen Darstellungsmustern besondere Beachtung geschenkt. Präzise genommen handelt es sich hier um (reale) *Prototypen*, die das Charakteristische des jeweiligen Typus besonders gut veranschaulichen; nicht aber in vollkommener Weise idealtypisch zugespitzt abbilden (Kelle/Kluge 1999:94).¹⁵⁴ Um das (Proto-)Typische in den Darstellungsmustern zu verdeutlichen, werden mehrere Fälle vorgestellt (vgl. ebd.:95).

5.2 Interviews mit Krankenhausärzt_innen & Herzinfarktpatient_innen

Um die subjektiven Sichtweisen und darin eingebundenen geschlechterbezogene Muster in den Wahrnehmungen und Deutungen erfassen zu können, werden in der Sozialforschung qualitative Interviews mit den Beteiligten geführt. *Expert_inneninterviews* werden besonders hinsichtlich ihrer zeitökonomischen Vorteile gegenüber anderen qualitativen Erhebungsmethoden favorisiert, da sie „lange Wege ersparen“ (Bogner/Menz 2009a:8) und als „Abkürzung“ (ebd.) besonders im Vergleich zur aufwändigen Teilnehmenden Beobachtung gelten. Indessen verfolgt diese Arbeit eine *triangulative* Perspektive, demnach zwei Erhebungsmethoden zum Einsatz kommen (vgl. Flick 2010:310), die als gleichwertig angesehen werden (vgl. ebd.: 314).¹⁵⁵ Gerade die Analyse der umfassenden Doing Gender Prozessen verlangt eine Doppelstrategie in der Betrachtung des Untersuchungsgegenstands von zwei Punkten aus. So können geschlechterbezogene/dyadische Darstellungsmuster *in* der Visiteninteraktion nur im Rahmen von teilnehmenden Beobachtungen erfasst werden. Um aber die jeweiligen Wahrnehmungen und Deutungen der Interagierenden *von* den Visitengesprächen möglichst offen zu erheben, sind *Expert_inneninterviews* besonders geeignet (vgl. Meuser/Nagel 2010), was nachfolgend genauer erörtert wird.

Qualitative Interviews mit *Expert_innen* differieren, beispielsweise wie stark diese vorstrukturiert, offen durchgeführt, aufbereitet, ausgewertet und interpretiert werden (vgl. Bogner/Menz 2009b:62). Den unterschiedlichen Formen gemein ist, dass sie *sowohl* auf die Erfassung exklusiver Wissensbestände zielen, über die die *Expert_innen* aufgrund ihrer privilegierten Position hinsichtlich des Untersuchungsgegenstandes verfügen (Pfadenhauer 2009:99); *als auch* auf deren ‚latente Bedeutungsgehalte‘ (Bogner/Menz 2009b:13) z.B. über „die impliziten Regeln

¹⁵⁴ Umfassend zur (Max Weber inspirierter) Methode des Idealtypus siehe Uta Gerhardt (1986:86-103).

¹⁵⁵ Als ‚implizite Triangulation‘ bezeichnet Uwe Flick (2010:314) dagegen das ethnographische Vorgehen, da beispielsweise die Kombination von Beobachtung und Befragung eher ad hoc im Rahmen eines längeren Forschungsaufenthaltes geschieht und nicht zuvor bewusst geplant und vorbereitet wurden (vgl. Kap. 5.1).

des Routinehandelns, die Gewohnheiten und Traditionen“ (Dies. 2009a: 70), die es in der Auswertung zu rekonstruieren gilt. Zugleich stehen Expert_inneninterviews unter starker Kritik, die sich u.a. auf den *Expert_innenstatus* und *interaktive Effekte* in der Interviewsituation beziehen, aber auch im Hinblick auf Gender-Aspekte eine kritische Reflektion verlangen.

Welche Personengruppen den *Expert_innenstatus* beanspruchen dürfen, wird kontrovers diskutiert. Alexander Bogner und Wolfgang Menz (2009a) unterscheiden drei mögliche Begriffsverständnisse von Expert_innen (ebd.:67-70): Dem *voluntaristischen* Verständnis zufolge können alle Menschen als Expert_innen ihrer Lebenswelt gelten. Dagegen beziehen sich die beiden anderen Begriffsverständnisse auf Expert_innen mit berufsförmigen (Sonder-)Wissen. Hierbei reflektiert das *konstruktivistische* Begriffsverständnis stärker die Prozesse der Zuschreibung des Expert_innenstatus,¹⁵⁶ während *wissenssoziologische* Ansätze das Verständnis eint: „den Experten über die spezifische Struktur seines Wissens zu profilieren“ (ebd.:69).

Was als Expert_innenwissen gilt, wird gleichsam unterschiedlich definiert. Kennzeichnend für die so bezeichneten ‚exklusiven Wissensbestände‘ von Expert_innen ist, Michaela Pfadenhauer (2009:101) zufolge, eine Art *Überblickswissen* über das in einem spezifischen Bereich vertretene Wissen. Hierzu zählt auch das Erkennen- und Begründen-können von Problemursachen und Lösungsansätzen. Zugespielt formuliert sind daher Expert_innen, die über ‚privilegierte Informationszugänge‘ (ebd.:102) und Verantwortung für mögliche Problemlösungen verfügen. In Abgrenzung zum Alltagswissen stellen Bogner & Menz (2009a) das *technische* und *Prozesswissen* sowie das *Deutungswissen* heraus. Die beiden ersteren beziehen sich auf technische Kompetenzen sowie praktisches Erfahrungswissen über: „Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen, organisationale Konstellationen sowie vergangene oder aktuelle Ereignisse [...], in die der Experte aufgrund seiner praktischen Tätigkeit direkt involviert ist“ (ebd.:71). Das *Deutungswissen* bezieht sich indes auf die ‚subjektiven Relevanzen, Regeln, Sichtweisen und Interpretationen‘ (ebd.) der Expert_innen. Diese stellen keinen Wissensvorsprung zu Laien dar, sondern verlangen eine besondere Öffnung von Expert_innen im Interview, damit sie auch über ihre Deutungen als ‚Privatperson‘ reden (vgl. ebd.:72).

Primär wird die Suche nach geeigneten Expert_innen von der Forschungsfrage geleitet. Hierbei bestimmt das jeweilige Handlungsfeld den Kreis der Expert_innen, der sich gerade bei Fallstudien in bestimmten Organisationen wie Kliniken auf einen kleinen Personenkreis reduziert (vgl. Bogner/Menz 2009a:73). Zugleich verlangt die Fragestellung zur Bedeutung von Gender Dyaden in der Visiteninteraktion eine paritätische Verteilung von Expert_innen. Aus gendertheoretischer Sicht sind indes Disparitäten in der Einnahme von Führungspositionen und eine daraus folgende (Ungleich-)Verteilung von Expert_innen zu bedenken, wie es in dieser Arbeit mit besonderem Augenmerk auf die ‚Aktuellen Geschlechtersegregationen und Schließungstendenzen in der Ärzteschaft‘ (Kap. 2.2.2) aufgezeigt werden konnte. Eine „Auflösung dieser Geschlechtsexklusivität“ (Meuser/Nagel 2010:376) ist in Anbetracht vorherrschender Geschlech-

¹⁵⁶ Ferner lassen sich ‚Trends in der Expertiseforschung‘ (Bogner/Menz 2009a:10-13) nachzeichnen: Die anfängliche Glorifizierung von Expert_innen mit ihrer Erhebung über das Laienwissen schlug in eine konstruktivistische Entzauberung der Wissenschaft um, was in eine ‚Anerkennungskrise‘ von Expert_innen mündete.

tersegregationen auf der ober- und chefärztlichen Führungsebene im Krankenhaus sowie im internistischen Bereich (noch) nicht ablesbar. Dagegen ist der Frauenanteil unter Stationsärzt_innen höher, die zugleich die regulären Stationsvisiten leiten, während ober- und chefärztliche Visite nicht täglich durchgeführt werden.

In der folgenden Untersuchung zählen Stationsärzt_innen sowie Herzinfarktpatient_innen zum Expert_innenkreis. Während Ärzt_innen als prototypische Expert_innen gelten, da sie über eine umfassende Expertise sowie Be-/Handlungsmacht im Kontakt mit den Patient_innen verfügen (Pfadenhauer 2009:108), sind in dieser Arbeit auch die exklusiven Wissensbestände der Patient_innen sowie ihre Wahrnehmungen und Deutungen von den Visitengesprächen untersuchungsrelevant. Demzufolge wird auch den Patient_innen ein (voluntaris-tischer) Expert_innenstatus zugewiesen.

Ferner stehen *interaktive Effekte* der Interviewsituation unter starker Kritik, da diese zu Verzerrungen in den Aussagen der Expert_innen führen. Bogner & Menz (2009b) gehen davon aus: „dass die Äußerungen des Befragten sich wesentlich an seinen Vorstellungen und Mutmaßungen bezüglich Kompetenz, fachlicher Herkunft, normativen Orientierungen und Einstellungen sowie der untersuchungsfeldrelevanten Einflusspotenziale des Interviewers orientieren“ (ebd.:76). Ausgehend von der befragten Person werden sechs Typen von Zuschreibungen gegenüber den Interviewer_innen aufgezeigt. Diese reichen vom gleichwertigen ‚Co-Experten‘ über den ‚Laien‘ bis hin zum ‚potenziellen Kritiker‘ und beeinflussen sowohl die Art und Weise als auch die inhaltliche Beantwortung der Fragen.¹⁵⁷ Letztendlich kann es jedoch keine ideale Interviewführung ohne Verzerrungen oder hier Zuschreibungen geben, um ein vermeintlich ‚objektives‘ Expert_innenwissen in einer „möglichst störungsfreien Kommunikationssituation“ (Bogner/Menz 2009b:94) „rein und unverfälscht“ (ebd.) abzuschöpfen. Vielmehr gilt es diesen Zuschreibungstypen im Interview entsprechend zu begegnen, diese bewusst einzusetzen und bei der Rekonstruktion des Expert_innenwissens zu reflektieren (vgl. ebd.:93f.).

Gleiches gilt für die Vielzahl weiterer »Interaktionseffekte«, die in der Methodendiskussion zu Expert_inneninterviews beschrieben werden. Im Folgenden soll es jedoch vor allem um die Bedeutung von Geschlecht im Interview gehen (u.a. Pfadenhauer 2009; Abels/Behrens 2009; Littig 2009a/b). So revidiert Beate Littig (2009b) den Begriff ‚Interaktionseffekte‘, wie ihn Abels & Behrens (2009:164) verwenden. Dieser lege nahe, dass es etwas der Interaktion Vorgängiges/Natürliches gäbe (Littig 2009b:185). Dem sozialkonstruktivistischen Doing Gender Ansatz folgend ist die soziale Interviewsituation immer als eine vergeschlechtlichte Interaktion zu verstehen, in der Geschlecht wechselseitig hervorgebracht wird, was vor dem Hintergrund der Institutionalisierung einer zweigeschlechtlichen Ordnung zu verorten ist. Die Herstellung von Geschlecht im Expert_inneninterview präzisiert Littig (2009b) als *Doing Gender while doing Interviews* (ebd.:188) und differenziert zwischen der ‚expliziten Vergeschlechtlichung‘ durch die direkte Ansprache z.B. der interviewführenden Person als ‚gnädige Frau‘ und der ‚Vergeschlechtlichung der Gesprächsinhalte‘ (ebd.:189). Letzteres umfasst die ‚direkte Thema-

¹⁵⁷ Eine Zusammenfassung findet sich in der Tabelle 1 von Bogner/Menz (2009b:88f.; s.a. Pfadenhauer 2009).

tisierung von Geschlecht‘ wie das Sprechen über ‚Männer‘ oder ‚Frauen‘ und die ‚implizite Thematisierung‘ bezieht sich auf geschlechterstereotype Zuschreibungen (Littig 2009b:189). Gerade für die folgende Untersuchung interessant ist, dass Littig (2009b) auf die Bedeutung von ‚geschlechtlichen Konstellationen‘ (ebd.:192) in der Interviewinteraktion eingeht und hierzu postuliert: „dass sich die Forschenden dessen bewusst sein sollten, dass es nicht beliebig ist, ob das Interview in einem geschlechtshomogenen oder -heterogenen Setting stattfindet“ (ebd.). Bisherige Untersuchungen zu – den hier bezeichneten – Gender Dyaden in der Interviewinteraktion weisen typische Kommunikationsmuster aus, die – ähnlich wie in der Visitenforschung (vgl. Kap. 3.3; 4.1) – stärker mit Blick auf das ‚weibliche‘ Geschlecht der interviewführenden Person ausformuliert werden. So scheinen Interviewerinnen bei ‚männlich‘ besetzten Themenbereichen sowie von (‚männlichen‘) Experten sehr viele Erörterungen zu erhalten, was als ‚väterliche‘ Zuwendung seitens der Experten gedeutet und als *Paternalismuseffekt* bezeichnet wird (Abels/Behrens 2009:167f.). Die ausführlichen Erörterungen führen Gabriele Abels und Maria Behrens (2009) auf die Absprache entsprechender Kompetenzen aufgrund ihrer ‚weiblichen‘ Geschlechtszugehörigkeit, ihres niedrigeren Status als Doktorandinnen sowie ihres jungen Alters im Vergleich zu den älteren und höher qualifizierten Experten zurück. Gemutmaßt wird, dass der gegenteilige *Eisbergeffekt*, eine sehr zögerliche Auskunftsbereitschaft, eher in Interviews zu beobachten sind, die von Männern geführt werden, „weil hier z.B. Status- und Kompetenzkonflikte eher mit im Spiel sein könnten“ (ebd.:170). Partnerschaftliche Gesprächsverläufe werden eher der geschlechtshomogenen Interviewerin-Expertin-Konstellation zugeordnet und als eine Form der »Verschwesterung« ausgelegt (ebd.:174).

Wenngleich Abels & Behrens (2009) die Möglichkeit andeuten, diesen Effekten im Interview bewusst zu begegnen bzw. einzusetzen, bleibt mit Littig (2009b) festzuhalten, dass die Kategorie Geschlecht ein „unhintergebares Faktum“ (ebd.:192) in der Interaktion ist, dass auch konstitutiv für die Hervorbringung interaktiver ‚Handlungsformen‘ (ebd.)¹⁵⁸ sowie von Interviewinhalten ist, die eine dauerhafte Institutionalisierung von (Zwei-)Geschlechtlichkeit re-produzieren. Daraus folgt, dass Expert_innen „geschlechtertypische Deutungs- und Handlungsmuster wiedergeben“ (Littig 2009b:193), die zugleich von weiteren sozialen (Differenz-)Kategorien durchzogen sind. Weitere Forschungen sind notwendig, die ihrerseits eine paritätische Verteilung von Expert_innen wie auch Interviewer_innen anvisieren sollten (vgl. ebd.:194). Außerdem plädierenden Abels & Behrens (2009) für eine Methodentriangulation. „Für die Validität und Reliabilität von Daten wäre es sicherlich sinnvoll, wenn diese möglichst von einem Team durchgeführt, zumindest aber ausgewertet werden würden“ (ebd.:175f.).¹⁵⁹ Die Umsetzbarkeit solch eines Forschungsdesigns setzt entsprechende Forschungskapazitäten voraus, die im Rahmen einer Dissertation eher begrenzt sind.

¹⁵⁸ In dieser Arbeit wird der Begriff der Darstellungsleistung verwendet (vgl. Gildemeister/Hericks 2012:199).

¹⁵⁹ Inwiefern die der quantitativen Forschung entstammenden Gütekriterien auf die qualitative Forschung übertragen werden können, wird je nach Grundposition unterschiedlich beantwortet. Ines Steinke (2010) spricht sich u.a. für die intersubjektive Nachvollziehbarkeit aus, die erreicht wird durch eine umfassende Dokumentation der Forschungsprozesse und Interpretation in Gruppen (umfassend ebd.).

Insgesamt ist bezüglich der *Auswertung* der Expert_inneninterviews Michael Meuser und Ulrike Nagel (2010) folgend zu bedenken, dass „sich die ExpertInnen der Relevanz ihres Handelns keineswegs durchweg bewusst sind“ (ebd.:377). Vielmehr müssen die unterschiedlichen Formen des Expert_innenwissen, insbesondere das *Deutungswissen* aus den Aussagen der Expert_innen rekonstruiert werden. Hierbei haben sich **leitfadengestützte Interviews** bewährt, in deren Fokus die (überindividuellen) Handlungsstrategien und Entscheidungskriterien der Expert_innen stehen (Meuser/Nagel 2009:52). Diese umfassen neben allgemeinen vor allem die auf einen konkreten Fall bezogenen Erfahrungen von Krankenhausärzt_innen und -patient_innen mit der Behandlung eines akuten Herzinfarktes. Ein weiteres Augenmerk liegt auf den wechselseitigen Wahrnehmungen und Deutungen der Visitingespräche. „Schließlich erlauben Fragen nach vollzogenen Entscheidungen oder stattgefundenen Prozessen am besten eine Rekonstruktion der Entscheidungs- bzw. Verfahrenslogik“ (ebd.:54).

Die Strukturierung der Themenbereiche für das leitfadengestützte Interview setzt Vorwissen über den Forschungsgegenstand voraus und verhindert im Interview auf die Expert_innen unvorbereitet, inkompetent oder gar desinteressiert zu wirken (Meuser/Nagel 2009:52). Ableitend aus dem aktuellen Forschungsstand und forschungsleitenden Fragen zur Bedeutung von Gender Dyaden in der Konstruktion von Geschlecht in Visitingesprächen wurden zwei Leitfäden jeweils einer für die Seite der Ärzt_innen und für die Patient_innenseite entwickelt,¹⁶⁰ die folgende Themenbereiche umfassen.

Eingangs galt es *soziodemographische Daten* wie Alter und beruflicher Werdegang zu erheben. Speziell an die Patient_innen gerichtet waren Fragen bezüglich ihres aktuellen Eingebunden-seins in berufliche, familiäre sowie anderweitige Verpflichtungen. Indessen wurden die Ärzt_innen nach der Anzahl ihrer Berufsjahre ohne Praktisches Anerkennungsjahr sowie in dem jeweiligen Krankenhaus gefragt.

Bei den **Ärzt_innen** stand sodann die *Typisierung* von Herzinfarktpatient_innen im Vordergrund, indem sie typische: Behandlungsverläufe, emotionale Reaktionen, Ängste, Bedenken und Alltagssorgen sowie Gründe von non-compliant Patient_innen¹⁶¹ nach einem akuten Herzinfarkt schildern sollten. Jeder dieser Themenbereiche beinhaltet Nachfragen zu möglichen *Geschlechterspekten*, zum konkreten *Einzelfall* (Dyade) und zu ihrem *Umgang*, wie z.B. nach der Schilderung typischer emotionaler Reaktionen von ‚Patienten‘:

- Treffen diese typischen Emotionen nach einem akuten Herzinfarkt auf Männer wie Frauen zu?
- Wie ordnen Sie die Reaktion ihrer Patientin X bzw. ihres Patienten Y ein?
- Wie sind Sie in der Visite darauf eingegangen?

Derweil fokussieren die Leitfragen für die **Patient_innen** die Schilderung der Erlebnisse im Verlauf ihrer ‚*Behandlungskarriere*‘ (Gerhardt 1986): beginnend mit der Prähospitalphase über

¹⁶⁰ An dieser Stelle sei dem Forschungskolloquium der Gender Research Group der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel unter der Leitung von der Prof. Dr. Uta Klein gedankt, in dem die Leitfäden besprochen wurden.

¹⁶¹ Hiermit gemeint sind die Entlassung aus dem Krankenhaus gegen ärztlichen Rat und die Ablehnung ärztlich empfohlener Reha-/Maßnahmen. Gerade in den Aussagen über Abweichungen und Ausnahmen sowie über deren Bewältigung lassen sich „Mechanismen des normalen Funktionierens ablesen“ (Meuser/Nagel 2009:54).

die Behandlung im Krankenhaus bis hin zur geplanten Behandlung nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus. Ein weiterer Themenbereich sind die *Visitengespräche* und Fragen, die auf ihre Wahrnehmung bestimmter Aspekte in der Visite und ihre Zufriedenheit bezogen sind:

- Wie haben Sie die Visite erlebt?
- Hatten Sie das Gefühl, in der Visite alles ansprechen zu können?
- Wo sind Sie noch unsicher? Welche Fragen haben Sie zurzeit?

Zum Schluss des Interviews wurden **Patient_innen** wie **Ärzt_innen** nach ihrer persönlichen Einschätzung der Bedeutung von *Gender Dyaden* in der Visite gefragt; zuerst nach der Bedeutung ihrer eigenen Geschlechtszugehörigkeit und sodann nach der des Gegenübers:

- Haben Sie im Laufe Ihrer Berufsjahre/jetziger Behandlung die Erfahrungen gesammelt, dass Sie anders von einem Mann/Arzt oder einer Frau/Ärztin in der Visite behandelt werden?
- Ist es für Sie von Bedeutung, ob Sie von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt werden bzw. einen Patienten oder eine Patientin visitieren?

Im offenen Interview fungiert der thematische Leitfaden als Orientierungshilfe, wobei die Reihenfolge der Fragen sowie ihre Formulierungen flexibel gestaltet und auch neue Fragen gestellt werden können (vgl. Meuser/Nagel 2010:377f.; umfassend Gläser/Laudel 2010).

Auch für die **Auswertung** der Expert_inneninterviews kommt dem Leitfaden eine besondere Rolle zu. Die Umsetzung des Leitfadens ermöglicht eine thematische Vergleichbarkeit der Antworten von verschiedenen Expert_innen (Meuser/Nagel 2009:56), da sich die Auswertung von Expert_inneninterviews an „thematischen Einheiten, an inhaltlich zusammengehörigen, über die Texte verstreute Passagen [orientiert]“ (ebd.). Hiermit soll das *Überindividuell-Gemeinsame* des Expert_innenwissens herausgearbeitet werden (Meuser/Nagel 2010:378) und ist eine wesentliche Vorbedingung für die fallkomparative und -kontrastierende Analyse. Infolgedessen schlagen Meuser & Nagel (2010) ein sechs Schritte umfassendes Auswertungsverfahren vor: 1. themenorientierte Transkription, 2. Paraphrasieren, 3. einzelfallbezogene Themenübersicht, 4. fallübergreifendes Thematisches Vergleichen, 5. Soziologische Konzeptualisierung und Begriffsbildung sowie 6. Einbindung in theoretische Diskurse (vgl. ebd.:378; Dies. 2009: 56f.). Um eine mögliche *Typologisierung* geschlechterbezogener/dyadischer Wahrnehmungsmuster von den Visitengesprächen erstellen zu können, wird auf die Prozesse der qualitativen (Proto-)Typenbildung (Kelle/Kluge 1999) zurückgegriffen, die mit den Fallvergleichen und der Fallkontrastierung darauf zielen, „sinnvolle ‚Muster‘ und ‚Strukturen‘ im untersuchten Handlungsfeld“ (ebd.:101) zu entdecken und zu beschreiben (vgl. Kap. 5.1).

5.3 Vorstellung der Vorgehensweise und des Samples

Die Erhebung der Visitengespräche und Expert_inneninterviews unterteilt sich in zwei Phasen (Sommer und Herbst 2013) und wurde in zwei Kieler Krankenhäusern durchgeführt. Beide kardiologischen Abteilungen sind hinsichtlich ihrer Anzahl der zu betreuenden Herzkranke_innen mit über 80 Betten vergleichbar groß, was auch auf die Anzahl der gut 30 Ärzt_innen

auf den peripheren (Herz-)Stationen zutrifft.¹⁶² Indessen variiert der Frauenanteil, der in der ersten Klinik unter 30 Prozent liegt, wobei keine Ärztin auf der ober- und chefärztlichen Ebene vertreten ist. Dagegen ist der Frauenanteil in dem zweiten Krankenhaus sowohl unter den Stationsärzt_innen als auch auf der Führungsebene höher. Nichtsdestotrotz ist in beiden Krankenhäusern keine paritätische Verteilung in der Ärzteschaft zu verzeichnen, was den aktuellen Geschlechtersegregationen entspricht (vgl. Kap. 2.2.2). Diese Disparitäten in der Ärzteschaft hatten Einfluss auf die Erhebung, die zunächst auf *ein* Krankenhaus ausgerichtet und – in Anbetracht der kurzen Verweildauer von Patient_innen nach einem akuten Herzinfarkt (vgl. Kap. 3.1) – für vier Wochen im Juli/ August 2013 angelegt war. Gegen Ende der (ersten) Erhebungsphase zeigte sich, dass nicht genügend Fälle für jede der vier *Gender Dyaden*, insbesondere keine Ärztin-Patientin Konstellation erhoben werden konnte. Dies ist zum einen der Urlaubszeit geschuldet, die den geringen Frauenanteil in der Ärzteschaft auf den peripheren Stationen verstärkt. Zum anderen mangelte es auch an Patientinnen mit einem akuten Herzinfarkt. Infolgedessen wurde eine Nacherhebung im Oktober durchgeführt und ein zweites Krankenhaus akquiriert. Von Oktober bis November 2013 konnte auch hier eine vierwöchige Erhebung durchgeführt werden konnte.

Dem vorausgehend bedarf es vieler Vorbereitungen, um im Krankenhaus Visitengespräche zwischen Ärzt_innen und Herzinfarktpatient_innen sowie Expert_inneninterviews erheben zu können. Neben der Zustimmung der chefärztlichen Leitung der kardiologischen Abteilung der jeweiligen Klinik prüfte die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel die Durchführung der Studie.¹⁶³ Ende Juni 2013 konnten berufsethische und -rechtliche Bedenken ausgeschlossen werden. So fand die Ansprache der Patient_innen erst auf der peripheren Station statt, nachdem die intensivmedizinische Behandlung abgeschlossen war. Im Erstgespräch klärte die Verfasserin die infrage kommenden Patient_innen mit einem *Informationsblatt* über das Ziel und den Ablauf sowie die datenschutzrechtlichen Bedingungen der Studie aufgeklärt. Danach wurde den Patient_innen ein Tag Bedenkzeit gewährt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Am nächsten Morgen konnten in dem zweiten Gespräch etwaige Frage geklärt und im Falle der Zustimmung eine *Einverständniserklärung* unterzeichnet werden. Diese beinhaltet die Versicherung datenschutzrechtlicher Aspekte wie die grundsätzliche Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, das Recht auf Widerruf sowie die Anonymisierung der personenbezogenen Daten.

Insgesamt nahmen 20 Patient_innen (zehn Patientinnen und zehn Patienten) an der Studie teil, die wegen eines akuten Herzinfarktes in einer der beiden Krankenhäuser behandelt wurden. Beginnend mit der Zustimmung der Patient_innen wurden alle weiteren Visitengespräche bis zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus aufgezeichnet und protokolliert. Auf diese Weise konnten über **80** Visitengespräche aufgezeichnet werden, die von acht Stationsärzten und fünf Stationsärztinnen geführt wurden. Daraus ergeben sich **31** Interviews mit allen teilnehmenden

¹⁶² Eine Klinik verfügt über eine Herzchirurgische Abteilung, wo u.a. Bypass-Operationen durchgeführt werden.

¹⁶³ Dazu fand ein Gespräch mit der betriebsärztlichen Abteilung bezüglich des Kontakts mit den Patient_innen statt und es wurde eine Vereinbarung über die Hospitation im Bereich Kardiologie abgeschlossen.

Herzinfarktpatient_innen (20) und Krankenhausärzt_innen (11). Die in der Regel eine Stunde umfassenden Interviews wurden nach Abschluss der Behandlung im Krankenhaus geführt, um möglichst nah am Krankenhauseschehen und dem ‚total-institutionellen‘ Behandlungssetting zu bleiben (vgl. Kap. 3.2.3; ausführlicher s. Kap. 7.1).

Die folgende *Fallauswahl* richtet sich in Anbetracht des Forschungsinteresses Doing Gender Prozesse und Gender Dyaden in Visitengesprächen zuvörderst danach, gleichviele Fälle für *jede* der vier Gender Dyaden zu ziehen. Damit die qualitative Auswertung für eine Person bewältigbar bleibt, wurden für jede Gender Dyade drei Fälle festgelegt. Daher bilden **12** Ärzt_innen-Patient_innen-Paare (Dyaden) mit **37** Visitengesprächen das *Sample* (s. Tab. 2).

Tab. 2 Eigene Erhebung, Übersicht über die Verteilung der 37 Visitengespräche je nach Gender Dyade.

Gender Dyaden/ Visitengespräche	Stationsärztin	Stationsarzt
Patientin	Dyade 1 (4 Visiten + 1 chefälrtliche Visite) Dyade 2 (2 Visiten + 1 oberärztlche Visite) Dyade 3 (3 Visiten)	Dyade 7 (3 Visiten) Dyade 8 (2 Visiten + 1 oberärztlche Visite) Dyade 9 (2 Visiten + 1 oberärztlche Visite)
Patient	Dyade 10 (6 Visiten) Dyade 11 (2 Visiten) Dyade 12 (1 Visite)	Dyade 4 (4 Visiten) Dyade 5 (2 Visiten) Dyade 6 (2 Visiten)

Die Fallauswahl konzentriert sich auf Patient_innen, die zum ersten Mal einen Herzinfarkt erlitten und deswegen erstmalig im Krankenhaus behandelt wurden. Im Gegensatz zu den Patient_innen mit einem Reinfarkt verfügen die hier bezeichneten **Erstinfarktpatient_innen** über keine persönlichen Behandlungsvorerfahrungen. Demgemäß fällt den behandelnden Stationsärzt_innen die Aufgabe zu, diese Patient_innen in der Visite erstmalig über das Krankheitsbild, ihre Behandlung im Krankenhaus sowie nach ihrer Entlassung aufzuklären (vgl. Kap. 3.1.1). Dagegen visiert die weitere ‚kriteriengeleitete Fallauswahl‘ (Kelle/Kluge 1999:46) die Herstellung einer möglichst großen Heterogenität im Sample (vgl. Kap. 5.1). Hierbei war das **Alter** der Patient_innen relevant, das in Anlehnung an die Altersunterteilung des GEDA-Gesundheitssurvey in drei Altersstufen in 10 Jahresschritten unterteilt wurde (vgl. Kap. 3.1.2 Abb. 3). Patient_innen zwischen 45 und 54 Jahren wurden der Altersstufe ‚Jünger‘ zugeordnet und befinden sich noch im Erwerbsalter. Das Gros der Erstinfarktpatient_innen war bereits berentet. Die als ‚Älter‘ bezeichneten Patient_innen befinden sich am Beginn des formalen Rentenalters zwischen 65 bis 74 Jahren, während die ‚Hochaltrigen‘ über 75 – 84 Jahre alt und damit mindestens schon über 10 Jahre berentet sind.

Ferner geht die folgende Untersuchung der Frage nach, inwiefern sich geschlechterbezogene Muster in der Verhandlung emotionaler, sozialer, körperlicher und medizinischer Aspekte in der Visiteninteraktion abzeichnen. Damit verbundene Missverständnisse, Konflikte, vorzeitige Entlassungen oder Ablehnungen empfohlener Maßnahmen sind von besonderem Interesse, da *abweichende Gesprächs- und Behandlungsverläufe* „Mechanismen des normalen Funktionierens“ (Meuser/Nagel 2009:54) verdeutlichen. Derartige Fälle wurden für die Fallkontrastierung zuvörderst ins Sample aufgenommen, dem nachgeordnet der **Berufs-/Bildungsstatus** der Patient_innen sowie die Berufserfahrung der Ärzt_innen in Betracht gezogen wurden. Letztere

wurden gemäß ihren Berufsjahren (ohne das Praktische Jahr) in drei Gruppen unterteilt: ‚Wenig‘ erfahrene Ärzt_innen verfügten unter zwei Jahren an Berufserfahrung. Ärzt_innen mit zwei bis fünf Berufsjahren gelten als ‚Mittel‘ berufserfahren, während Ärzt_innen mit über fünf Berufsjahren über ‚Viel‘ Berufserfahrung verfügen.¹⁶⁴

Tabelle (3) bietet ein Überblick die teilnehmenden Stationsärzt_innen ($n = 9$) und Erstinfarkt-patient_innen ($n = 11$) im Sample. Ein Patient (Herr 2) wurde von zwei Ärzt_innen behandelt, so dass seine Angaben in einer Zeile zusammengefasst sind (s. Dyade 4/7). Gleiches trifft für die Angaben von drei Stationsärzt_innen, die zwei Patient_innen im Sample behandelt haben (s. Dyade: 12/6; 5/11 und 8/9).

Tab. 3 Überblick über die im Sample vertretenden 9 Ärzt_innen und 11 Patient_innen

Dyade	Ärzt_innen			Patient_innen		Berufs-/Bildungsstatuts	
	Name	Berufsjahre*	Gender – Dyade	Alter**	Name		
1	Ärztin 2	Wenig	Frau	Frau	Älter	Frau 6	Berentet, keine Berufsausbildung
3	Ärztin 5	Wenig	Frau	Frau	Jünger	Frau 11	Erwerbstätig , Berufsausbildung
12	Arzt 8	Viel	Mann	Frau	Älter	Frau 9	Berentet, Berufsausbildung
6				Mann	Jünger	Herr 8	Erwerbstätig , Berufsausbildung
5	Arzt 6	Wenig	Mann	Mann	Älter	Herr 15	Berentet, Berufsausbildung
11				Frau	Älter	Frau 5	Berentet, Berufsausbildung
10	Arzt 2	Mittel	Mann	Frau	Älter	Frau 2	Berentet, Hochschulstudium
2	Ärztin	Mittel	Frau	Frau	hochaldrig	Frau 8	Berentet, keine Berufsausbildung
8	Ärztin 3	Wenig	Frau	Mann	Jünger	Herr 7	Erwerbstätig , Berufsausbildung
9				Mann	Älter	Herr 12	Berentet, Hochschulstudium
4	Arzt 5	Mittel	Mann	Mann	hochaldrig	Herr 2	Berentet, Berufsausbildung
7	Ärztin 1	Viel	Frau				

* Berufsjahre und -erfahrung: *Wenig* (unter 2 Jahren); *Mittel* (2 bis 5 Jahre); *Viel* (über 5 Jahre)

** Altersstufen: *jünger* (45 – 54 Jahre); *älter* (65 – 74 Jahre); *hochaldrig* (75 – 84 Jahre)

¹⁶⁴ Personen mit Migrationshintergrund sind in der Studie kaum und im Sample gar nicht vertreten.

6. Ergebnisse – Geschlechterbezogene/dyadische Muster in/nach der Visite zwischen Stationsärzt_innen und Erstinfarktpatient_innen

Die folgende Darstellung der Ergebnisse richtet sich nach den forschungsleitenden Fragen (Kap. 4). Im Mittelpunkt der empirischen Untersuchung steht die Frage, inwiefern (dyadische) Prozesse in die Konstruktion von Geschlechterdifferenzierungen in Form von Mustern in/ nach der Visiteninteraktion zu erkennen sind. Der erste Ergebnisteil stützt sich auf die fallkontrastierende Analyse der 37 Visitingespräche (vgl. Kap. 5.2.1), anhand derer geschlechterbezogene Muster aufgezeigt werden können, *wie* Ärzt_innen und Patient_innen bestimmte Themen in der Visite miteinander besprechen (6.1). Der zweite Ergebnisteil basiert auf den 20 leitfadengestützten Interviews, die mit den beteiligten Stationsärzt_innen und Erstinfarktpatient_innen kurz vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus geführt wurden. Die qualitative Auswertung begrenzt sich auf die jeweiligen Behandlungserfahrungen von Ärzt_innen und Patient_innen, um geschlechterbezogene/dyadische Muster in ihren Wahrnehmungen und Deutungen (nach) der Visite (6.2) aufzeigen zu können.

6.1 Muster in den Darstellungen in der Visite

Mithilfe der fallübergreifenden Analyse aller 37 Visitingespräche können sogenannte geschlechterbezogene Darstellungsmuster von Ärzt_innen und Patient_innen aufgezeigt werden, die teilweise auch Gender Dyaden zugeordnet werden können. Hierbei verdeutlichen sich auch weitere soziale Kategorien, die die Visiteninteraktion beeinflussen, wozu u.a. das Alter, die Behandlungserfahrungen und medizinischen Wissensbestände der Patient_innen sowie die ärztlichen Berufserfahrungen zählen. Gemäß den Leitlinien zur akutstationären Herzinfarktbehandlung gibt es auf der Normalstation aus ärztlicher Sicht eine Vielzahl von Maßnahmen zu organisieren. Ziel ist es, die Patient_innen für die Entlassung zu stabilisieren und in rehabilitative Versorgungsangebote überzuleiten (vgl. Kap. 3.1.1). Für die Patient_innen, die zum *ersten Mal* aufgrund eines akuten Herzinfarktes abrupt aus ihren sozialen Lebensbezügen herausgerissen werden, bestehen vielfältige Fragen, Sorgen und Bedenken bezüglich ihres weiteren Werdegangs. In Anbetracht der Behandlungsdisparitäten in der Akut- sowie rehabilitativen Behandlung (vgl. Kap. 3.1.2) kommt denjenigen Mustern besondere Bedeutung zu, die Ungleichheiten in der Akutbehandlung, vorzeitige Behandlungsabbrüche sowie Ablehnungen rehabilitativer Maßnahmen nach dem Krankenhaus befördern. Daher konzentriert sich die folgende Vorstellung der Auswertungsergebnisse auf geschlechterbezogene/dyadische Muster in den folgenden vier Themenbereichen: Akute (Herz-)Beschwerden und Angst vor einem Reinfarkt (6.1.1); Behandlungsempfehlungen zur Verhinderung eines Reinfarktes (6.1.2); Planung von Reha-Maßnahmen (6.1.3) und Planung der Entlassung (6.1.4).

6.1.1 Akute (Herz-)Beschwerden und Angst vor einem Reinfarkt

Nach der intensivmedizinischen Behandlung des Herzinfarktes im Katheterlabor besteht u.a. auch aufgrund der Stentimplantation sowie der Herzmedikamente die Gefahr eines akuten Reinfarktes sowie anderer gesundheitlicher Risiken und Nebenwirkungen (vgl. Kap. 3.1.1). Demgemäß nimmt die Abklärung akuter Beschwerden eine wichtige Rolle ein. In der Visite auf der Normalstation werden akute Beschwerden zusammen mit dem allgemeinen Befinden in der Eröffnungsphase der Visite thematisiert, die folgende Muster aufweisen.

6.1.1.1 Androzentristische Ausrichtung in der Abklärung akuter Herzbeschwerden

Bis auf in zwei Fällen beschränkt sich das ärztliche Fragemuster zur Abklärung akuter Beschwerden auf zwei *körperliche* Aspekte: ‚Druck auf der Brust‘ und ‚Luftnot‘. Hierin verdeutlichen sich die aufgezeigten medizinwissenschaftlichen Geschlechterkonstruktionen in der Diagnostik eines akuten Herzinfarktes (vgl. Kap. 3.1.2), die sich am androzentristischen Maßstab orientieren und auf körperliche Symptome begrenzen. Anderweitige Beschwerden, die z.B. die Patient_innen in der Visite schildern, im Akutfall wahrgenommen zu haben, werden ärztlicherseits nicht in die Abklärung akuter Herzbeschwerden integriert. Vielmehr zeichnet sich eine Zurückweisung des subjektiven Erfahrungswissens in der Visite ab. So berichtet eine Patientin gleich in ihrer ersten Stationsvisite, dass zwei Hausärzte ihren Herzinfarkt in der *Prähospitalphase* nicht erkannten. Demnach deuteten die Hausärzte ihr starkes Druck- und Brenngedühl im Oberbauch als Magenbeschwerden. Erst ein (dritter) Notarzt stellte den akuten Herzinfarkt fest (*s.a. Kap. 6.2.1*). Als die Patientin in einer späteren Visite ähnliche Akutbeschwerden im Oberkörper schildert, werden diese von dem Stationsarzt als ‚untypisch für das Herz‘ bewertet (Dyade 10c:31). Die Zurückweisung ihrer subjektiven Beschwerdeschilderungen verdeutlicht die ärztliche Definitionsmacht (vgl. Lorber 1997), die vermeintlich ‚objektiven‘ Herzinfarktsymptome Vorrang geben und die sich am androzentristischen Maßstab orientieren. In einer späteren Visite bewertet der Stationsarzt auch klassische Symptome (wie das von der Patientin geschilderte ‚Brennen in der Brust‘) als „nicht typisch für Herz eigentlich“ (Dyade 10f: 32). Indessen vermutet er *emotionale* Probleme, die hinter den *körperlichen* Beschwerden der Patientin liegen: „Aber ich glaube, Sie brauchen vor allen Dingen ein bisschen Zeit, sich dran zu gewöhnen, dass jetzt bei Ihnen in der Diagnoseliste Herzinfarkt (betont) steht. Das ist so das Problem, was ich glaube“ (Dyade 10f:49). Körperliche Ursachen bezieht der Stationsarzt nicht mehr in Betracht; hieß es noch zwei Tage zuvor: „Wir haben gesehen, da ist eine Entzündung der Schleimhaut. [...] Insofern diese Beschwerden, die Sie da haben, scheinen doch eher vom Magen zu kommen“ (Dyade 10d:25).

Die Zuschreibung psychischer Ursachen für körperliche Beschwerden wird auch als *Yentl-Syndrom* bezeichnet (vgl. Kap. 3.1.2). Es ist ein bekanntes geschlechterbezogenes Muster von Ärzt_innen gegenüber Patientinnen (*female Patient Gender*), das bisher für die Prähospitalphase konstatiert wurde. Dass Ärzt_innen bei Frauen verzögert der Möglichkeit eines Herzinfarktes nachgehen, bestätigt sich nicht nur in der Prähospitalphase, sondern auch auf der

Normalstation. So erleidet eine andere Patientin im Krankenhaus einen akuten Reinfarkt. Auf ihre Beschwerden wird jedoch (auch) erst verzögert eingegangen (s. Kap. 6.2.1).

Inwiefern das ärztliche (Verbal-)Muster *Nichteingehen* auf körperliche Beschwerdeschilderungen von Frauen mit einem akuten Herzinfarkt einer Gender Dyade zugeordnet werden kann, erlaubt diese Untersuchung nicht zu beantworten. Indes ließ sich ausschließlich in der *female Gender Dyade* beobachten, dass die ärztliche Abklärung akuter Beschwerden auch *emotionale* Aspekte einschloss. Von den insgesamt neun Ärzt_innen (5 Ärztinnen : 4 Ärzte) erweiterten zwei Ärztinnen den routinemäßigen Abfragekatalog, indem sie sich bei ihren Patientinnen nach einem ‚Unwohlsein‘ erkundigen. Damit wird in den zwei (der drei) *female Gender Dyaden* für Patientinnen die Möglichkeit eröffnet, anderweitige Beschwerden zu thematisieren, die von den klassischen Herzbeschwerden abweichen. Hierauf gehen die beiden Patientinnen unterschiedlich ein:

In der einen *Fraundyade* negiert die Patientin knapp die Frage der Ärztin, ob es ‚von ihrer Seite noch irgendwelche Fragen, irgendein Unwohlsein oder irgendwas‘ zu klären gibt (Dyade 3a:10). In dieser Dyade fallen die Beiträge der Patientin und Ärztin besonders kurz aus sowie die Kürze der Visitengespräche auf. Dies steht im Widerspruch zu den bisherigen Erkenntnissen über die female Gender Dyade. Demnach seien die Gespräche gut zwei Minuten länger in der Ärztin-Patientin-Konstellation im Vergleich zu den anderen drei Dyaden-Formen (vgl. Kap. 3.3.1.2). Die besondere Kürze der Redebeiträge hängt mit *sozialen* Verbindlichkeiten der Patientin und daraus resultierenden Konflikten in der Planung der Entlassung und rehabilitativen Versorgung zusammen, worauf in den entsprechenden Unterkapiteln näher eingegangen wird (s. Kap. 6.1.3, 6.1.4).

In der anderen *Fraundyade* bejaht eine (andere) Patientin die Frage ihrer Stationsärztin nach ‚Beschwerden, Druckgefühl, Luftnot und Unwohlsein‘, indem sie *körperliche Missempfindungen am Arm* thematisiert: ‚Ja, ich habe hier (zeigt auf Zugangsstelle am Arm) so ein Ziehen (betont)‘ (Dyade 2a:12). Doch nach einer distanzierten Inaugenscheinnahme der Stelle, ohne sich den Arm der Patientin näher zuzuwenden oder anzufassen, weist die Ärztin die Beschwerden der Patientin wie folgt zurück: ‚Gut. Das hat aber wahrscheinlich mit Ihrem Herzinfarkt nichts zu tun, was Sie da haben‘ (Dyade 2a:15). Hiermit vermittelt die Ärztin der Patientin die Ausrichtung ihrer Abklärungsfrage. Demnach bezieht sich die Kategorie ‚Unwohlsein‘ auf akute Beschwerden, die nur im direkten Zusammenhang mit dem Herzinfarkt stehen. Genannte *Missempfindungen an der Zugangsstelle am Arm* scheinen nicht hierzu zu zählen und werden nicht weiter von der Ärztin beachtet, die das Thema wechselt.

Die Erweiterung des ärztlichen Abfragekatalogs um *emotionale* Aspekte (‚Unwohlsein‘) war ausschließlich in zwei Fällen und *female Gender Dyaden* zu beobachten. Dies könnte mit einer stärkeren Zuschreibung eines möglichen Unwohlseins von Ärztinnen gegenüber Patientinnen verbunden sein, was stereotypen Geschlechterkonstruktionen in medizinischen Wissenssystemen entspricht (vgl. Kap. 2.1). Gleichwohl in beiden Fällen die klassisch körperbezogenen Symptome um *emotionale* Aspekte (‚Unwohlsein‘) erweitert wird, ist eine vermeintlich stärkere Integration ‚psychosozialer‘ Aspekte und der subjektiven Sichtweise der Patientinnen in

Gesprächen mit Ärztinnen (vgl. Kap. 3.3) – zumindest – im darauffolgenden Umgang der Stationsärztin zu negieren. Vielmehr bestätigt sich ein althergebrachtes (asymmetrisches) Muster: der *restriktive* Umgang mit den Beiträgen von Patient_innen in der Visite (Raspe 1983), und zwar hier mit körperlichen Beschwerden am Arm, die aus ärztlicher Sicht nicht direkt mit dem Herzinfarkt zusammenhängen. *Einerseits* tragen Ärzt_innen mit ihren (geschlossenen) Abklärungsfragen nach ‚Druck auf der Brust‘ und ‚Luftnot‘ mit dazu bei, dass Erstinfarktpatient_innen diese Körperregionen ihrerseits verstärkte wahrnehmen und beobachten. *Andererseits* werden hierdurch (zusätzlich durch die Zurückweisung von anderweitigen Beschwerden) androzentristische Ausrichtungen in den medizinischen Wissensbeständen über vermeintlich ‚typische‘ Symptome eines akuten Herzinfarktes reifiziert.

Zuletzt gibt es Hinweise auf *Lernprozesse* bei der zweiten Patientin, in der ärztlichen Visite keine Missempfindungen am Arm mehr zu thematisieren, die nicht im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt stehen. Zwar stimmt die Patientin der Zurückweisung ihres ‚Ziehens am Arm‘ zu und gibt auch in der nächsten (Oberarzt-)Visite keine Beschwerden am Arm mehr an. Als jedoch der Oberarzt für die Entlassungsplanung auf die Entfernung der Kanüle am Arm hinweist, erklärt die Patientin, dass der Pfleger diese schon aufgrund der Entzündung entfernt habe (Dyade 2b:20). Offen bleibt, wie ihre Beschwerden mit dem Pfleger besprochen wurden. Auch stellt sich die Frage, ob eine hier nicht ausgesprochene Aufgabenteilung zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Personal besteht. Demnach fällt die Behandlung von Beschwerden an Zugangsstellen in das Ressort der Pflege, wovon die Stationsärztin in der Visite abzugrenzen scheint. Dies erfordert weitergehende Untersuchungen (s. Kap. 7). Denn dass Beschwerden an Zugangsstellen und am Arm für Erstinfarktpatient_innen von besonderer Bedeutung sind, wird im Folgenden erörtert.

6.1.1.2 *Thematisierung körperlicher und emotionaler Beschwerden*

Herzinfarktpatient_innen führen in der Visite gehäuft *körperliche* Missempfindungen an Zugangs-/Punktionsstellen von Kathetern sowie Beschwerden am Arm und im Bereich des Oberkörpers an. Dass Patient_innen akute Beschwerden in der Visite angeben, intendiert, die behandelnden Ärzt_innen über körperliche Beschwerden zu informieren und weist ihnen die fachkundige Rolle zu (vgl. Kap. 3.2). Hinter der Thematisierung körperlicher Beschwerden können auch *emotionale* Aspekte stehen, die auf Verunsicherungen von Erstinfarktpatient_innen in der Wahrnehmung und Deutung ihres Körpers sowie auf Angst vor einem akuten Reinfarkt hinweisen. Denn Schmerzen in diesen Körperregionen werden nicht nur in medizinischen Fachbüchern, sondern auch in breiten Aufklärungskampagnen als ‚Alarmsignale‘ für einen akuten Herzinfarkt dargestellt (vgl. DHS 2015).

Hinweise auf geschlechterbezogene Muster verdeutlichen sich auf Seiten der **Patient_innen**, wie sie körperliche Missempfindungen, damit verbundene Unsicherheiten in der Wahrnehmung ihres Körpers und Angst vor einem Reinfarkt thematisieren. Diese werden von Patienten (*male Patient Gender*) eher implizit angesprochen und kurz darauf selbst wieder zurückgenommen. Dem folgend wendet sich auch das ärztliche Personal neuen Themen zu. Dagegen stellen

Patientinnen (*female Patient Gender*) ihre *körperlichen* Missempfindungen – wie u.a. im obigen Fall – dem ärztlichen Personal eher vor und offenbaren im späteren Verlauf explizit ihre *emotionale* Verunsicherung und Angst vor einem Reinfarkt, was kurz erörtert wird.

Die Thematisierung körperlicher Beschwerden weisen auf die Konstruktion von *Männlichkeit* hin, die eine stärkere Zurücknahme von Schmerzen und von Unsicherheiten in der Deutung körperlicher Missempfindungen nach dem Herzinfarkt beinhaltet. Prototypisch stellen dies zwei jüngere Patienten in der Visite dar. Im *ersten Fall* geht der Patient auf die (Abklärungs-) Frage des Arztes nach Beschwerden oder Druck auf der Brust wie folgt ein: „Ja, nee nur, das geht (*leise*) hier noch so ein bisschen (zeigt auf seine Leiste). Na von diesen {Arzt: Ja.}. Aber sonst“ (Dyade 6a:16f.). Prototypisch verdeutlicht sich in der ambivalenten Antwort „Ja, nee nur“ die Initiierung und sofortige Zurücknahme *körperlicher* Beschwerden. Die Nichtbenennung *medizinischer* Begriffe für die Leiste, Punktionsstelle und den Katheter weisen auf fehlen-des Wissen hin, was dem Patienten von dem Stationsarzt auch nicht vermittelt wird. Stattdessen deutet der Arzt den offenen Widerspruch des Patienten („Aber sonst“) positiv: „Alles in Ordnung“ (ebd.:18). Der Patient präzisiert „Alles schmerzfrei“ (ebd.:19), woraufhin sich der Arzt einem neuen Thema zuwendet. Hier scheinen sich Ergebnisse zu reziproken Konstruktion von (herz-)kranken Männern zu bestätigen: Demnach werden positive Darstellungen des Gesundheitszustandes – und damit indirekt Stärke – sowohl von Männern als auch vom ärztlichen Gegenüber in Visitengesprächen bestätigt bzw. befördert Hedegaard et al. 2014; Roter et al. 2011; vgl. Kap. 3.3.1.1.).

Im *zweiten Fall* fällt die Zurücknahme von körperlichen Beschwerden zwar deutlicher aus, doch offenbaren sich (implizite) Hinweise auf *Angst* vor einem Reinfarkt. In der ersten Visite, die von einer Oberärztin mit einer größeren Visitengruppe geleitet wird, stellt dieser Patient sein *körperliches* Befinden positiv dar. Explizit begrenzt der Patient seine Antwort auf die offene Frage der Oberärztin, wie es ihm gehe, auf körperliche Aspekte: „Körperlich okay“ (Dyade 8a:8). Hiermit evoziert er die Nachfrage nach seinem *emotionalen* Befinden „Und psychisch?“ (ebd.:9). An dieser Stelle deutet der Patient implizit psychische Belastungen an: „Ja, nicht ganz so dolle“ (ebd.:10), worauf die Oberärztin wie folgt eingeht (Dyade 8a:13-15):

Oberärztin	Na, da wird einem vor Augen geführt, man {Patient: Ja.} ist sterblich. Also {Patient: Mhm.}, aber Sie sind ja, haben gut die Kurve gekriegt.
Patient	Ja (lacht leicht).
Oberärztin	Und Sie gehen ja auch in die Reha-Klinik dann.

Wenngleich die Oberärztin ein *emotional* brisantes Tabuthema in die Visite einbringt, bleibt unklar, was den Patienten belastet. Denn ohne bei dem Patienten nachzufragen deutet sie das psychische Unwohlsein des jüngeren Patienten als Konfrontation mit der eigenen *Sterblichkeit*. Ihre Auslegung wird von dem Patienten {überlappend} bestätigt. Die folgenden Formulierungsversuche der Ärztin weisen indes auf gewisse Unsicherheiten im weiteren Umgang mit dem Tabuthema *Tod* hin. Schließlich beendet sie das *emotionale* Thema, indem sie auf den positiven Ausgang der Herzinfarktbehandlung eingeht. Auch dieser Bewertung stimmt der Pa-

tient lachend zu, wonach sich die Ärztin mit der rehabilitativen Behandlung wieder einem *medizinischen* Thema zuwendet. In den nächsten Visiten, die von der Stationsärztin allein geführt wird, erwähnt der gleiche Patient keine psychischen Belastungen mehr, was ein *Lerneffekt* aus der oberärztlichen Visite sein könnte. Jedoch offenbaren seine Beschwerdeschilderungen weiterhin *Unsicherheiten* in der Deutung körperlicher Symptome, die mit einem Herzinfarkt assoziiert werden, und weisen implizit auf *Angst* vor einem Reinfarkt hin. So beantwortet der Patient die Frage der Ärztin, ob er irgendwelche Beschwerden, Brustschmerzen oder Luftnot habe (Dyade 7b:11):

Nee. Man achtet natürlich auf alles. Aber das ist meistens, wenn ich zu lange auf der linken Seite gelegen habe, das sind Bewegungsschmerzen (zeigt auf Oberkörper) [...] und wenn ich mich dann wieder anders hinlege oder mal so mache (bewegt Oberkörper), dann ist das wieder weg halt.

Im Vergleich zum ersten Fall fällt bei diesem Patienten die *Zurücknahme körperlicher Beschwerden* ausführlicher und fachkundiger aus. Nach der kurzen Verneinung („Nee“) thematisiert er seine gesteigerte *Achtsamkeit*, die er als allumfassend und ‚natürlich‘ bewertet, was indirekt auf den Herzinfarkt anspielt. Explizit gibt er gegenüber der Stationsärztin linksseitige Schmerzen im Oberkörper an, die aus *medizinischer* Sicht als ein ‚typisches‘ Warnsignal eines akuten Herzinfarktes gelten (Hamm 2015:14), was implizit auf seine *Angst* vor einem möglichen Reinfarktes deutet. Doch seine Beschwerden klassifiziert der Patient als Bewegungsschmerzen und berichtet sogleich über die gelungene Bewältigung (*Coping*) seiner Schmerzen. Danach wechselt die Ärztin das Thema und geht weder auf die *körperlichen* Beschwerden noch die implizite *Verunsicherung* des Patienten in der Wahrnehmung von (Herzinfarkt assoziierenden) Schmerzen im Oberkörper ein. Die implizite Thematisierung von *Angst* vor einem akuten Herzinfarkt wiederholt auch sich in der Folgevisite, wo der (gleiche) Patient beinahe wortgleich obige Beschwerden schildert und seine gesteigerte *körperliche* Selbstwahrnehmung belächelt: „(lächelnd) *Aber man achtet natürlich momentan auf alles da*“ (Dyade7c:26). Auch wiederholt er seine Diagnose vom Vortag: „Aber das war ein Bewegungsschmerz“ (ebd.:28). Diese Widerspruchsformulierungen („Aber“) bestärken die Deutung, dass der Patient zuerst an einen akuten Reinfarkt dachte.

In beiden Visiten übernimmt der Patient die medizinische Abklärung seiner *körperlicher* Beschwerden, Selbstdiagnose und -behandlung, demnach eine *medizinische* Einschätzung der Ärztin oder gar Untersuchung nicht mehr erforderlich ist. Hierbei weisen seine fachkundigen Begründungen und Beschreibungen auf *medizinische Vorkenntnisse* hin, indem zwischen bewegungsabhängigen und -unabhängigen Schmerzen unterschieden wird (vgl. Kap. 3.1.1). Wenngleich beide Patienten in einem ähnlichen **Berufsfeld** arbeiten, ist der zweite Patient mit der Verarbeitung von Gesundheitsdaten beschäftigt. Im Interview berichtet der zweite Patient auch über Erfahrungen mit dem Thema Herzinfarkt im Bekanntenkreis (s. Kap. 6.2.1). Zusammengenommen können diese Erfahrungen seine *medizinischen* Fachkenntnisse erklären, die wiederum eine Erklärung für die Differenzen unter Männern in der Zurücknahme von körperlichen Schmerzen und Angst in der Visite bieten. Weiter zu untersuchen ist, inwiefern sich

diese Zurücknahme körperlicher und emotionaler Beschwerden als ein dyadisches Muster in der (reziproken) Konstruktion von Männlichkeit in der Ärztin-Patient-Visiteninteraktion erweist.

In den Darstellungen akuter Beschwerden verdeutlichen sich soziale Konstruktionsprozesse traditioneller *Weiblichkeit*, demnach Patientinnen in der Visite ihre *körperlichen* Missempfindungen sowie Verunsicherungen und *Ängste* explizit ansprechen. Prototypisch zeigt sich dies in den Visitingesprächen mit zwei (älteren) Patientinnen, die beide auf der *Privatstation* morgens von einem Stationsarzt bzw. einer -ärztin visitiert werden, während am Nachmittag die Chefarztvisite stattfindet. Zu Beginn der morgendlichen Visite sprechen beide Privatpatientinnen von sich aus (selbstinitiativ) ihre *körperlichen* Missempfindungen am Arm und im Oberkörper an. In dem *einem Fall* thematisiert die Patientin Schmerzen und akute Taubheitsgefühle an der Punktionsstelle an der Hand. Nachdem hier die Ärztin den Schweregrad zurückweist, spricht die Patientin auch *emotionale* Belastungen an (Dyade 1b:18-26):

Ärztin	SO LANGE (LAUT) sie nicht blau wird, die Hand (.) (lacht), (<i>lachend</i>) dann sagen {Patientin lacht} <i>Sie Bescheid.</i>
Patientin	Nein, wird die schon nicht {Ärztin: Gut.}. Da bin ich schon sehr zuversichtlich. Aber soll ich Ihnen mal was sagen? Man ist ja doch geschlaucht, ne?
Ärztin	JA (LAUT). Natürlich, das ist {ja anstrengend. Man ist ja}
Patientin	{Ich habe gedacht}
Ärztin	auch aufgeregt.
Patientin	Jaja. Ich meine, wo ich unten lag, ich habe gedacht: (<i>lächelnd</i>) 'Nun lass dir nichts anmerken'. Aber sie hatten gemerkt, dass ich nervös war.

In dem Dialog fallen die *emotionalen* Darstellungen seitens der Ärztin auf, die über wenig Berufserfahrung verfügt. Auf die Taubheitsempfindungen der Patientin geht sie mit einem makaber anmutenden Witz ein: Auf *humorvolle* Weise vermittelt auch diese Ärztin der Patientin, ab welchen Schweregrad sie sich erst wieder wegen akuter Beschwerden an der Hand melden könne. Die *Zurückweisung* der körperlichen Beschwerden erfolgt hier also ärztlicherseits in Form einer *Bagatellisierung* des (niedrigen) Schweregrades. Dem stimmt die Patientin zu und thematisiert sogleich weitere Beschwerden (,geschlaucht‘) vor dem Kathetereingriff. Hierauf geht die Ärztin jedoch anders ein. Ähnlich wie die Oberärztin im (zweiten) Fall bei dem jüngeren Patienten fragt auch diese Stationsärztin nicht nach, was die Patientin ,geschlaucht‘ hat, sondern deutet dies als *emotionale* Belastung. Die Anstrengungen und Aufregungen vor dem medizinischen Eingriff bewertet sie als ,natürlich‘. Zwar bestätigt die Patientin (auch hier) die Deutung der Ärztin. Im Gegensatz zum Patienten spricht sie jedoch explizit ihre *Nervosität* sowie misslungene Verbergungsversuche (*Coping*) an. Der ärztliche Umgang wird später aufgezeigt (s. Kap. 6.1.1.3).

Ein weiteres Muster in der Darstellung akuter Beschwerden ist, dass ausschließlich Patientinnen (*female Patient Gender*) explizit *Angst vor einem Reinfarkt* in der Visite verbalisieren. Ihre Ängste offenbaren die beiden Privatpatientinnen, nachdem die Ärzt_innen anderen (*medi-*

zinischen) Ursachen nachgehen, aber nicht die Möglichkeit eines Reinfarktes in Betracht ziehen. So untersucht die Ärztin den ‚tauben‘ Arm der Patientin und unterbricht mit ihren körperlichen Anweisungen sowie medizinischen Nachfragen und Erklärungsansätzen die Thematisierungsversuche ihrer Patientin. Erst im dritten Versuch führt die Patientin den Grund für ihr nächtliches Klingeln um ärztliche Hilfe aufgrund der starken Schmerzen im Arm aus: „(lächelnd) Ich hatte schon Angst, nicht dass ich schon wieder einen Infarkt (lacht) kriege“ (Dyade 1c:28).

Ähnlich stellt sich dies in dem **anderen Fall** bei der anderen Privatpatientin dar. Gleich zu Beginn Visite stellt die Patientin dem Arzt von sich aus (selbstinitiativ) eine Vielzahl *körperlicher* Beschwerden vor, die ‚typischen‘ Herzinfarktsymptomen ähneln wie: Beschwerden im Oberbauch, in der Brust und ‚rund um die Herzgeschichte‘ sowie Druckgefühl und Aufstoßen (vgl. Dyade 10c:9-22). Nachdem der Stationsarzt zunächst von Magenbeschwerden aus- und auf das Aufstoßen eingeht, formuliert die Patientin ihre *Angst* auch als Widerspruch: „Aber ich habe Angst, dass das vom Herzen kommt“ (Dyade 10c:25).

Die verzögerte Thematisierung von *Angst* vor einem akuten Herzinfarkt kann als *hidden agenda* betrachtet werden (vgl. Hunziker et al. 2010). Beide Patientinnen thematisieren Sorgen aufgrund von *körperlichen* Beschwerden, die einem akuten Herzinfarkt zugeordnet werden können, was ärztlicherseits in der Visite aber nicht aufgegriffen wird. Dass der Möglichkeit eines akuten Herzinfarktes gehäuft bei Frauen nicht nachgegangen wird, tritt bei drei von sechs Patientinnen in diesem Sample auf (s. Kap. 6.2.1). Dabei berichtet auch die (andere) Privatpatientin über nächtliches Klingeln nach ärztlicher Hilfe aufgrund starker *körperlicher Verunsicherungen* und *Todesängste* beim Einschlafen (Dyade 10e:17, 30):

Aber das war nicht so ein wohliges Einschlafen, sondern es war so als wenn ich jetzt ohnmächtig werde. (.) So eine absolute Panik, irgendwie Panik. [...] Ich kann es gar nicht erklären. So das Gefühl, man fällt in Ohnmacht [...] Und dann rappelt man sich auf. (lachend) Man will ja weiterleben irgendwie.

Zuletzt soll ein Muster in der **ärztlichen** Darstellung von eigenen Gefühlen aufgezeigt werden, was in den bisherigen Forschungen (überwiegend) außenvorgelassen wird (vgl. Kap. 4.1). Die fallkonstrastierende Analyse der Visitengespräche liefert Hinweise auf dyadische Muster in der ärztlichen Konstruktion von Geschlecht in der Visite, was kurz anhand zweier Beispiele verdeutlicht wird. In dem **einen Fall** übt die (‚nervöse‘) Privatpatientin (s.o.) in der Visite *indirekt* Kritik an der Stationsärztin, was sich auf fehlende Informationen über die genaue Uhrzeit ihres zweiten Kathetereingriffs bezieht: „Ich wollte nämlich gerne wissen, wann ich dran komme“ (Dyade 1b:28). Im darauffolgenden Umgang offenbart die Ärztin eigene *Emotionen*: Zuerst begründet sie die Nichtmitteilung eines konkreten Termins mit der *notfallmedizinischen Ausrichtung* (vgl. Rhode 1962) des Katheterlabors, um danach ihren persönlichen ‚*Frust*‘ zu offenbaren. So „verschiebt es sich meistens durch Notfälle. [...] Ich finde es fast immer frustrierender, wenn ich dann irgendwie schon (lachend) was sage [...] und dann kommt doch alles ganz anders“ (Dyade 1b:36). In dem **anderen Fall** spricht auch ein Stationsarzt mit einem Patienten über seinen ‚*Frust*‘ im Krankenhaus, was sich in diesem Fall auf Widersprüche von Patien-

t_innen gegen seine Behandlungsempfehlung ‚Nichtrauchen‘ bezieht: „Also das ist immer so dieses: ‚Ja mein Opa [...], der hat geraucht, der ist neunzig geworden.‘ Das sind auch die Geschichten, die man sich auch noch ANHÖREN (LAUT) muss“ (Dyade 6a:64f.; ausführlicher s. Kap. 6.1.2.2).

Dass Ärzt_innen ihren persönlichen *Arbeitsfrust* gegenüber Patient_innen offenbaren, war einzig in *homogenen Gender Dyaden* zu beobachten. Dies könnte auf ein dyadisches Darstellungsmuster in der ärztlichen Selbstoffenbarung von (negativen) Emotionen in gleichgeschlechtlichen Visitenkonstellationen deuten, was es im Sinne von *Self-Disclosure Statements* (Hall 2013:22) noch weiter zu untersuchen gilt.

6.1.1.3 Nicht-/Eingehen auf akute Beschwerden und Angst vor einem Reinfarkt

Die fallkontrastierende Analyse aller Visitengespräche offenbart Muster im ärztlichen Umgang mit den akuten Beschwerden von Erstinfarktpatient_innen. Dies umfasst die soeben ausgeführte *Zurückweisung* von *körperlichen* Beschwerden an Punktionsstellen, was sich auf Visitengespräche mit Patientinnen (*female Patient Gender*) begrenzt, da Patienten ihre Missempfindungen selbst zurücknehmen. Ein weiteres geschlechterbezogenes Muster im ärztlichen Umgang mit *emotionalen* Beschwerden von Erstinfarktpatient_innen gewinnt an Bedeutung, wobei nicht das Geschlecht der Patient_innen relevant erscheint. Vielmehr verläuft die ärztliche Thematisierung von *Ängsten* entlang klassischer *Weiblichkeitskonstruktionen*. Wie bereits den vorherigen Visitenauszügen entnommen werden konnte (vgl. Kap. 6.1.1.2), formulieren Ober-/Ärztinnen eher von sich aus *emotionale* Belastungen für ihre Herzinfarktpatient_innen in der Visite (explizit) aus. Dies weist zunächst auf Herstellungsprozesse von Geschlecht von Ärztinnen in der Visiteninteraktion hin, die angelehnt an Wetterers (2002) Ansatz als *doing [female physician; JW] gender while doing work* bezeichnet werden könnte. Gleichgerichtet stellten Jefferson et al. (2015b) bei Krankenhausärztinnen die Darstellung von *Emotionen* in Visitengesprächen heraus: “Women [physicians, JW] tended to use more affective communication during consultations“ (ebd.:186f.). Jedoch sind Lücken im Forschungsstand zu bedenken wie der aufgedeckte ‚*Female Bias*‘ in den Ergebnisformulierungen zum ärztlichen Umgang mit (negativen) Emotionen von Patient_innen, die im Hinblick auf das ‚weibliche‘ Geschlecht der Ärztinnen und Patientinnen ausformuliert werden (vgl. Kap. 4.1). Indessen verdeutlicht die Auswertung der Visitengespräche Muster im ärztlichen Umgang mit den expliziten *Ängsten* der beiden Privatpatientinnen vor einem akuten Reinfarkt, die im Einklang mit paternalistischen *Männlichkeitskonstruktionen* stehen (vgl. Kap. 3.2.1).

Einerseits schließen beide Stationsärzt_innen einen Herzinfarkt aus und weisen auf medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten hin. Hierdurch wird eine *Medikalisierung* von Patientinnen befördert, die verunsichert nach dem ersten Herzinfarkt sind, wie sie nun mit *körperlichen* Beschwerden umgehen sollen. Dies geschieht indes nicht bei den beiden Männern, da sie ihre (körperlichen und emotionalen) Beschwerden selbst zurücknehmen. Die *Selbstzurücknahme* und (indirekte) *Positivwendung* von Beschwerden könnte erklären, dass dem Patienten mit persistierenden (*körperlichen*) Bewegungsschmerzen keine Schmerzmedikamente in der Visite an-

geboden werden. So stellte sich auch in der Untersuchung von Hedegaard et al. (2014) die *positive* Darstellung des Gesundheitszustandes bei ambulanten Herzpatienten als bedeutsam heraus, infolgedessen bei Männern trotz Beschwerden keine medizinischen Maßnahmen erfolgten. Das stärkere Nachfragen nach möglichen Symptomen bei Frauen und die Beförderung negativer Darstellungen des Gesundheitszustandes (ambulanter) Herzpatientinnen (vgl. Kap. 3.3.1.1) ist hier bei den stationären Erstinfarktpatientinnen nicht zu beobachten.

Andererseits zeigen sich Unterschiede in der stationsärztlichen *Aufklärung* über den Ausschluss eines akuten Reinfarktes, die sich einem übergreifenden Muster in der ärztlichen Hervorbringung von ‚Männlichkeit‘ in der Visiteninteraktion zuordnen lassen. So weist die Stationsärztin die Reinfarkt-Vermutung ihrer Privatpatientin *emotional* zurück: „Nein, um Gottes Willen“ (Dyade 1c:29). Auch im weiteren Verlauf erklärt sie: „Aber es ist jetzt nichts, was wir sehr beunruhigend finden“ (ebd.:37f). Dieser wenig fachliche Ausschluss eines akuten Herzinfarktes bewertet die ältere Patientin positiv: „Nein, jetzt weiß ich ja auch, was es ist. [...] Aber ich bin nur froh, wenn Sie sagen, das ist nichts Besonderes“ (ebd.:39f.). Hingegen schließt der Stationsarzt die Möglichkeit eines akuten Herzinfarktes mit *medizinischen* Argumenten aus, die er seiner (Privat-)Patientin *ausführlich* darstellt (Dyade 10c:28-34):

So wie Sie das BESCHREIBEN (LAUT), dass das auf BEWEGUNG (LAUT) auslösbar ist oder STÄRKER (LAUT) wird und dass das irgendwie so ein Druck ist, dann scheint das NICHT (LAUT) vom HERZEN (LAUT) zu kommen. [...] Ein Schmerz, der bewegungsabhängig ist, das ist schon untypisch für das Herz. Insofern glauben wir eigentlich nicht, dass es daherkommt. Wir haben ja auch EKGs nochmal gemacht gestern, die waren alle in Ordnung. Blutwerte sind nicht dramatisch. Da war der Wert ja fallend vom Herzinfarkt. Ist natürlich noch ERHÖHT (LAUT), aber, so dass wir [...] in der Abheilungsphase sind und eigentlich vom HERZEN (LAUT) einen guten Eindruck haben.

Zum einen bewertet der Stationsarzt die von der Patientin geschilderten *körperlichen* Beschwerden als ‚untypisch für das Herz‘ und führt – zum anderen – *medizintechnische* Daten an, die für eine positive Bewertung der *körperlichen* ‚Abheilungsphase‘ sprechen. Hierüber informiert die andere Stationsärztin ihre Patientin gar nicht. Hervorzuheben ist jedoch die *Ausführlichkeit* und der damit verbundene (längere) *zeitliche Umfang*, mit der der Arzt *medizinische* Aspekte in der Visite darstellt. Diese entsprechen der biomedizinisch-androzentristischen Ausrichtung in Parsons‘ ‚*Arztrolle*‘ (vgl. Kap. 3.2.1). Ähnlich geht der Stationsarzt auf die *Angst* der Privatpatientin vor der zweiten Katheterintervention und die von ihr selbst vorgebrachten *medizinischen* Risiken und Nebenwirkungen der Stentbehandlung ein. Wieder führt der Arzt fachmedizinische (statistische) Daten zur Letalität in der Prähospitalphase an. Demnach schaffen es 30 Prozent aller Patient_innen „nicht bis ins Krankenhaus mit einem Herzinfarkt, weil sie vorher sterben“ (Dyade 10a:57). Demgegenüber bewertet er die Risiken einer Herzkatheteruntersuchung als ‚minimal‘ und Nebenwirkungen wie die Infektion der Punktionsstelle als ‚sehr selten‘. „Und dafür, was man eben mit dieser Untersuchung HELFEN (LAUT) kann, da steht das überhaupt nicht in Relation“ (Dyade 10a:57f.). Die *Dramatisierung medizinischer Risiken* ist gehäuft in die ärztliche Vermittlung von Behandlungsempfehlungen zu beobachten (s. Kap. 6.1.2). Dies scheint jedoch die Patientin nicht zu beruhigen – wie etwa die wenig fachliche Aufklärung der anderen Privatpatientin – was im Interview deutlich benannt wird (s. Kap.

6.2.2), während sie in der Visite gleich nach den ärztlichen Ausführungen ihres Arztes akute Ängste sowie akute körperliche Beschwerden äußert: „Ah, jetzt kriege ich schon wieder Herzbeschwerden“ (Dyade 10a:59f.).

Derart *ausführliche* Aufklärungen über *medizinische* Aspekte finden sich nur in Visitenbeiträgen von **Ärzten** (s. Kap. 6.1.2, 6.1.3). Hierbei zeichnet sich ein themen- und fallübergreifendes Muster in der ärztlichen Darstellung von *Männlichkeit* in der Visite ab, was mit den **Berufsjahren** zuzunehmen scheint, wie es beispielsweise der Umgang eines Oberarztes mit der *Angst* einer Patientin vor der Bypass-Operation veranschaulicht. Die Patientin wird von einer Stationsärztin behandelt (Dyade 2). In der Oberarztvisite stellt die Patientin viele Fragen bezüglich der empfohlenen Bypass-Operation, worauf der Oberarzt eingeht, indem er *ausführlich fachmedizinische* Aspekte zum Ablauf der Operation sowie zu möglichen Risiken und Komplikationen darstellt. Auf die (implizit *emotionale*) Frage der Patientin, ob sie die Operation ‚durchstehen‘ werde, geht der Oberarzt wieder sehr *ausführlich* mit *medizinischen* Aspekten ein und schlägt ihr dazu ein direktives ‚Gefühlsmanagement‘ vor: „Man muss das immer mit Optimismus angehen, an solche Sachen. Man darf nicht denken, das ist alles ganz schrecklich und das wird doch sowieso nichts [...], sondern stellen Sie sich das vor, wie Sie vorher, bevor Sie das erste Mal diese Angina Pectoris hatten, zurechtgekommen sind“ (Dyade 2b:69). In den nachfolgenden Visitengesprächen thematisiert die Patientin keine Ängste mehr, dafür aber im Interview (s. Kap. 6.2).

Der ausführlich *medizinische* und vor allem *direktive* Umgang mit Angst findet sich auch bei einem Stationsarzt wieder, der in Bezug auf (mögliche) Probleme mit dem Nichtrauchen zu einer veränderten Grundhaltung rät (s. Kap. 6.1.2.1). Dies unterscheidet sich stark von dem oben genannten Muster der (Ober-)Ärztinnen, die eher *non-direktiv* auf emotionale Andeutungen ihrer Patient_innen eingehen und Emotionen ausformulieren, aber keine Handlungsanweisungen erteilen. Doch werfen die hieraus ableitbaren Hinweise auf geschlechtstypische Muster von Ärzt_innen im Umgang mit Ängsten von Herzinfarktpatient_innen weitere Fragen auf: Welche Bedeutung haben Berufserfahrungen und Handlungsroutinen im Umgang mit Ängsten und Bedenken in Aufklärungsgesprächen – fällt dies doch in den Zuständigkeitsbereich erfahrener Ärzt_innen. Da die Erhebung sich auf stationsärztliche Visiten mit Patient_innen nach der Katheterintervention bezog, bedarf es weitergehender Studien.

6.1.2 Behandlungsempfehlungen zur Verhinderung eines Reinfarktes

Ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung von Herzinfarktpatient_innen im Krankenhaus ist die Besprechung weiterer Maßnahmen zur Verhinderungen eines Reinfarktes. Die folgende Darstellung der Auswertungsergebnisse begrenzt sich auf zwei Behandlungsempfehlungen, die gerade für Erstinfarktpatient_innen relevant sind. Der erste Bereich umfasst Muster in der Thematisierung von *lebensstilbezogenen Risikofaktoren* und möglichen Veränderungen. Der zweite Bereich bezieht sich auf die (neuen) *Herzmedikamente*.

6.1.2.1 Veränderung von lebensstilbezogenen Risikofaktoren

Das Risikofaktorenmodell nimmt einen großen Stellenwert in der Behandlung von Herzinfarktpatient_innen in den medizinischen Wissenssystemen und Leitlinien ein (vgl. Kap. 3.1.2). In den Visitingesprächen auf der peripheren oder Normalstation sind Risikofaktoren jedoch kaum von Relevanz. Von den insgesamt 37 Visitingesprächen werden lediglich in vier stationsärztlichen Visiten sowie in einer oberärztlich geleiteten Visite Risikofaktoren und darauf bezogene Behandlungsempfehlungen besprochen. Ärzt_innen und Patient_innen thematisieren auch *unterschiedliche* Risikofaktoren, wie: Rauchen, Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress oder Blutwerte beziehen (Tab. 4). Geschlechterbezogene Muster zeigen sich in der *Initiierung* und im weiteren *Umgang* mit lebensstilbezogenen Veränderungen nach dem Herzinfarkt. Unabhängig von der Berufserfahrung wird ärztlicherseits die Veränderung lebensstilbezogener Faktoren zuvörderst in *homogenen Gender Dyaden* angesprochen. Derweil initiieren ältere Patientinnen das Thema Risikofaktoren eher selbst, was nachfolgend mit dem am häufigsten besprochenen Risikofaktor *Rauchen* aufgezeigt wird.

Tab. 4 Initiierung von lebensstilbezogenen Risikofaktoren in der Visite mit Erstinfarktpatient_innen unter Berücksichtigung von Gender, Alter bzw. ärztlicher Berufserfahrung

Initiierung in der Visite	Risikofaktoren					Patient_innen		Ärzt_innen	
	Rauchen	Ernährung	Bewegung	Blutwert	Stress	Alter	Gender Dyade	Berufsjahre	
Ärztliche Initiative			X			Älter	Frau	Frau	< 2 Jahre
	X				X	Jünger	Mann	Mann	> 5 Jahre
	X			X		Älter	Mann	Mann	5-10 Jahre *
Patient_innen Initiative	X	X	X	X	X	Älter	Frau	Mann	2-5 Jahre
	X	X		X		Älter	Frau	Mann	< 2 Jahre

* Oberarzt

Bei der Initiierung des Themas Rauchen offenbaren sich geschlechtliche Konnotationen in den ärztlichen Zuschreibungen des Risikofaktors Rauchen und eines herzgesunden Lebensstils. Zwei erfahrene Ärzte sprechen ihre Patienten auf das Rauchen an, was aber in keiner Visite mit Patientinnen geschieht. Letztere bringen (zum anderen) ihr Rauchverhalten selbst zur Sprache, was mit unterschiedlichen Wissensbedürfnissen verbunden ist. Laut der Privatpatientin (2) komme ihr Herzinfarkt: „Nicht von körperlichen. Ich RAUCHE (LAUT). Gut. Ich habe geraucht, aber nicht viel (betont), zwei drei vielleicht“ (Dyade 10a:201). Danach stellt sie ihre gesunde Lebensführung und Wissen über den Risikofaktor *Stress* dar:

Ich bin NUR (LAUT) an der Luft. Ich mache Gartenarbeit, [...] lebe seit JAHREN (LAUT) gesund. (...) Und das ist nur (betont) psychisch und da steht in der ‚Zeitschrift‘ auch drin, dass dieser Patient Nummer soundso viel, der wirklich durch STRESS (LAUT) krank wird (Dyade 10a:203).

Die lauten Betonungen der Patientin deuten auf eine emotionale Erregung hin, als sie die Relevanz von *körperlichen* Risikofaktoren für ihren Herzinfarkt explizit negiert. Demgegenüber schildert sie sowohl in dieser als auch in Folgevisiten eine jahrelang *gesunde Lebensführung* wie: gesundes Essen, regelmäßige Arztbesuche, Radfahren und viel Bewegung an der ‚frischen Luft‘ (vgl. Dyade 10a/f). Einzig der Risikofaktor *emotionaler Stress* könne ihren Herzinfarkt erklären, worauf der Stationsarzt nicht eingeht.

Die andere Patientin (Frau 5) fragt ihren Arzt direkt danach, ob sie nach der Stent-Behandlung etwas ändern müsse. Diese und ihre zweite Frage nach möglichen Veränderungen ihres ‚Speisezettels‘ (Dyade 11b:59) werden vom Stationsarzt nur verneint. Ohne nachzufragen geht er wohl davon aus, dass die Patientin einen herzgesunden *Lebensstil* praktiziert. Erst nach ihrer (dritten) Nachfrage: „Aber nicht mehr rauchen?“ (ebd.:63), fragt der Arzt nach (ebd.:64-67):

Arzt	Nein. Rauchen? Haben Sie vorher noch geraucht?
Patientin	(leise) Ja (unklar).
Arzt	(leise) Das ist schlecht.
Patientin	Und das Schlimme ist, das ist sehr, sehr schwer. Es ist <u>sehr</u> (betont) schwer. Geben Sie mir mal einen Tipp, wie man sich das abgewöhnen kann, (<i>lächelnd</i>) wenn man sechzig Jahre geraucht hat.

Die Patientin bringt selbst die Behandlungsempfehlung ‚Nichtrauchen‘ ein. Im Gegensatz zu der Privatpatientin flüstert und lächelt sie bei ihrem ‚Geständnis‘, seit Jahrzehnten zu rauchen, und fordert den Arzt um Unterstützung, was nachfolgend wieder aufgegriffen wird.

Dagegen werden die (beiden) Männer von ihren Ärzten auf den Risikofaktor Rauchen angesprochen. Hier zeigen sich Differenzen, die auf die Bedeutsamkeit des **Bildungshintergrunds** in der ärztliche Zuschreibung eines gesunden Lebensstils deuten. In der ersten *Männerdyade* hebt der Oberarzt explizit den naturwissenschaftlichen Berufshintergrund des berenteten Patienten positiv hervor und schließt ein mögliches Rauchverhalten mit der Frage aus: „Rauchen tun Sie nicht?“ (Dyade 9a:169) Nach der kurzen Bestätigung des Patienten empfiehlt der Arzt, dass er dann damit auch nicht anzufangen bräuchte und wendet sich sodann der medikamentösen Behandlung zu.

Entgegengesetzt geht ein Stationsarzt davon aus, dass sein (jüngerer) Patient nach dem Herzinfarkt weiter raucht. Bereits vor der Visite deutet der Arzt gegenüber der teilnehmenden Beobachterin an, dass der Patient ‚unten‘ (vor dem Krankenhaus) rauchen würde. Implizit thematisiert es dies dann in der Visite, als er den Patienten fragt: „Also Sie sind selbst auch hier auf Stationsebene und auch wahrscheinlich schon mal unten gewesen?“ (Dyade 6a:20) Nachdem der Patient dies verneint, wendet sich der Arzt dem Thema Mobilisation zu. Ohne das Rauchverhalten des Patienten explizit erfragt zu haben, initiiert der Arzt etwas später das Thema Nichtrauchen zusammen mit Reha-Maßnahmen (Dyade 6a:39f.):

Arzt	[...] Man wird Sie einmal aufklären, warum eigentlich so eine Koronare Herzerkrankung entsteht und wie man das positiv beeinflussen kann. Zum Beispiel durch das Nichtrauchen {Patient verdreht die Augen} (<i>lachend</i>) <i>Da wurden Sie ja schon von Ihren Angehörigen geimpft, ne?</i>
Patient	(lächelnd) Ah gequält eher gesagt, ja.

Es verdeutlicht sich ein *humorvoller* Umgang mit der Behandlungsempfehlung *Nichtrauchen*, ähnlich wie die Ärztin es in der *homogenen Gender Dyade* in der Begattellisierung der Taubheitsgefühle ihrer Patientin praktiziert. Jedoch weist das Augenverdrehen des Patienten auf eine negative Bewertung des Themas hin. Dies greift der Arzt humorvoll mit einem Lachen auf und vermutet eine ‚soziale Impfung‘ des Patienten durch sein *familiäres Umfeld*. Diese Vermutung wird vom Patienten nicht nur bestätigt, sondern die Bezeichnung ‚Quälerei‘ deutet auf einen starken sozialen Druck seitens seiner Familie. Im weiteren Verlauf bemängelt der Patient besonders das fehlende Verständnis seiner Familie für seine Probleme, nach jahrzehntelangem Rauchen sofort damit aufzuhören. Dagegen bedankt er sich für die ärztliche Anerkennung seiner Schwierigkeiten und die medizinische Klassifikation von Rauchen als ‚Sucht‘: „(*lächelnd*) *Danke, dass das mal jemand sagt*“ (Dyade 6a:52). So schreibt der Patient der *Sucht*-Diagnose eine entlastende Funktion gegen die Forderung ‚Nichtrauchen‘ zu. Im Vergleich zur älteren Patientin, die auch Probleme mit dem Nichtrauchen thematisiert und ihren Arzt explizit um Unterstützung bittet, geht der Patient verhalten auf die ärztlichen Empfehlungen Entwöhnungsmaßnahmen ein: „Muss man mal sehen“ (Dyade 6a:64).

Im ärztlichen *Umgang* mit dem Risikofaktor Rauchen zeichnen sich deutlich *Männlichkeitskonstruktionen* sowie eine weitere *Selbstoffenbarung* des Arztes in der *homogenen Gender Dyade* ab. Gleich zu Beginn offenbart der berufserfahrene Stationsarzt persönliche Erfahrungen als ehemaliger Raucher, wovon er sich gleichzeitig auch wieder abgrenzt: „Das war kein richtiges Rauchen, könnte man sagen. Das war nur stressbedingt partiell am Tag“ (Dyade 6a: 53f.). Etwas später echauffiert sich der Arzt über ständige Diskussionen über das Nichtrauchen in seinen Visiten, die auf seinen ‚*Frust*‘ hinweisen (vgl. Kap. 6.1.1.2):

Und lassen Sie sich bloß nicht diese Geschichten erzählen, ja Helmut Schmidt {Patient lacht} raucht heute noch.¹⁶⁵ Aber Helmut Schmidt ist dreifach Bypass operiert, hat den fünften Schrittmacher. [...] Er hatte einfach tierisch viel Glück, (*lachend*) *dass da nichts passiert ist*. Also das ist immer so dieses: ‚Ja mein Opa {Patient lacht leise}, der hat geraucht, der ist neunzig geworden.‘ Das sind auch die Geschichten, die man sich auch noch ANHÖREN (LAUT) muss (klatscht in die Hände) (Dyade 6a:64f.)

Die Ausführungen des Arztes beziehen sich ausschließlich auf *Raucher*. Insbesondere das langjährige Rauchen bis ins hohe Alter ist stark männlich konnotiert. Implizit offenbart der Arzt eigene Emotionen beim häufigen Anhören-müssen von ‚Mythen‘ über Raucher. Diese weisen auf ihn frustrierende Gespräche mit (non-compliant) Patient_innen hin, die seiner Behandlungsempfehlung ‚Nichtrauchen‘ widersprechen. Die ärztliche *Selbstoffenbarung* von Frustrationsgefühlen, die nur in *homogenen Gender Dyaden* zu beobachten war, steht konträr zu der klassischen Handlungsorientierung einer affektneutralen Behandlungsausrichtung (vgl. Kap. 3.2.1).

¹⁶⁵ Erst nach der Erhebung ist der für sein Rauchen bekannte Altbundeskanzler mit 96 Jahren 2015 verstorben.

Dieses Ergebnis deutet auf eine größere emotionale Offenheit von Stationsärzt_innen gegenüber Patient_innen der gleichen Geschlechtszugehörigkeit. Dass die Ärztin ihren ‚Frust‘ weniger ausführlich darstellt, bestätigt das *ausführliche* Darstellungsmuster von Ärzten (vgl. Kap. 6.1.1). Über vier Minuten erstrecken sich die sehr ausführlichen und monologartigen Ausführungen des Arztes zum Thema Nichtrauchen. Hierdurch wird eine paternalistische Arzt-Patient-Beziehung befördert, die klassischen Männlichkeitskonstruktionen in der ‚Arztrolle‘ entsprechen (vgl. Kap. 3.1.1). Die *Ausführlichkeit* ärztlicher Visitenbeiträge scheint mit der **Berufserfahrung** zu korrespondieren. Ähnlich wie der Oberarzt stellt der berufserfahrene Stationsarzt sehr ausführlich *fachmedizinische* Aspekte dar und gibt Instruktionen für die Veränderung seiner *Einstellung*, um die Behandlungsempfehlung zu befolgen (vgl. Kap. 6.1.1.2).

Zum einen rät der Stationsarzt dem jüngeren Patienten, sich nicht unter Druck setzen zu lassen und schlägt eine gelassene *Einstellung* vor: „Das bringt nichts, wenn man die ganze Zeit denkt: 'Ich muss, ich muss, ich muss', sondern das Beste ist, man findet dann irgendwann einen WEG (LAUT) für sich und sagt: 'Ich habe jetzt den Weg gefunden, mit dem Rauchen aufzuhören'.“ (Dyade 6a:59) Diese Instruktionen ähneln den Empfehlungen des Oberarztes, der auf die Bedenken der Patientin vor der Bypass-Operation ein Gefühlsmanagement rät (vgl. Kap. 6.1.1.3). Zugleich vermittelt der Stationsarzt dem jüngeren Patienten, dass die Befolgung der ärztlichen Behandlungsempfehlung ‚Nichtrauchen‘ (‚es‘) lebenswichtig für die Verhinderung eines erneuten Herzinfarktes ist (Dyade 6a:59):

[I]n Ihrem Fall muss man ja auch sagen, ist es sogar lebenswichtig (betont) vielleicht. Sie haben da gesehen, da passieren neben Ihnen [...], den habe ich reanimieren müssen. Also so kann auch mal ein Infarkt aussehen. Sie haben das Glück, dass das Gefäß zwar zugegangen ist, aber das Herz hat [...] mit keinen schweren Rhythmusstörungen, zum Beispiel mit Kammerflimmern oder Kammerflattern darauf geantwortet. Und wir wissen, dass das Nikotin einfach extrem schädlich für die Gefäßwände ist.

Der Arzt spielt auf eine gemeinsame Erfahrung wohl auf der Intensivstation an, um die potenzielle Lebensgefahr eines Herzinfarktes zu verbildlichen. Im Gegenzug bezeichnet er das Ausbleiben von derartigen Komplikationen als glücklichen Zufall. Ein *dramatisierende* Argumentation, die sich als typisch in der Vermittlung von medizinischen Behandlungsempfehlungen erweist (vgl. Kap. 6.1.2.1).

Zum anderen vermittelt der Stationsarzt *ausführliches Fachwissen* über Entwöhnungsmaßnahmen, zeigt Unterstützungsmöglichkeiten in der Reha-Klinik sowie vom Hausarzt auf und informiert über unterschiedliche Maßnahmen. Besonders ausführlich geht der Arzt auf die *psychologische* Hypnose-Behandlung ein, womit „sozusagen die positiven Dinge im Kopf gestärkt [werden], die dann sagen: ‚Rauchen sollte man nicht.‘“ (Dyade 6a:70)

Dagegen erhält die andere Patientin, die explizit nach Tipps für ihr Nichtrauchen fragt, von ihrem Stationsarzt kaum Unterstützung. Im Gegensatz zum erfahrenen Arzt gibt der jüngere Kollege wenige medizinische Informationen, zeigt keine anderweitigen (psychologischen) Unterstützungsmöglichkeiten auf, dramatisiert aber auch weniger das Rauchen. Knapp weist er die Patientin auf negative Auswirkungen des Rauchens auf die Stents hin und erklärt dann, dass es schwer sei, einen Tipp zu geben: „Man sollte gar nicht erst anfangen {Patientin lacht}, das ist

immer der beste Tipp“ (Dyade 11b:71). So scheint er auch über keine persönlichen Nichtrauchererfahrungen zu verfügen.

Derweil problematisiert die jahrzehntelange Raucherin *körperliche* Nebenwirkungen, die sie von der dauerhaften Abkehr vom Rauchen abhalten: „Ich lebe von trocken Brot und Wasser und nehme trotzdem jede Woche ein Kilo zu“ (Dyade 11b:74). Hier spiegeln sich hegemoniale Weiblichkeitskonstruktionen im Sinne eines schlanken Körperideals wider, die seit Ende des 19. Jahrhunderts vorherrschen (vgl. Gesing 2005). „Der als weiblich gedachte und gelebte Körper erscheint so als Ort, an dem mittels normativer Praxen Ideologien und Phantasien über eine angemessene Weiblichkeit umgesetzt werden“ (ebd.:206). Trotz der Selbstdisziplinierungsversuche der Patientin scheint das Nichtrauchen ihren „Körper als Darstellungsmaterial“ (Villa 2007:20) einer bestimmten Vorstellung von Weiblichkeit zu gefährden. Die Patientin vermutet *biomedizinische* Gründe, demnach der veränderte Stoffwechsel eine Gewichtszunahme befördere. Hingegen sieht der Arzt das Ernährungsverhalten als Ursache für die Gewichtszunahme. Schließlich erklärt die ältere Patientin, dass sie jetzt wieder einen Versuch machen werde (Dyade 11b:82). Demnach scheint sie die Sorge um den ‚weiblichen‘ Körper nach der Stentbehandlung der Reduktion des Risikofaktors Rauchen unterzuordnen.

6.1.2.2 Aufklärung über neue Herzmedikamente

Im Mittelpunkt der ärztlichen Behandlungsempfehlungen stehen die neuen Herzmedikamente. Tabelle 5 zeigt, wie die Aufklärung über Herzmedikamente in der Visite initiiert wird. Von sich aus sprechen Ärzt_innen die Herzmedikamente überwiegend erst am Entlassungstag an. In den gekennzeichneten Dyaden 5* und 12* werden die Patient_innen von anderen Ärzten entlassen. Hier sind die neuen ‚Herzmedikamente‘ kaum bis gar kein Thema in der Visite bzw. werden erst infolge der Einschaltung eines supervidierenden Altassistenten thematisiert. Dagegen befördern (kritische) Fragen von sechs Patient_innen reaktive Aufklärungen aber auch, dass Ärzt_innen sich von (vier) nachfragenden Patient_innen abwenden.

Tab. 5 Initiierung der ärztlichen Aufklärung über die neuen ‚Herzmedikamente‘ und Darstellungsmuster unter Berücksichtigung von Gender, Berufsjahre der Ärzt_innen und Alter der Patient_innen

Aufklärung über Herzmedikamente	Dyade	Darstellungsmuster	Ärzt_innen		Patient_innen	
			Berufsjahre	Gender	Dyade	Alter
Ärztlich initiierte Aufklärung	1	Kurze Aufklärung	Wenig	Frau	Frau	Älter
	3	Kurze Aufklärung	Wenig	Frau	Frau	Jünger
	12*	Kaum Thema	Viel	Mann	Frau	Älter
	6	Ausführliche Aufklärung			Mann	Jünger
	5*	Einschaltung Altassistent	Wenig	Mann	Mann	Älter
Reaktiver ärztlicher Umgang mit Patient_innen-Fragen & Kritik	11	Kritik → Aufklärung	Wenig	Mann	Frau	Älter
	10	Kritik → Aufklärung			Mittel	Mann
	2	Frage → Aufklärung mit Abwendung	Mittel	Frau	Frau	Hochaldrig
	8	Frage → Aufklärung mit Abwendung	Wenig	Frau	Mann	Jünger
	9	Frage → Nichteingehen mit Abwendung			Mann	Älter
	4	Kritik → Nichteingehen mit Abwendung			Mittel	Mann

* Diese Patient_innen werden von anderen Ärzten entlassen.

Ärztliche initiierte Aufklärung über Herzmedikamente

Ähnlich wie in der Abklärung akuter Beschwerden (vgl. Kap. 6.1.1) fällt die ärztlich initiierte Aufklärung über die neuen Medikamente in der Visite recht kurz aus. In der Regel klären die Stationsärzt_innen ihre Patient_innen auch erst kurz vor ihrer Entlassung über die Herzmedikamente auf und stellen hierbei die Notwendigkeit der hausärztlichen Weiterverschreibung sowie Gefahren von *Non-Compliance* heraus. Prototypisch zeigt sich dies bei der Ärztin, die ihre Patientin wenige Minuten vor ihrer Entlassung wie folgt aufklärt (Dyade 3c:4):

Das ist jetzt ganz wichtig, dass Sie sich die Rezepte zeitnah holen, weil Sie durch diesen Stent, den Sie bekommen haben, jetzt zwei Medikamente neu bekommen, die Sie in Kombination für mindestens ein Jahr nehmen müssen. Und wenn man da jetzt einen Tag aussetzt, wenn man jetzt erst übermorgen zum Hausarzt kommen kann, dann kann der Stent halt wieder zugehen.

Auch der (berufserfahrene) Stationsarzt fasst sich kurz, um seine ältere Patientin auf die Einstellung der Medikamente als Voraussetzung für ihre frühere Entlassung hinzuweisen (Dyade 11, s. Kap. 6.1.4).¹⁶⁶ Derselbe Arzt klärt indes seinen jüngeren Patienten, der auch erst am nächsten Tag entlassen wird, *ausführlich* über die neuen Herzmedikamente auf, die in der Reha-Klinik „optimiert werden“ (Dyade 6a:95). Hierbei vermittelt er dem Patienten *fachmedizinisches* Wissen über unterschiedliche Arten, Namen und Funktionen von drei ‚wichtigen‘ Herzmedikamenten, die weitere Gefäßverengungen verhindern sollen: „also speziell durch das Statin, was Sie haben. Statins sind Blutfettsenker. [...] Und die beiden Blutverdünner, die sind lebenswichtig. Also die DREI (LAUT); der Blutdrucksenker, der da noch mit drin ist, oder Betablocker“ (Dyade 6a:95ff.). Wenngleich der Arzt auch die Lebensnotwendigkeit der Einnahme der drei Herzmedikamente betont, *relativiert* er die Folgen von Non-Compliance bei einem Herzmedikament (ebd:97): „Wenn man den [Betablocker, JW] mal vergisst, ist nicht so wild, sage mich mal. Sollte man natürlich nicht machen, man soll die schon alle einnehmen. Aber die drei sind ganz wichtig.“ Hiermit wird auch die strenge Umsetzung medizinischer Leitlinien relativiert.

Die *Relativierung medizinischer Leitlinien* ist auch bei zwei anderen **Ärzten** zu beobachten und deutet auf ein ärztliches Muster in der Darstellung von Männlichkeit in der Visiteninteraktion hin. Die ärztlichen **Berufserfahrungen** sind hierbei im doppelten Sinne von Bedeutung. So relativiert ein Stationsarzt mit *wenig* Berufserfahrung die Behandlungsempfehlungen zur Einnahmedauer der Herzmedikamente. Auf die Frage der älteren Patientin, ob sie die Medikamente über zwölf Monate nehmen müsse, erklärt er (*reaktiv*): „Dann nimmt man über zwölf Monate noch (.) – In manchen Krankenhäusern sagt man ein bisschen kürzer. Hier sagt man zwölf (betont) Monate noch ‚Medikamentenname‘. Das ist ein zweiter Plättchenhemmer zusätzlich zu dem Aspirin“ (Dyade 11a:13). Indirekt stellt der Stationsarzt seine Berufserfahrung mit der medikamentösen Behandlung in anderen Krankenhäusern dar, was in keiner anderen Visite zu beobachten ist. Aufgrund der Anwesenheit eines supervidierenden Altassistenten und (drei) Medizinstudenten muss auch die Lehr- und Lernsituation dieser Visite bedacht werden (vgl. Menz

¹⁶⁶ Nachdem die Patientin einen akuten Reinfarkt erleidet, wird sie von einem anderen Stationsarzt behandelt.

1993; Kap. 3.3). Diese erfordert vom visitenführenden Stationsarzt, sein medizinisches Fachwissen auch vor dem Altassistenten vorzuführen sowie den drei Formulanten medizinische Fachkenntnisse und Gesprächsführungstechniken zu vermitteln. Insgesamt gibt es in dem Sample drei Visiten, in denen ausschließlich dieser Stationsarzt von mit einem Altassistenten begleitet wird. Insofern ist eine Kontrastierung mit vergleichbaren Fällen anderer Stationsärzt_innen nicht möglich. Doch der Stationsarzt führt auch alleine Visitengespräche, wie z.B. das Entlassungsgespräch mit einer Patientin, wo er die kritische Nachfrage der Patientin zur Einnahmedauer nicht relativiert (s.u.).

Gleiches gilt für den anderen Arzt, der über mehr als drei Jahre Berufserfahrung verfügt. *Fachmedizinisch* geht er auf die Kritikpunkte der (Privat-)Patientin ein, die Risiken einer zweiten Katheterintervention anführt. Hier verweist er auf zwei Herzmedikamente, die „die Thrombozytenaggregation hemmen, dass sich da keine Gerinnsel (betont) an den Stents bilden“ (Dyade 10a:79). Doch die Patientin bewertet dies als ein weiteres Risiko, wonach der Arzt die Aussagekraft risikoadjustierte Medizin *relativiert* (ebd.:81):

Ja, wenn man die Medikamente nimmt, ist das eine verschwindend GERINGE (LAUT) Wahrscheinlichkeit. Es kann natürlich viel passieren. Aber das ist so in der Medizin, dass eben viel mit Wahrscheinlichkeiten gerechnet wird und letztendlich davon nur sehr wenig eintritt.

Die Relativierung von medizinischen Risiken bei der Befolgung ärztlicher Behandlungsempfehlungen (*Compliance*) ist auch im Zusammenhang mit geschlechterbezogenen Mustern im ärztlichen Umgang mit den Ängsten – hier vor dem zweiten Kathetereingriff – zu sehen (vgl. Kap. 6.1.1.3). Demnach gehen (Ober-)Ärzte eher auf die *fachmedizinischen* Aspekte ein und stellen hiermit auch eine ‚affektneutrale‘ Fachkompetenz dar, was einem paternalistischen Verständnis ärztlicher Autorität entspricht (vgl. Kap. 3.2.1). Hingegen verbalisieren (Ober-)Ärztinnen eher *emotionale* Belastungen, die im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen stehen. Die Anerkennung sowie Integration emotionaler Behandlungsaspekte ins Visitengespräch steht im Einklang mit einer ‚*patient-centered medicine*‘ sowie darin implizitierten Weiblichkeitskonstruktionen, die in eine stärkere Zuschreibung emotionaler Be-/Handlungskompetenzen gegenüber Frauen eingebettet sind (vgl. Kap. 3.2.2).

Risiken und Nebenwirkungen der Herzmedikamente werden in den Visiten nur in einem Fall angedeutet. Nachdem eine Ärztin ihrer Patientin mitteilt, dass sie ihr gestern ein neues Medikament verordnet habe, fragt sie die Patientin, ob sie davon ‚jetzt nicht irgendwie Schwindel oder so was‘ erlitten habe (Dyade 2a:21). Durchgängig in allen Visitengesprächen verdeutlicht sich, dass keine ärztliche Aufklärung über ‚zu erwartende Folgen und Risiken‘ der Herzmedikamente stattfindet, wie es das ‚Patientenrechtgesetz‘ vorsieht (vgl. Kap. 3.2.2). Insofern begrenzt sich das geschlechterbezogene Muster in der ärztlichen Aufklärung auf die *Relativierung medizinischer Leitlinien*. Inwiefern dies als ein geschlechtstypisches Muster in der ärztlichen Selbstdarstellung von Männlichkeit und medizinischer Fachlichkeit in der Visiteninteraktion bezeichnet werden kann, erfordert weitergehende Untersuchungen.

Insgesamt ist für die Zeit auf der Normalstation bis kurz vor der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Mangel an ärztlichen Initiativen zu konstatieren, die Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt über die neu verordneten Herzmedikamente aufzuklären. Inwiefern die elf Patient_innen schon im vorherigen Behandlungsverlauf auf der Intensivstation über ihre Medikation aufgeklärt wurden sind, war auch kein Schwerpunkt in den Interviews und kann daher nicht beantwortet werden.

Fragen & Kritik von Patient_innen bezüglich der neuen Herzmedikamente

Dass die Mehrzahl der Patient_innen in der Visite Fragen wegen der Medikamente stellt, kann als ein Zeichen für ein großes Wissensbedürfnis der Patient_innen aber auch als Anzeichen von fehlender Aufklärung gesehen werden: *Sechs* (der elf) Patient_innen stellen von sich aus (kritische) Nachfragen bezüglich ihrer Medikation, worauf die Stationsärzt_innen unterschiedlich eingehen. Hierbei ist zu bedenken, dass in der ambulanten Praxis die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente ein ärztliches und/ oder weiteres Beratungsgespräch über Risiken und Nebenwirkungen in der Apotheke voraussetzt. Auf der peripheren Station erfolgt nur in drei Fällen und erst auf Nachfrage von Patient_innen eine (reaktive) Aufklärung über die nicht näher bezeichneten Medikamente, die sie täglich von der Pflege in der **Tablettenbox** (Dispenser) ans Bett gestellt bekommen, was folgend veranschaulicht wird.

Die drei Patient_innen sprechen die Medikamente in der Tablettenbox unterschiedlich an (Dyaden 2, 8, 11). Gleich zu Beginn der Visite gibt eine (ältere) Patientin an, dass sie eine Zwischenfrage habe. „Da ist heute eine neue Tablette dabei. Sagt Schwester 'Vorname', das hängt mit den Stents zusammen. Die muss ich wohl über längere Zeit. Nicht immer, oder?“ (Dyade 11a:6) Nach der Zustimmung des Stationsarztes bringt die Patientin ihre Erfahrungen mit einem Medikament ein und stellt weitere Nachfragen, wie z.B. nach der hausärztlichen Verschreibungspraxis oder nach der Anzahl der Medikamente in der Tablettenbox (Dyade 11a). Darüber hinaus stellt sie im Entlassungsgespräch umfangreiches Fachwissen über die Dosierung und Wechselwirkung von Medikamenten dar, welches sie sich nicht nur im Verlauf der Behandlung anderer **chronischer Erkrankungen** angeeignet hat. Außerdem hinterfragt sie ein Medikament und begründet ihr Zweifeln mit einem kritischen Medienbericht, was nachfolgend aufgegriffen wird.

Die zweite Patientin ist über 75 Jahre alt (Dyade 2). Auf ihre Frage nach dem neu verordneten Herzmedikament wird sie von der Stationsärztin *reaktiv* über die durchblutungsfördernde Funktion des Medikaments aufgeklärt. Anstelle nun die ärztliche Frage nach einem möglichen ‚Schwindel‘ zu beantworten, berichtet die Patientin über den Pfleger, der eine Tablette aus der Box wieder herausgenommen habe. „Was für eine, weiß (betont) ich nicht“ (Dyade 2a:25). Ob die Patientin auch den Pfleger gefragt hat, ist unklar. Die Vermutung der Ärztin, dass es sich hierbei wohl auf ein ihr bekanntes Medikament zur Behandlung ihres Diabetes handeln müsste, nimmt die Patientin an und äußert keine weiteren Fragen mehr. Erst in der Folgevisite fragt die Patientin den Oberarzt mit Blick zur Tablettenbox, ob sie diese ganzen Tabletten jetzt alle neh-

men müsse. Danach berichtet sie über weitere **chronische Erkrankungen**, an denen sie erst im letzten Jahr erkrankt sei (Dyade 2b:41f.).

Die *Anzahl* der neuen Herzmedikamente wird ausschließlich von den beiden (älteren) Patientinnen kritisch hinterfragt. Hierbei offenbaren sie Erfahrungen mit der Einnahme von Medikamenten, die mit anderen **chronischen Erkrankungen** zusammenhängen, die häufiger im höheren **Lebensalter** auftreten. Hingegen fallen die Fragen des (jüngeren) Patienten bezüglich der Medikamente in der Tablettenbox weniger kritisch aus. Auch merkt dieser Patient am Ende der Visite gegenüber seiner Ärztin an, noch eine Frage zu haben und fragt dann: „Was nehme ich eigentlich für Tabletten? Morgens drei, abends eine?“ (Dyade 8b:74) Als die Ärztin ein Medikament nachschlägt, *wendet* sich der Patient auch *an* die anwesende Pflegerin, um nach der Tablette am Abend zu fragen. Demnach schreibt der Patient der Pflegerin medizinische Kompetenzen zu, seine Frage beantworten zu können. Wenngleich die medizinische Aufklärung über die Medikamente in den ärztlichen Zuständigkeitsbereich fällt, zeigt sich, dass auch Pflegekräfte nach den Tabletten im Dispenser angesprochen werden. Allerdings scheinen beide Patientinnen das Visitengespräch eher zu nutzen, um die Handlungen von Pflegekräften in Bezug auf ihre Medikation zu überprüfen. Hierdurch wird die ärztliche Zuständigkeit bestärkt.

Hinweise auf geschlechterbezogene Muster zeigen sich auch in der Art und Weise, wie sich die Patient_innen mit ihren Fragen einbringen. Demnach äußern (drei) Patienten gegenüber Ärzt_innen eher eigene *Vermutungen* über die Medikamente. Dies könnte ein Hinweis auf fehlendes Wissen und fehlende Erfahrungen mit Medikamenten sein. Prototypisch stellt sich dies in der Frage des älteren Patienten dar. Im Hinblick auf die anstehende Entlassung weist der Stationsarzt den Patient darauf hin, dass die Heparin-Spritzenpumpe auf ‚Bauchspritzen‘ umgestellt wird, die der Patient mit nach Hause bekommt. Danach vermutet der Patient: „Also ich habe Keine Ahnung, aber ist das Marcumar® oder geht es in die Richtung?“ (Dyade 5a:39) Dagegen formuliert ein anderer (älterer) Patient die Vermutung, dass sein erhöhter Blutdruck die Nebenwirkung eines Medikaments für seine chronische Erkrankung sein könnte: „Das kann aber auch dann schon wieder an diesem (.) (greift nach Tropfen auf dem Nachttisch) Zeugs liegen hier“ (Dyade 9b:106). Die Formulierung als *Vermutung* könnte ein rethorisches Muster sein, das eher von Männern genutzt wird, um sich mit Halbwissen – im Gegensatz zum Erfahrungswissen – in die Visite einzubringen.

Denn die (zwei) Patientinnen üben mit ihren Fragen stärker *Kritik*, indem sie kritische Wissensbestände anhand von Medienberichten anführen. Die konnte bereits bei der (Privat-)Patientin aufgezeigt werden (vgl. Kap. 6.1.2.2), die gegen die Empfehlung einer zweiten Katheterisierung auf einen kritischen Zeitschriftenartikel verweist: „Aber es gibt ja auch, wie ich gelesen habe, sehr große Risiken (betont). Nach dreißig Tagen wird sich ja erst rausstellen, ob das überhaupt alles geklappt hat“ (Dyade 10a:53). Außerdem thematisiert sie mehrere Behandlungsalternativen, wie z.B. Medikamente (ebd.:47). Die andere (ältere) Patientin führt im Entlassungsgespräch mit dem Stationsarzt einen Fernsehbericht an, demnach das Herzmedikament „nicht so gut sein soll (lacht). Dann zweifelt man wieder (lacht)“ (Dyade 11b:13). Die Fragen der beiden Patientinnen deuten auf eine kritische Auseinandersetzung mit Risiken und Neben-

wirkungen der Akutbehandlung ihres ersten Herz-infarktes *in* der Visite. Zugleich suchen beide Patientinnen damit auch nach ärztlichem Rat, da sie ihre Zweifel und Bedenken bezüglich ärztlicher Behandlungsempfehlungen direkt in der Visite ansprechen. Somit nutzen sie das Gespräch, um medizinische Fragen und damit verbundene Sorgen und Bedenken zu klären. Die emotionale Komponente fehlt in den Vermutungsformulierungen der (obigen) Patienten.

Hiervon heben sich die *kritischen Vermutungen & Fragen* eines Patienten bezüglich der Probleme mit der Einstellung eines Herzmedikaments ab. Während in der ersten Woche gar nicht über die Herzmedikamente gesprochen wird (Dyade 7), deutet ein (neuer) Arzt in der zweiten Woche grob Probleme mit der Einstellung eines Herzmedikaments. So habe es bisher mit dem Marcumar® ‚noch nicht geklappt‘. Danach fragt der Patient: ‚Was soll denn damit klappen?‘ (Dyade 4b:94) und fordert somit medizinische Aufklärung ein. Als der Arzt die gleiche Problematik in der Folgevisite thematisiert, fällt die Nachfrage des Patienten LAUT und kritischer aus: ‚WARUM SOLL DAS DENN NICHT? WIE VIEL TAGE BRAUCHT MAN DENN DAZU? (kritischer Tonfall) Das hätte man schon vor drei, vier Tagen machen können‘ (Dyade 4c: 14ff.). Diese sowie weitere Kritikpunkte des Patienten beziehen sich vor allem auf die zeitliche Verzögerung seiner Entlassung (s. Kap. 6.1.4.1), die aber auch im Zusammenhang mit dem *Nichteingehen* auf die Fragen des Patienten stehen.

Ärztliches Nicht-/Eingehen auf (kritische) Nachfragen von Patient_innen

Die fallkontrastierende Analyse offenbart Differenzen im ärztlichen Umgang mit den (kritischen) Nachfragen ihrer Patient_innen. Es bestehen unterschiedliche Grade, wie *restriktiv* die Einhaltung der Behandlungsempfehlungen in Anbetracht der Kritik ärztlicherseits eingefordert wird. Neben **Patient Gender & Age** scheint auch der **Versicherungsstatus** der Patient_innen relevant zu sein, wie *Ärzt_innen* auf die Kritik in der Visite eingehen. So werden die Kritikpunkte der *Privatpatientin* sehr *ausführlich* verhandelt. Beispielsweise umfasst die erste Visite 16.30 Minuten (Dyade 10a), in denen der Stationsarzt über acht Minuten auf diverse Fragen und Bedenken der Patientin eingeht, insbesondere bezüglich der Empfehlung einer zweiten Katheterisierung (vgl. Kap. 6.1.1.3). Hierbei klärt der Arzt *ausführlich* über *fachmedizinische* Aspekte auf, die für die zweite Katheterintervention sprechen, wie auch über die Herzmedikamente auf: ‚Also das ist ohne Flachs; diese Tabletten sind wirklich notwendig (betont). Ohne die kann sich der Stent wieder zusetzen. Da kann es tatsächlich dann den nächsten Herzinfarkt geben‘ (Dyade 10a:54). Der Arzt betont nicht nur die Risiken von Non-Compliance, sondern auch implizit den besonderen Wahrheitsgehalt seiner Aussage.

Dramatischer stellt ein Stationsarzt mit wenig Berufserfahrung die Risiken dar. Im Gegensatz zur Privatstation begrenzt sich sein Umgang mit der kritischen Nachfrage der Patientin auf der *Normalstation* auf wenige Sätze. Auf die Kritik der Patientin, dass das Herzmedikament laut eines Fernsehbeitrags nicht so gut sein solle, geht der Arzt wie folgt ein:

Unabhängig von jedem Fernsehbericht, den Sie zukünftig sehen, sind das was wir hier schreiben: ‚Medikament‘ ein Jahr. Das ist ganz wichtig. Wenn man die nicht (betont) nimmt, kann der zugehen und dann fällt man tot um. Muss man ganz ehrlich sagen, wie es ist, das passiert. Das muss man ganz ehrlich den Patienten sagen. Diese beiden Medikamente müssen Sie immer nehmen, egal wer was anderes sagt (Dyade 11b:14-18).

Fachlich geht der Stationsarzt nicht auf die Kritik der Patientin ein, sondern unterbindet kategorisch jegliche Diskussion. Auch fällt die Begründung für die Befolgung der ärztlichen Medikamentenanordnung *dramatischer* aus, indem er tödliche Risiken bei Nichtbefolgung prognostiziert. Eine Relativierung der Einnahmedauer, wie es derselbe Arzt (!) dem Patienten in der Lehrvisite vermittelt (s.o. Dyade 5), findet auch nicht statt. Dies spricht für eine *strengere* Auslegung medizinischer Leitlinien bei Patient_innen, die kritische Nachfragen stellen.

Die reaktiven Aufklärungen der Ärzt_innen auf die Nachfragen der drei Patient_innen zur **Tablettenbox** weisen auf *ärztliche Wissenslücken* über die von den Pflegekräften gestellten Medikamente in dem Dispenser hin. Ihre Unwissenheit stellen die (drei) Stationsärzt_innen in der Visite unterschiedlich dar, die auf geschlechterbezogene Muster im ärztlichen Umgang mit Unwissenheit deuten. Danach werden Muster in Visitengruppen aufgezeigt, die die Kompetenz von Ärzt_innen mit wenig Berufserfahrung in Abhängigkeit von **Physician Gender** unterschiedlich tangieren.

Der wenig berufserfahrene Stationsarzt umgeht in der Lehr-/Visitengruppe seine Unwissenheit über die sechste Tablette in der Box auszusprechen. Ungeachtet der vorliegenden Akte und der Anwesenheit eines erfahrenen Altassistenten verweist er wiederholt auf eine spätere Klärung außerhalb der Visite und äußert eine Vermutung über das Medikament: „Muss ich noch mal schauen. War wahrscheinlich noch ein Magenschutz noch dazu. [...] Schau ich gleich noch mal nach“ (Dyade 11a:21-23). Auch der anwesende Altassistent greift nicht ins Visiten Gespräch ein, um die Frage der Patientin nach ihrer Medikation zu klären. Doch schaltet er sich in einer anderen Visite desselben Stationsarztes zweimal ein, um die medikamentöse Behandlung des Patienten zu thematisieren: *Erstens* mit der Frage „Ist das Heparin?“ (Dyade 5a:37). Nachdem der Stationsarzt den Patienten kurz über die Schutzfunktion von Heparin vor einer Thrombose in den Beinen aufklärt und die Vergabe von Marcumcar® negiert, schaltet sich der Altassistent ein *zweites* Mal ein. So geht er auf die Vermutung (Marcumar®) des Patienten ein und erklärt: „Das macht so was Ähnliches (betont), aber nur im Moment (*höhere Stimme*) *jetzt für ein paar Tage* (betont)“ (ebd.:44). Im Vergleich zu der fachlichen Aufklärung des Stationsarztes weisen die stark *vereinfachende* Aufklärung des Altassistenten und das Anheben seiner Stimme auf eine *Infantilisierung* des Patienten hin.

Unklar ist, inwiefern diese Divergenzen in der Einschaltung des Altassistenten als ein Muster zu deuten ist, welches eine geringere Aufklärung von Patientinnen über ihre Herzmedikamente in der Stationsvisite befördert. Da nur dieser Stationsarzt in zwei Dyaden von einem erfahrenen Altassistenten begleitet wird und in ober- sowie chefärztlichen Visiten die vorgesetzten Ärzt_innen das Visiten Gespräch führen (s.a. Kranz/Erdmenger 2013), sind die Vergleichsmöglichkeiten sehr begrenzt. Insofern sind weitere Untersuchungen erforderlich, um das Intervenieren von Altassistent_innen genauer untersuchen und etwaige Behandlungsdisparitäten aufzeigen zu können.

Die beiden Ärztinnen stellen ihre Unwissenheit dagegen *offen* in der Visite dar und *wenden* sich von ihren Patient_innen *ab*. So spricht die eine Ärztin (ohne Visitengruppe) offen ihr Unwissen über die eine entnommene Tablette an (Dyade 2a:27):

Das (*hohe Stimme*) weiß ich auch nicht, was er Ihnen da geklaut hat. Vielleicht hat es sich da irgendwo vertan mit dem Stellen (*betont*). Ich habe auf jeden Fall nichts verändert seit gestern Abend. AH (LAUT), ich kann es mir denken, was es war (blättert in Kurve). Es war das 'Produktname'. Das sollen Sie noch nicht kriegen. Das sollen Sie erst ab morgen kriegen.

Danach klärt die Ärztin (mit mittlerer Berufserfahrung) die Patientin kurz über die Veränderung der medikamentösen Behandlung ihrer Diabeteserkrankung auf, die aufgrund des Kontrastmittels (in der Katheterintervention) zuerst Insulinspritzen erfordere. Die auffällige *Anhebung der Stimme* geht auch bei dieser Ärztin häufig mit *vereinfachenden* Formulierungen (,geklaut‘) einher, die auf eine *Infantilisierung* deuten, wie es besonders bei Patient_innen im höheren **Lebensalter** über 70 Jahren aufgezeigt werden konnte (s.o. Dyade 4, 5, 9, 11). Im Gegensatz zum klassischen Muster der *doppelten Abwendung* in (Chefarzt-)Visiten (Kranz/Erdmenger 2013) stellt ihr Abwendung von der Patientin zur Akte eine *Zuwendung* dar, um ihre Frage zu klären.

Ähnlich explizit stellt die andere Ärztin (mit wenig Berufserfahrung) ihre Unwissenheit über die Funktion eines in der Akte eingetragenen Medikaments dar (Dyade 8). Danach wendet sie sich an die examinierte Pflegerin und löst damit das Zweiergespräch mit dem jüngeren Patienten auf. Die Pflegerin weist die Frage nach dem Herzmedikament erst zurück, wohingegen sich die angehende Ärztin im Praktischen Jahr (PJlerin) sich aktiv ins Visitengespräch *einschaltet* (Dyade 8b:79-83):

Ärztin	Und ‚Produktname‘? Ah jetzt (dreht sich zur Pflegerin). Was ist noch mal ‚Produktname‘? {Ein Satan? Ich, ich, ‚Produktname‘ ist irgendwie ein Satan ne?}
Pflegerin	{Also weißt Du. Ich glaube auch ein Satan, ja irgendwie so was.}
Ärztin	Ich gucke nochmal nach (holt ein elektronisches Hilfsmittel aus der Kitteltasche).
PJlerin	Ich habe auch schon (schlägt in einem Taschenbuch nach). (4 Sekunden Pause)

Die erste Reaktion der Pflegerin auf die Frage der Ärztin (*Also weißt Du*) deutet darauf hin, dass es um eine abweichende Darstellung der Ärztin von herkömmlichen Mustern handelt, wie ärztlicherseits mit dem Fehlen von medizinischem Fachwissen in der Visite umgegangen wird. Gleich danach stimmt sie jedoch der Vermutung der Ärztin zu. Weiterhin ist auffallend, dass die Ärztin in der Visite das Medikament nachschlägt, um die Frage des Patienten zu beantworten. Außerdem *schaltet* sich die PJlerin aktiv ins Gespräch *ein* und sucht gleichgerichtet in einem Taschenbuch nach dem Medikament. In keiner anderen Visite ist das sofortige Nachschlagen von medizinischem Fachwissen zu beobachten, sondern bei Wissenslücken wird auf eine Klärung nach der Visite verwiesen oder Vermutungen über die Medikamente geäußert. So ist dieser ‚offene‘ Umgang der Ärztin mit ihrer Wissenslücke als sehr untypisch zu werten, die sich zur Klärung der Frage des Patienten auch an die Pflegerin wendet. Da jedoch auch die angehende Ärztin (Plerin) ähnlich *routiniert* zum Taschenbuch greift und die Stationsärztin noch über sehr wenig **Berufserfahrung** verfügt, stellt sich die Frage, inwiefern es sich um ein Umgangsmuster von (angehenden) Ärztinnen handeln könnte, die am Anfang stehen, eigenständig eine Visite zu führen.

Indessen wiederholten sich im weiteren Verlauf *Kompetenzbeschneidungen seitens der Visiten-gruppe* gegenüber Berufsanfängerin. Zuerst nennt die PJlerin einen fachmedizinischen Ausdruck für den gesuchten Arzneistoff, was die Ärztin weiter ausführt: „Eplerenon, das ist ein Aldosteron-Antagonist“ (Dyade 8b:91). Auf die Nachfrage des Patienten, was das sei, *schaltet* sich wieder die PJlerin *ein*, um der visitenführenden Stationsärztin eine Handlungsanweisung für die Beantwortung der Frage zu erteilen: „(lächelnd) *Musst Du übersetzen vielleicht (lacht)*“ (ebd.:94). Auch nachdem die Ärztin lächelt und den Patienten in verständiger Sprache über die Funktion des Medikaments aufklärt, *schaltet* sich die PJlerin wiederholt *ein*, und zwar mit der Ergänzung: ‚Standardtherapie‘. Hier scheint sich das hierarchische Gefälle und Lehrsituation der Visite umzukehren, demnach die PJlerin der Stationsärztin die Visitenführung lehrt, was der Altassistent dem Stationsarzt eher indirekt vermittelt.

Ähnliches ist in den anderen beiden Fällen mit der gleichen Ärztin zu beobachten. Auch hier zeigen sich *Einschaltungen seitens der Visiten-gruppe* wiederholt in das Gespräch mit zwei Patienten ein. So klären die Pflegerin und vor allem die PJlerin den gleichen Patienten kurz vorher über den Zeitraum der Krankenschreibung durch das Krankenhaus auf (Dyade 8b). In der anderen Dyade (9) gibt eine andere Pflegerin der gleichen Ärztin Anweisungen für die medikamentöse Behandlung des älteren Patienten: „Vielleicht sollten wir heute (betont) noch mal gucken auch und dann reagierst du morgen (betont)“ (Dyade 9b:54). Zwar zeigte Sander (2012) bereits interprofessionelle Machtkämpfe zwischen Pflegern und angehenden Stationsärzt_innen auf: „Insbesondere während der Einarbeitungsphase, in der die Ärztinnen und Ärzte auf das Erfahrungswissen der Pflege angewiesen sind und zugleich ihrer ärztlichen Weisungspflicht nachkommen müssen, kommt es zu paradoxen Situationen und Konflikten“ (ebd.:133). Diese (ärztlicherseits geschilderten) Konflikte werden Pflegern zugeschrieben, die aus einem ‚männlich-medizingleichen‘ Professionsverständnis sich nicht den ärztlichen Anweisungen unterordnen wollen (vgl. Kap. 2.3.2). Dagegen werden Ärztinnen als untergeordnet wahrgenommen, die sich mehr durchsetzen müssen als ihre Kollegen, was einer ‚Verschwesterung‘ zwischen Pflegerinnen und Ärztinnen entgegenstehe (Sander 2012:132). In dieser Untersuchung zeigen sich jedoch auch innerprofessionelle ‚Machtkämpfe‘ zwischen (angehenden) Ärztinnen, die sie in den Stationsvisiten auch vor den Patient_innen austragen. So werfen die Einschaltungen der Pflegerinnen sowie der PJlerin in die Visiten-gespräche der noch unerfahrenen Ärztin neue Fragen nach der Kompetenzbeschneidung von Ärztinnen in der (Frauen-)Visiten-gruppe auf.

Die ‚asymmetrischen Verbalmuster‘ (Siegrist 1979) *Nichteingehen* und *Abwenden* finden sich im ärztlichen Umgang mit den (kritischen) Nachfragen bzw. Vermutungen von zwei Patienten wieder (Dyade 4 und 9). In dem einen Fall versucht ein älterer Patient seine Vermutung bezüglich des erhöhten Blutdrucks einzubringen. Unvermittelt *wendet* sich die behandelnde Ärztin von dem Patienten *ab* und der Pflegerin zu und fragt: „Und mit dem Druck?“ (Dyade 9b:43) Es folgt eine *doppelte Abwendung* (Kranz/Erdmenger 2013), demnach *in* der Visiten-gruppe *über* den anwesenden Patienten als ‚er‘ gesprochen wird. Die *Einbringungsversuche* des Patienten

bezüglich des Blutdrucks (,der‘) finden keine Beachtung, sondern werden von der Pflegerin {überlagert} (ebd.:47-51):

Pflegerin	(zur Ärztin)	Druck (liest mit der Ärztin in der Kurve).
Patient	(zur Ärztin)	Das kann auch sein, dass der nun {natürlich auch}
Pflegerin	(zur Ärztin)	{Ja machen wir} besser morgen auch mal in der Vene. {Ärztin: Jaja} Was kriegt er denn da? ‚Herz- medikament‘ kriegt er morgens eine, ‚Herzmedikament‘ kriegt er morgens ...

Dass die Ärztin über wenig Erfahrungswissen in der medikamentösen Behandlung verfügt, vermitteln die Ausführungen der Pflegerin und die *Umkehrung* der Planung der medikamentösen Behandlung. Die Pflegerin teilt ihre fachliche Einschätzung und Behandlungsempfehlungen der Ärztin mit, dem die Ärztin zustimmt. Aber (auch) zum Schluss der Visite ist es die Ärztin, die *nicht* auf den zweiten Einbringungsversuch des Patienten *eingeht*, der seine Tropfen als Ursache für seinen erhöhten Blutdruck vermutet. Danach folgt eine längere *Pause* (...), die Ärztin beendet das Thema und wendet sich der Entlassung zu: „(...) Gut. (..) Dann würden Sie ja so am Freitag wahrscheinlich nach Hause gehen“ (Dyade 9b:107).

Die Kombination der Verbmuster: *Abwenden*, *Pausieren* und *Nichteingehen* treten verstärkt in den Visitingesprächen mit dem hochaltrigen Patienten auf. Zusammen mit weiteren Problemen und Unstimmigkeiten in der medikamentösen Behandlung sowie in der Reha- und Entlassungsplanung befördert diese Umgangsweise starke Unzufriedenheit auf der Seite des Patienten. Erinnerung sei, dass gleicher Patient in seiner ersten Woche auf der Normalstation von einer berufserfahrenen Ärztin behandelt wurde und die Herzmedikamente kein Thema waren (Dyade 7). In der zweiten Woche steht in den Visiten mit dem Stationsarzt die Dialyse-Behandlung im Vordergrund, auf die der Patient infolge der Katheterintervention angewiesen ist (Dyade 4). Drei Aspekte fallen in dem ärztlichen Umgang mit dem geriatrischen Patienten auf, die auf *Probleme* und *Unstimmigkeiten* in der medikamentösen/medizinischen Behandlung des Patienten hinweisen:

Erstens sind beide Ärzt_innen nicht über die Medikation des Patienten informiert, so dass sie den Patienten beispielsweise fragen: „Wissen Sie denn, wie viel Marcumar® (betont) Sie nehmen? [...] Normalerweise, wenn Sie zuhause sind?“ (Dyade 4b:71-73)¹⁶⁷ Hiermit integrieren sie zwar den Patienten in das Visitingespräch, wenngleich die Ärztin die Antworten des Patienten mit Nachfragen abbricht und der Arzt sich eher *abwendet*; so auch nachdem der Patient erklärt, dass er ‚das‘ (Marcumar®) zuvor noch nicht genommen habe. Daraufhin folgt eine *doppelte Abwendung* (Kranz/Erdmenger 2013) des Arztes, indem er sich an die Pflegerin wendet und mit ihr *über* den Patienten (,er‘) spricht. **Zweitens** gibt es hierbei Hinweise auf *Unstimmigkeiten* in der medizinischen Behandlung zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal,

¹⁶⁷ So erkundigt sich die Ärztin ausführlich beim Patienten, ob er „ZUCKERKRANK (laut)“ (Dyade 7b:26) ist, wieviel er von welchem Medikament einnimmt und: „WER (laut) könnte das wissen?“ (ebd.:36), wie das vom Patienten genannte Mischinsulin heißt.

z.B. als der Arzt nach der fehlenden Spritzenpumpe für die intravenöse Blutverdünnungstherapie fragt (Dyade 4b:82-87):

Arzt	Heparin- Perfusor® hatte er nicht {bekommen, habt ihr abgesetzt?}
Pflegerin	{Der steht noch. Der ist hier.}
Arzt	Okay, aber den braucht er aber noch, ne?
Pflegerin	JA (LAUT).
Arzt	Jaja (beschäftigt mit der Blutabnahme).

Ähnlich wie die Ärztin, die das Ziehen von Zugängen für die Dialyse beklagt,¹⁶⁸ stellt der Arzt in der Visite Mängel in der Befolgung der angeordneten Maßnahmen zur Blutverdünnung fest. Gegenüber der anwesenden Pflegerin wird dies von ihm nicht weiter problematisiert, sondern er *wendet* sich schweigend der Blutabnahme zu. Kurz darauf erklärt die Pflegerin, dass sie den Patienten gleich im Bad anschließen werde. Wenngleich die interprofessionelle Kommunikation nicht zum Schwerpunkt dieser Untersuchung zählt, gilt es dieser unter **Gender-Gesichtspunkten** sowie Divergenzen in den **Berufserfahrungen** zwischen examinierten Pflegekräften und den Stationsärzt_innen in Weiterbildung, die zudem im Rotationsverfahren auf unterschiedlichen Stationen arbeiten und sich stationsspezifischen Regelungen einfinden müssen, mehr Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Hibbeler 2011; s.a. Sander 2012).

Drittens fällt der LAUTE Tonfall auf, den beide Ärzt_innen nur an bestimmten Stellen anschlagen, während sie ansonsten in ‚normaler‘ Zimmerlautstärke mit dem Patienten sprechen. Dies spricht gegen die Zuschreibung einer Hörbeeinträchtigung. Wesentlich ist, in welchem inhaltlichen Kontext Ärzt_innen ihre Stimme erheben, wie z.B. als der Stationsarzt den Patienten über die medikamentöse Behandlung informiert. Während der Arzt bei dem Patienten Blut abnimmt und sich beide Personen somit sehr nah sind, erklärt der Arzt mit plötzlich LAUTER Stimme: „WIR MÜSSEN DAS LEIDER NOCH MIT DEM (..) MARCUMAR® hinbekommen, Herr 'Nachname' [...] Das hat jetzt leider noch nicht GEKLAPPT“ (Dyade 4b:91-93). Der plötzliche Anstieg der *Lautstärke* ist auch bei anderen Stationsärzt_innen (s.u. Dyade 2 und 11) sowie einer Pflegerin (Dyade 9) gegenüber Patient_innen zu beobachten, denen ihr höheres **Alter** über 70 Jahre gemein ist.

Demgegenüber fordert der hochaltrige Patient *aktiv* weitere Aufklärung über das Herzmedikament ein und fragt: „Was soll denn damit klappen?“ (Dyade 4b:94) Die ärztliche Aufklärung fällt stark *vereinfachend* aus: „Ja Sie sind ja jetzt noch an diesem GERÄT (.) dran“ (Dyade 4b:95). Auch auf den anschließenden Einwand des Patienten, dass er schon Herztabletten bekomme, *geht* der Arzt (wieder) *nicht* fachlich *ein* und erklärt, dass sie schon seit einer ‚ganzen Zeit‘ Probleme mit der Dosierung des Medikaments haben (Dyade 4b:100-104):

¹⁶⁸ In der ersten Visite auf der Normalstation sucht die Ärztin gemeinsam mit dem Patienten nach einem Port für die Dialyse und fragt, wer diese gezogen hätte. Jedoch ist keine Pflegekraft anwesend (Dyade 7a).

Arzt	Deswegen müssen Sie heute <u>noch</u> (<u>betont</u>) mehr Marcumar® bekommen und dann können Sie auch erst von dem (.) (öffnet Druckmanschette am Arm des Patienten) GERÄT AB (LAUT). Aber jetzt halt klappt das leider noch nicht.
Patient	Nee nee.
Arzt	Das kann ich Ihnen leider nicht versprechen (legt ein Pflaster an der Hand des Patienten an), dass es morgen auch klappt. (6 Sekunden Pause) Gut, dann wars' das.

Die Art und Weise, wie der Arzt über die Probleme mit der Umstellung der intervenösen Blutverdünnungstherapie auf die orale Tablettenvergabe aufklärt, entspricht einem sehr *vereinfachenden* fast *kindgerechten* Niveau. Dies wird von dem Patientwn nach wiederholten Nachfragen nicht mehr hinterfragt. Zusammen mit der Lautstärke deutet die *infantilisierende* Aufklärung auf die Zuschreibung einer geringen Gesundheitskompetenz oder *low health literacy* (WHO 2013; vgl. Kap. 3.2.2), demnach der hochaltrige Patient eine fachmedizinische Aufklärung nicht verstehen könne. Die darin eingebettete *Infantilisierung* von Patient_innen im höheren Alter wurde bisher Pflegekräften zugeschrieben (vgl. Kap. 3.2.1).

Die fehlende Aufklärung über die Probleme und Bedeutung der Herzmedikamente auch für die Entlassung befördert *Missverständnisse*, starke Unzufriedenheit und weitere Kritik des Patienten. So kommt es in der Folgevisite zu einer Zuspitzung der Ereignisse. Als der Arzt am nächsten Morgen die gleichen Probleme wie zuvor schildert, äußert der Patient starke Kritik und fordert seine Entlassungspapiere. In der Visite offenbaren sich **Fehldeutungen** von beiden Seiten: Der Patient geht davon aus, dass seine Entlassung (nur) mit der Dialysebehandlung zusammenhängt und: „dass bei mir die [Nieren-]Werte nicht schlechter werden“ (Dyade 4c:10). Daraufhin klärt der Arzt über die Voraussetzung ‚Herzmedikament‘ auf: „Das war die eine (betont) Voraussetzung (bereitet Blutabnahme vor). Die andere Voraussetzung ist, dass das mit dem MARCUMAR® (LAUT) klappt“ (ebd.:11f.). Wie in der Visite zuvor geht der Arzt auf die Fragen des Patienten stark *vereinfachend* und *lautstark* ein und *wendet* sich der Blutabnahme *zu* (ebd.:17). Auch weist er den Patienten wieder darauf hin, dass er ihm nicht versprechen könne, dass er heute entlassen werde. Auch die folgende Entlassungsforderung des Patienten geht der Arzt wie folgt (nicht) ein (Dyade 4c:20-22):

Patient	Nee. (...) Dann vergessen Sie das und machen mir nur meine Entlassungspapiere. (4 Sekunden) Und im Bericht steht drin, wie ich das Marcumar® weiternehmen soll.
Arzt	Ja, das (..) Aber im Moment haben Sie {den SCHUTZ (LAUT) nicht.}
Patient	{Denn ich habe,} ich habe einen Nephrologen [...]

Die **markierten** Redepausen heben das *ärztliche Nichteingehen* auf den Patienten hervor, auch nachdem dieser seine Entlassung fordert (*s.a. Kap. 6.1.4.1*). Ansatzweise findet eine Aufklärung über den Nutzen des Herzmedikaments und mögliche Risiken bei sofortiger Entlassung statt. So heißt es: „Ohne diese Kiste dürfen Sie nicht LOS“ (Dyade 4c:30f.) Der Arzt geht auch nicht auf den wiederholten Vorwurf des Patienten ein, dass: „wenn Sie das Marcumar® GLEICH (LAUT) genommen hätten bei mir, dann wäre das nicht so schlimm gewesen alles“

(Dyade 4c:35). Stattdessen *wendet* sich er sich wieder der Blutabnahme *zu*: Ich muss Sie jetzt mal piksen. **(5 Sekunden Pause)**“ (ebd.:36).

Zusammenfassend findet die These keine Bestätigung, dass das ärztliche Vorenthalten von Informationen in der Visite unangenehme Reaktionen verhindere (vgl. Menz 1993, Kap. 3.2.3). Vielmehr verdeutlichen die kritischen Nachfragen des über 75 Jahre alten Patienten bezüglich seiner medikamentösen Behandlung ein fachmedizinisches *Aufklärungsbedürfnis*. Dies wird dem Patienten auch nach kritischen Nachfragen kaum vom Stationsarzt vermittelt. Stattdessen wiederholen sich auf der Seite des behandelnden Arztes klassisch paternalistische Verbalmuster im Sinne eines *Nichteingehens* durch Pausieren oder Abwenden vom Thema und Patienten; entweder zur Blutabnahme oder Pflegerin. Ein Mangel an Zeit liegt hier nicht vor, sondern gerade in ersten Visiten ist zu beobachten, dass Arzt und Patient über mehrere Minuten stillschweigend die Blutabnahme beobachten, anstelle über ‚wichtige‘ Themen zu sprechen. Inwiefern das Nichteingehen als ein alters- und geschlechterbezogenes Muster des Ausschlusses von hochaltrigen Patienten aus dem Visitengespräch fungiert, ist auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung untersuchungsrelevant (s. Kap. 7) Derweil deutet das Einfordern der Entlassungspapiere auf gewisse **Vorerfahrungen**. So gibt der Patient dem Arzt Anweisungen bezüglich der Angaben im Entlassungsbrief über das Herzmedikament. Außerdem übergeht der Patient den (verzögerten) Einwand des Arztes bezüglich eines fehlenden Schutzes, indem er auf seine fachärztliche Unterstützung verweist (s. Kap. 6.1.4).

6.1.3 Planung von Reha-Maßnahmen nach dem Krankenhaus

Den medizinischen Leitlinien folgend ist gerade nach dem ersten Herzinfarkt eine rehabilitative Behandlung im Anschluss an das Krankenhaus indiziert. In Abhängigkeit von der körperlichen Fähigkeit der Patient_innen ist eine Anschlussheilbehandlung (AHB) oder eine rehabilitative Versorgung in einer geriatrischen Klinik zu empfehlen. Diese können stationär und ambulant durchgeführt werden (vgl. Kap. 3.1.1). Knapp die Hälfte der Patient_innen weicht jedoch von dem idealtypischen Behandlungsverlauf mit Übergang eine Reha ab (Tab.6):

Tab. 6 Rehabilitative Versorgung der 11 Patient_innen nach Gender, Alter und körperlicher Reha-Fähigkeit

Dyade	Patient_innen			Organisation rehabilitativer Maßnahmen vom Krankenhaus
	Gender	Alter	Reha-Fähigkeit	
2	Frau	Hochaldrig	AHB	Kein Thema
11	Frau	Älter	AHB	Kein Thema
1	Frau	Älter	Geriatrie	Keine Reha (nach Ablehnung der Patientin)
12	Frau	Älter	Geriatrie	Ungeklärt (nach Reinfarkt Geriatrie <i>ambulant</i>)
4	Mann	Hochaldrig	Geriatrie	Keine Reha (trotz Wunsch des Patienten)
7				
3	Frau	Jünger	AHB	AHB (<i>ambulant</i>)
10	Frau	Älter	AHB	AHB (stationär)
5	Mann	Älter	AHB	AHB (stationär)
6	Mann	Jünger	AHB	AHB (stationär)
8	Mann	Jünger	AHB	AHB (stationär)
9	Mann	Älter	AHB	AHB (stationär)

Für die ersten fünf Patient_innen in der Tabelle (6) werden nach ihrem ersten Herzinfarkt keine Reha-Maßnahmen vom Krankenhaus organisiert. Hierunter sind mehrheitlich (vier) Frauen vertreten: Bei den ersten beiden Patientinnen werden mögliche Reha-Maßnahmen gar nicht thematisiert, da (noch) keine Indikation für eine kardiologische AHB vorzuliegen scheint.¹⁶⁹ Die beiden geriatrischen Patientinnen lehnen eine geriatrische Reha-Maßnahme ab, wobei sich die eine Patientin noch unklar über ihre Entscheidung ist. Nach ihrem akuten Reinfarkt entscheidet sie sich dann für eine *ambulante* Reha-Behandlung, ähnlich wie die jüngere Patientin. Indessen entscheiden sich alle Männer – auch nach erster Ablehnung – für eine *stationäre* Reha-Form. Bei dem geriatrischen Patienten kommt es zu Problemen in der Überleitung in eine Geriatrie und zu Konflikten in der Visite. Letztendlich wird der hochaltrige Patient nach Hause entlassen, womit die Organisation einer geriatrischen Nachsorge in den hausärztlichen Zuständigkeitsbereich fällt (vgl. Kap. 3.1.1).

Die Art und Weise, wie Ärzt_innen die weitere rehabilitative Versorgung mit den neun Erstinfarktpatient_innen in der Visite besprechen, weist **zum einen** institutionelle Unterschiede zwischen den Krankenhäusern auf. In einem Krankenhaus übernimmt das ärztliche Personal administrative Aufgaben und stellt in den Visiten institutionelle und sozialrechtliche Abläufe bezüglich ihrer Organisation der Anschlussrehabilitation dar. Hingegen werden diese sozial-

¹⁶⁹ Die eine Patientin wird mit der Indikation einer zeitnahen herzchirurgischen Weiterbehandlung (Bypass-OP) entlassen. Bei der anderen Patientin scheint ärztlicherseits aus ‚strenger‘ biochemischer Sicht kein Herzinfarkt und somit auch kein Aufklärungsbedarf über rehabilitative Maßnahmen vorzuliegen. Hierauf wird in den Wahrnehmungs- und Deutungsmustern nach der Visite näher eingegangen (s. Kap. 6.2.1).

administrativen Aspekte in dem anderen Krankenhaus von Ärzt_innen kaum thematisiert, sondern auf den internen Sozialdienst verwiesen.

Zum anderen offenbart die Kontrastierung des Umgangs mit der Ablehnung einer Überleitung in Reha-Maßnahmen ein bedeutsames Zusammenspiel von **Geschlecht, Alter und körperlichen Reha-Fähigkeiten** auf Seiten der Patient_innen hin: In den ärztlichen Darstellungen sind Normierungsprozesse in der Planung der rehabilitativen Behandlung zu erkennen, die sich auf eine *stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)* begrenzen. Mögliche körperliche und soziale Aspekte, die einer stationären AHB entgegenstehen können, werden ärztlicherseits kaum beachtet. So wird die Überleitung sowohl in geriatrische als auch ambulante Versorgungsangebote eher nachrangig behandelt. Dies findet verstärkt in Visitengesprächen mit Patientinnen (*female Patient Gender*) statt. Diese lehnen häufiger eine stationäre Reha-Form ab als Patienten. Weshalb die fünf Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt eine rehabilitative Weiterbehandlung ablehnen (würden), wird ebenfalls kaum von Ärzt_innen hinterfragt. Vielmehr können drei Umgangsweisen/Typen im ärztlichen Eingehen auf die Erstinfarktpatient_innen unterschieden werden, die Reha-Maßnahmen ablehnen: das **Akzeptieren** der Ablehnung, das **Befördern** bzw. Zuschreiben einer ablehnenden Haltung sowie das **Umstimmen** ablehnender Patient_innen (Tab. 7). Welche Darstellungsmuster sich mit Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und körperlicher Beeinträchtigung der Erstinfarktpatient_innen abzeichnen, wird in den folgenden Unterkapiteln aufgezeigt.

Tab. 7 Überblick über Typus und Darstellungsmuster im Umgang mit der Ablehnung von Reha-Maßnahmen nach Gender, Alter und körperlicher Reha-Fähigkeit der 9 Patient_innen

Typus/Umgangsweise	Dyade	Patient_innen		Darstellungsmuster im Umgang mit der Ablehnung von Reha-Maßnahmen
		Gender Alter	Körperliche Reha-Fähigkeit	
Akzeptieren der Ablehnung	1	Frau Älter	mehrfach beeinträchtigt	Die Ablehnung der Patientin wird ärztlicherseits akzeptiert und ihre körperlichen Aspekte positiv bewertet – abgesehen von der Behinderung
Befördern der Ablehnung	12	Frau Älter	beeinträchtigt	Ärztlicherseits werden die Ablehnung/-sgründe für die Patientin vorformuliert
	4	Mann Hochaltrig	behandlungs- bedürftig	Ärztlicherseits wird dem Patienten die Ablehnung zugeschrieben und die Akutbehandlung fokussiert
Umstimmen nach Ablehnung	5	Mann Älter	nicht beeinträchtigt	Der Patient wird ärztlicherseits über körperliche Gefahren und positive Reha-Maßnahmen informiert
	3	Frau jünger	nicht beeinträchtigt	Die Patientin lehnt AHB ab, wenn die nicht ambulant stattfinden kann

6.1.3.1 Akzeptieren der Ablehnung rehabilitativer Maßnahmen

Im *ersten Fall* wird zunächst eine stationäre Anschlussheilbehandlung geplant, da die körperliche Reha-Fähigkeit der *älteren (Privat-)Patientin* nicht erfasst wurde. Die *Verkennung ihrer Pflegebedürftigkeit* wird erst im Beratungsgespräch mit dem Sozialdienst offenbar, worüber die Patientin im Interview berichtet (s. Kap. 6.2.2.4). Zwar initiiert die Stationsärztin das Thema ‚Rehabilitation‘, indem sie auf den Sozialdienst und den Erhalt der Information über die Nichtgenehmigung einer Anschlussrehabilitation verweist. Während die Ärztin nach einer Formulierung für den Ausschluss sucht, springt die Patientin mit der Selbstbezeichnung ‚pflegebedür-

ftigzusein' ein. Anschließend berichtet die Patientin über ihr Gespräch mit dem Sozialdienst und ihre Ablehnung einer geriatrischen Behandlung: „Da sitzen nur die Leute im Rollstuhl. Der eine macht dies, der andere. Da möchte ich noch nicht. NICHT (LAUT), ich bin auch alt, aber ich möchte noch ein klein bisschen in meiner gewohnten Umgebung das Leben (lacht)“ (Dyade 1a:66-67). In ihrer Begründung dominiert ein negatives Bild von geriatrischen Einrichtungen und Patient_innen, wovon sich die Patientin abgrenzen möchte. Die folgende Zustimmung der Ärztin weist auf einen gemeinsamen Konsens in der Distinktion der Privatpatientin von anderen alten (geriatrischen) Patient_innen hin (ebd.:68-72):

Ärztin	Jaja. Ich weiß, ja. Sie wären wenn, dann eigentlich für eine ganz <u>normale Reha</u> (<u>betont</u>), aber aufgrund der Sehbehinderung ähm ja
Patientin	Ist nicht nur das Sehen. Das Laufen. (<i>flüsternd</i>) <i>Ich habe Arthrose</i> (<u>betont</u>). Arthrose in den Fingern. An manchen Tagen. {Naja gut. Egal.}
Ärztin	{Okay gut. Gut.} Was wir noch vorhaben ist ein Ultraschall vom HERZEN (LAUT). [...]

Die Patientin thematisiert weitere körperliche Beeinträchtigungen, die der Ärztin nicht bekannt zu sein scheinen. Die Darstellungen der Patientin geben inhaltlich und tonal Hinweise auf emotionale Belastungen, was sie gleich wieder zurücknimmt. Auch die Ärztin geht nicht weiter auf die Multimorbidität der Patientin ein, sondern eröffnet ein neues Thema.

Zusammenfassend kennzeichnet den Akzeptanz-Typus *erstens*, dass die Patientin die Ärztin über ihre bereits getroffene Ablehnung einer geriatrischen Rehabilitation informiert. Die Gründe der Patientin, die sich selbst als alt und pflegebedürftig bezeichnet, implizieren eine Abwertung geriatrischer Reha-Maßnahmen bzw. Patient_innen. *Zweitens* hinterfragt die Ärztin diese negative Bild nicht, sondern stimmt der Patientin zu. Die von der Patientin angeführten weiteren körperlichen Beeinträchtigungen und das damit verbundene emotionale Belastungspotenzial werden beiderseits nicht weiter behandelt. Auf diese Weise tragen beide Parteien dazu bei, dass ihr Reha-Bedarf sowie anderweitige Maßnahmen nicht weiterverfolgt werden. Um die Verschiebung ihrer Entlassung zu begründen, führt die Patientin in einer späteren Visite aber ihren Ausschluss von einer AHB wieder an (s. Kap. 6.1.4.2.).

6.1.3.2 Befördern der Ablehnung geriatrischer Reha-Maßnahmen

Ähnlich wie im ersten Fall unterlässt der Arzt in *diesem Fall* (Dyade 12), die *ältere Patientin* nach möglichen körperlichen Beeinträchtigungen zu fragen, um die Reha-Art zu bestimmen. So unterschätzt (auch) er das Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung der älteren Patientin, die pflegebedürftig ist.¹⁷⁰ Stattdessen deutet der erfahrene Stationsarzt die Möglichkeit der Abweichung von medizinischen Leitlinien an (Dyade 12a:23): „Normalerweise ist es so, dass man

¹⁷⁰ Dass die Patientin stark pflegebedürftig ist, wird erst in einem späteren Visitengespräch mit einem anderen Arzt von der Patientin mitgeteilt. Demgemäß kommen nur geriatrische Kliniken und nicht die oben genannten Reha-Kliniken in Frage. Der Arzt suchte die Patientin nicht wie angekündigt am Nachmittag auf, um über die Reha zu sprechen. In der Nacht erlitt die Patientin einen akuten Reinfarkt, wurde nach der intensivmedizinischen Behandlung wieder auf der Normalstation von einem anderen Arzt behandelt und informierte ihn, sich nun für eine ambulante rehabilitative Versorgung in einer nahe gelegenen Geriatrie entschieden zu haben.

[...] nach einem Herzinfarkt eigentlich eine Reha (betont) machen sollte (betont)“. Nachdem die Patientin angibt, erst kürzlich zur „Reha“ gewesen zu sein, legt der Arzt die subjektiven Präferenzen der Patientin als Ablehnung der „Reha“ aus (Dyade12a:28-32):

Patientin	Ich habe da mein drittes Kniegelenk {Mitpatientin beginnt laut zu husten} gekriegt.
Arzt	Ah also (<i>unklar leise</i>) {Mitpatientin hört auf zu husten}. Gut also Sie sagen, Reha ist für Sie jetzt nicht so entscheidend?
Patientin	Nein.
Arzt	Okay. Sie möchten lieber nach Hause, wenn wir alles eingestellt haben, ja? Die Medikamente alles sowas eingespielt ist?
Patientin	Ich habe gedacht, ich komme vielleicht heute nach Hause.

Im Gegensatz zum Akzeptanz-*Typus* befördert der Stationsarzt die Ablehnung einer rehabilitativen Weiterbehandlung der Erstinfarktpatientin durch vier Handlungsschritte: *Erstens* deutet er den Reha-Hinweis der Patientin als ‚Nicht-Priorisierung‘ (Rapse/Schulze 2013) einer weiteren Rehabilitation. *Zweitens* schreibt er der Patientin zu, eine Entlassung nach Hause zu präferieren. Dies verbindet der Stationsarzt sogleich mit (s)einem medizinischen Anliegen: die Einstellung der Herzmedikamente. Zwar bestätigt die Patientin die ärztliche Deutung, dass sie eine Reha nicht priorisiere. Nach der Information über die morgige Entlassung greift sie jedoch das Thema Rehabilitation wieder auf und erfragt mögliche Reha-Orte. Auf die vom Arzt genannten zwei Kliniknamen (nur für Anschlussrehabilitationen) folgt von der Patientin eine ähnlich kurze Ablehnung. Danach fordert der Arzt die ältere Patientin auf, sich die Teilnahme an einer (Anschluss-)Rehabilitation zu überlegen und verkürzt (*drittens*) ihre Bedenkzeit von morgen auf den gleichen Nachmittag. Dies begründet der Arzt mit der Notwendigkeit, im Falle einer Zusage administrative Aufgaben zügig durchführen zu müssen. *Viertens* führt der Stationsarzt weitere körperliche und medizinische Gründe für die Ablehnung eine Reha-Behandlung an (Dyade 12a:41):

„Also wir empfehlen (betont) das immer nach einem Infarkt. Wenn Sie jetzt eine Reha hatten und sagen: 'Mhm, das ist nichts für mich. Ich bin jetzt gerade sozusagen mit dem Gelenk (betont) so zufrieden mit der Bewegung, dass ich gerade mal mich zuhause weiter mobilisieren möchte', dann können wir das {Mitpatientin hustet laut} verantworten. Der Infarkt war nicht riesig. Würden, müssen (betont) es empfehlen. Natürlich. Machen wir auch. Aber wenn Sie sagen: ‚Nee, das ist nichts‘, dann müssen wir das nicht auf Zwang machen. Ja? Okay? (.) Ich komme nachmittags noch mal vorbei, dann sagen Sie mir“.

Stärker als im obigen Dialog geht der Arzt auf die vermeintlichen Bedürfnisse der Patientin nach Mobilisierung in der Häuslichkeit ein, die ebenso wie der niedrige *Schweregrad* des Herzinfarktes eine Abweichung von medizinischen Leitlinien zu legitimieren scheinen.

Erwähnt sei ein treffendes Gegenbeispiel (Dyade 6), in dem derselbe Arzt einen *jüngeren Patienten* ausführlich über diverse Reha-Maßnahmen aufklärt, wie: Optimierung der Herzmedikamente, medizintechnische Kontrolluntersuchungen des Herzens, Aufklärung über das Krankheitsbild Koronare Herzerkrankung und lebensstilbezogene Veränderungen ‚*Nichttrauchen*‘ (vgl. Kap 6.1.2). Darüber hinaus deproblematisiert er gegenüber dem Patienten die stationäre Reha-Art, indem er Möglichkeiten der Entlassung nach Hause am Wochenende und der vorzei-

tigen Beendigung der Reha-Maßnahme ohne ärztlichen Druck aufgezeigt. „Da sind ja auch die Kollegen ganz, ganz entspannt“ (Dyade 6a:95) – gleichsam wie sich der Stationsarzt gegenüber der älteren Patientin im Falle einer Ablehnung der Reha-Maßnahme verhält.

Zum Schluss der kurzen Visite mit der älteren Patientin kündigt der Stationsarzt an, dass er am Nachmittag noch mal vorbeikomme, um ihre Reha-Entscheidung zu erfragen, was aber nicht stattfand. Indirekt wird eine Ablehnung durch Unterlassen befördert, zumal der Arzt bereits negativ über seinen Zeitdruck im Falle einer Zusage sprach (s.o.). Auffallend ist die Reaktion der Patientin auf den angekündigten Nachmittagsbesuch des Arztes, indem sie mit einem rhetorischen Wortspiel den Stationsarzt *humorvoll* korrigiert: „Sie dürfen auch rein kommen, nicht nur vorbei“ (Dyade 12a:42). Dies könnte auch **Vorerfahrungen** der Patientin hinweisen, dass angekündigte Gespräche nicht stattfinden (s. Kap. 6.2.2.3). Im Gegenzug bestätigt der (ermahnte) Arzt, dass er auch rein kommen werde und beginnt leicht zu lachen. Der ärztliche Umgang mit humorvollen Darstellungen scheint jedoch in Abhängigkeit von Gender Dyaden zu divergieren.

In dem *anderen Fall*, in dem die Ablehnung rehabilitativer Maßnahmen befördert wird, schreibt ein (anderer) Stationsarzt dem über 75 Jahre *alten Patienten* zu, dass dieser eine geriatrische Reha-Maßnahmen ablehne. Die **Fehldeutung** des Arztes – mit mittlerer Berufserfahrung – offenbart sich, nachdem es Probleme mit der Überleitung in die Geriatrie gibt, die sich der Patient gewünscht hat. Die Reha-Planung wurde bereits in der Woche zuvor in den Visiten von der berufserfahrenen Ärztin und dem Sozialdienst in die Wege geleitet und schien problemlos zu verlaufen. Hier begründete der Patient seine Reha-Motivation mit seiner sozialen Lebenssituation: „Denn ich lebe zuhause alleine, so dass für mich die [wenn ich] die Reha bekommen würde, wohl besser in Gange komme wieder“ (Dyade 7b:53). Die geplante Wunschgeriatrie (1) hat eine starke emotionale Bedeutung für den Patienten: „Ja, ich habe vereinbart nach 'Stadtname'. Das (*zittrige Stimme*) erinnert mich an meine an meine [...] Frau. Sie war sie war schon öfter dort“ (Dyade 7c:16f.).

Dass die geplante geriatrische Versorgung aufgrund der Dialysebehandlung des Patienten nicht in der Wunschgeriatrie (1) stattfinden kann, wird eine Woche später vom Stationsarzt thematisiert. Daraufhin will der Patient sich zunächst gleich nach Hause entlassen. Doch nach Gesprächen mit weiteren vorgesetzten Ärzten willigt der Patient ein, noch zwei weitere Tage im Krankenhaus zu verbleiben. Am dritten Tag ist die herzmedikamentöse Umstellung noch nicht abgeschlossen (vgl. Kap. 6.1.2.2). Während der Patient seine Entlassung nach Hause fordert, weist er (LAUT) auf seine häusliche (Unter-)Versorgung hin: „Denn sehen Sie, bevor Sie weiterreden, meine Tochter hat DIESE Woche URLAUB. Die Tage VERGEHEN. Sie kann mich nicht pflegen, weil ich nicht nach Hause komme“ (Dyade 4c:56). Nach der negativen Vermutung des Patienten, dass ihm eine geriatrische Nachsorge aufgrund seines ‚Drängens auf Entlassung‘ verweigert werde, führt der Stationsarzt an, dass der Patient die andere Geriatrie (2) ablehnt. Dies *relativiert* der Patient: „Nee, nicht so gerne“ (ebd.:75), woraufhin der Arzt LAUT nachfragt: „Nicht so gerne oder GAR NICHT?“ (ebd.:76). Im darauffolgenden Dialog nimmt der Arzt Blut ab (Dyade 4c:77-83):

Patient	Ja was soll ich denn sagen. Bevor ich irgendwohin <u>geschubst</u> (<u>betont</u>) werde, kann ich kann ich auch in 'Geriatric2'. In 'Geriatric2' die Dialya-, die Nachsorge machen, meinen Sie?
Arzt	Ja.
Patient	Das hat man mir schon einmal <u>verweigert</u> (<u>betont</u>), vor einem halben Jahr.
Arzt	Das haben <u>Sie</u> (<u>betont</u>) verweigert, ja.
Patient	Nee, ich nicht. Ich habe mich auf eigenen Wunsch entlassen lassen. {Tür wird geöffnet und Pflegerin betritt das Zimmer}
Pflegerin	Fertig. Na? (nimmt das Frühstückstablett vom Patienten)
Patient	Aber, die haben sich, die die – Das Krankenhaus hat sich nicht mehr hören lassen zuhause.
Arzt	Ja. (mit Ampullen bei der Blutabnahme beschäftigt) (.)

In den Darstellungen des Arztes gegenüber seinem Patienten wiederholen sich *negative Zuschreibungen* einer Ablehnung geriatrischer Maßnahmen zu. Zwar hinterfragt der Arzt die (abgeschwächte) Ablehnung des Patienten, während er Blut abnimmt. Auf die folgende Relativierung der subjektiven Präferenzen des Patienten, der die Möglichkeit einer geriatrischen Versorgung eines ‚Irgendwohin-geschupst-werdens‘ vorzieht, geht der Arzt jedoch *nicht weiter ein*. Vielmehr wiederholt er die *negative Zuschreibung von Non-compliance*, nachdem der hochaltrige Patient über negative **Vorerfahrungen** hinsichtlich der Verweigerung einer geriatrischen Nachsorge in einem anderen Krankenhaus berichtet.

Das ärztliche *Nichteingehen* auf den geriatrischen Rehawunsch des Patienten wiederholt sich, nachdem der Patient auf körperliche Beeinträchtigungen infolge einer mehrwöchigen Krankenhausbehandlung hinweist: „Ich habe da VIER (LAUT) Wochen gelegen. Meine Muskulatur, die war ganz schön runter. (..) {Arzt atmet tief aus und beendet die Blutabnahme} (*leise*) *Naja, aber das kann ich Ihnen – Haben Sie auch nichts davon, wenn Sie das hören*“ (ebd.:84). Damals sowie wie auch hier scheint eine ärztliche Aufklärung über die hausärztliche Zuständigkeit für die Einweisung in eine geriatrische Klinik nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu fehlen (vgl. Kap. 3.1.1). Das Thema Rehabilitation wird sowohl im weiteren Verlauf sowie in der letzten Visite nicht mehr erwähnt.

Zum einen weisen die Darstellungen des alten Patienten (Veränderung der Lautstärke, Betonungen von Worten und Formulierungsversuche) auf emotionale Erregung hin, die sich auf die Nichtumsetzung seiner Behandlungswünsche ‚frühzeitige Entlassung‘ und ‚geriatrische Versorgung‘ beziehen. *Zum anderen* widerspricht der Patient wiederholt den Ablehnungszuschreibungen des Stationsarztes, indem er seine Dispräferenz gegenüber der Geriatrie (2) relativiert und der negativen Zuschreibung des Arztes widerspricht, damals selbst die geriatrische Nachsorge verweigert zu haben. Hier sieht er die vorzeitige Entlassung auf eigenen Wunsch als ursächlich für die Verweigerung einer Geriatrie durch das Krankenhaus an. Ferner moniert der Patient das Unterlassen des damaligen Krankenhauses, nach seiner Entlassung keine geriatrische Nachsorge in die Wege geleitet zu haben. Zudem weist der hochaltrige Patient auf einen *geriatrischen Rehabedarf* hin, indem er seine damalige körperliche Verfassung nach der Krankenhausbehandlung problematisiert. Nach kurzer Pause und dem *Seufzer* des Arztes scheint sich die Verärgerung des Patienten zu legen.

Abschließend ist festzuhalten, dass drei Aspekte eine Ablehnung der Geriatrie befördern: (erstens) die ärztliche Zuschreibung einer Ablehnung; (zweitens) das ärztliche *Nichteingehen* auf den expliziten Reha-Wunsch und -bedarf des Patienten und (drittens), dass der Patient nicht weiter auf eine geriatrische Reha-Behandlung besteht. Ein anderes Darstellungsmuster zeigt sich im ärztlichen Umgang mit Patient_innen, die eine Anschlussreha ablehnen.

6.1.3.3 ‚Umstimmen‘ nach der Ablehnung einer AHB

Kennzeichnend für diese beiden Fälle ist, dass beide Patient_innen zuerst eine Anschlussrehabilitation ablehnen und nach ärztlicher Intervention einer rehabilitativen Versorgung zustimmen. Im **vierten Fall** treten emotionale Aspekte auf Seiten des älteren Patienten und paternalistische Züge im ärztlichen Handeln in den Vordergrund. Das erste Gespräch wird vor sieben weiteren anwesenden Personen geführt.¹⁷¹ Kurz bevor der Stationsarzt (mit wenig Berufserfahrung) das Reha-Thema initiiert, geben die Darstellungen des älteren Patienten Hinweise auf *emotionale Anspannung*¹⁷² sowie Unwissenheit über Diagnose und Reha-Anmeldung. Denn nachdem der Stationsarzt den Patienten über die bereits angemeldete „Reha“ informiert, folgt vom älteren Patienten eine kurze Verneinung. Hier beginnt der Arzt nachzufragen, ob der Patient keine „Reha“ wolle. Dies wird jedoch von der *Gegenfrage* des Patienten nach einer Reha-Pflicht {überlappt}. Nachdem der Arzt dies negiert und die Freiwilligkeit der Reha-Maßnahme klarstellt, klärt der Arzt (*nachträglich*) über die Gründe für die AHB-Empfehlung auf, wonach sich folgender Dialog zuträgt (Dyade 5a:22-32):

Patient	Ja aber wissen Sie, jetzt wird jetzt wird mir das erst (<i>lacht</i>) langsam bewusst, was ich wahrscheinlich gehabt habe. Ich dachte im Moment noch an sowas gar nicht (<i>atmet tief mit Tränen in Augen</i>).
Arzt	Ja das Herz war hochgradig verengt. Ja Sie hatten eine Herzzymerhöhung. Praktisch einen kleinen Herzinfarkt, aber (Kugelschreiber klickt: +) mit Ihren großen Verengungen (+) hätte das auch mal ein ganz schwerer sein können. (.) Ja. Also Sie haben auf jeden Fall eine Indikation {Patient atmet tiefer} oder wir empfehlen das auf jeden Fall, eine Anschlussheilbehandlung, eine Reha-Maßnahme in Ihrem Fall. Und das müssen Sie sich überlegen. Das ist ein Angebot. Keine Pflicht.
Patient	Ja ist gut.
Arzt	Da sind Sie drei Wochen, wird mit Ihnen trainiert, dass Sie praktisch wieder in den Alltag sich etablieren können (unklar leise).
Alta-assistent	Dass Sie wissen, was Sie ihrem Körper Gutes tun können, wie Sie {sich VERNÜNFTIG (LAUT) verhalten und was (unklar).}
Patient	{JA (LAUT) ich, will ich auch gerne tun, aber} ich muss ehrlich sagen, ich habe das noch gar nicht so richtig wahrgenommen ne?

Der Patient wiederholt die Begründung für seine Ablehnung, die er auf sein fehlendes Bewusstsein für den Schweregrad seiner Herzerkrankung zurückführt. Seine non-verbale Darstellungen (tiefes Atmen, Tränen in den Augen) deuten auf *emotionale Belastung*. Auf den sich langsam bewusstwerdenden Patienten geht der Arzt mit *medizinischen* Informationen ein. Wenn-

¹⁷¹ Neben der teilnehmenden Beobachterin hören zwei Mitpatienten, drei Medizinstudenten sowie ein supervidierende Altassistent dem Visitengespräch zwischen dem Stationsarzt und dem älteren Patienten zu.

¹⁷² Formulierungsversuche, tiefes Ein- und Ausatmen, leiser Tonfall sowie starkes Auspusten begleiten die Darstellungen des älteren Patienten, als er zuvor die Akteureignisse schildert (s.a. Kap. 6.2.1).

gleich umgangssprachlich ein ‚kleiner Herzinfarkt‘ diagnostiziert wurde, zeigt der Stationsarzt die Gefahr eines höheren *Schweregrades* auf und empfiehlt nachträglich eine AHB. Dies unterscheidet sich von dem Stationsarzt, der bei der geriatrischen Patientin den niedrigen Schweregrad des Herzinfarktes als legitimen Grund für die Ablehnung einer Reha-Maßnahme darstellt und eine Reha-Ablehnung befördert (vgl. Kap. 6.1.3.2). Gleichgerichtet räumt auch dieser Arzt dem älteren Patienten *Bedenkzeit* ein. Gleich danach klärt er den Patienten über *genesungsrelevante Reha-Maßnahmen* auf, worüber die geriatrischen Patient_innen nicht aufgeklärt werden. Nach seiner Aufklärung über: Reha-Dauer, körperliche Maßnahmen (Training) und die alltagsbezogene Ausrichtung (*Resozialisation*) *schaltet* sich dazu der **Altassistent** *ein*, um dem Patienten aufzuzeigen, wie bedeutsam die Wissensvermittlung zur positiven Beeinflussung des Körpers und des Lebensstils ist. Dies ähnelt den Ausführungen des anderen berufserfahrenen Stationsarztes gegenüber dem jüngeren Patienten und könnte auf *umfänglichere Aufklärungen* von Patienten (*male Patient Gender*) deuten. Der Patient {überlappt} den Altassistenten mit der Wiederholung seiner Erkenntnis, dass ihm die Ernsthaftigkeit der Ereignisse erst jetzt bewusst werde. Dies wird vom Stationsarzt kurz bestätigt, der auf die emotionalen Aspekte wieder mit *fachmedizinischen* Aspekten eingeht.

Im letzten und **fünften Fall** können nur Ausläufer der Verhandlung der Ablehnung rekonstruiert werden, da die Erhebung mit der jüngeren Patientin erst nach ihrer Umentscheidung für eine *ambulante* Anschlussrehabilitation stattfindet. Ähnlich wie im ersten Fall verweist auch diese Ärztin (mit wenig Berufserfahrung) bei der Initiierung des Reha-Themas gegenüber der jüngeren Patientin auf ein Gespräch mit einer Mitarbeiterin, die intern die Reha-Anträge bearbeitet und erklärt: „Die hat gesagt, es sollte kein Problem sein, dass wir das auch ambulant für Sie regeln {lautes Geräusch vom Bett der Mitpatientin} können“ (Dyade 3a:10). Nach dieser Ent-Problematisierung der atypischen Reha-Art ‚ambulant‘ informiert die Ärztin ihre junge Patientin über beiderseits noch anstehende *sozialadministrative Aufgaben*. Der folgende Verlauf umfasst ambivalente Handlungen der Ärztin: Einerseits dokumentiert sie etwas in einer Akte und *wendet* sich von der Patientin *ab*. Andererseits fragt sie die Patientin danach, ob sie noch offene Fragen oder körperliche Beschwerden habe. Dies wird von der Patientin in dieser Visite verneint, wonach sie Folgendes sagt (Dyade 3a:14-20):

Patientin	Aber wie {Geräusch vom Bett der Mitpatientin} gesagt, also für mich kommt nur ambulant {in Frage, sonst mache ich nicht. Mhm.}
Ärztin	{Jaja natürlich. Das, das} Das ist die Grundlage (bündelt die Akte) von allem, NEE (LAUT)? Okay. Gut.

Trotz der vorherigen Ent-Problematisierung einer ambulanten Reha scheint die Patientin diese nochmals als Grundvoraussetzung für ihre Einwilligung klarstellen zu wollen. Auffällig ist die vollkommene Zustimmung der Ärztin. Doch was gegen eine vollstationäre AHB spricht, wird nicht thematisiert (*s. Kap. 6.2*).

6.1.4 Planung der Entlassung

Die Entlassungsplanung richtet sich idealtypisch nach dem Abschluss der akutmedizinischen Behandlung und Stabilisierung der Patient_innen, was ärztlicherseits bestimmt wird. Indessen wird die starke ökonomische Ausrichtung der Krankenhausbehandlung und Entlassungsdruck problematischer; hat sich die durchschnittliche Verweildauer von Herzinfarktpatient_innen im Krankenhaus von mehreren Wochen auf knapp eine Woche verkürzt (vgl. Kap. 3.1.1). Die früh-/zeitigen Entlassungen bergen für Patient_innen mit wenig sozialer Unterstützung Gefahren für ihre gesundheitliche Genesung (vgl. Kap. 3.1.5). Nach der intensivmedizinischen Behandlung reduziert sich die Behandlungszeit auf der peripheren oder *Normalstation* auf wenige Tage, in denen die Mobilisierung und Entlassung der Patient_innen in rehabilitative Versorgungsangebote im Mittelpunkt stehen (vgl. Kap. 3.1.1).¹⁷³ Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Verweildauer der elf Patient_innen im Krankenhaus.

Tab. 8 Übersicht über die Verweildauer der Patient_innen im Krankenhaus (gesamt) und auf der Normalstation unter Berücksichtigung von Gender, Alter, medizinischen Interventionen und Entlassungswunsch

Dyade	Patient_innen		Verweildauer in Tagen		Katheter-Intervention	Stent-Implantation	Sonstige Intervention	Entlassungswunsch
	Gender	Alter	Gesamt	Normalstation				
1	Frau	Älter	10	9	2	✓		Später
6	Mann	Jünger	6	4	1	✓		Später
10	Frau	Älter	12	9	2	✓		Später
12	Frau	Älter	8	5	2	✓	Reinfarkt	Früher
3	Frau	Jünger	7	5	1	✓		Früher
4	Mann	Alt	13	11	1	✓	Dialyse	Früher
7								
2	Frau	Alt	6	5	1	-	Bypass-OP	
5	Mann	Älter	8	6	1	✓		-
8	Mann	Jünger	5	4	1	✓		-
9	Mann	Älter	7	5	1	✓	Konsil ¹	-
11	Frau	Älter	7	6	1	✓		-

¹Auf Nachfrage des Patienten wegen einer anderen Erkrankung wurde die ärztliche Einschätzung einer anderen Fachrichtung per Konsil angefordert.

Einerseits resultieren die längeren Verweildauern der *älteren* Patient_innen aus der Durchführung von medizinischen Interventionen (zweiten Katheterintervention¹⁷⁴ oder Dialysebehandlung). Andererseits wird in drei Fällen ein späterer Entlassungstag aus nicht-medizinischen Gründen verhandelt (*„spätere Entlassungswünsche“*), wohingegen in drei anderen Fällen Patient_innen eine frühzeitige Entlassung nach Hause begehren (*„frühere Entlassungswünsche“*). Tabelle 9 veranschaulicht, welche Darstellungsmuster sich unter Berücksichtigung von Gender, Alter sowie körperlichen und sozial-emotionalen Aspekten der Patient_innen in der Verhandlung abweichender Entlassungswünsche abzeichnen.

¹⁷³ Dass Visitentgespräche von den behandelnden Stationsärzt_innen wochentags geführt werden, reduziert die Visitenanzahl und Gesprächsmöglichkeiten, um die Entlassung zu planen.

¹⁷⁴ In der Nachbetrachtung der Aufzeichnung der ersten Katheterintervention können weitere Engstellen bestimmt werden, die die Implantation weiterer Stents indizieren.

Tab. 9 Übersicht über Darstellungsmuster in der Verhandlung abweichender Entlassungswünsche – unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, körperlichen und sozial-emotionalen Aspekten der Patient_innen

Entlassungswunsch	Fall (Dyade)	Gender (Alter)	Entlassungsrelevante Aspekte		Wechselseitige Darstellungsmuster
			Körperlich	Sozial-emotional	
Frühere Entlassungswünsche	1 (7/4)	Mann (hochaltrig)	behandlungsbedürftig	begrenzter Unterstützung Alleinlebend	Verzögertes Eingehen des Arztes auf Kritik verstärkt Entlassungswunsch des Patienten; soziale Sorgen befördern ärztlichen Rat zur Selbstentlassung
	2 (3)	Frau (jünger)	Nicht beeinträchtigt	hilfsbedürftiger Ehemann	Aufzeigen von Risiken bei Entlassung; verhaltene Kritik der Patientin, ohne soziale Sorgen zu (re-)thematisieren
	3 (12)	Frau (älter)	Beeinträchtigt	Hilfsbedürftiger Ehemann	Zurückweisung Entlassungswunsch der Patientin mit medizinischen Aspekten; verhaltene Kritik der Patientin, Keine Thematisierung der sozialen Gründe
Spätere Entlassungswünsche	4 (8)	Mann (jünger)	nicht beeinträchtigt	Familiäre Unterstützung	Ärztin offeriert spätere Entlassung wegen sozial-emotionaler Gründe; Patient bittet um Bedenkzeit für Entscheidung, ohne Gründe anzuführen
	5 (1)	Frau (älter)	Mehrfach beeinträchtigt	begrenzte Unterstützung Alleinlebend	Privatpatientin bittet um spätere Entlassung wegen körperlicher und sozialer Aspekte; bewertet die <i>female Gender Dyade</i> positiv; Ärztin geht verzögert auf soziale Situation der Patientin ein
	6 (10)	Frau (älter)	nicht beeinträchtigt	Begrenzte Unterstützung Alleinlebend	Privatpatientin bittet um Direktverlegung wegen sozialer Aspekte; Arzt sieht ihre weitere Krankenhausbehandlung anders

Bei Patient_innen, die *frühzeitig* die Krankenhausbehandlung beenden wollen, besteht ein umgekehrtes Abhängigkeitsverhältnis. Hier sind die Stationsärzt_innen darauf angewiesen, dass Patient_innen die Begründungen der Ärzt_innen verstehen und annehmen, die für die Fortführung der medizinischen Behandlung im Krankenhaus sprechen. Den ärztlichen Umgang mit den früheren Entlassungswünschen von Patient_innen eint, dass *sozial-emotionale Aspekte* nicht hinterfragt werden. Die ärztliche Darstellung medizinischer Risiken fällt recht unterschiedlich aus und steht im Zusammenhang mit den Reaktionen der Patient_innen, deren Entlassungswunsch zurückgewiesen wird. Hier sind geschlechterbezogene Muster in der Darstellung ihrer *Unzufriedenheit* zu erkennen. Einzig in der *male Gender Dyade* verstärkt das ärztliche Nicht-/Eingehen auf die Kritikpunkte des hochaltrigen Patienten, dass er sich weiterhin entlassen will. In keinem anderen Fall sind derartige *Spannungen* zu verzeichnen.

Demgegenüber sind Patient_innen, die länger als ärztlich geplant im Krankenhaus behandelt werden wollen, abhängig von der ärztlichen Unterstützung. **Geschlecht** und **Alter** der drei Patient_innen erscheinen relevant, wie die Möglichkeit einer späteren Entlassung verhandelt wird. So offeriert die wenig erfahrene Ärztin dem jüngeren Patienten die Option, dass sie seine Entlassung aus nicht-medizinischen Aspekten verschieben könne. Dagegen bitten die älteren Patientinnen selbst um die Verschiebung der geplanten Entlassung und führen von sich aus körperliche, soziale und emotionale Probleme an. Es gibt Hinweise, dass das Sprechen über körperliche Schwäche und fehlende soziale Unterstützung stärker in die Darstellung von Weiblichkeit eingebunden ist. Zugleich verweist eine Patientin explizit auf die positive Wirkung der *female*

Gender Dyade, die es ihr erleichtere, ihre Bitte zu äußern. Die sozial-emotionalen Sorgen der Privatpatientinnen scheinen ärztlicherseits eine Verschiebung der Entlassung zu legitimieren. Hingegen wird ihnen ein körperlich-medizinischer Behandlungsbedarf eher abgesprochen. Bevor jedoch die Darstellungsmuster in der Verhandlung der *späteren Entlassung* (6.1.4.2) aufgezeigt werden, folgen die Darstellungsmuster bei *früheren Entlassungswünschen* (6.1.4.1).

6.1.4.1 Frühere Entlassungswünsche

Im *ersten Fall* wird der dialysepflichtige Patient in der ersten Woche von einer Ärztin behandelt. Die Entlassung ist hier kein Thema, zumal eine weitere Dialyse Anfang nächster Woche geplant ist (Dyade 7). Zu Beginn der zweiten Woche will sich der über 75 Jahre alte Patient indes nach Hause entlassen,¹⁷⁵ verbleibt dann aber und berichtet in der Folgevisite dem Stationsarzt über Gespräche mit anderen Ärzten: „Da haben die Ärzte das geschafft. Die haben mit mir SO LANGE (LAUT) belaschert (.) gesprochen. Und es kam einer und dann noch mal ein anderer wieder und – oh monoman – dass, dass, dass ich, ich bis heute (.) hier bleibe. Noch zwei Tage verlängert habe“ (Dyade 4b:7). Seinen Ausführungen ist eine gewisse *Unzufriedenheit* zu entnehmen, die sich auf die Verschiebung der Entlassung bezieht. Dazu kritisiert er die Anzahl und Länge der Gespräche mit anderen Ärzten, die ihn zur Weiterbehandlung überredet zu haben scheinen. Warum er schnell nach Hause möchte, erwähnt der Patient (hier) aber nicht. Der darauf bezogene Umgang des Stationsarztes (mit mittlerer Berufserfahrung) fällt recht *kurz* aus. Kennzeichnend auch für den weiteren ärztlichen Umgang sind drei Merkmale: Erstens geht der Arzt nicht auf die Kritik/Unzufriedenheit des Patienten ein, sondern bewertet die Aussage des Patienten als *positiv*: „Sehr gut“ (Dyade 4b:8). Nach Gründen für die frühere Entlassung fragt er nicht. Zweitens *wendet* sich der Arzt der Vorbereitung der Blutabnahme *zu*, worauf (drittens) eine *Redepause* folgt. Dieses Muster des *Nichteingehens* mit der Abwendung vom Patienten zur Blutabnahme und dem Pausieren, das sich bereits bei der Einstellung der Herzmedikamente zeigte (vgl. Kap. 6.1.2.2), wiederholt sich hier kurz nachdem der Patient über sein familiäres Umfeld spricht, das sich scheinbar seine frühe Entlassung nach Hause zu wünschen scheint (Dyade 4b:24-28):

Patient	Zum Glück weiß meine Tochter das noch nicht GENAU (LAUT), sonst macht sie sich auch Gedanken.
Arzt	Mhm (bereitet Blutabnahme vor). (.)
Patient	Sie möchte ja auch ihren Vater wieder nach Hause haben und dass ich wieder in Gänge komme.
Arzt	Sie müssen jetzt auch ein bisschen <u>trainieren</u> (<u>betont</u>), dass Sie auch (.) in die Gänge kommen.

Auf die *sozial-emotionalen* Beweggründe des nach Hause drängenden Patienten geht der Arzt (auch) nicht ein, sondern greift die *körperliche Mobilisierung* auf. Das Thema ‚Entlassung‘ wird erst in der nächsten *Folgevisite* angesprochen. In dieser stellt der Patient dem Arzt ausführlich seine *Unzufriedenheit* über die erneute Verschiebung seiner Entlassung dar. Doch das

¹⁷⁵ Das am gleichen Tag geführte Interview mit dem Patienten gibt Aufschluss über seine Deutung des Visitengesprächs, das ohne die teilnehmende Beobachterin geführt wurde.

entlassungsrelevante Problem, dass seine Tochter ihn nur diese Woche noch zuhause unterstützen könne, spricht der alleinlebende Patient erst *verzögert* im Sinne einer *hidden social agenda* nach vier medizinischen Kritikpunkten¹⁷⁶ an (Dyade 4c: 56). An dieser Stelle ändert sich die ärztliche Handlungsdevise, wonach die stationäre Behandlung aus *medizinischer* Sicht indiziert ist. Stattdessen zeigt der Arzt dem Patienten auf, dass er sich selbst entlassen könne. Dieser Wendepunkt wird durch die Zuspitzungen im wechselseitigen Umgang verstehbar. Exemplarisch werden *zwei Passagen* aus dieser Visite vorgestellt, in denen das Muster des *Nichteingehens* auf *medizinische Aspekte* auf beiden Seiten zunimmt.

In der *ersten Passage* antwortet der in Privatkleidung angezogene Patient auf die Frage, wie es ihm gehe: „Soweit ganz gut. (.) Bloß die Ärzteschaft mag mich nicht (.) Jetzt kam es. Es wird heute Morgen erzählt, ich soll noch einen Tag länger bleiben als bis heute, was abgesprochen ist“ (Dyade 4c:3). Hieraufhin wiederholt sich das prototypische Muster des *Nichteingehens* (vgl. Kap.6.1.2.2): Der Stationsarzt *wendet* sich der Blutabnahme *zu* und weicht mit kleiner *Pause* der Frage des Patienten aus, was man dazu sagen solle: „Ich nehme ihn erst mal schon mal Blut ab. (.)“ (ebd.:6). Erst danach zeigt der Arzt zwei *medizinische* Voraussetzungen für seine Entlassung auf. Da die Einstellung des Herzmedikaments Probleme bereitet, bewertet der Arzt die heutige Entlassung des Patienten negativ. Im weiteren Verlauf verstärkt sich das ärztliche *Nichteingehen* auf weitere Kritik des alten Patienten an seiner verschobenen Entlassung, wie die *zweite Passage* zeigt. *Doppelt wendet* sich der Stationsarzt nach weiterer Kritik vom Patienten *ab*, indem er sich einer anderen anwesenden Person bezüglich eines abwesenden Patienten zuwendet (Dyade 4c:39-46):

Patient	Da sprach ein Arzt mit einem Patienten, er soll AUCH EIN TAG (LAUT) länger {Pflegerin lacht leise} bleiben (...) Was, was soll man davon halten? Da- da- dass Sie Ihr Haus vollkriegen wollen, oder wie?
Arzt	Oh nee. {Pflegerin lacht leise}
Patient	Anders kann ich mir das nicht vorstellen.
Arzt	Das ist andersrum. {Pflegerin lacht leise} (..) Herr 'Nachname_Patient'.
Patient	Ja. (...) Das ist so. Es {ist ja so.}
Arzt	{{zur Pflegerin:} Magst Du} bei Herrn 'Nachname_andererPatient' die Wunde abkleben?...

Zwar geht der Arzt auf die Kritik des Patienten ein, indem er der Vermutung widerspricht, dass sich die ärztliche Entlassungsplanung nach ökonomischen Gesichtspunkten richte. Ein Kritikpunkt, der die Einführung der DRG-Fallpauschalen mitbegründete (vgl. Kap. 3.1.5). Dann aber *pausiert* der Arzt wieder und *wendet* sich der Pflegerin *zu*, um die Behandlung eines *anderen Patienten* zu planen. Währenddessen bestätigt der Patient sich selbst. Im Vergleich mit allen Visitingesprächen fällt außerdem auf, dass die Pflegerin wiederholt aus ihrer stillen Beobach-

¹⁷⁶ Die 7 Kritikpunkte sind: 1. Zuschreibung Antipathie seitens anderer Ärzte gegenüber dem Patienten, 2. Abstreifen medizinischer Probleme bei der Medikamenteneinstellung, 3. Kritik später Beginn der Einstellung des Herzmedikaments, 4. Vermutung ökonomischer Gründe für Entlassungsverzögerung, 5. Probleme soziale Unterstützung (Tochter), 6. Kritik fehlende Aufklärung über Probleme mit Herzmedikament und 7. Emotionale Belastung der Tochter bei erneuter Verschiebung seiner Entlassung.

tungsrolle fällt: Sie lacht über die Kritik des Patienten sowie nach der ärztlichen Zurückweisung der ‚Unterstellung‘. Dies vermittelt den Eindruck, dass der Patient nicht ernstgenommen wird und es verstärkt das asymmetrische Gefälle in der Visite.

Entgegen dem Tenor, dass der Abbruch der Akutbehandlung des Patienten aus medizinischer Sicht verhindert werden muss, sticht der ärztliche Umgang mit den *sozialen Entlassungsgründen* heraus. Zunächst bestätigt der Arzt *kurz* den Hinweis des Patienten, dass seine Tochter ihn nur zeitlich begrenzt diese Woche zuhause pflegen könne und dies seine Privatangelegenheit sei. Als der Patient *weiter* problematisiert, dass alles sehr schlecht sei, erklärt der Arzt: „Herr 'Nachname'. Sie sind hier nicht (betont) (..) ähm (..) angekettet. Sie dürfen jederzeit GEHEN (LAUT), wenn Sie möchten“ (Dyade 4c:61). Seine Formulierungsversuche und (lauten) Betonungen weisen auf *emotionale Spannung* im Umgang mit dem *sozialen Problem* hin. Dies könnte darauf deuten, dass der Arzt mit seinem ‚Medizinerlatein‘ am Ende ist.

Im weiteren Verlauf offenbart der Patient Sorgen um nachteilige Konsequenzen bei einer Entlassung gegen ärztlichen Rat.¹⁷⁷ Hier offenbaren sich **Fehldeutungen** des Patienten sowie des Arztes. Die beidseitigen *negativen Zuschreibungen* befördern, dass der Patient seine Interessen nicht mehr verfolgt, wie z.B. seinen Wunsch nach einer geriatrischen Reha-Behandlung (vgl. Kap. 6.1.3.2). Ähnliche *Missverständnisse* zeigten sich auch bei der Einstellung seiner Herzmedikamente, die *entlassungsrelevant* sind (vgl. Kap. 6.1.2.2). Im Gegenzug fällt beim alten Patienten die starke Kritik auf, die Fragen bezüglich seiner **Behandlungsvorerfahrungen** aufwerfen (*s.a. Kap. 6.2.2*). So bezieht sich seine Kritik nicht nur auf den behandelnden Stationsarzt, sondern richtet sich auch gegen andere Ärzte und wirtschaftliche Interessen des Krankenhauses, die seinen früheren Entlassungswunsch behindern. Eine fachliche Aufklärung über die entlassungsrelevanten Punkte wird vom Stationsarzt zugunsten der Durchführung der Blutabnahme eher vernachlässigt. So versteht der Patient nicht die Gründe, die gegen seine frühe Entlassung sprechen. Neben dem fehlenden medizinischen Verständnis (*health literacy*) sind hier themenübergreifend Lücken in der *stationsärztlichen* Aufklärung zu erkennen. Dagegen gelingt es den vorgesetzten Ärzten den Patienten zu überzeugen, weiter im Krankenhaus zu bleiben. Es ist unklar, wie die berufserfahrenen Ober- und Chefärzt_innen auf den Patienten eingegangen sind, über die er im Interview positiv berichtet (*s. Kap. 6.2.2*).

Zusammenfassend kennzeichnet das ärztliche Darstellungsmuster im Umgang mit dem früheren Entlassungswunsch, dass nicht bzw. verzögert auf die Kritik des Patienten an seiner verschobenen Entlassung eingegangen wird, wohingegen den sozial-emotionalen Gründen nicht nachgegangen wird. Ein *Unterlassen*, das sich auch in den beiden anderen Fällen zeigt. Im **zweiten Fall** können auch nur Ausläufer der ersten Verhandlung über einen früheren Entlassung der jüngeren Patientin analysiert werden, da die Erhebung erst nach dem Visitengespräch begann, das beide Parteien als konfliktreich beschreiben (*s. Kap. 6.2.2*). Der Dissens in der Entlassungsplanung wird weder von der Ärztin noch der Patientin in der Visite rethematisiert. Stattdessen fallen die Darstellungen der Patientin auffallend *wortkarg* aus. So ist es hier die

¹⁷⁷ So befürchtet der Patient, dass ihm bei einer Entlassung gegen ärztlichen Rat, eine geriatrische Reha verweigert werde. Indessen geht der Arzt davon aus, dass der Patient eine Nachsorge ablehnt (vgl. Kap. 6.1.3.2).

Ärztin (mit wenig Berufserfahrung), die indirekt das Thema ‚Entlassung‘ initiiert. Gleich nach der *positiven* Bewertung der Untersuchungsergebnisse zeigt die Ärztin der Patientin *medizinische* Argumente auf, die eine Weiterbehandlung begründen (Dyade 3a:6-9):

Ärztin	[...] Trotzdem muss man sagen, Sie befinden sich ja momentan noch in der Akutphase nach dem Herzinfarkt und erfahrungsgemäß können halt in den ersten Tagen danach noch immer wieder Nebenwirkungen auftreten, Komplikationen auftreten, so dass wir empfehlen, mindestens fünf, wenn nicht sieben Tage nach einem Infarkt stationär zu sein.
Patientin	Mhm.
Ärztin	Wir würden Sie also gerne über das Wochenende behalten. (..) {Pflegerin gibt der Mitpatient Anweisung für die Morgenwäsche} Ja. Den Reha-Antrag habe ich [...]

Ohne näher auf die möglichen ‚Nebenwirkungen‘ einzugehen, spricht die Ärztin die Empfehlung einer Weiterbehandlung über das Wochenende aus. Die jüngere Patientin nimmt die ‚Empfehlung‘ ihrer Ärztin, über das Wochenende im Krankenhaus zu verbleiben, recht *wortkarg* zur Kenntnis, wonach die Ärztin zur Beantragung der ambulanten AHB wechselt (vgl. Kap. 6.1.3.3). Umgekehrt stellte sich der wechselseitige Umgang mit der Verschiebung der Entlassung des hochaltrigen Patienten dar. Dieser übte mehr- und vielfach Kritik, wohingegen ärztlichen Darstellungen recht kurz ausfielen. Über gesundheitliche Risiken einer frühzeitigen Entlassung klärt der Stationsarzt gar nicht auf.

Eine gewisse Unzufriedenheit zeigt sich jedoch bei der jüngeren Patientin nach dem Wochenende. Mit einem *Lachen* verneint sie die erste Frage der Ärztin, ob sie ein gutes Wochenende verbracht habe und antwortet auf die Nachfrage der Ärztin: „Nee. Absitzen und nicht schlafen (lacht)“ (Dyade 3b:7). Hierauf geht die Stationsärztin nicht ein, sondern erkundigt sich nach etwaigen Beschwerden. Dies verneint die Patientin *einsilbig*, was die Ärztin *positiv* bewertet und erklärt, dass die Patientin dann nämlich nach Hause dürfe (Dyade 3b:10). Die Patientin bewertet sich wieder einsilbig als „schön“ (ebd.:11) und die Ärztin wendet sich der Reha zu.

Im *dritten Fall* fällt die Verhandlung des *früheren Entlassungswunsches* der älteren Patientin *kürzer* aus, die mit ihrem ebenfalls pflegebedürftigen Mann in einer betreuten Wohneinrichtung lebt. Der berufserfahrene Stationsarzt schreibt der älteren Patientin zu, die Entlassung nach Hause einer Reha-Maßnahme vorzuziehen (vgl. Kap. 6.1.3.2). Die Patientin erklärt, dass sie gedacht habe, dass sie vielleicht heute nach Hause käme (Dyade 12a:31). Zuerst zeigt der Arzt *medizinische* Gründe auf, die gegen ihre heutige Entlassung sprechen: „Nee, das glaube ich nicht. Wir müssen noch mal ein zwei Untersuchungen machen“ (ebd.:32), um dann nach ihrer Einlieferung zu fragen, die Freitagnacht war (Dyade 12a:34-39):

Arzt	Okay. Freitag, Samstag, Sonntag, Montag, Dienstag. Morgen könnte ich Sie nach Hause lassen. Ja?
Patientin	(kritisch) Mhm.
Arzt	Okay?
Patientin	(nachgebend) Mhm.
Arzt	Dann machen wir das so.

Ähnlich wie bei dem hochaltrigen Patienten wird die ältere Patientin gar nicht über gesundheitliche Risiken einer (zu) frühen Entlassung aufgeklärt. Vielmehr scheinen zeitliche Aspekte die Entlassungsfähigkeit zu bestimmen, da der Arzt offen die Verweildauer der Patientin im Krankenhaus berechnet. Demnach scheint nach sechs Tagen ihre Entlassung nach Hause möglich. Medizinische Risiken werden auch hier nicht aufgezeigt, sondern nur von der Ärztin gegenüber der jüngeren Patientin kurz angerissen. Inwiefern das *junge Alter* von Patient_innen und/oder die *homogene Gender Dyade* befördert, dass eine ärztliche Aufklärung über Risiken und Nebenwirkung einer frühzeitigen Entlassung in der *Stationsvisite* stattfindet, erfordert mehr (Vergleichs-)Konfliktfälle.

Hingegen ähneln die *wortkargen* Reaktionen der älteren Patientin auf die Verschiebung ihrer Entlassung denen der jüngeren Patientin, die ganz im Gegensatz zum hochaltrigen Patienten beide keine Einwände anführen. Dies könnte darauf hindeuten, dass Patientinnen (*female Patient Gender*) auf die Nichterfüllung ihres früheren Entlassungswunsches eher wortlos eingehen; beziehungsweise die sozial-emotionalen Aspekte, die hinter ihrem frühzeitigen Drängen nach Hause stehen, werden im Sinne einer *hidden social agenda* verzögert thematisiert (vgl. Kap. 3.3.3.1; s. Kap. 6.2.2.2).

6.1.4.2 Spätere Entlassungswünsche

Im *vierten Fall* wird nicht direkt ein späterer Entlassungswunsch als ärztlicherseits empfohlen verhandelt, sondern die Ärztin (mit der geringsten Berufserfahrung) offeriert dem jüngeren Patienten die Möglichkeit einer späteren Entlassung. Hierfür zeigt sie zwei *sozial-emotionale* Aspekte auf, die eine spätere Entlassung legitimieren. Die Umschreibung der emotionalen Aspekte beinhaltet eine negative Konnotation: „Aber Sie können eben morgen gehen (betont), wenn Sie wollen. Morgen oder übermorgen. Wie es Ihnen da besser passt oder was Sie, ob Sie sich noch ein bisschen unsicher fühlen, lieber bis übermorgen bleiben wollen oder“ (Dyade 8b: 22). Diese Ausführung noch leicht {überlappend} stellt der Patient in Anwesenheit seiner Ehefrau klar, dass es ihm gut gehe. Gleichwohl schlägt er eine Verschiebung der gemeinsamen Entscheidungsfindung über seine Entlassung auf morgen vor, ohne einen Grund zu benennen. Ohne weiter nachzufragen stimmt die Ärztin seiner Bitte zu und kündigt an, in der nächsten Visite mit dem Patienten gemeinsam über die zwei Entlassungsoptionen zu überlegen. Weder in dem anderen Fall, in dem die gleiche Ärztin einen älteren Patienten eine Woche später behandelt, noch in allen anderen Fällen wird eine spätere Entlassungsoption ärztlicherseits offeriert. Dies könnte der sehr geringen Berufserfahrung und *Lernprozessen* in der ärztlichen Entlassungsplanung geschuldet sein, demnach Patient_innen per se keine spätere Option offeriert wird (s.a. Kap. 6.2).

Erst in besagter Folgevisite thematisiert der jüngere Patient *soziale* Aspekte, die seine Entlassung betreffen: Nachdem die Ärztin berichtet, gehört zu haben, dass er heute Nachmittag nach Hause gehen wolle, erklärt der Patient: „Ja also wenn meine Frau, die arbeitet heute Vormittag, die würde mich sonst heute Nachmittag abholen. Späterer Nachmittag sonst, wenn das okay wäre?“ (Dyade 8c:7) Außerdem benennt er ein erwachsenes Kind, das ebenfalls bis zum Nach-

mittag anderweitig eingebunden ist. Die Ärztin stimmt der späteren Uhrzeit zu. Es besteht ein gemeinsamer Konsens, dass der Patient wegen familiär begrenzter Unterstützung etwas später und nicht mit einem Taxi ohne Begleitperson nach Hause entlassen wird; ähnlich wie es die gleiche Ärztin bei einem älteren Patienten befürwortet (Dyade 9d). Dies verhält sich im fünften Fall mit einer älteren Patientin vollkommen anders.

Im **fünften Fall** bittet die ältere Patientin, die kurz nach dem zweiten Kathetereingriff wieder auf der Privatstation liegt, ihre Stationsärztin, die geplante Entlassung (um zwei Tage) zu verschieben. Nachdem die Ärztin emotionalen und körperlichen Belastungen der Patientin von dem Eingriff *positiv* abwendet (vgl. Kap. 6.1.1.1), bittet die Patientin die Stationsärztin, den Chefarzt etwas für sie zu fragen: „Ich wollte sowieso auch mal mit ihm äh. Können Sie das auch machen? Er hatte ja vielleicht gesagt, dass ich Samstag nach Hause kann. Vielleicht kann ich (*leise*) doch ein Tag oder ein bisschen länger bleiben? Wissen Sie warum?“ (Dyade 1b:50) Der *leise* Tonfall fällt auf, mit dem die Patientin ihren Wunsch darstellt und könnte auf Schamgefühle hinweisen. Im Vergleich zum vierten Fall fallen drei weitere Aspekte auf: Erstens ist es die Patientin, die selbstinitiativ die Frage nach der Verschiebung der geplanten Entlassung stellt. Zweitens baut die Patientin die Nachfrage der Ärztin nach den Gründen für ihren späteren Entlassungswunsch rhetorisch mit ein. Drittens thematisiert die Patientin das Fehlen rehabilitativer und häuslicher Unterstützung: „Zur Reha kann ich nicht. Da [-heim, Anm.JW] habe ich nicht, nur morgens und abends. Das wäre mir doch sicherer“ (Dyade 1b:52). Erstmals deutet die (alleinlebende) Patientin *häusliche Versorgungsdefizite* an und weist auf eine zeitlich begrenzte Unterstützung hin, was sie zu verunsichern scheint. Dass sie aber selbst die Möglichkeit einer geriatrischen Reha-Maßnahme abgelehnt hat, wird jedoch nicht erwähnt (vgl. Kap. 6.1.2). Die Stationsärztin *geht* auf beide Aspekte nicht ein, sondern schlägt einen späteren Entlassungstermin ‚Anfang der Woche‘ vor, was sie heute absprechen möchte. Nach ihrer *positiven* Einschätzung, dass die Verschiebung der Entlassung kein Problem sein werde, thematisiert die Patientin im folgenden Dialog explizit die *female Gender Dyade* (Dyade 1b:60-64):

Patientin	(<i>lächelnd</i>) Von Frau zu Frau lässt sich schon besser sprechen. Sie sind {Ärztin lächelt} sehr offen und sehr sympathisch und dann hat man auch den Mut zu fragen.
Ärztin	(<i>lächelnd</i>) Gut. {Patientin lacht} Danke schön. {Für die Blumen (<i>betont</i>). Ähm ja.}
Patientin	{{(<i>lachend</i>) Ach Gott (lacht).}
Ärztin	Aber ich denke, dass wird kein Problem sein. [...]

Nur in dieser Visite wird die Bedeutung von **Geschlechterkonstellationen** im Visitengespräch thematisiert. Die explizite Thematisierung von Geschlecht aktiviert für beide Parteien die „*Mitgliedschaft* in einer Geschlechtskategorie“ (Hirschauer 2013:161 Herv.i.Org.) und leitet zur *Relationskategorie* über, indem die Patientin die Interaktionsbeziehung als gleichgeschlechtlich markiert (vgl. Hirschauer 2001:219). Die Frau-zu-Frau-Beziehung bewertet die Patientin als ‚besser‘ in Bezug auf das Sprechen, was sich konkret auf ihren *Mut* bezieht, selbstinitiativ Fragen zu stellen. Der indirekte Vergleich zur Gesprächssituation in der Patientin-Chef-/Arzt-

Konstellation impliziert eine stärkere Asymmetrie und mehr *Angst* auf Seiten der Privatpatientin, etwas zu fragen. Die *Positivbewertung* der *female Gender Dyade* bezieht sich auf zwei *emotionale* Aspekte, die die Patientin der Ärztin als „sehr“ ausgeprägt zuschreibt: ihre Offenheit und Sympathie.

Auf die Thematisierung ihrer Geschlechtszugehörigkeit geht die Ärztin positiv ein und wiederholt ihre positive Prognose bezüglich des späteren Entlassungswunsches. Abweichend von dem bisherigen ärztlichen Darstellungsmuster des *Nichteingehens* wendet sich die Ärztin (*erstens*) weiter der zweiten Katheterintervention und Entlassung zu. *Emotional* bestärkend spricht sie ihrer Patientin eine schnelle *körperliche* Genesung nach dem Eingriff zu und versichert ihr *leise*, dass sie die Patientin nicht aus dem Krankenhaus ‚schmeißen‘ werden (Dyade 1b:68). Im Gegensatz zu allen anderen Ärzt_innen erkundigt sich die Ärztin (*zweitens*) auch nach der sozialen Situation der Patientin. Dies geschieht jedoch erst, nachdem die pflegebedürftige Patientin ausführlich negative emotionale, körperliche und soziale Aspekte darstellt, die diese dann wieder selbst zurücknimmt. Ähnlich wie das aufgezeigte Muster der Zurücknahme *körperlicher* Schmerzen bei Männern (vgl. Kap. 6.1.1.2) thematisiert die Patientin zunächst ihre *emotionale* Betroffenheit (über etwas, was nicht weiter von ihr ausformuliert und auch nicht von der Ärztin hinterfragt wird) sowie eine andere *chronische* Erkrankung, die sie an der Ausübung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten hindert: „Mit der Osteoporose in den Händen. Ich kann keine Kartoffel, (*flüsternd*) *nichts mehr schälen*“ (ebd.:70). Zwar beendet die Patientin ihre Belastungen mit den Worten: „das haken wir ab“ (ebd.:72). Nach der Anmerkung der Ärztin, dass die Patientin noch ‚andere Baustellen‘ habe, führt die Patientin aber weitere **chronische Erkrankungen** an. Erst dann erkundigt sich die Ärztin nach der *häuslichen Versorgung* der pflegebedürftigen Patientin: „Ansonsten geht es zuhause ja gut, ne? Also Sie haben sich ja ganz gut arrangiert (betont)?“ (Dyade 1b:76) Entgegen der vorherigen Andeutung der Patientin, dass sie auch wegen der zeitlich limitierten Unterstützung um eine Verschiebung ihre Entlassung bittet, bestätigt sie die *positive* Vorformulierung der Ärztin mit einem auffallend kurzem „Ja“ (Dyade 1b:77).

Dass die *häusliche Versorgung* ärztlicherseits in der Visite angesprochen wird, hebt sich deutlich von allen anderen Fällen ab. Der zweiminütige Dialog wird vor allem von der *Privatpatientin* geführt, die weitere Beeinträchtigungen anspricht und diese sogleich zurücknimmt:

Aber an manchen Tagen ist es auch schwer. Das sage ich Ihnen auch. Also so ist es mal. Ich meine, ich habe es wirklich schon und auch gut angetroffen. Alles ist auch so wie man sich das in etwa vorstellt. Zwar mini-mini, aber das ist doch egal (Dyade 1b:82f.).

Währenddessen äußert die Ärztin *positive*, zustimmende Kommentare und leitet zur körperlichen *Mobilisation* der Patientin über (ebd.:95). Ein ähnlich *positiver Themenwechsel*, wie es der Stationsarzt beim geriatrischen Patienten anwendet (vgl. Kap. 6.1.4.1).

Im letzten (*sechsten*) *Fall* kommt die andere Privatpatientin ebenfalls ausführlich zu Wort in den Visiten, die von dem Stationsarzt geführt werden. Dies bezieht sich stärker auf ihre Akutbehandlung und emotionale Beschwerden als die Planung der Entlassung (vgl. Kap. 6.1.1). Die Möglichkeit der Verschiebung ihrer Entlassung hängt – etwas anders als bei der pflegebedürft-

tigen Privatpatientin – zwar auch mit der Reha-Behandlung zusammen. So erklärt der Arzt: „Und dann hatten wir das ja so besprochen, dass Sie, dass wir versuchen, diese Reha vorzuziehen. Und dass wir es vielleicht möglich machen können, dass Sie direkt aus dem Krankenhaus in die Reha gehen, ohne nochmal im Hotel vorbeizuschauen“ (Dyade 10b: 15). Demnach scheint in der *Chefarztvisite* besprochen worden zu sein, dass die Urlauberin direkt in die Reha-Klinik verlegt wird, wofür hier jedoch keine *medizinischen* Gründe angeführt werden. Indessen erkundigt sich der Stationsarzt weiter nach *sozialen* Aspekten, wie ob die Patientin etwas von dem Hotel bezüglich ihres Gepäcks gehört habe.

Dass die Entlassung direkt an den Reha-Beginn geknüpft ist, verdeutlicht sich in der vierten Visite. Die Patientin informiert den Stationsarzt: „Ja, aber es hat sich jetzt [...] so ergeben, dass ich HIER (LAUT) bleibe bis zur Kur“ (Dyade 10d:7f.). Auf die Nachfrage des Arztes erklärt die Patientin: „Ja, weil ich musste ja noch diese Geschichte mit dem Magen machen und das wäre; ich kann jetzt nicht ohne alles da raus. Das wäre mir zu anstrengend geworden, da jetzt noch einen Zwischenstopp noch irgendwo anders zu machen“ (ebd.:14). Selbstinitiativ spricht die Privatpatientin (ähnlich wie die pflegebedürftige Privatpatientin) medizinische, soziale und emotionale Gründe an, die ihre Weiterbehandlung im Krankenhaus legitimieren.¹⁷⁸ Allerdings scheint sie dies mit dem Chefarzt besprochen zu haben, während die pflegebedürftige Privatpatientin die Ärztin bat, dies für sie gegenüber dem Chefarzt anzusprechen. Inwiefern die pflegebedürftige Patientin genauso viel Mut bei einer Chefärztin wie bei der Stationsärztin verspührt, um eine spätere Entlassung zu bitten oder der akademische **Bildungshintergrund** der Urlauberin befördert, den Chefarzt selbst danach zu fragen, kann hier nicht beantwortet werden.

Indes fällt im weiteren Verlauf auf, dass der Stationsarzt von sich aus *Small Talk* mit der Urlauberin über den Heimatort hält und dann erst die Akutbehandlung thematisiert. Dies ähnelt den Darstellungen eines anderen Stationsarztes mit viel Berufserfahrung, der auch beim Reha-Thema von sich aus *soziale Konversation* mit dem jüngeren Patienten betreibt (vgl. Kap. 6.1.2.1). Im Gegensatz dazu wird der Small Talk in der Ärzt-Patientin Dyade (1) von der Privatpatientin initiiert, die u.a. über das Wetter, warme Klima und ihre Reisepläne spricht. Dreimal versucht die Stationsärztin, das Visitengespräch zu beenden. Da ausschließlich *Ärzte* soziale Konversation von sich aus betreiben, könnte dies ein (weiteres) Muster in der Darstellung von *Männlichkeit* berufserfahrener Stationsärzte sein.

¹⁷⁸ Die allein reisende Urlauberin wohnt in einer über 600 Kilometer entfernten Stadt.

6.2 Muster in den Wahrnehmungen und Deutungen (nach) der Visite

Die folgenden Ergebnisse basieren auf den 20 leitfadengestützten Interviews mit den Stationsärzt_innen und Erstinfarktpatient_innen, die am Ende der Behandlung im Krankenhaus geführt wurden (vgl. Kap. 5.2). Da die Patient_innen vor wenigen Tagen einen Herzinfarkt überlebt haben, wurden auch ihre Wahrnehmungs- und Deutungsmuster von der *Prähospitalphase* erfasst (6.2.1). Diese Schilderungen weisen auf hausärztliche Fehl-/Deutungen akuter Herzinfarkt-/Beschwerden hin. Der weitere Fokus liegt auf den Wahrnehmungen und Deutungen der Visitingespräche, in denen sich *Konflikte* abzeichneten (6.2.2). Abschließend werden die De-/Thematisierungen von Gender & Dyaden in der Visite vorgestellt (6.2.3).

6.2.1 Prähospitalphase

Tabelle 10 veranschaulicht, was die Betroffenen in der Akutsituation hinter ihren Beschwerden vermuten und wie sie damit jeweils bis zur Behandlung im Krankenhaus (KH) umgehen.

Tab. 10 Vermutung für/ Umgang mit den Akutbeschwerden der 11 Patient_innen in der Prähospitalphase

Patient Gender	Tageszeit Akute Beschwerden	Vermutung für Beschwerden	Umgang mit Beschwerden bis →Krankenhaus/ KH
			<i>Hausärztliche Praxis & Pflegekräfte</i>
Frau (5)	nachts Herzschmerzen, die in Arme ausstrahlen	Herz: vorher Herz- probleme	Patientin ruft <i>Sohn</i> an, der statt Notruf die Hausärztin soll, die ruft → Rettungswagen → KH
Frau (11)	wochentags unwohl, ho- her Puls und Blutdruck	Herz: da ‚extrem eingespannt‘	Patientin ruft Hausarzt an, erhält Termin am Mittag, EKG: auffällig; Praxis ruft → Rettungswagen → KH
Frau (8)	wochentags Druck und Kurzatmig beim Gehen	Lunge: Asthma als Ursache	Patientin besucht Hausärztin , die macht EKG: Angina Pectoris; Praxis ruft <i>Ehemann</i> , der mit Patientin nach Hause fährt und dann ins → KH
Frau (2)	wochentags Übelkeit, Brennen & Druckgefühl im Oberbauch, Unruhe	Magen: Schleim- hautentzündung wegen Essen	Patientin besucht 1. Hausarzt: Magenmittel; 2. Arzt: EKG ohne Befund und Taxischein für KH bei weiteren Beschwerden; Patientin ruft <i>Freund</i> , der kommt und Notruf wählt → Rettungskräfte: EKG auffällig → KH
Frau (9)	wochentags schnell mü- de, ‚sehr luftarm‘ beim Gehen, nachts ‚Reifen‘ um die Brust‘, Lutnot	Magen-Darm: Ver- dauungsprobleme	Patientin besucht Hausarzt , der trotz Blutwerten zu keinen Maßnahmen rät; nachts bittet Patientin den <i>Ehemann</i> , die Notklingel zu drücken; Pflegerin rät zum Notarzt → Rettungswagen → KH
Frau (6)	nachts starke Brust- schmerzen, der links und rechts ausstrahlt	Fehlbelastung: Verlegen/ Verhoben	Patientin wartet bis zum Morgen, um dann informelle Pflegerin (live-in) zu wecken, die ruft Hausarzt , der ruft → Rettungswagen → KH
Patient Gender	Tageszeit Akute Beschwerden	Vermutung für Beschwerden	Umgang mit Beschwerden bis →Krankenhaus/KH
			<i>Familiäres Umfeld & Nachbarschaft</i>
Herr (12)	abends starkes Brennen in der Brust	Herz-/infarkt , weil Symptome	Patient fordert Ehefrau , Notruf zu wählen → Rettungswagen: EKG-Befund Herzinfarkt → KH
Herr (15)	wochentags ‚Kneifen‘ im Arm, Magendrücken, kein Appetit, Ohnmacht	Fehlbelastung: Verlegen; Magen: kaltes Essen	Patient wird ohnmächtig bei gemeinsamer Hausarbeit; Ehefrau sucht Hilfe in Nachbarschaft , Anruf → Rettungswagen → KH
Herr (8)	Wochenende Herzbe- klemmung, Arme taub, Finger kribbeln, Schweiß	Fehlbelastung: ein- geklemmter Nerv	Patient hat starke Beschwerden, Ehefrau sucht Hilfe in Nachbarschaft , Anruf → Rettungswagen → KH
Herr (7)	wochentags Magen- drücken, abends kein Appetit, Brennen beim Atmen, kalter Schweiß, Zahn-/Mandelschmerzen	Magen: Schleim- hautentzündung wegen Essen, Erkältung: Mandeln	Patient legt sich tags zuvor früh schlafen und nimmt Magenmittel; abends nach Sturz fordert Patient Ehefrau auf, Notruf zu wählen → Rettungswagen: EKG ohne Befund, Empfehlung → KH
Herr (2)	wochentags ‚komisches‘ Gefühl im Hals, Schwäche	keine Lungenent- zündung	Patient hat Besuch von Tochter , die soll Notruf wählen → Rettungswagen → KH

Die elf Patient_innen berichten über verschiedene Beschwerden, die sie in der Akutsituation wahrnahmen. Der Schweregrad reicht dabei von leichten und unspezifischen Symptomen (Unwohlsein oder leichtes Kribbeln im Hals) über stärkere Beschwerden (Druckgefühl beim Atmen in der Brust oder im Oberbauch) bis hin zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen (starke Luftnot, Sturz oder Ohnmacht). Ähnlich der Typologie von Brink et al. (2002), die vier Formen des Umgangs von Erstinfarktpatient_innen mit ihren Symptomen in der Prähospitalphase unterscheiden, umfassen die Deutungen der Patient_innen auch hier: „*understanding, amazement, misinterpretation* and *disregard*“ (Brink et al. 2002:536 Herv.i.Org.). Zwar scheinen drei der elf Patient_innen bereits in der Akutsituation zu vermuten, dass ihre Beschwerden etwas mit dem ‚Herzen‘ zu tun haben. Doch das frühzeitige Verständnis beeinflusst nur bedingt einen sofortigen und direkten Notruf. Bei denjenigen Patient_innen, die sich ihre Beschwerden als Magenprobleme, Fehlbelastungen oder Lungenerkrankung (miss-)interpretieren, handelt das familiäre Umfeld schnell. Dagegen kommt es häufiger zu Verzögerungen der Akutbehandlung im Rahmen der hausärztlichen Konsultationen. Hierbei sind geschlechtsbezogene Muster zu erkennen, wie die Patient_innen und ihr jeweiliges Umfeld auf die diversen Herz-/Beschwerden eingehen, was die Prähospitalzeit verlängert oder verkürzt. So sucht die Mehrzahl der Patientinnen (*female Patient Gender*) bei akuten Beschwerden zuerst **hausärztliche Hilfe** auf bzw. bittet um einen Hausbesuch; gleichwohl zwei Patientinnen bereits etwas mit dem Herzen vermuten. Die Schilderungen der hausärztlichen Konsultationen weisen auf Fehldeutungen hin (6.2.1.1), demnach der Möglichkeit eines akuten Herzinfarktes gar nicht oder verzögert nachgegangen wird. Hierdurch verlängert sich die Prähospitalphase. Währenddessen geht keiner von den fünf Patienten (*male Patient Gender*) in die ambulante Praxis, sondern das **familiäre Umfeld** übernimmt die aktive Rolle, um direkt die notärztliche Hilfe zu rufen. Inwiefern der für Männer ausgewiesene Schutzfaktor Familie (Brink 2003) auch für Frauen mit akuten Herzbeschwerden besteht, wird abschließend erörtert (6.2.1.2).

6.2.1.1 Verzögerungen in der hausärztlichen Deutung akuter (Herz-)Beschwerden

In den Schilderungen der Patientinnen, die mit ihren akuten Herz-/Beschwerden erst die hausärztliche Praxis kontaktieren, können zwei Formen von Fehldeutungen ihrer Akutbeschwerden unterschieden werden, die eine schnelle Überleitung in Krankenhaus verzögern. Zuerst verzögert die Zuschreibung emotionaler Aspekte die medizinische Untersuchung der akuten Herzbeschwerden von Frauen (**Yentl-Sysntrom**). Doch wird auch vermeintlich ‚objektiven‘ Untersuchungsergebnissen wie Blut- oder EKG-Werte unterschiedliche Behandlungsrelevanz beigegeben, die im Sinne eines **Gender Bias** Disparitäten in der Überleitung von Frauen und Männern ins Krankenhaus befördern.

Zuschreibung emotionaler Ursachen für akute (Herz-)Beschwerden von Frauen

Anschaulich schildert die jüngere Patientin (Frau 11), dass der Schweregrad ihrer Herzbeschwerden wiederholt nicht an-/erkannt wurde, wie beim Anruf in der Praxis: „Obwohl ich das geschildert hatte, dass es mir nicht gut geht und der Blutdruck für meine Verhältnisse sehr hoch

und der Puls sehr schnell ist, wurde mir dann gesagt: ‚Wir hätten heute Terminsprechstunde und um elf könnten Sie kommen‘.“ (Frau 11a:16) Der Hausarzt deutet scheinbar die von der Patientin gemessenen Blutwerte als einen psychologischen Effekt (ebd.:24):

Dann habe ich das geschildert und dann kommen immer so diese ersten Fragen: ‚Sie vermuten wahrscheinlich schon, wenn Sie messen, dass der Blutdruck höher ist. Das treibt ja dann schon den Blutdruck hoch‘. Aber ich habe dann schon versucht doch zu sagen: ‚Das ist für mich so nicht normal‘. Und dann sagte der Arzt: ‚Dann machen wir mal ein EKG‘. Da wurde ein EKG gemacht und dann durfte ich eigentlich (*lachend*) nicht mehr aufstehen von der Liege.

Die Formulierung ‚immer‘ legt die Vermutung nahe, dass die jüngere Patientin schon öfter erlebt hat, dass ihre körperlichen Beschwerden gemäß dem Motto: ‚*women worry too much*‘ (Seymour-Smith et al. 2002:262) und im Sinne des *Yentl-Syndroms* psychologischen Ursachen zugeschrieben wurden (Elderkin-Thompson/Waitzkin 1999). Aufgrund ihres Risikobewusstseins oder „*awareness of risks*“ (Brink et al. 2002:536) setzt sich die Patientin aktiv gegen die psychologische Fehl-/Deutung ihrer Beschwerden dafür ein, dass ihren Herzbeschwerden *medizinisch* nachgegangen wird. Angelehnt an das biopsychosoziale Risikofaktorenmodell (Schaefer/Blohmke 1977) vermutet die Patientin ‚so etwas‘ wie einen Herzinfarkt: „Weil ich schon in den Vormonaten gemerkt habe, dass ich extrem eingespannt und extrem belastet bin. Ich hatte einfach schon so ein bisschen Angst, dass so etwas passieren kann“ (Frau 11a:18). Ärztlicherseits wird der Schweregrad ihrer Herzbeschwerden erst mit dem Vorliegen eines ‚auffälligen‘ EKG-Befunds an/-erkannt.

Wie bereits in den Ergebnissen zu Darstellungsmustern in den Visitengesprächen aufgezeigt, erleben Patientinnen auch nach der Behandlung ihres ersten Herzinfarktes im Krankenhaus, dass Stationsärzt_innen auf der Normalstation ihre körperlichen Beschwerden bagatellisieren und verzögert die jeweiligen Beschwerden im Arm oder Oberbauch untersuchen (vgl. Kap. 6.1.1). Dabei ähneln die Schilderungen ihren prähospitalen (Herz-)Beschwerden. So teilt der behandelnde Stationsarzt der pensionierten Patientin (2) mit, dass er psychologische Copingprozesse hinter ihren Akutbeschwerden vermutet (vgl. Kap. 6.1.1.1).

In einem weiteren Fall erleidet die pflegebedürftige Patientin (Frau 9) auf der Normalstation einen **akuten Reinfarkt**. Außerhalb der Visite ist das pflegerische Personal (ähnlich wie die Rezeptionskräfte in der hausärztlichen Praxis) die Ansprechperson für Patient_innen und ihre Beschwerden. Sie schätzen ein, ob Ärzt_innen eingeschaltet werden müssen. Auch hier berichtet die ältere Patientin, dass die Pflegekraft den gleichen Herzbeschwerden wie bei ihrem ersten Herzinfarkt nicht sofort nachging und die medizinische Untersuchung verzögerte:

Genau das gleiche. Ich kriegte keine Luft; der Reifen. Und dann hatte ich eine Nachtschwester, die so Eierpo-
peier (betont) mit mir machte: ‚Dass gibt sich gleich. Nun legen Sie sich mal ins Bett und das ist gleich vorbei. Ich habe Jahre dreißig Jahre Erfahrung. Das geht schon‘ (Frau 9:76).

Demnach begründet die Krankenpflegerin das *Nichteingehen* auf die Herzbeschwerden der älteren Patientin mit ihrer langjährigen Berufserfahrung. Die erworbene Fachkompetenz legitimiert eine *Zurückweisung* ihrer subjektiven Beschwerden. Die Patientin widersetzt sich der

Anordnung und begibt sich allein und heimlich auf dem Weg in die Notaufnahme. Doch auf dem Flur wird sie von der Pflegerin ‚erwischt‘ und wieder zurück ins Zimmer geführt:

Und da hat sie mich dann aber erwischt. (bestimmter Tonfall) ‚Nein‘, *ich sage*, ‚*ich will einen ARZT (LAUT)*‘. ‚Ach, jetzt gehen wir erst mal ins Bett.‘ Ich sage: ‚Auch DAS NOCH: >wir ins Bett<. Das kann ich überhaupt nicht vertragen. Sagen Sie dem Arzt bitte, es drängt (betont)‘. ‚Ja, der kommt dann so schnell wie er kann.‘ Ich sage: ‚Der soll hurtig (betont) kommen‘ (Frau 9:78)

Die Schilderung der Auseinandersetzung mit der Pflegerin zeigt, mit welcher Vehemenz die Patientin eine ärztliche Behandlung einfordern muss. So deckt die Patientin eine ‚asymmetrische Verbalhandlung‘ (Siegrist 1979) auf und weist die mit der *Wir*-Formulierung verbundene *Infantilisierung* vehement zurück. Zudem fordert die Patientin mit einem bestimmten Tonfall die Beachtung ihrer Beschwerden und eine ärztliche Untersuchung ein.

Zusammenfassend ist den drei Patientinnen (verschiedener Alters- und Bildungsgruppen) gemein, dass ihre *körperlichen* Beschwerden als nicht-medizinisch relevant bewertet und *psychologisch* betrachtet werden. Die These, dass besonders jüngere Frauen mit einem hohen sozioökonomischen Status ein größeres Risiko haben, eine Fehldiagnose zu erhalten und deswegen verzögert im Akutkrankenhaus notfallmedizinisch behandelt zu werden (Maserejian et al. 2009:1665), findet sich hier nicht wieder. Die aktiven Einforderungen der Patientinnen (z.T. gegen massive Widerstände), dass ihre Herzbeschwerden *medizinisch* untersucht werden sollen, widerspricht den Deutungen in der geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung: Demnach sei die vermehrte Thematisierung emotionaler Aspekte in Gesprächen mit Patientinnen ein ‚geschlechtsspezifisches‘ Interesse von Frauen oder eine ärztliche *patient-centeredness* (vgl. Kap. 3.3). Vielmehr gleicht die emotionale Um-/Deutung ihrer körperlichen Beschwerden einer *Psychopathologisierung*. Wie die Patientinnen damit umgehen, weist auf kommunikative Fertigkeiten im Einfordern medizinischer Untersuchungen hin.

Gender Bias in der Bewertung medizinischer Untersuchungsergebnisse

Die zweite Form der (V-)Erkennungen des Schweregrades erfolgt im Sinne einer ärztlichen Ungleichbewertung medizinischer Daten, die auf einen *Gender Bias* deuten. Nach der hausärztlichen Untersuchung und trotz medizintechnischer Auffälligkeiten in den Blut- und EKG-Werten werden drei von vier Patientinnen wieder nach Hause entlassen. Nur bei der jüngeren Patientin (Frau 11), die sich gegen die psychologische Auslegung ihrer erhöhten Blutwerte einsetzt, wird aufgrund des EKG-Befundes sofort ein Rettungswagen von der Praxis alarmiert und ins Krankenhaus gefahren. Dagegen gibt es einen Fall, in dem die Rettungskräfte dem jüngeren Patienten (Herr 7) ohne ‚auffälligen‘ EKG-Befund die sofortige Untersuchung im Krankenhaus empfehlen.

Die pflegebedürftige Patientin (Frau 9), die wegen Atemlosigkeit beim Gehen zuerst ihren Hausarzt aufsucht, bewertet die hausärztliche Behandlung als „für die Katz“ (Frau 9:192). Denn trotz Blutuntersuchungen erkannte er ihren akuten Herzinfarkt nicht. Über die (Fehl-)Behandlung ihres Hausarztes berichtet sie auch in der Visite¹⁷⁹ (Dyade 13):

¹⁷⁹ Das Gespräch fand nach dem Reinfarkt im Krankenhaus mit einem anderen Stationsarzt statt.

Ich war gerade ein paar Stunden vorher bei meinem Hausarzt und habe meine Blutwerte abgeholt und er sagt: ‚Ja, da könnte etwas am Herzen sein. Aber die Medikamente, die Sie kriegen, Sie sind ja gut eingestellt. Das lassen wir mal so laufen‘. Ein paar Stunden später bekam ich den ersten Stent (Dyade 13:59).

Trotzdem der Hausarzt in den Blutwerten und Akutbeschwerden der älteren Patientin die Möglichkeit kardialer Ursachen sieht, unterlässt er es, eine Abklärung im Krankenhaus zu empfehlen. So geht die Patientin nach Hause und erlebt wenige Stunden später ein derart starkes Engegefühl in der Brust, dass sie ihren Ehemann bittet, mit der Notrufklingel die Nachtwache im Betreuten Wohnen zu rufen (s.a. Kap. 6.2.1.2).

Ähnlich verhält es sich bei der Privat-/Patientin (Frau 2), die im Urlaub gleich zwei Hausärzte wegen ihres Brennen und Druckgefühls im Oberbauch konsultiert. Der zweite Arzt teilt ihr kurz vor dem Wochenende mit: ‚Ja, das EKG wäre nicht so gut und ich sollte nochmal von den Magentabletten nehmen und er würde mir aber jetzt einen Taxischein ausstellen. Wenn es schlechter wird, sollte ich irgendwo nach ‚Stadtname‘ in ein Krankenhaus fahren‘ (Frau 2:21). Trotz grafischer Anzeichen von Veränderungen in den Herzmuskelaktivitäten im Elektrokardiogramm (EKG) wird keine sofortige Abklärung des Schweregrades der Beschwerden im Krankenhaus empfohlen, sondern diese Entscheidung der Patientin überantwortet. Hierfür holt sich die Urlauberin *soziale Unterstützung* eines Bekannten, der mit ihr den Notruf wählt (s. Kap. 6.2.1.2). Der gerufene Notarzt erkennt im EKG einen Herzinfarkt, so dass sie mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren wird. Unklar ist, inwiefern die unterschiedliche Auswertung des EKGs auf körperliche Veränderungen zurückgeführt werden kann oder ob es sich hier um eine Fehldiagnose handelt. Indessen erwähnt die Patientin einen ärztlichen Zeitdruck,¹⁸⁰ der (geschlechter-)stereotype Zuschreibungsprozesse befördern kann.

Entgegengesetzt zur Abwertung der Relevanz medizinisch-,objektiver‘ Untersuchungsergebnisse verhält sich bei einem Patienten (Herr 7). Trotz fehlender medizintechnischer Objektivierungen im EKG werden seine Magen- und anderweitigen Akutbeschwerden als untersuchungsrelevant bewertet. Herr 7 berichtet, dass das EKG ‚in Ordnung‘ war, er sich auch wieder ‚gut fühlte‘ und ‚eigentlich zuhause bleiben‘ wollte (Herr 7:33). Die Rettungskräfte plädierten dennoch für die Überleitung ins Krankenhaus, um den Schweregrad der Akutbeschwerden abzuklären: ‚es hieß, es soll ins Krankenhaus, auf jeden Fall mit zur Untersuchung, falls doch was Größeres sein sollte‘ (ebd.). Der Patient fährt mit, weil auch er diagnostische Lücken eines ‚einfachen‘ EKGs und das *Verkennen eines akuten Herzinfarktes* ausschließen will. Demnach sagte der Rettungssanitäter:

‚Das kann auch mehr sein‘. Und wie gesagt, ich wusste von einem Freund, der hatte einen Hinterwandinfarkt [...]. Der sagte mir auch, die waren da und haben gesagt: ‚Sie sind gesund‘. [...] [B]ei dem war der Blutdruck in Ordnung, der Puls war in Ordnung und das EKG war in Ordnung. Aber die machen ja nur ein einfaches EKG. Der war also erst mal gesund auf den ersten Blick. Und als die mir dann sagten: ‚Wir würden Sie gerne mitnehmen‘, habe ich aber auch nicht lange überlegt, habe ich gesagt: ‚Ja natürlich‘ (Herr 7:39).

Über dieses medizinische Fach- oder Erfahrungswissen verfügen die Patientinnen nicht. Sie werden von ihren Hausarzt_innen aber auch nicht auf diagnostische Lücken hingewiesen, die

¹⁸⁰ Der zweite Hausarzt hatte es ‚irgendwie eilig‘ (Patientin 2:21) und wollte ins Wochenende gehen.

doch gerade in der Gendermedizin im Hinblick auf das ‚andere‘ oder ‚weibliche‘ Geschlecht ausformuliert werden (vgl. Kap. 3.1.2).

Bei der hochaltrigen Patientin (Frau 8) wird trotz der Diagnose *Angina Pectoris* von den medizinischen Leitlinien abgewichen. Frau 8 wird (als einzige der elf Patient_innen) nicht direkt mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren. Zwar berichtet die Patientin, dass ihr die Hausärztin zuerst sagte, dass sie die Patientin nicht nach Hause lasse, da es zu riskant sei und sie ins Krankenhaus müsse. Jedoch wird von dem Notfallprozedere abgewichen, indem ihr *Ehemann* und nicht der Rettungswagen gerufen wird (Frau 8:45):

Aber er hat mich dann abgeholt. Dann sind wir nach Hause. Ich hatte auch noch die Tasche, wo schon ein paar Sachen drin waren. Dann haben wir noch schön etwas zugepackt, weil die Frau Doktor gesagt hat: ‚Sie müssen noch vormittags hin, sonst ist das mit den Untersuchungen nicht so gut‘. Naja und so bin ich dann hierhergekommen. Mein Mann hat mich hergefahren.

Wie es dazu kam, dass Frau 8 nicht direkt in Krankenhaus wurde, sondern dass die Ärztin eine Einweisung am Vormittag empfiehlt, kann nicht beantwortet werden. Auf Nachfrage hebt die Patientin negativ hervor, dass die ‚Sprechstundenhilfe‘ den Ehemann zu direkt über den Schweregrad der Herzbeschwerden der Patientin informiert habe (s. Kap. 6.2.1.2). Trotz der geringen Fallzahl stellt sich die Frage zur Intersektion von **Geschlecht** und **Alter**, die Fehldeutungen des Schweregrades von Patient_innen mit akuten Herzbeschwerden unterschiedlich befördern.

Zusammenfassend weisen die Auswertungsergebnisse auf zwei Formen von Verzögerungen im hausärztlichen Umgang mit den akuten Herzbeschwerden von Erstinfarktpatientinnen hin. Zum einen können geschlechterstereotype Zuschreibungen psychologischer Ursachen die verzögerte Untersuchung körperlicher Beschwerden von Frauen erklären. Neben dem *Yentl-Syndrom* gibt es hier (zum anderen) aber auch Hinweise auf *Gender Bias* in der hausärztlichen Auslegung medizinischer Untersuchungsergebnisse. Diese werden beim ‚weiblichen‘ Geschlecht als nicht be-/handlungsrelevant bewertet. Dem folgend werden Patientinnen vermehrt mit vermeintlich nicht ‚schwerwiegenden‘ Herzbeschwerden in die Häuslichkeit entlassen. Im Notfall sind sie dann auf ihr eigenes Handeln und die *soziale Unterstützung* ihres privaten Umfeldes zurückgeworfen. Inwieweit hiermit Verzögerungen verbunden sind, wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

6.2.1.2 Familiäres Umfeld: Schutzfaktor (Ehe-)Frau – Risikofaktor (Ehe-)Mann?

Dass das soziale Umfeld bedeutsam für die schnelle Behandlung eines akuten Herzinfarktes ist, zeichnete sich bereits im vorausgehenden Abschnitt zur hausärztlichen Fehl-/Deutung von akuten Herzbeschwerden ab. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Eva Brink (2003) weisen die Schilderungen von Erstinfarktpatient_innen über ihre Prähospitalphase darauf hin, dass für die Männer insbesondere Ehe-/Frauen einen Schutzfaktor darstellen. Dagegen sind die oftmals im höheren Alter und alleinlebenden Frauen stärker auf sich allein gestellt (vgl. Kap. 3.1.2). Allerdings bestätigt sich nicht, dass die Ehefrauen die Entscheidung für ihre Männer treffen, professionelle Hilfe aufzusuchen. Vielmehr berichtet die Mehrzahl der Patienten in

dieser Untersuchung, dass sie ihr soziales Umfeld gebeten haben, den Notruf für sie zu tätigen. Dies geben drei von fünf Patienten an, die unterschiedlich starke Beschwerden wahrnehmen, wie z.B. folgender Patient: „Meine Frau war auch da und ich sagte ihr dann: ‚Los, nimm das Telefon. Das ist irgendwas‘.“ (Herr 12:51) In den anderen Fällen, in denen die beiden Patienten (Herr 15 und Herr 8) auch starke Beschwerden wahrnehmen, suchen die Ehefrauen erst Hilfe in der Nachbarschaft, um dann zusammen den Notruf zu wählen.

Derweil zeigen sich **Verzögerungen** in einem vergleichbaren Fall mit einer Patientin, die sich nach dem erfolglosen Besuch beim Hausarzt an ihren (pflegebedürftigen) Ehemann wendet, damit dieser nachts die Notrufklingel im betreuten Wohnen drückt: „Und dann habe ich meinen Mann gebeten zu klingeln. Ich persönlich habe keine Klingel am Bett. Und dann meinte er noch so lieb: ‚Kannst Du nicht ein bisschen zu mir ins Bett kommen. Vielleicht geht es Dir dann (lacht) ja besser‘. Fand ich ganz entzückend“¹⁸¹ (Frau 9:62). Der Ehemann scheint – wie der Hausarzt zuvor und die Krankenpflegerin im Krankenhaus (vgl. Kap. 6.2.1.1) – den Schweregrad der Beschwerden seiner Ehefrau niedriger einzuschätzen, da er abrät, nach der ‚Nachtschwester‘ zu klingeln. Hierdurch werden weitere Verzögerungen befördert. So muss sich die Patientin gegen wiederholte Absprachen ihrer Beschwerden selbst für die Untersuchung ihrer Herzbeschwerden einsetzen.

Zwar **verzögern** die Ehemänner zweier weiterer Patientinnen (Frau 8 und Frau 11) auch die Einlieferung von der Praxis ins Krankenhaus, jedoch weil die Patientinnen ihren Ehemännern keine Sorgen bereiten wollen. Folgende Sorgen beschäftigen die jüngere Patientin, als sie von der Praxis mit einem Rettungswagen in das Krankenhaus gefahren werden soll (Frau 11a:36):

Das wäre gar nicht gegangen, dass ein Fremder ihn anruft: ‚Ihre Frau ist jetzt auf dem Weg ins Krankenhaus‘. Dann hätte er wahrscheinlich direkt einen epileptischen Anfall gekriegt und wäre dann alleine zu Hause gewesen. Also musste ich erst einmal vorrangig organisieren, dass sich da irgendjemand drum kümmert.

Neben der Erkrankung mit den kommunikativen Einschränkungen gibt es hier auch Hinweise auf ein begrenztes soziales Netzwerk, in dem überwiegend die Patientin die Versorgung ihres erkrankten Ehemannes übernimmt. Letztendlich versucht die Patientin noch im Rettungswagen über ihr mobiles Telefon eine Vertrauensperson zu finden, die ihren Ehemann zuhause persönlich über ihre Einweisung ins Krankenhaus informieren kann. Ähnliche Sorgen scheinen auch die hochaltrige Patientin abzuhalten, trotz der Diagnose ‚Angina Pectoris‘ von der Praxis direkt in das Krankenhaus zu fahren. Wie die Sprechstundenhilfe („sie“) ihren Ehemann hierüber informiert, bereitet der Patientin Sorgen: „Aber ich fand, wie sie es meinem Mann gesagt hat, das war nicht so gut. So genau so gleich gesagt, dass ich etwas mit dem Herzen habe und ins Krankenhaus muss. Da hat mein Mann einen Schreck gekriegt. Aber er hat mich dann abgeholt“ (Frau 8:45). Beide Patientinnen wollen ihre Ehemänner vor Belastungen schützen, so dass entsprechend der These vom ‚Schutzfaktor Ehefrau‘ (Brink 2003) Ehemänner sich dagegen als Risikofaktor für Patientinnen erweisen könnte. Da aber keiner von den Patienten mit akuten

¹⁸¹ Auf die Nachfrage, warum sie diesem Gegenvorschlag entzückend fand, erklärt sie, dass er Demenz erkrankt sei, dies aber einer klareren Momente gewesen sei (vgl. ebd.:68).

Beschwerden eine hausärztliche Praxis aufsucht, fehlen Vergleichsmöglichkeiten. Stattdessen werden alle fünf Patienten mit der Unterstützung ‚weiblicher‘ Familienangehöriger von zuhause aus mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren, was die Vermutung von Brink et al. (2002:540) bekräftigt, dass im Besonderen *female relatives* förderlich für die Verkürzung der Prähospitalzeit sind.

Deutliche **Verzögerungen** zeigen sich bei der verwitweten Patientin, die eine private Pflegekraft in der Nachbarschaft wohnen hat. Trotz starker Schmerzen wartet die pflegebedürftige Patientin mehrere Stunden, um die Pflegekraft nicht in der Nacht zu wecken. Auch hier sind es Schamgefühle, andere nicht belasten oder stören zu wollen, die eine Verzögerung bewirken (umfassend Xie et al. 2015). Denn ganz unabhängig von der Vermutung oder dem Schweregrad der Akutbeschwerden, wählt in dieser Studie keine der erstmalig betroffenen Personen selbst den Notruf, sondern in allen Fällen wird das soziale Umfeld stellvertretend tätig. Dieser Umstand gibt Anlass zur Vermutung, dass auch im Akutfall große Hemmnisse zu bestehen scheinen, selbst die Notrufnummer 112 zu wählen.

6.2.2 Konflikt-Visitengespräche

Forschungsleitend ist die Frage, was Ärzt_innen und Patient_innen *nach* der Visite aneinander besonders wahrgenommen haben und wie sie das jeweilige Verhalten vor dem Hintergrund von normativen Erwartungen an die Geschlechtskategorie als (un-)angemessen deuten und bewerten (vgl. Kap. 4.2). Im Fokus dieses Kapitels stehen die wechselseitigen Wahrnehmungs- und Deutungsmuster von *Konfliktgesprächen*, da diese auf Abweichungen von vorherrschenden Normen hinweisen. Um Geschlechterkonstruktionen in den Wahrnehmungs- und Deutungsmustern von Konfliktgesprächen aufzeigen zu können, müssen auch die ‚Konfliktherde‘/Gründe rekonstruiert werden, die Kontroversen bedingen. Konfliktgespräche zeigen sich vor allem in der Reha- und Entlassungsplanung (vgl. Kap. 6.1.3; 6.1.4). Fünf Patient_innen lehnen nach ihrem ersten Herzinfarkt (zunächst) eine stationäre Reha-Maßnahme ab. Die im Interview geschilderten Gründe, warum sie eine Reha-Maßnahme ablehnen (würden), weisen auf **Unwissenheit** über ihre Diagnose und den rehabilitativen Behandlungsbedarf (6.2.2.1) hin. Deutlicher offenbaren sich soziale Probleme (6.2.2.2), die sie daran hindern, nach dem Krankenhaus an einer stationären Reha-Maßnahme teilzunehmen und früher nach Hause entlassen werden wollen. Die in der Visite teilweise verborgenen sozialen Probleme und Sorgen (**hidden agenda**) sind in geschlechterstereotype Muster in der familiären Sorgearbeit eingebettet. Abschließend werden die geschlechterbezogene Muster in der ärztlichen Wahrnehmung und Deutung ihrer Patient_innen aufgezeigt (6.2.2.3), um sodann dies respektive für die Seite der Herzinfarktpatient_innen darzustellen (6.2.2.4).

6.2.2.1 Fehlende Aufklärung über Diagnose und rehabilitativen Behandlungsbedarf

Dass fehlendes Wissen über die Diagnose ‚Herzinfarkt‘ die Ablehnung einer Anschlussheilbehandlung/AHB befördert, zeigt sich prototypisch bei den Patient_innen, die sich umstimmen lassen (vgl. Kap. 6.1.3.3). Der ältere Patient (Herr 15) und die jüngere Patientin (Frau 11) be-

richten beide über widersprüchliche Aussagen von unterschiedlichen Krankenhausärzt_innen über den Schweregrad und die Behandlungsbedürftigkeit der Herzbeschwerden.

Der ältere *Patient* schildert zunächst psychologische *Copingprozesse* und gibt in der Visite an, dass ihm erst nach der Information über die angemeldete AHB langsam bewusstwerde, was er gehabt habe (vgl. Dyade 5a, Kap. 6.1.3.3). Im Interview äußert sich Herr 15 auch selbstkritisch über seinen ‚oberflächigen‘ Umgang mit sich selbst: „Manchmal denke ich, ich bin so (lacht) oberflächlich mit mir oder so. Ich weiß das nicht. Ich habe nicht gedacht, dass ich zur Reha muss. Warum soll ich zur Reha? Ich habe auch jetzt nichts“ (Herr 15:46). Jedoch erfolgt erst auf der Normalstation eine Aufklärung über sein Krankheitsbild und die Indikation für eine Reha-Behandlung laut dem Patienten:

Am anderen Morgen kam der Doktor und sagte: ‚Wir haben Sie zur Reha angemeldet‘. Und da denke ich: ‚Oh Gott, ich bin wirklich krank‘. Also bis dahin habe ich eigentlich gedacht, ich kann gleich meine Hose nehmen und dann haue ich ab. Und das wäre ja auch beinahe passiert, wie ich da bei der ersten Station war. Da haben die ja gesagt: ‚Ja, bis auf den einen Wert, dann ist alles in Ordnung‘ (Herr 15:44).

Herr 15 verweist hier auf die neurologische Station, wo er von den Rettungskräften zuerst eingeliefert wurde. Sowohl auf dieser Station als auch im weiteren Behandlungsverlauf auf der Inneren Station mehren sich ärztliche Aussagen und Umgangsweisen gegenüber den Patienten, die nicht einen lebensbedrohlichen Schweregrad seiner Beschwerden schließen lassen, sondern es wird ihm eine schnelle Entlassung nach Hause in Aussicht gestellt: Nach der Computertomographie (CT) vermittelt ein Arzt zuerst Herrn 15, das nichts vorliege, was sich jedoch nach dem Vorliegen der Blutwerte schnell ändert. „Da haben sie ein CT gemacht, da haben sie Blut abgenommen und dann sagte der Arzt: ‚Ja, da ist eigentlich nichts und wir müssen aber noch einen Blutwert abwarten‘. Und dann haben wir da gewartet und dann haben sie gesagt: ‚Nee, der muss dann nochmal hier zur Inneren Station‘.“ (Herr 15:15) Aber auch im Verlauf der internistischen ‚Behandlungskarriere‘ (Gerhardt 1986) mangelt es scheinbar an einer ärztliche Aufklärung über die Diagnose Herzinfarkt (Herr 15:17, 19):

Da haben wir uns beim Eingang [internistische Notaufnahme, Anm.JW] hingesetzt. Da kam ein Arzt und sagte: ‚Bleiben Sie mal schön sitzen‘. [...] Dann hat er gesagt, ich hätte so einen Kaliummangel. [...] Da haben wir dann gewartet und gewartet bis [...] Katheterlabor. [...] Der Doktor hat gesagt, dass er sich das jetzt alles anguckt und hat dann gesagt, dass zwei von drei Adern verschlossen sind und dass er die jetzt mit einem Stent aufmachen will. [...] Ich muss auch sagen, ich habe erst einen Tag später begriffen, dass ich krank bin.

Zusammenfassend stehen bis zur Verlegung des Patienten auf die Normalstation diagnostische und medizintechnische Maßnahmen im Mittelpunkt der Behandlungsgespräche. So scheint der Patient erstmalig in dem Visitengespräch mit dem Stationsarzt die Diagnose ‚kleiner Herzinfarkt‘ zu hören (Dyade 5a:23). Doch die medizinische Aufklärung über den Herzinfarkt und rehabilitativen Behandlungsbedarf erfolgt erst verzögert, nachdem der Patient die AHB abgelehnt hat, die ohne seine Kenntnis vom Arzt angemeldet wurde. So begründet der Stationsarzt erst nachträglich die Notwendigkeit einer AHB, indem er die Gefahren eines potentiellen ‚großen‘ Herzinfarktes aufzeigt (vgl. Kap. 6.1.3.3).

Die jüngere *Patientin* äußert ähnliche Unklarheiten in Bezug auf ihre Diagnose sowie die stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Auf der Aufnahmestation hieß es: „ich könnte vielleicht auch abends wieder nach Hause. Und dann kam aber doch noch der Vorschlag, nochmal eine Katheteruntersuchung zu machen. Und da mussten dann zwei Stents gesetzt werden“ (Frau 11a: 30). Ihren Schilderungen zufolge werden vorwiegend medizintechnische Aspekte von der Aufnahme über das Katheterlabor bis zur Überwachungsstation kommuniziert. Aus diesen Gesprächen und eigenen Vorwissen über einen ‚typischen‘ Herzinfarkt mit EKG-Befund zieht die Patientin die Vermutung: „Aber das EKG war in Ordnung. Insofern bin eigentlich erst davon ausgegangen, dass es kein akuter Herzinfarkt ist, sondern dass es kurz davor war und dass es mit den Stents sozusagen verhindert werden konnte“ (ebd.:80). Genau wie der ältere Patient wird auch Frau 11 erst ‚oben‘ auf der Normalstation verzögert über ihre Diagnose ‚Herzinfarkt‘ aufgeklärt, und zwar nachdem sie die stationäre und rehabilitative Weiterbehandlung ablehnt:

Hier oben wurde mir dann gesagt, dass ich bleiben müsste, [...] dass ich Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung hätte. Und dann sagte ich: ‚Ich dachte, ich könnte nach Hause‘. Und dann wurde mir gesagt: ‚Naja, Sie hatten ja schon nichts Einfaches‘. Ich sage: ‚Was heißt das jetzt?‘ ‚Ja, es war ein Herzinfarkt‘. Und dann habe ich gesagt: ‚Das höre ich jetzt das erste Mal‘. Und dann hieß es: ‚Ja, das war wohl kein Schwerer‘. [...] Es gibt halt Herzinfarkte, die so klein sind, dass man sie auf dem EKG nicht erkennen könnte. [...] Auf Nachfrage, woran man das dann erkennt, wurde mir dann gesagt, das könnte man am Blut sehen (Frau 11a:80)

Im Gegensatz zu dem Patienten beschreibt sich die Patientin als *aktiv* nachfragend, um eine fachmedizinische Aufklärung über ihre Diagnose zu erhalten. Deutlicher zeichnen sich jedoch *soziale Probleme* ab, die eine Ablehnung der Reha- und Entlassungsplanung begründen.

6.2.2.2 Soziale Probleme und Konflikte in der Akutbehandlung

In den Interviews offenbaren Patient_innen soziale Probleme, die ihre *Ablehnung* der ärztlichen Reha- und Entlassungsplanung begründen, doch in den Visitengesprächen kaum bis gar nicht zu Sprache kommen. Berufliche Verpflichtungen stellen für die (drei) erwerbstätigen Patient_innen kein Ablehnungsgrund dar; weder im öffentlichen Dienst oder bei einer Selbstständigkeit noch bei einer Voll- oder Teilzeitanstellung. Zwar kritisiert der selbstständig Tätige seinen Arbeitsausfall während der zwei bis dreiwöchigen AHB: „Ich kann nicht einfach sagen: ‚Hallo, ich bin die nächsten zwei Wochen nicht da‘. Aber eigentlich ist es durch die neue Technik möglich. Ich bin zwar nicht körperlich vor Ort, aber jedenfalls für alles andere so zu erreichen“ (Herr 8:89). Mithilfe von Computertechnik kann der jüngere Patient seine beruflichen Verpflichtungen erfüllen: „Selber arbeiten tue ich nicht. Ich delegiere es nur, dass es abgearbeitet wird und nicht liegen bleibt“ (ebd.:129).

Die sozialen Probleme beziehen sich hauptsächlich auf die *häusliche Versorgung* und sind in traditionelle Geschlechterarrangements eingebettet, demnach Frauen den Hauptteil der häuslich-familiären Sorgearbeit leisten (vgl. Kap. 2.2). Dass die Privilegien der ‚Krankenrolle‘, insbesondere die Befreiung von sozialen Verpflichtungen nicht die familiäre Sorgearbeit umfassen (vgl. Kap. 3.2.1), verdeutlichen die Sorgen und Bedenken der Patientinnen. Vermehrt berichten Patientinnen über die Sorge, ihren familiären Verpflichtungen nicht nachkommen zu können sowie über Ängste, dass ihr soziales Umfeld durch ihren Krankheitsausfall überlastet wird.

Letzteres begründet, warum z.B. die beiden (alleinlebenden) Privat-/Patientinnen ihre Familienangehörigen erst spät über den Krankenhausaufenthalt informieren. Die Urlauberin informiert ihren Sohn nicht über ihren Herzinfarkt, da sie wegen der Reha-Behandlung nicht mehr die Ferienbetreuung für die Enkelkinder übernehmen kann: „Weil mein Sohn arbeitet. Die waren jetzt eine Woche weg, aber die können sich jetzt im Moment keine Ferien nehmen. Und jetzt haben die armen Kinder keine Ferien. Es hängt alles ganz schlimm zusammen“ (Frau 2: 59). Die andere Patientin will den Kurzurlaub ihrer erkrankten Tochter nicht belasten: „Da habe ich nicht angerufen. Ich habe gesagt, ich gönne denen das Wochenende. Montag habe ich erst angerufen“ (Frau 6:226). Auch in der Prähospitalphase sorgten sich zwei weitere Patientinnen (Frau 8 und Frau 11) darum, dass eine emotionale Belastung der Ehemänner aufgrund ihrer Einweisung ins Krankenhaus per Rettungswagen verhindert werden muss (vgl. Kap. 6.2.1.2). In der Reha- und Entlassungsplanung zeigt sich, dass ausschließlich Patientinnen eine *ambulante* Reha-Behandlung fordern, die auch mit einem hilfsbedürftigen Ehemann zusammenleben und früher nach Hause entlassen werden wollen. Die Patientinnen bringen die vom herkömmlichen Standard abweichende Reha-Form selbst ins Gespräch. Das Wissen über diese ‚abweichende‘ Reha-Form wird ihnen nicht von den behandelnden Ärzt_innen vermittelt, sondern stützt sich bei der älteren Patientin auf **Erfahrungen** aus ihrem Bekanntenkreis. Das Reha-Wissen der jüngeren Patientin (Frau 11) basiert auf Erfahrungen in der familiären Sorge für ihren erkrankten Ehemann. Während die Ablehnung einer geriatrischen Reha-Maßnahme ärztlicherseits akzeptiert bzw. befördert wird (vgl. Kap. 6.1.3.2), erlebt Frau 11 eine starke Gegenwehr. In den zusätzlichen Gesprächen scheinen die (vorgesetzten) Ärzt_innen auf eine stationäre AHB zu bestehen und folgende Pauschallösung für ihre familiäre Sorgearbeit vorzuschlagen: „Sie müssen sich jetzt um sich kümmern und ihr Mann muss dann in Pflege“ (Frau 11a: 34; s.a. Kap. 6.2.2.4).

Gegen diesen Lösungsvorschlag spricht, dass der Ehemann gar nicht pflegebedürftig ist, sondern aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung und damit verbundenen ‚Kommunikationsproblemen‘ (Frau 11a:36) kontinuierlich sozialer Unterstützung bedarf. Passende Betreuungsangebote konnten in einem späteren Beratungsgespräch mit dem Sozialdienst nicht ausfindig gemacht werden. Hier zeigen sich **Versorgungslücken** im Gesundheitswesen, die schon einige Monate vor dem Herzinfarkt bestanden. Die Mehrfachbelastung und Koordinationsprobleme bezeichnet die Patientin als ‚Spagat‘ (ebd.:172) zwischen Familienarbeit (Betreuung des Ehemannes und ein krankes Elternteils) und dem hohen Arbeitsaufkommens am Arbeitsplatz. Während sie die Erwerbsstundenzahl reduzierte, scheint sich erst infolge ihres Krankenhausaufenthalts sporadisch ein privates Netzwerk zu bilden, das die familiären Sorgeverpflichtungen der Patientin übernimmt. Eine Weiterbetreuung des Ehemannes für die Zeit der stationären AHB scheint dieser strikt abzulehnen: „Ich habe ihn dann auch gefragt, wie das für ihn wäre, wenn ich jetzt eine stationäre Reha mache. Nein, das möchte er überhaupt gar nicht“ (Frau 11a: 116). Zugleich sieht sie in dem ‚Herzinfarkt‘ eine große Chance, sich aus ihren Erwerbs- und familiären Verpflichtungen zu lösen, um sich der Fürsorge um sich und ihren Ehemann zuwenden zu können.

Dass sich die Ehefrau eines Patienten (Herr 15) in einer ambulanten Maßnahme befindet, ist nicht der Grund für seine spontane AHB-Ablehnung. Seine ‚Umstimmung‘, doch in eine Reha-Klinik zu gehen, begründet der Patient mit der (reaktiven) Reha-Empfehlung des Stationsarztes (s. Kap. 6.2.3.1). „Jetzt ist nur noch die Frage wohin. Da habe ich mir überlegt, dann gehst du hier in die Reha-Klinik. Da kann meine Frau mit dem Bus kommen“ (Patient 15:56). Vielmehr nimmt das *familiäre Umfeld* der Patienten, insbesondere die erwachsenen *Töchter* eine stützende Rolle in der Posthospitalzeit ein. So berichtet ein älterer Patient (Herr 12), dass seine (nicht pflegebedürftige) Ehefrau mit einer Herzerkrankung Unterstützung von den Töchtern erhält und sie auch eine Unterbringung in der gleichen Reha-Klinik des Patienten privat organisiert haben: „Ich hatte das gar nicht erwartet. Aber gut, ist doch schön, wenn die Kinder sich noch um die Alten kümmern“ (Herr 12:240). Auch der alleinlebende Patient (Herr 2) betont: „Aber zum Glück habe ich eine Tochter und ein Enkelkind. Die kommen alle paar Tage zu mir. Sie wollen auch die nächsten Tage, wenn meine Tochter frei hat, bei mir schlafen. Und dann bin ich familiär eine Zeit lang aufgehoben“ (Herr 2a:7). Das Urlaubsende der erwerbstätigen Tochter löst *soziale Probleme* in ihrer Koordination von Erwerbs- und Familienarbeit aus, die seine frühere Entlassung forcieren. Dies steht im Zusammenhang mit negativen **Behandlungsvorerfahrungen** in einem anderen Krankenhaus (ebd.:187):

Da tat sich nichts bei mir in dem anderen Krankenhaus. Es wurde nur gesagt, dass ich in die Geriatrie komme, aber es wurde nichts danach. Und nach vier Wochen hatte meine Tochter auf mich eingeredet: ‚Du musst nach Hause kommen. Da erholst Du Dich besser als hier‘.

Einerseits deuten die Formulierungen des Patienten auf einen gewissen Druck von seiner Tochter hin, sich gegen ärztlichen Rat nach Hause zu entlassen. Andererseits begründet er sein aktuelles Drängen auf eine frühe Entlassung wie folgt: „um ein bisschen Feuer unterm‘ Hinter zu machen, dass sie mich hier besser behandeln sollen“ (Herr 2b:36). Gemeint ist die fehlende *Mobilisierung* des geriatrischen Patienten auf der Normalstation, was von der Tochter übernommen wird. Außerdem berichtet Herr 2, dass seine Tochter nicht mit den behandelnden Stationsärzt_innen sprechen konnte, dafür aber lange mit seiner Hausärztin telefonierte. Dies weist darauf hin, dass die Tochter (mögliche) Mängel der Krankenhausbehandlung mit ambulanter Unterstützung deckt, um z.B. einen ambulanten Dialyseplatz für die schnelle Entlassung nach Hause zu organisieren. „Weil meiner Tochter mir sagte: ‚Die Dialyse kannst Du auch zuhause kriegen, von dem Nephrologen, bei dem ich schon mehrere Jahre in Behandlung bin‘. Die Tochter ruft morgen an“ (Herr 2b:56).

Deutlich hebt sich hiervon die ärztliche Unterstützung in der **Entlassungsplanung** bei den Patientinnen ab, die u.a. wegen Problemen mit der häuslichen Versorgung eine spätere Entlassung wünschen (vgl. Kap. 6.2.2.4). Eine Verlängerung der akutstationären Behandlung spricht gegen den Trend, dass sich die Verweildauern im Krankenhaus reduzieren (vgl. Kap. 3.2.1). Hierbei scheint eher der **Versicherungsstatus** denn eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit zu legitimieren, dass die Entlassungswünsche der beiden Privatpatientinnen chef-/ ärztlich erfüllt werden. Beide Patientinnen thematisieren *körperliche* und *emotionale* Beschwerden nach den Ka-

theterinterventionen (vgl. Kap. 6.1.1.2). Doch informieren sie ihre erwachsenen Kinder spät über ihren Krankenhausaufenthalt, die weit entfernt in einem anderen Bundes-/Land leben, was die *soziale* Unterstützung der Patientinnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus negativ tangiert. Die häusliche Versorgung der pflegebedürftigen Patientin durch die Pflegekraft begrenzt sich auf eine geringfügige Beschäftigung und körperliche Unterstützung ‚nur morgens und abends‘ (Frau 6:111). Ihre Ablehnung, in ein geriatrisches Nachsorgeangebot überzugehen, wird jedoch nicht hinterfragt. Dagegen gibt es Anzeichen seitens des Stationsarztes, dass die Weiterbehandlung der Urlauberin im Krankenhaus nicht *medizinisch* bedingt sei (vgl. Kap. 6.1.4.2). Auch die Urlauberin scheint sich ihrer privilegierten Stellung bewusst zu sein: „Ich hätte am Donnerstag schon gehen können. [...] Also vier Tage drüber so als Gast“ (Frau 2:35).

6.2.2.3 *Ärzt_innen: Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Konflikt-/Visiten*

Die behandelnden Stationsärzt_innen konnten nicht am gleichen Entlassungstag wie ihre Patient_innen interviewt werden, was sowohl erhebungstechnischen als auch arbeitsorganisatorischen Aspekten im Krankenhaus geschuldet ist (vgl. Kap. 5.). Die zeitliche Verzögerung der Expert_inneninterviews mit den Stationsärzt_innen befördert Verzerrungen in Form von *Erinnerungslücken*. Beispielsweise gibt Arzt 6 an, als er seine Patientin (Frau 5; Dyade 11) beschreibt: „Was war das nochmal bei Frau 'Nachname'. Da kann ich mir jetzt primär an die Spinalkanalstenose noch erinnern“ (Arzt 6:44). Demnach nahm der Arzt bei dieser Patientin stärker die orthopädische Nebenerkrankung als den Herzinfarkt wahr. Gleichzeitig gibt es speziell in diesem Fall auch **Differenzen** bezüglich der Bewertung des Herzinfarktes, die auf biomedizinische *Hierarchisierungsprozesse* in der Kardiologie hinweisen: In der Erhebungsphase wurde die teilnehmende Beobachterin von der Ärztin 1 (mit viel Berufserfahrung) über die Patientin (Frau 5) informiert, die einen NSTEMI oder ‚kleinen Herzinfarkt‘ hatte und deren Gefäßverschlüsse mit mehreren Stents dauerhaft eröffnet wurden. Der behandelnde Arzt 6 (mit wenig Berufserfahrung) stuft die ‚pectanginösen‘ Herzbeschwerden der älteren Patientin (Dyade 11) jedoch als keinen ‚echten Infarkt‘ ein. Hierfür hätten die Laborwert (Troponin) und EKG-Veränderungen gefehlt, den man auch sofort kathetern würde (Arzt 6:48). Neben biochemischen und medizintechnischen Werten schreibt er den Betroffenen eines ‚echten‘ Herzinfarkts auch *extreme* körperliche und emotionale Beschwerden zu:

Patienten, die einen echten Infarkt haben, das ist ein hochdramatisches Ereignis. Die haben Todesangst, die sind nass geschwitzt, als wenn die aus der Dusche tropfen. Denen tropft der Schweiß, denen kann man kein EKG kleben, weil alles pitschnass ist. Die haben Todesangst. Die sitzen da und glauben, die sterben. Das ist maximale Todesangst (Arzt 6:24).

Dagegen scheint er die subjektiven Beschwerden der älteren Patientin (Frau 15), die in der Prä-hospitalphase starke Herzschmerzen wahrnahm (vgl. Kap. 6.2.1), hinter die (fehlenden) *medizinischen* Parameter zustellen.¹⁸² Dass aber sein Patient (Herr 15; Dyade 5) laut dem Stations-

¹⁸² Allerdings bleibt unklar, inwiefern hier eine kardiologische Anschlussheilbehandlung z.B. wegen „Koronarer Herzkrankheit ohne akuten Herzinfarkt“ indiziert sein könnte (DRV 2014).

arzt nur ‚relativ wenig Symptome für einen ausgesprochen schweren Befund‘ (Arzt 6:30) hatte und erst im späteren Verlauf seiner Behandlung kathetert wird, stellt sein Verständnis von einem ‚echten‘ Herzinfarkt nicht in Frage. Hierin verdeutlicht sich eine starke *biomedizin-technische Ausrichtung* in der Herz-/ Medizin *zuungunsten* der subjektiven Beschwerdeschilderungen der Patient_innen (vgl. Klepmerer 2006), die sich an einem klassischen oder großen ST-Hebungsinfarkt orientieren, wie es im Lehrbuch steht (vgl. Kap. 3.1.1).

Die Ausführungen einer Stationsärztin mit gleich wenig Berufserfahrung verdeutlichen die *Vergeschlechtlichung* a-/typischer Herzinfarkte, indem sie mit ‚geschlechterdichotomen Metaphern‘ (Schmitz 2006) unterlegt werden: Zunächst beschreibt sie den Herzinfarkt einer ehemaligen Patientin mit ‚typischen Brustschmerzen‘ und ‚wie man sie aus dem Lehrbuch kennt‘ (Ärztin 5:26), stellt aber heraus, dass das für Frauen nicht immer so typisch sei, ‚sondern die werden dann kaltschweißig, verspüren Übelkeit oder so ein Druckgefühl im Bauch‘ (ebd.:26). Anschließend bewertet sie den Herzinfarkt der jüngeren Frau 11 als ‚frauentypisch‘, wobei sich ausschließlich *emotionale* Aspekte anführt: ‚Sie meinte, sie kann das gar nicht sagen, einfach Unwohlsein‘ (ebd.:28).

Derweil üben (zwei) Ärzt_innen mit viel **Berufserfahrung** fachliche Kritik an der Fixierung auf biochemische Marker: Der erfahrene Arzt merkt kritisch an, dass ‚(die) Krankenkassen einen Reha-Antrag für einen Herzinfarktpatienten abgelehnt haben: ‚weil die orientieren sich zum Beispiel an diesem einen fixen Troponin-Wert. Das war bei ihm gar nicht so hoch, aber der hatte nichtsdestotrotz einen kompletten Gefäßverschluss‘ (Arzt 8:65). Im umgekehrten Falle bestehe laut der berufserfahrenen Ärztin auch die Gefahr einer Fehldiagnose, da Patient_innen mit einer Niereninsuffizienz auch erhöhte Troponinwerte haben (Ärztin 1:51).

In Anlehnung an vorherige Untersuchungen scheint sich die Bedeutung von **Berufserfahrung** in der *Hierarchisierung von Herzinfarkten* zu bekräftigen (Willrodt 2009), so dass aus medizinischer Sicht nicht schwerwiegende Herzinfarkte (NSTEMI oder instabile Angina Pectoris) von (eher) Berufsanfänger_innen eher abgewertet werden (ebd.:84). Demgegenüber greifen Krankenhausärzt_innen mit mehr Berufserfahrung scheinbar stärker auf ihre praktischen Erfahrungen auch mit Ausnahmen von den medizintechnischen Parametern zurück, wodurch sich ein *weites* Herzinfarktverständnis formiert. Gleichwohl weisen die vermehrten Fehldeutungen der Akutbeschwerden von Frauen auf einen ‚doppelten Maßstab‘ (Eichler 1998) in der Abwertung ihrer körperlichen Beschwerden in der Prä-/Hospitalphase hin (vgl. Kap. 6.2.1.1). Die hier bezeichnete »A-Typisierung von Herzinfarkten« orientiert sich an dichotomen Geschlechterkonstruktionen, wie es auch aus ärztlicher Sicht gender-/medizinische Lehrbüchern vermitteln (vgl. Kap. 3.1.3).

Ärztliche Wahrnehmungs- und Deutungsmuster von der Reha- & Entlassungsplanung

Von den neun Krankenhausärzt_innen thematisiert nur ein Stationsarzt (mit viel Berufserfahrung), dass die Patient_innen teilweise auf die periphere Station kommen: ‚ohne das Wissen, dass sie einen Herzinfarkt hatten oder dass es mal irgendwer erwähnt hat. Oder dass keiner gesagt hat: 'Sie haben einen Herzinfarkt'. Und dann denken sie auch so: 'Achso, das war jetzt ein

Herzinfarkt'.“ (Arzt 2:49) Dass Patient_innen aufgrund dieser *Unwissenheit* über ihre Diagnose und den rehabilitativen Behandlungsbedarf eine kardiologische AHB ablehnen könnten, wird in den fünf Ablehnungsfällen jedoch nicht in Betracht gezogen, sondern vornehmlich eine *fehlende Krankheitseinsicht* im Zusammenhang mit psychologischen *Copingprozessen* als ursächlich für die Ablehnung gesehen. Außerdem gibt der Stationsarzt (6) das *Fehlen von körperlichen Beschwerden* als einen weiteren Grund für die fehlende Krankheitseinsicht seines Patienten (Herr 15, Dyade 5) an, der die bereits angemeldete AHB zunächst ablehnte. So hätte der relativ beschwerdefreie Patient ...

das noch gar nicht so richtig realisiert, wie schwer sein Herzinfarkt wirklich war. Das hat er auch in den Gesprächen gesagt: ‚Er muss das erst mal verarbeiten, dass er wirklich so schwer krank war‘. In den Bildern sieht man das aber. Er hatte einen ganz schweren Infarkt (Arzt 6:30).

Zum einen zeigen sich Diskrepanzen zwischen dem medizintechnischen *Infarktschweregrad*, der sich nicht in dem subjektiven Schweregrad des Patienten in der Prähospitalphase widerspiegelt. Neben einer für ihn ‚*untypischen*‘ Appetitlosigkeit nahm der Patient nur ein *leichtes* ‚Klammern‘ im Arm wahr (vgl. Kap. 6.2.1). Zum anderen gibt es auch Diskrepanzen in der medizinischen Bewertung des Schweregrades des Herzinfarktes des Patienten. In der Visite wird dieser noch als ‚kleiner Herzinfarkt‘ tituiert (vgl. Kap. 6.1.3.3), wohingegen der Arzt im Interview die besondere Schwere des Infarktes herausstellt. Dies hängt auch mit der nachträglichen Sichtung der Filme von der Katheterintervention zusammen. Demnach scheint der Oberarzt, der den Eingriff bei dem Patienten durchführte, den Infarktschweregrad nach oben zu revidieren (Arzt 6:86). Diese »*Revision des Infarktschweregrades*« erweise sich auch bei non-compliant Patient_innen als förderlich, um hiermit z.B. das Drängen auf Entlassung zu unterbinden (vgl. Arzt 6:88).

Körperliche Aspekte zieht die Ärztin (5) nicht in Erwägung, dass ihre Patientin Frau 11 eine stationäre AHB ablehnt. Die ärztliche Deutung der Ablehnungsgründe begrenzt sich auf emotionale Aspekte in Sinne der Zuschreibung von psychologischen Verdrängungsprozessen und *negativen Emotionen*: „Bei Frau ‚Nachname‘ war das so, die war am Anfang total schnippisch und reserviert (betont) und hat das auch sehr verdrängt mit ihrer Erkrankung. Aber das hat sich dann nachher herausgestellt, dass sie hat in ihrem Leben viele andere Baustellen hat“ (Ärztin 5:60). Die Ärztin geht auch auf die *sozialen Probleme* der Patientin – die häusliche Versorgung des erkrankten Ehemannes – ein. Allerdings erweist sich die *Zuschreibung von negativen Emotionen* als dominant: „Es gibt welche, die versuchen das alles auszublenden und herunterspielen (betont). Auch die gute Dame Frau [11] (lächelt) war in meinen Augen eher so jemand, der das Ganze auf die leichte Schulter genommen hat, der sich hintenangestellt hat, andere Probleme für sie wichtiger waren“ (ebd.:22).

Entgegen einer ‚*patient-centered medicine*‘ nehmen die persönlichen Lebensumstände der Patientin für die Stationsärztin (mit wenig Berufserfahrung) keine gleichwertige Stellung wie die ärztliche Fachkompetenz in der Reha- und Entlassungsplanung ein (vgl. Kaba/Sooriakumaran 2007; Kap. 3.2.2). Dass die Patientin in der Visite aktiv einfordert, dass ihre soziale Situation

bei der Reha-Planung berücksichtigt werden müsse, bewertet die Ärztin negativ: „Man kommt mit dem Thema Reha und, anstatt dass sie sich dann freut, dass man ihr eine Anschlussheilbehandlung organisieren will, meckert sie gleich rum und meint: ‚Man muss ja die einzelne Situation der Patienten bewerten und das tut halt nicht jeden gut.‘“ (Ärztin 5:65) Neben ‚Freude‘ scheint die Ärztin implizit auch eine gewisse Dankbarkeit als (geschlechter-)angemessene emotionale Reaktion für die Organisation der rehabilitativen Versorgung zu erwarten, was der Stationsarzt (6) nicht an dem Patienten (Herr 15) moniert, der auch sofort die angemeldete AHB ablehnt. Dies kann ein Hinweis auf höhere Erwartungen an Patientinnen (*female Patient Gender*) sein, weniger Kritik gegenüber Ärzt_innen zu üben, sondern ungeachtet etwaiger sozialer Probleme dankbarer für die Reha-Empfehlung zu sein. Es weist aber auch auf eine gewisse *Frustration* der Ärztin hin. Im Gegensatz zur ihrer Patientin negiert die Ärztin sozialen Druck auf Frau 11 ausgeübt zu haben:

Als wenn man sie vor vollendete Tatsachen gestellt und Druck gemacht hätte: ‚Das musst Du jetzt machen‘, dann hätte ich so eine Reaktion auch verstehen können. Aber in dem Moment, dass man gleich so überreagiert und alles so negativ sieht und gleich Kontra gibt, wo man das Thema gerade erst anfängt zu diskutieren, dass fand ich jetzt bei ihr schon ganz eindrücklich (Ärztin 5:65).

Unklar ist, wie ‚eindrücklich‘ die Ärztin gleiches Verhalten bei einem Patienten wahrgenommen und bewertet hätte. Diesbezügliche Rezeptionsstudien fehlen. Der Stationsarzt (5), der die Konfliktgespräche mit dem hochaltrigen Patienten (Herr 2; Dyade 4) führt, bewertet jedoch folgende ‚Überreaktionen‘ von Patient_innen (ihm gegenüber) als ‚ganz typisch‘: „umso weiter es Richtung Entlassung geht, werden die immer aufbrausender und aggressiver im Verhalten, wollen dann unbedingt los und verstehen auch Vieles nicht. Auch wenn man ihnen das mehrfach sagt (betont), wollen die das nicht hören“ (Arzt 5:36). Das Nicht-auf-den-Arzt-hören-wollen (*Non-Compliance*) bewertet er bei Herrn 2 als ‚extrem‘ (ebd.):

Der wollte die ganze Zeit los und es nicht einsehen, dass er noch hier bleiben muss. Dann gab es viele Komplikationen und auch Kommunikationsschwierigkeiten. Das ist ganz häufig, diese Kommunikationsschwierigkeiten, dass das beim Patienten nicht ankommt, warum er denn bleiben muss. Verstehen sie einfach nicht.

Zwar deutet der Arzt ‚Komplikationen‘ an. Stärker werden jedoch ‚Kommunikationsprobleme‘ auf der Seite des Patienten verortet, indem er dem hochaltrigen Patienten geistige Fähigkeiten abspricht und ihn z.B. als ‚leicht dement‘ (Arzt 5:30) bezeichnet. Das Drängen auf Entlassung führt der Arzt auf eine *low health literacy* zurück, was sich aber auf die Nierenerkrankung bezieht: „Er hat nicht verstanden, dass er schwer krank ist, dass er dann zwischenzeitlich auch zuhause dialysepflichtig werden kann und dass er dann auch ganz schnell eintrüben könnte und notfallmäßig dialysiert werden müsste“ (Arzt 5:40). Dies könnte seine *infantilisierende* und *reaktive* Aufklärung über die Probleme mit der Einstellung des neuen Herzmedikaments in der Visite erklären (vgl. Kap. 6.1.2.2).

Die konkrete Umschreibung seines verzögerten Eingehens auf die Forderungen des Patienten weist auf eine innere ‚Emotionsarbeit‘ (Hochschild 1983) des Arztes in der Visite hin, um ein ‚affektneutrales‘ Darstellungsmuster aufrechtzuerhalten: „Nicht aufregen, also Ruhe bewahren.

Und dann versucht man halt zu durchschauen, woran es jetzt liegt, dass der Patient das nicht versteht. Es ist nicht einfach“ (Arzt 5:40). Ähnliche ‚ruhig‘ versucht die Ärztin 5 auf die Kontragebende Patientin (Frau 11) einzugehen. „Ich tue da meinen Job und versuche ihr dann das nüchtern zu erklären“ (Ärztin 5:67). Im Gegensatz zur Stationsärztin thematisiert der Stationsarzt nicht den Herzinfarkt, die Probleme mit der Einstellung des Herzmedikaments oder die soziale Unterstützung eines ambulanten Nephrologen sowie die sozialen Gründe, die das Drängen des Patienten auf Entlassung maßgeblich erklären. Stattdessen äußert er sich kritisch über die *Tochter*, die medizinische Aufklärung von ihm einzufordern scheint: „die hat dann auch noch mal total den Druck gemacht, warum er jetzt nicht schon los kann, warum wir das und das machen müssen“ (Arzt 5:40), und später: „es geht ja auch auf einen über. Die ganzen Herzinfarktpatienten, die sind ja schon sehr aufbrausend, sehr bestimmend in ihrer Art und die machen dann schon viel Ärger“ (ebd.:44), was auf ein hohes *Frustrationspotential* hinweist.

Zusammengefasst finden aus ärztlicher Sicht häufig Konfrontationen mit non-complaint Herzinfarktpatient_innen (sowie deren Angehörigen) statt, die sich wegen der häuslichen Versorgung in die ärztliche Entlassungsplanung einbringen, was auch die zeitliche Gestaltung der akutmedizinischen Behandlung tangiert. Dies scheint den Arzt mit mittlerer Berufserfahrung stärker als die Berufsanfängerin sowohl kommunikativ als auch emotional in seiner klassisch affektneutralen ‚Arztrolle‘ herauszufordern. Denn in dem konkreten Falle mit dem geriatrischen Patienten Herrn 2 eskaliert dies darin, dass er dem Patienten eine Entlassung gegen ärztlichen Rat nahelegt. In beiden Fällen folgen Gespräche mit vorgesetzten Ärzten, die einen vorzeitigen Abbruch der akutmedizinischen Behandlung im Krankenhaus verhindern. Wie die häuslichen Versorgungsprobleme in ober- bzw. chefärztlichen Gesprächen besprochen werden, gilt es weiter zu untersuchen.

Die negative Deutung des *aktiven Einforderns* von Patient_innen ihrer Entlassungswünsche weist ähnliche Züge in dem Konfliktfall mit der Ärztin (5) und ihrer jüngeren Patientin (11) auf. Dass Frau 11 durchsetzt, dass ihre soziale Situation eine ambulante AHB begründet, bewertet die Ärztin als negativ. Hier deutet sich auch eine Abwertung gegenüber der Integration *familiärer* Sorgeverpflichtungen in die ärztliche Entlassungs- und Reha-Planung an, die bei (zwei) Frauen besonders ‚eindrücklich‘ im negativen Sinne wahrgenommen werden. Konform mit dem bekannten *Yentl-Syndrom* könnte sich die ärztliche Zuweisung von negativen Emotionen sich als ein (weitere) auf das ‚weibliche‘ Geschlecht bezogenes Wahrnehmungs- und Deutungsmuster von **Non-Compliance** erweisen, welches sich auf die Nichtbefolgung medizinischer Empfehlungen bezieht. Hierbei deutetn Ärztinnen soziale (Versorgungs-)Probleme ihrer Patientinnen als ein emotional individuelles und nicht sozial strukturelles Problem.

Anders nimmt der Stationsarzt (5) die Konflikte in der Reha-Planung beim geriatrischen Patienten wahr. Zwar führt er auch hier fehlendes (kognitives) Verständnis für die Probleme mit der Wunschgeriatrie an. Die zugeschriebene Ablehnung einer anderen Geriatrieeinrichtung (vgl. Kap. 6.1.4.2) führt er zunächst auf ein kindstypisches Verhalten zu. So wollte der Patient keine andere Einrichtung, „die wir ihm angeboten haben, so aus Trotz (betont)“ (Arzt 5:104). Sein Bestehen auf eine geriatrische Nachsorge beschreibt der Arzt dagegen mit einer ‚männ-

lichen' Attitüde: „Am Ende, als er dann entlassen wurde, wollte der dann doch wieder in die Einrichtung. Er wollte das halt alles selbst bestimmen; dieses: ‚Ich bin der **Macher**. Ich will da und da hin.‘“ (Ebd.:104 Herv.JW) Die geschlechtliche Zuweisung wird deutlicher in seiner Beschreibung von „älteren Herren, die jahrelang gebuckelt haben und halt diese typischen »**Machermänner**« sind, die sich nichts sagen lassen“ (Arzt 5:98). Dagegen wird das aktive Einfordern der (zwei) Frauen nicht in Verhältnis gesetzt mit erwerbs- oder geschlechtstypischen Verhaltensweisen. Dies wirft weitere Fragen bezüglich Geschlechterkonstruktionen in der ärztlichen Wahrnehmung und Bewertung beruflicher versus familiärer Verpflichtungen ihrer Patient_innen auf (vgl. Waitzkin 1991; umfassend Kap. 3.3).

Der berufserfahrene Arzt (8) betrachtet die beruflichen sowie familiären Sorgeverpflichtungen von Herzinfarktpatient_innen als „vorgeschoben“ (Arzt 8:47), wofür man „einfach auch als Assistenzarzt nicht (betont) die Zeit hat, sich damit noch lange zu beschäftigen und lässt es dann auch sein“ (ebd.: 47). Dies würde erklären, warum er den früheren Entlassungswunsch seiner berenteten Patientin (Frau 9) nicht hinterfragt. Jedoch spricht er seinen jüngeren Patienten (Herr 8) in der Visite von sich aus auf die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit an. Auch nachdem der selbstständig tätige Patient den Nutzen eines ‚gelben Zettels‘ *humorvoll* zurückweist, zeigt der Arzt weiterhin Interesse und nimmt sich Zeit für Nachfragen: „Ja also schlussendlich müssen Sie ja, Sie werden ja wahrscheinlich; können Sie von zuhause aus arbeiten?“ (Dyade 8a:78) Im Gegensatz zu seinem geschilderten Umgang im Interview (*Nichteingehen* auf soziale Verpflichtungen der Patient_innen) weisen die beobachteten Darstellungen in den Visiten desselben Arztes in der *male Gender Dyade* doch auf ein aktives Eingehen auf mögliche *berufliche* Probleme sowie potenzielle Reha-Ablehnungsgründe hin.

Zuletzt seien Differenzen im Umgang mit den *sozial-emotionalen Problemen* der Patientinnen auf der **Privatstation** erwähnt, die sich eine spätere Entlassung wünschen. Im Gegensatz zu den häuslichen Problemen des geriatrischen Patienten (2) sowie der jüngeren Patienten (11), die eine frühere Entlassung wünschen, wird den Wünschen beiden Privatpatientinnen stärker entsprochen, da beide länger im Krankenhaus verweilen dürfen. Die behandelnden Stationsärzt_innen führen die zweite Katheterintervention als *medizinischen* Grund für eine verlängerte Verweildauer als die üblichen fünf bis sieben Tage an, ohne die sozialen Probleme in der häuslichen Versorgung zu erwähnen. Jedoch sieht der behandelnde Stationsarzt (2) bei der Privatpatientin Frau 2 (Dyade 10) auch eine *psychologische Erkrankung* als ursächlich. So habe die Urlauberin „sicherlich eine Angststörung zusätzlich gehabt, dass sie schon ein komplexer Fall war“ (Arzt 2:47). Seiner Deutung nach habe sich Frau 2 „da so ein bisschen reingesteigert und wollte dann unbedingt auch an der Rythmusüberwachung bleiben, weil sie immer wieder das Brennen hatte“ (ebd.:98). Hierin verdeutlicht sich die Zuschreibung emotionaler Ursachen, die der Arzt hinter den körperlichen Akutbeschwerden der Patientin vermutet. Indessen legitimieren nur *biomedizinische* Komplikationen eine längere Verweildauer und einen direkten Übergang vom Krankenhaus in die AHB-Klinik, was im Gegensatz zur Direktverlegung in geriatrische Einrichtungen sehr unüblich sei. Dies habe sie dann aber in der Chefvisite besprochen (Arzt 2:98). Dass der Stationsarzt den Beschwerden der Privatpatientin nicht immer nachge-

gangen ist, beschreibt er im Zusammenhang mit einer emotionalen Behandlungsstrategie, aber auch um die Überleitung der Urlauberin in die AHB-Klinik nicht zu gefährden:

Aber wenn man es jedes Mal immer abklärt, bestärkt man sie natürlich auch darin, dass sie die Beschwerden haben kann. Und dann muss man auch ihr einfach mal sagen, dass das keine Beschwerden sind, die vom Herzen kommen, um sie da auch ein bisschen zu lösen von dieser Angst. Wenn man immer sagt, dass es vom Herzen kommen kann und sagt, dass sie sich melden soll, wenn sie Beschwerden hat, dann wäre sie vielleicht nicht in die Reha gegangen, weil sie immer den Eindruck hätte, sie müsste überwacht werden (Arzt 2:78).

Dagegen bewertet der Stationsarzt die medikamentöse Behandlungsstrategie mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln zur nächtlichen Angstlösung kritisch: „Danach fühlte sie sich ganz gelöst und dann war alles weg und das hätte sie gerne wieder das Medikament. So ist sie dann am Ende verblieben. Aber das sind alles Medikamente, die dann auch abhängig machen und die jetzt nicht in der Standardtherapie dazugehören, weil Sie eben Nebenwirkungen haben“ (Arzt 2: 152). So stoßen die Stationsärzt_innen auf der Privatstation an die Grenzen der chefärztlichen Entscheidung, der in beiden Fällen eine spätere Entlassung gewährt.

Ärztliche Wahrnehmungs- und Deutungsmuster von den geriatrischen Patient_innen

Insgesamt gibt es **drei** Patient_innen mit einem geriatrischen Nachsorgebedarf. Neben dem hochaltrigen Patienten (Herr 2) zählen hierzu zwei ältere Patientinnen (Frau 6 und Frau 9). Von den behandelnden Ärzt_innen wird ihre fehlende Überleitung in geriatrische Reha-Maßnahmen nach dem ersten Herzinfarkt gar nicht als Problem oder Folge einer fehlenden Krankheitseinsicht und psychologischer Verdrängungsprozess gesehen. Auch erscheint die Visiteninteraktion weniger konfliktbehaftet und auch nicht mit zusätzlichen Gesprächen mit (vorgesetzten) Ärzt_innen verbunden zu sein. Ganz im Gegenteil erweist sich das *Bestehen auf geriatrische Nachsorge* im Fall des Herrn 2 als Problem.

In den Deutungen des behandelnden Stationsarztes (5) wurden bereits Zuschreibungsprozesse aufgezeigt, die sich auf das hohe **Alter** des Patienten (2) beziehen: Mit der Zuweisung einer altersbedingten (Demenz-)Erkrankung findet eine *Pathologisierung* der geistigen Fähigkeiten des Patienten statt, demnach seine Aussagen nicht ernstzunehmen sind: „er hat es auch aufgrund seines Alters oft nicht verstanden; war so ein bisschen durch den Wind“ (Arzt 5:117). Die ‚Komplikationen‘ *sowohl* in der Planung der akutstationären und rehabilitativen Behandlung *als auch* die häuslichen Versorgungsdefizite von Herrn 2 geraten aus dem ärztlichen Blickfeld. Dazu deutet der Arzt das ‚selbstbestimmte‘ Bestehen auf eine geriatrische Reha-Maßnahme als ein *alter- und geschlechtstypisches Darstellungsmuster* ‚älterer Herren‘, die sich im Renten-/Pensionsalter anscheinend nichts von ihm sagen lassen (vgl. ebd.:98). Im Hinblick auf den frühen Entlassungswunsch seines Patienten „mussten mehrere Ärzte mit ihm sprechen“ (ebd.:40). Darüber hinaus verdeutlichen sich Hierarchisierungsprozesse in der Bewertung rehabilitativer Maßnahmen, die auf eine *Abwertung geriatrischer Reha-Maßnahmen* hinweisen und deren Vernachlässigbarkeit oder *Posteriorisierung* (Rapse/Schulze 2013) legitimieren (vgl. Kap. 6.1.4). Zwar zählt zum ärztlichen Konsens, dass eine Anschlussheilbehandlung nach einem akuten Herzinfarkt medizinisch sinnvoll und besonders nach einem Erstinfarkt zu empfehlen ist. Sehr viel umfänglicher als in den Visiten stellen Krankenhausärzt_innen in den Interviews

dar, wie sie Herzinfarktpatient_innen über eine kardiologische Rehabilitation aufklären. Beispielsweise erklärt der Stationsarzt (5) des hochaltrigen Patienten, der auch über Berufserfahrungen im Reha-Bereich verfügt (Arzt 5:13):

Ich versuche den [Patient_innen, Anm.JW] auch immer klar zu machen, was auf sie in der Reha zukommt und wie wichtig diese Phase danach ist. Weil in dieser Phase ‚Danach‘ ist es natürlich so, dass sie auch einen Reinfarkt bekommen können. Und dann, dass in der Reha-Phase natürlich ganz viel gelernt wird und dass sie kontrolliert und aufgebaut werden, dass sie nicht so alleine gelassen werden in dieser Phase.

Auf die Frage, wie das bei seinem Patienten (2) gewesen sei, erklärt der Stationsarzt (5) nur, dass der Patient „in die Geriatrie musste, also nicht eine *normale Reha*“ (Arzt 5:115 Herv. JW). Dass aber der hochaltrige Patient nach seinem ersten Herzinfarkt ohne eine geriatrische Nachsorge aus dem Krankenhaus entlassen wird, problematisiert der Arzt nicht.

Ferner spiegeln sich im ärztlichen Umgang mit den Entlassungswünschen der Patient_innen *sozialadministrative Differenzen* in der Überleitung in einer geriatrische oder AHB-Klinik wider. Infolgedessen läuft die rehabilitative Versorgung geriatrischer Patient_innen stärker Gefahr, im Sande zu verlaufen: Zuerst *verkennt* der berufserfahrene Arzt (8) doch die *Pflegebedürftigkeit* seiner Patientin (Frau 9), demnach nur eine geriatrische Reha-Behandlung in Frage kommt, wofür das Krankenhaus nur im Falle einer Direktverlegung zuständig ist. Überdies problematisiert der berufserfahrene Arzt in der Visite administrative Aufgaben, die er im Falle ihres Reha-Wunsches noch erledigen müsste. Mit der Nichteinhaltung des angekündigten Nachmittagsgesprächs zur Klärung ihrer Reha-Entscheidung *befördert* der Arzt, dass für die Patientin keine rehabilitative Versorgung in die Wege geleitet wird.

Denn während eine Entlassung nach Hause vor dem Antritt der AHB als ‚üblich‘ gewertet wird und der Wunsch nach einer nahtlosen Überleitung in die Reha-Klinik wegen des späten Reha-Beginns Probleme bereitet, *befördert* der gleiche Wunsch im Falle von Herrn 2, noch vor der Geriatrie zuhause von seiner Tochter betreut zu werden, dass keine rehabilitative Versorgung organisiert wird (vgl. Kap. 6.1.4.2). Anders verhält es sich mit dem (abweichenden) Wunsch der **Privatpatientin** (2), direkt in die AHB-Klinik verlegt zu werden, so dass Frau 2 gut zwei Wochen im Krankenhaus verweilt (vgl. Kap. 6.1.4). Die zu überbrückende Zeit bis zum AHB-Antritt stellt den Stationsarzt (2) vor (bio-)medizinische Erklärungsnot:

Wenn keine Komplikationen aufgetreten sind, etwas noch zu überwachen ist oder noch ein Schrittmacher implantiert wird, dann fragen die Kassen nach, warum der Patient nicht schon nach sieben Tagen nach Hause gegangen ist, was den stationären Aufenthalt rechtfertigt. Das ist was, was wir dann auch so ein bisschen im Hinterkopf haben (Arzt 2:98).

Auf der **Privatstation** führt dies aber nicht dazu, dass die Organisation der Reha im Sande verläuft. Ganz im Gegenteil findet ein ständiger Austausch mit der AHB-Klinik statt. Diese Ungleichbehandlungen bergen die Gefahr, dass Herzinfarktpatient_innen mit einem geriatrischen Reha-Bedarf keine umfassende Aufklärung sowie Überleitung in entsprechende Versorgungsangebote nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus erhalten. Gerade (zwei) **berufserfahrene** Stationsärzt_innen geben an, ganz bewusst nach dem **Alter** von Herzinfarktpatient_innen zu differenzieren, *wie* sie in der Visite die Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen vermitteln

oder auch über die Diagnose, das Krankheitsbild und medikamentöse Behandlung aufklären: Laut dem Stationsarzt (8) entfallt „gerade bei jungen Leuten“ (Arzt 8:73) die Herausstellung körperlicher Reha-Maßnahmen, um nach dem Herzinfarkt den ‚Kreislauf wiederherzustellen‘, denn:

das kann man denen gegenüber schlecht begründen, weil die merken schon: ‚Ich fühle mich so, als wenn ich Bäume ausreißen könnte‘; sondern dass man denen sagt, dass es da auch um die Medikamenteneinstellung, noch ein Verlaufs-EKG und Ultraschall vom Herzen geht; dass ihm nochmal erzählt wird, was eigentlich bei der Koronaren Herzerkrankung passiert. So versucht man das denen dann plausibel zu erklären (ebd.).

Diese *altersbezogene* Aufklärung findet sich auch in der Visiteninteraktion mit dem jüngeren Patienten wieder (Herr 8; Dyade 6; vgl. Kap. 6.1.3.2). Dagegen stellt er bei seiner älteren Patientin (Frau 9; Dyade 12) keine körperlichen Reha-Maßnahmen in der Visite heraus, sondern führt im Gegenteil von sich aus körperliche Gründe an, demnach ihre ‚eingeschränkte Mobilisation‘ die Ablehnung einer Reha legitimiere (vgl. Kap. 6.1.3.2). Im Interview begründet der Stationsarzt die Beförderung einer Ablehnung wie folgt (Arzt 8:61):

Ihre Einstellung war, sie hat schon so viele Rehas durchgemacht, dass sie auch irgendwie ‚reha-müde‘ geworden ist, was ich auch verstehen kann. Sie hätte (betont) eine Reha gemacht. Also ich habe ihr ja im Endeffekt gesagt: ‚Mensch, also nach dem ersten Infarkt eher nein (betont)‘. Weil den Herzinfarkt hat sie gar nicht so stark gespürt. Das hat ihren Allgemeinzustand nicht beeinträchtigt.

Die Information, dass die Patientin kurz zuvor eine orthopädische Reha-Maßnahme in Anspruch genommen hat, deutet der Arzt negativ und schreibt ihr eine »Reha-Müdigkeit« zu. Hierbei verdeutlichen sich Differenzen in der Auslegung des gleichen (niedrigen) *Infarktschweregrades* seiner beiden Patient_innen. Gleichwohl der Arzt den Reha-Willen seiner Patientin erkennt, begründet er die *Posteriorisierung* (Rapse/Schulze 2013) der Rehabilitation mit dem Fehlen subjektiver Beschwerden und körperlicher Beeinträchtigungen infolge des Herzinfarktes. Dies steht nicht nur im Widerspruch zu den Äußerungen der Patientin (*s. Kap. 6.2.3.2*), sondern widerspricht auch der Umgangsweise mit dem jüngeren Patienten (8), der einen ähnlich niedrigen Schweregrad aufweist. Hier betont derselbe Arzt den potenziell lebensbedrohlichen Ausgang des Herzinfarktes (vgl. Kap. 6.1.2.1). Es zeichnet sich ein *Gender & Age Bias* in der ärztlichen Bewertung vergleichbarer Infarktschweregrade ab, die Disparitäten in der rehabilitativen Versorgung nach einem Herzinfarkt befördern.

Auch die berufserfahrene Ärztin (1), die zuerst den geriatrischen Patienten (2) auf der Normalstation visitiert, erklärt, dass sie ‚junge‘ Patient_innen ausführlich aufklärt (Ärztin1:71):

Ein junger Patient braucht ausführliche Infos. Da gehe ich davon aus, dass er es auch ganz genau wissen will. Ein Patient, der 80, 85, 90 ist, der wird es auch nicht alles begreifen. Dann bespreche ich meistens nur das Wichtigste, also die Medikamenteneinnahme. Das ist ‚Medikament_1‘, ‚Medikament_2‘ und ‚Medikament_3‘ und so weiter. Das muss aber nicht um an dem ersten Tag in der ersten Visite stattfinden.

So spricht die Ärztin dem **hochaltrigen** Patient_innen das Bedürfnis ab, nach dem (ersten) Herzinfarkt über das Krankheitsbild aufgeklärt werden zu wollen. Es wiederholt sich die *Zuschreibung eines fehlenden geistigen Verständnisses* für medizinische Themen (*low health*

literacy), was ihre stark reduzierte und verzögerte Aufklärung rechtfertige. Dass im Falle ihres hochaltrigen Patienten (2) gar keine Aufklärung über den Herzinfarkt stattfindet, schreibt die berufserfahrene Ärztin aber auch der *Begleiterkrankung* von Herrn 2 zu: „Dass war auch für ihn das Problem. Er hat dann immer geklagt, dass das mit der Dialyse so schlecht war, wann er davon ab kann und solche Sachen. Also in diesem Fall waren Hauptproblem, Hauptfragen und Diskussion immer Nierenversagen und Dialyse und weniger das Herz“ (Ärztin 1:75).

Ferner ist ein *geschlechterbezogenes Muster* in der Wahrnehmung geriatrischer Patient_innen zu erkennen, demnach (zwei) Ärzt_innen die Pflegebedürftigkeit ihrer älteren Patientinnen (*female Patient Gender*) zu verkennen scheinen. Da alle Stationsärzt_innen in der Visite nicht von sich aus die Möglichkeit körperlicher Beeinträchtigung erfragen, offenbart sich erst in den Folgevisiten ihre Pflegebedürftigkeit (vgl. Kap. 6.1.3). Demnach erfordert die geriatrische Nachsorge eine Entlassungsplanung mit Direktverlegung. In den (retrospektiven) Interviews kommt die ärztliche *Verkennung des körperlichen Pflegebedarfs* nur indirekt zum Vorschein: Die beiden behandelnden Ärzt_innen schreiben ihren pflegedürftigen Patientinnen eine ‚normale‘ AHB-Fähigkeit zu und zeigen eine rehabilitative *Versorgungslücke* auf:

Wir konnten es nicht machen, weil die Patientin eine Pflegestufe hat, was eigentlich, wenn man sich die Patientin anguckt, trotzdem in einer Reha-Klinik funktioniert hätte. Sie hat einfach die Pflegestufe bekommen, weil sie durch diese ganzen Vorerkrankungen schon ein bisschen eingeschränkt ist. Und ich glaube, das ist diese Diagnoseliste, die im Endeffekt den medizinischen Dienst der Krankenkassen dazu bewogen hat, die Pflegestufe zu vergeben. Formal sind die meisten Patienten mit einer Pflegestufe nicht einer normalen Reha ‚zuführbar‘. Sie wäre es gewesen. Also sie ist da so ein bisschen durch das Maschennetz gefallen (Arzt 8:61).

Der berufserfahrene Arzt stellt die medizinische Einstufung der Pflegebedürftigkeit seiner Patientin (Frau 9), über die er erst nachträglich Kenntnis erlangte, hinter seine augenscheinliche Bewertung. Im Interview schreibt er ihr eine körperliche AHB-Fähigkeit zu, aber in der Visite Unsicherheiten in der Bewegung nach ihrer orthopädischen Reha, was die Ablehnung einer kardiologischen Reha legitimiere (vgl. Kap. 6.1.3.2). Deutlicher spricht sich die Stationsärztin (mit wenig Berufserfahrung) gegen eine Geriatrie für ihre pflegebedürftige Patientin (Frau 6) aus, die „von ihren Alltagsfähigkeiten auch wirklich zu fit für eine geriatrische Reha [ist]“ (Ärztin 2:21). Sie hat Verständnis dafür, dass ihre Patientin aufgrund eines *emotionalen (Distinktions-)Bedürfnisses* eine Entlassung nach Hause einer Geriatrie vorziehe, weil sie das ‚von der Stimmung her eher runterziehe, wenn sie zwischen ganz vielen alten immobilen Patienten sei und sich da nicht gut aufgehoben fühle‘ (Ärztin 2:21). Demgegenüber sei Frau 6 ein ‚sehr zugewandter‘ und ‚positiver Mensch‘ (ebd.:7). Ihren Umgang der Ablehnung der geriatrischen Nachsorge bezeichnet die Ärztin als ‚akzeptierend‘, zumal sie die ‚sehr guten Gründe‘ der Patientin auch ‚sehr gut‘ nachvollziehen konnte. „Man kann da gute Gründe aufführen, weswegen das vielleicht gut wäre. Aber in diesem Fall konnte ich die Patientin sehr gut verstehen“ (ebd.:25). *Per se* wird eine rehabilitative Unterforderung der Patientinnen in geriatrischen Kliniken unterstellt, diese aber durch ihre Entlassung nach Hause ohne ambulante Versorgungsangebote weiter aufrechterhalten. Dagegen fordern die beiden Patient_innen mit Geriatrie-erfahrungen (Frau 9 und Herr 2) in den Visiten aktiv eine geriatrische Nachsorge ein.

6.2.2.4 Patient_innen: Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Konflikt-/Visiten

„Soziale Erwünschtheit und unzureichende Erinnerung als Fehlerquelle im Interview“ (Reuband 1988) sind bei der Analyse der Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Erstinfarkt-patient_innen besonders zu reflektieren. Stellt der Herzinfarkt doch eine *Extrem-situation* für die Patient_innen dar, in der sie sich (trotz körperlicher Stabilisierung) auch im Interview noch befinden. Primär äußernd die Erstinfarktpatient_innen *Dankbarkeit* für die schnelle intensivmedizinische Behandlung und scheinen ihre Ansprüche von sich aus zu senken:

- Ich bin eigentlich zufrieden und kann mich nicht beklagen. Ich weiß, dass Krankenhäuser keine Fünf-Sterne-Hotels sind (Herr 12:316).
- Unter Zeitdruck sind die ja alle immer. Das weiß man ja (Herr 7:92).
- Die haben ja Zeitdruck. Da kann ich gar nichts gegen sagen (Frau 9:368).

Auch haben die Patient_innen, die kurz vor ihrer Entlassung interviewt werden, *Erinnerungsschwierigkeiten*. Neben den neuen Fachbegriffen fällt es Vielen schwer, den Ablauf der Ereignisse im Krankenhaus zu rekonstruieren, da sie auf mehreren Stationen behandelt und von unterschiedlichen Ärzt_innen visitiert wurden. Die beiden hochaltrigen Patient_innen sehen ihre Erinnerungsprobleme auch im Zusammenhang mit chronischen oder **alters**bedingten Abbauprozessen, wie es z.B. Frau 8 formuliert: „Und dann wurde im hier noch der, die Herzeruntersuchung gemacht, hier von dem (...). Manchmal entfällt mir ein Wort, aber es fällt mir nachher gleich wieder ein. Ist das schon Alzheimer?“ (ebd.:43) Größere Schwierigkeiten äußert der hochaltrige Patient, der angibt, sich ‚kaum noch‘ an die Akutbehandlung zu erinnern und erklärt: „Ich weiß nicht, ich vergesse das wohl auch wieder schnell“ (Herr 2a:60).

Zum einen weist Herr 2 die längste *Verweildauer* im Krankenhaus von allen elf Herzinfarktpatient_innen auf (vgl. Kap. 6.1.4). In den dreizehn Tagen wird er nach der Intensivstation zudem von unterschiedlichen Ärzt_innen auf der Normal- sowie Dialysestation behandelt. Teilweise scheint sich der Patient aber auch nicht an die Konfliktgespräche bezüglich seiner Entlassung in den letzten zwei Tagen zu erinnern: „Das weiß ich gar nicht mehr, dass ich gesagt habe: ‚Ich gehe heute nach Hause‘.“ (Herr 2b:36) Dass gerade ältere Patient_innen nach intensivmedizinischer Behandlung die zeitliche und räumliche Orientierung verlieren und weitere kognitive Dysfunktionen aufweisen, wird auch als ‚Durchgangssyndrom/Delir‘ bezeichnet (Hibbeler 2014:477).¹⁸³

Zum anderen scheint die Erinnerung an die vielen Kritikpunkte, die der Patient bezüglich der Verzögerungen seiner Entlassung in der Visite äußerte (vgl. Kap. 6.1.4.1), mit der *Vorfreude* auf die bevorstehende Entlassung zu verblasen: „Es ist jetzt auch ein bisschen, wo ich jetzt nach Hause komme, dann glätten sich ja viele Wogen wieder“ (Herr 2b:39). Dieser zufrieden stimmende »*Entlassungseffekt*« ist auch bei dem Patienten (15) erkennbar, der sich nach der (reaktiven) Aufklärung über seine Diagnose vom Stationsarzt (6) hat ‚umstimmen‘ lassen, doch die angemeldete AHB wahrzunehmen: Erst gibt der Patient an, dass der Arzt ‚nicht viel

¹⁸³ In jüngster Zeit konstituiert sich eine Gerontoanästhesiologie, um die Gefahr kognitiver Beeinträchtigungen für ältere Patient_innen nach operativen Eingriffen zu verhindern (Hibbeler 2015).

redet‘ (Herr 15:126). Auf die Nachfrage, worüber er sich mehr Informationen gewünscht hätte, wiegelt er aber ab: „Wenn er mir sagt, ich kann nach Hause gehen, dann hat er schon genug gesagt“ (ebd.:128). In Anbetracht dieser ‚Fehlerquellen‘ kommt der Schilderung von Konflikten und Kritik und den Wahrnehmungs- und Deutungsmustern der Patient_innen besondere Bedeutung zu.

Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Aufklärungsgespräche

Es zeigen sich deutliche Unterschiede, wie gut sich die Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt aufgeklärt fühlen. Das **Alter** und **Geschlecht** der Patient_innen scheinen hierfür relevant zu sein, denn ‚gut informiert‘ fühlen sich vornehmlich die beiden *jüngeren* Patienten (*male Patient Gender*), da ihnen „von vornherein erklärt wurde, woran es liegt“ (Herr 8:105). Demgemäß tun sich keine dringenden Nachfragen für den selbständig tätigen Patienten auf, der in der Visite vom Stationsarzt (8) ausführlich über die Herzmedikamente informiert wurde (vgl. Kap. 6.1.2.2): „Ich habe sowieso generell wenig gefragt, weil ich weiß, warum es passiert ist“ (Herr 8:167). Auch der andere jüngere Patient (7), der auf Nachfrage von der Stationsärztin (7) sowie der Visitengruppe über die Medikamente in der Tablettenbox aufgeklärt wurde, gibt an: „Hier wurde mir eigentlich alles erzählt. Deswegen war ich eigentlich informiert und musste da nicht groß nachfragen“ (Herr 7:152).

Von den beiden sich ‚umstimmen‘ lassende Patient_innen greift der ältere Patient (15) im Interview nicht die *reaktive* Aufklärung über die Diagnose ‚Herzinfarkt‘ auf, die seine Ablehnung der AHB mitbegründete (vgl. Kap. 6.2.2.1). Allerdings hätte er sich von dem ‚nicht viel redenden‘ Stationsarzt (6) mehr medizinische Aufklärung z.B. über die Blutuntersuchungen gewünscht: „Ich meine, es kommt schon was bei raus. Ich habe ja nicht mehr die Kaliumtabletten schlucken müssen. Dann kann ja auch mal einer sagen: ‚Es hat sich alles normalisiert‘.“ (Herr 15:135) Stärker kritisiert die jüngere Patientin (11) die *reaktive* Aufklärung über ihre Diagnose, die auch ihre Ablehnung mit erklärt. Im Gegensatz zu Herrn 15 hätte sie sich gewünscht: „von vornherein ausführlicher darüber aufgeklärt zu werden, was da jetzt eigentlich passiert ist; nicht einfach so: ‚Naja, Sie hatten ja schon etwas Schweres‘.“ (Frau 11a: 134) Folgend schildert sie mehrmalige Nachfragen, um medizinisch über ihre Diagnose in Abgrenzung zum ‚großen‘ Herzinfarkt aufgeklärt zu werden (vgl. Kap. 6.2.2.1).

Ähnliche **Behandlungsvorerfahrungen** im Sinne von Mängeln in der ärztlichen Aufklärung, begründen für die Patient_innen im höheren **Lebensalter**, dass sie nun in der Visite mehr eigene (kritische) Fragen stellen. So hat sich Herr 2 in einem vorherigen Krankenhausaufenthalt nicht gut behandelt und aufgeklärt gefühlt: „da wurde nur gesprochen: ‚Ich komme in die Geriatrie‘. Das wurde auch immer gesagt, aber es wurde nichts danach“ (Herr 2a:187). Die Entlassung gegen ärztlichen Rat hat er dort erstmalig angewendet. Auch in seinem jetzigen Aufenthalt stellt der hochaltrige Patient viele *kritische* Nachfragen, vor allem warum seine Entlassung verschoben wird und will sich selbst entlassen: „Ja ich habe das wohl mal gesagt, um so ein bisschen Feuer untern Hinter zu machen, dass sie mich hier besser behandeln sollen“ (Herr 2b: 36).

Die älteren *Patientinnen* verfügen über umfassende **Behandlungsvorerfahrungen**. Hierzu zählen sowohl eigene als auch indirekte Erfahrungen aufgrund familiärer *Sorgearbeit*. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Frau 5, die mit Verweis auf einen Fernsehbericht ein Herzmedikament kritisch hinterfragt: „Also mit meinen vielen Krankheiten, die ich erlebt habe, mit meinen Männern, also da frage ich bei Ärzten immer nach und das habe ich dann“ (ebd.:94). Aufgrund einer Medikamentenallergie will sie auch immer wissen: „was das ist und wofür ich das einnehme und was das für Nebenwirkungen hat“ (ebd.). Die *reaktiven* Aufklärungen des Arztes (6) bewertet sie positiv, was sie auf die »**neue Generation von Ärzten**« zurückführt, wobei auch eine gewisse *Belustigung* über dominante Ansagen des jungen Arztes durchklingt. Das Abschlagen ihrer Bitte, die telemedizinische Überwachung abzunehmen, damit sie sich für ihre Entlassung anziehen könne, schildert die Patientin wie folgt: „Da musste ich lachen. War doch ehrlich (lacht). Er redet keinem nach dem Mund, so niedlich und jung wie er auch ist“ (Frau 5:124). Das (zugeschriebene) junge **Alter** des Arztes scheint eine *positive* Wahrnehmung und Deutung der (paternalistischen) Zurückweisung ihrer Bitte zu befördern (s. Kap. 6.2.3). Die pflegebedürftige Patientin Frau 9, die über jahrzehntelange Krankenhaus- und Reha-Erfahrungen verfügt, bewertet die Aufklärung des berufserfahrenen Arztes (8) dagegen *negativ*, weil: „Das war mir zu larifari“ (Frau 9:283). Ihrer Erfahrung nach müsse man „immer alles aus den [Ärzt_innen, Anm.JW] raus kitzeln. Ich habe gefragt“ (ebd.:273). Auch nach ihrem Reinfarkt bemängelt sie an dem zweiten Arzt, dass die Aufklärung über mögliche Lebensstilveränderungen „ja auch nur auf Nachfrage gekommen [ist]“ (ebd.:289).

Insgesamt weisen die Wahrnehmungen und Deutungen der Erstinfarktpatient_innen auf ungenügende Aufklärungsgespräche über die Diagnose und Herzmedikamente in der Visite hin. Viele Patient_innen kritisieren die ärztlicherseits kurz gehaltenen Visiten und vermissen eine Aufklärung über für sie besonders relevante Behandlungsaspekte. Eine stärkere *Patient-Centredness* kann aber nicht mit der **Visitenlänge** oder ärztlichen **Berufserfahrung** gleichgesetzt werden. Dies wird besonders in den Deutungen der beiden Patient_innen deutlich, die im Vergleich aller 37 Visitengespräche mit Abstand die *längsten* Visitengespräche erlebten. Der ältere Herr (12:198) erklärt: „Also ich fand, der Oberarzt war ziemlich kurz angebunden und hat nicht viel gesagt“ und „ich hätte mir vielleicht gewünscht, dass er sich über meinen Heilungsstatus ein bisschen mehr ausgelassen hätte“ (ebd.:202). Hierbei handelt es sich um die zweitlängste Visite mit gut sechszehn Minuten, in denen der Oberarzt den Patienten *ausführlich* über *fachmedizinische* Aspekte der Herzinfarktbehandlung aber verhältnismäßig kurz über seinen persönlichen ‚Heilungsstatus‘ aufklärt. Zwar stellt der Patient auch Fragen, die sich allerdings auf seine Begleiterkrankung und nicht auf seinen ‚Heilungsstatus‘ beziehen (Dyade 9a). Inwieweit diese Aufklärungs- oder Wissensbedürfnisse bereits in der Visiteninteraktion bestanden oder erst nachträglich entstanden sind, kann nicht beantwortet werden. Doch äußert die Mehrzahl der Erstinfarktpatient_innen, dass sie in der Visite *ad-hoc* noch gar nicht daran dachten, eigene Nachfragen zu stellen.

Die meiste Kritik übt die Privatpatientin Frau 2, deren Bitte um eine Verlängerung ihrer Behandlung im Krankenhaus bis zur Direktverlegung in die AHB-Klinik entsprochen wird. Neben

der fehlenden Aufklärung über die Herzmedikamente richtet sich ihre Hauptkritik gegen die Durchführung einer zweiten Katheterintervention. Wenngleich die Aufklärung über invasive Maßnahmen wie Katheterintervention oder Bypass-Operation nicht den Schwerpunkt dieser Untersuchung bilden, weisen diese doch gerade aus der Sicht der beide **Privatpatientinnen** auf eine klassisch *paternalistische* Behandlungsanordnung denn eine -empfehlung hin, demgegenüber ihre Sorgen und Wunsch nach Behandlungsalternativen kaum Beachtung finden (vgl. Kap. 3.2.2): Gleich in der ersten und mit sechszehneinhalb Minuten längsten Visite stellt Frau 2 dem Stationsarzt (2) ihre Bedenken und Ängste vor dem zweiten Eingriff vor. Hierauf geht der berufserfahrene Arzt *ausführlich* mit *fachmedizinischen* Aspekte ein, demnach dieser Eingriff (lebens-)notwendig ist und verweist auf *dramatische Verläufe* an-derer Patient_innen (vgl. Kap. 6.1.1.3). Stattdessen hätte sich die Patientin „mehr persönliche Zuwendung und ein bisschen mehr Erklärung [gewünscht], was das für eine Operation ist, was da gemacht wird, was da mit mir passiert. Das wurde ja gar nicht gemacht“ (Frau 2: 219). Als zusätzlich belastend bewertet Frau 2 die ärztliche *Dramatisierung*, dem folgend sie sich compliant den ärztlichen Empfehlungen unterordnen sollte:

- Diese Dramatisierung, die war so schlimm: ‚Sie haben einen Herzinfarkt‘. Dass er mir auch gesagt hat, sie wären gestorben, wenn es zehn Minuten später gewesen wäre. Ich fand es grauenhaft (ebd.:125).
- Ich wurde knallhart mit der Tatsache konfrontiert, dass ich nochmal Glück gehabt habe. Manchen ist das egal, aber mir hat das schon etwas ausgemacht (ebd.:175).
- So ungefähr: ‚Jetzt stellen Sie sich mal nicht so an. Sie sind am Leben. Wir haben ihr Leben gerettet. Jetzt nehmen Sie mal schön ihre Medikamente ein‘ (ebd.:179).

Negativ deutet Frau 2 auch die *medizintechnische* Gesprächsausrichtung, die in der Chefarztvisite sowie mit zunehmender **Berufserfahrung** stärker ausgeprägt zu sein scheint als in der morgendlichen Visite mit dem Stationsarzt (2):

Je mehr Erfahrung so ein Arzt hatte, desto technischer wurde dieses Gespräch. Weil das ist ja ein Arzt, der da jahrelange Erfahrung hat und ein Profi ist. Für den ist das selber einfach alles ein Klacks. Und die anderen, die jetzt noch nicht so viel Erfahrung haben, die sind ja schon bisschen anders damit umgegangen. Aber im Prinzip haben die das genau so gemacht wie der Chefarzt (Frau 2:87).

Letztendlich stellt die chefärztliche Visite auch eine Lehrvisite dar, in der hier ein Chefarzt den Stationsarzt vermittelt, wie mit Bedenken gegen die ärztliche Behandlungsempfehlung hier von der Privatpatientin umzugehen ist. Frau 2 empfindet die Befolgung der chefärztlichen Empfehlung nicht als eine informierte und selbstbestimmte Einwilligung in die zweite Katheterintervention, sondern: „**Entmündigt** kam ich mir auch vor, so als wenn ich zu doof wäre, das zu verstehen. Ich fühlte mich in so einer **Hierarchie** ganz klein und elendig“ (Frau 2:81 Herv.JW). Neben ihrer *fachlichen* Unterlegenheit nimmt die Patientin auch eine *rhetorische Unterlegenheit* wahr: „Also da konnte man nicht sagen: ‚Nein, das will ich nicht‘. Der hat so eine Gesprächsführung, dass man immer automatisch gesagt hat: ‚Ja, Sie haben Recht‘.“ (ebd.:103) Der *eloquente Aufbau* der medizinischen Argumente verstärkt das paternalistische Wissens-Macht-Gefälle anstelle eine auf die Bedürfnisse der Patientin zentrierte Aufklärung und Behandlung zu gewährleisten.

Zwar bewertet die hochaltrige Patientin (Frau 8) ihr Aufklärungsgespräch positiv, indem ein Oberarzt die Fragen der Patientin zur Bypass-Operation *ausführlich* mit *fachmedizinischen* Aspekte beantwortet (vgl. Kap. 6.1.1.3): „Ich wurde ja aufgeklärt, was mit mir ist und die Ärzte sind alle sehr nett. Sie erklären einem das richtig“ (Frau 8:103). Allerdings gibt sie später auch an, dass sie im Grunde genommen gar nicht wisse, wie die Bypass-Operation gemacht werde. „Ob der Brustkorb geöffnet wird; groß, wenig. Die Venen werden ja irgendwo herausgenommen. Wo, weiß ich auch nicht, wo sie am besten sind, wo sie noch nicht verkalkt sind. Das lasse ich alles auf mich zukommen. Ich kann ja doch nichts ändern“ (ebd.:139). Statt eines *informed consent* mutet sich eine resignative Zustimmung oder *resigned consent* an.

Zusammenfassend weisen die Wahrnehmungen und Deutungen der Erstinfarktpatient_innen auf eine gemeinsame **Unzufriedenheit** hinsichtlich der kurzen Visiten hin. Alters- und geschlechterbezogene Muster deuten sich bei der Wahrnehmung (re-/aktiver) Aufklärungsgespräche an. Demnach fühlen sich jüngere Patienten (*male Patient Gender*) von vornherein besser aufgeklärt, so dass für sie keine Notwendigkeit besteht, selbst nachzufragen. *Älterer* Patient_innen hätten sich indes mehr Aufklärung gewünscht. In Abhängigkeit von Geschlecht geben (auch jüngere) Patientinnen (*female Patient Gender*) an, erst aufgrund eigener Nachfragen die für sie relevanten Fachinformationen erhalten zu haben. Hierbei verdeutlichten *Lernprozesse* aufgrund von negativen **Vorerfahrungen** mit ärztlichen Gesprächen, demnach sich Patientinnen stärker für eine fachliche Aufklärung oder auch Beachtung ihrer Beschwerden in der Prä-/Hospitalphase einsetzen müssen (vgl. Kap. 6.2.1). Die aktivere Beteiligung von Patientinnen ist demnach eine Wechselwirkung fehlender fachlicher Aufklärung ärztlicherseits und kann nicht (einseitig) einem vermeintlich größeren Gesundheitsbewusstsein von Frauen zugeschrieben werden (vgl. Kap. 3.3).

Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Reha- und Entlassungsplanung

Deutliche Unterschiede zeigen sich darin, wie bedeutsam Patient_innen die *ärztliche Reha-Empfehlung* wahrnehmen und deuten (sowie bewerten). Die von Grande (2008) vermutete Bedeutung der ärztlichen Reha-Empfehlung für die Überleitung in kardiologische Reha-Maßnahmen – trotz beruflicher und familiärer Verpflichtungen – scheint sich auf Patienten (*male Patient Gender*) zu begrenzen. Der berentete und ‚umgestimmte‘ Patient Herr 15 begründet seine spätere Einwilligung, eine AHB wahrzunehmen, mit der (reaktiven) Aufklärung und Reha-Empfehlung seines Arztes (6): „wo der sagte, ich soll dahin gehen. Gut, wenn er das sagt, dann gehe ich dahin“ (Herr 15:56). Untergeordnet erscheint die familiäre Sorge um die kranke Ehefrau bei der Wahl der wohnortnahen Reha-Klinik mit hineinzuspielen, die sie mit dem Bus besser erreichen kann (vgl. Kap. 6.2.2.2). Ähnliche Bedeutung weist der selbstständig tätige Patient (8) der Reha-Empfehlung seines Arztes (8) für die AHB-Teilnahme zu:

Das ist jetzt wirklich nur der Grund, weil der Arzt es sagt, weil die es empfehlen, dass man es macht. Und weil die einem dann auch Tipps geben können, sollen; weil die Medikamente eingestellt werden sollen. Also das ist wirklich der einzige Grund, warum ich das mache (Herr 8:101)

In seiner Begründung spiegeln sich die Argumente wider, die der Stationsarzt (8) bewusst ‚gerade bei jungen Leuten‘ (Arzt 8:73) mit einem Herzinfarkt herauszustellen versucht (vgl. Kap. 6.2.2.3) und wie er es auch in der Visite *ausführlich* darstellt (Kap. 6.1.3.2).

Entgegen gerichtet zu der Vermutung, dass die „subjektive Präferenzen und Erwartungen der Patientinnen“ (Grande 2008:42) eine Reha-Teilnahme verhindert, ist für die Teilnahme der beiden (AHB-)Patientinnen das ‚psychosoziale‘ Angebot ausschlaggebend denn die medizinischen Reha-Maßnahmen. Zwar wird in der Visite mit der Privatpatientin Frau 2 häufig über die Rehabilitation gesprochen. Doch geht es um organisatorische Aspekte hinsichtlich der von der Urlauberin gewünschten Direktverlegung in die Reha-Klinik. Erst in der vorletzten Stationsvisite findet eine *reaktive* Aufklärung über die Reha-Maßnahmen statt. Eine Aufklärung über kardiologische Reha-Maßnahmen, wie sie in den *male Gender Dyaden* auf der Normalstation zu beobachten war, scheint die Privatpatientin (auch) nicht in der Chefarztvisite zu erhalten, außer: „Reha, das macht man“ (Frau 2:141). Einen Tag vor ihrer Entlassung erklärt Frau 2 im Interview: „Ich vermute, dass die das jetzt übernehmen, was hier im Krankenhaus nicht gemacht wurde, dieses seelische Ankommen an dieser ganzen Geschichte“ (ebd.:135).

In dem Fall mit der jüngeren Patientin (Frau 11) gestaltet sich die Delegation der familiären Sorgearbeit schwierig, so dass sie auf die Genehmigung einer *ambulanten* AHB hofft; nicht aus körperlichen oder medizinischen Gründen, sondern wegen der *psychosozialen* „Lebensberatung einfach: Wie soll es weitergehen“ (Frau 11a:175). Denn durch ihren eigenen Krankheitsfall haben sich Probleme in der Koordination von be- und unbezahlter Arbeit potenziert. Zugleich sieht sie in dem ‚Herzinfarkt‘ eine große Chance, sich aus ihren Erwerbsverpflichtungen zu lösen, um sich der Fürsorge um sich und ihres Ehemannes zuwenden zu können (vgl. Kap. 6.2.2.2). Frau 11 übt starke Kritik an der *doppelten Nichtbeachtung* ihrer Sorgerverpflichtungen, die der stationären AHB-Empfehlung entgegenstehen. So erfolgt der ärztliche Lösungsvorschlag, ihren Ehemann in eine Pflegeeinrichtung zu geben: „ohne überhaupt auch erst einmal die Hintergründe genau zu wissen. Und wenn man anfängt zu erzählen, dann auch nicht richtig zu zuhören, sondern das trotzdem übergehen und sagen: ‚Ihr Mann ist jetzt nicht so wichtig. Sie sind jetzt am wichtigsten‘ (Frau 11a:134). So fühlt sich die Patientin mit ihren sozialen Problemen „unverstanden und abgewimmelt und ich musste das schon ziemlich massiv einfordern“ (Frau 11a:169). Stattdessen hätte sich die Patientin mehr Zeit und Sensibilität für ihre Situation gewünscht, da es „in meiner Situation so pauschal nicht passt“ (ebd.: 134). Es bestärkt die Vermutung, dass soziale Probleme (hier in der Delegation von familiären Sorgerverpflichtungen) die kardiologische Reha-Teilnahme behindern, wovon Patientinnen stärker betroffen sind als Patienten (vgl. Richartz 2015; Willrodt 2009:83).

Ähnlich wie im obigen Falle der Privatpatientin (Frau 2) stellt sich auch für Frau 11 das Beharren der Ärzt_innen auf eine stationäre Reha-Behandlung als zusätzlich belastend dar. Zugleich gibt es Hinweise auf geschlechterbezogene Muster, wie die Patientin vergleichbare Umgangsmuster in Abhängigkeit von **Physician Gender** wahrnimmt und deutet.

Gender Bias in der Deutung des ärztlichen Umgangs mit sozialen Sorgen

Laut Frau 11 scheint sich ein vorgesetzter Arzt (mit sehr viel Berufserfahrung) mehr als die Stationsärztin auf ihre sozialen Probleme ‚eingelassen zu haben‘ (Frau 11a:171). Doch gibt die Patientin auch an, sich über diesen Arzt ‚geärgert‘ zu haben, als dieser bezüglich der stationären Reha-Empfehlung zuerst ihre Blutwerte problematisiert und auch trotz ihres Verweises auf die sozialen Probleme damit ‚nicht locker ließ‘ (Frau 11b:2). Gleichgerichtet scheint sich Frau 11 auch hier *massiv* gegen die doppelte Nichtbeachtung ihrer sozialen Sorgen einsetzen zu müssen, bis er ‚dann die Kurve gekriegt hat und darauf eingegangen ist‘ (ebd.:2). Dagegen beschreibt sie nur die Ärztin als:

sehr kalt. Sie hatte für mich schon so eine Ausstrahlung: ‚Ich lasse da gar nicht mit mir darüber reden. Das wird so gemacht‘. Das ist so dieses Gefühl, plötzlich bevormundet zu werden und da in einer Situation zu sein, wo man dann schon bevormundet wird und wo andere bestimmen wollen, wie es weitergeht, ohne, dass man etwas dazu sagen kann. Das Gefühl hatte ich bei dem Arzt eben nicht so (Frau 11b:10).

Die Beschreibungen der Patientin erinnert an die Rezeptionsstudie mit analogen Patient_innen (Schmid Mast et al. 2011), die ‚Dominanz‘ bei Ärztinnen (*female Physician Gender*) negativer wahrnehmen und bewertet als bei Ärzten (vgl. Kap. 3.3.3.2). Auch bei dieser (realen) Herzinfarktpatientin deutet sich auch ein *Gender Bias* in ihrer Wahrnehmung, Deutung und Bewertung ihrer Ärztin an. Demnach bewertet sie die vergleichbare Nichtbeachtung ihrer sozialen Verpflichtungen bei der Ärztin negativer und empfindet dies als eine stärkere Bevormundung als bei dem vorgesetzten Arzt. Dass die Patientin ihrer Ärztin eine ‚kalte Ausstrahlung‘ zuschreibt, deutet darauf, dass sie von der Ärztin (mehr) erwartet, und zwar dass diese mit mehr *Sensibilität* und *Zeit* auf ihre Sorgen eingeht, was traditionellen Weiblichkeitskonstruktionen und einer *patient-centred* Handlungsorientierung entspricht, aber einer paternalistischen ‚Arztrolle‘ widerspricht (vgl. Kap. 3.2.1).

Zwar äußert der hochaltrige Patient (Herr 2) in der Visite auch Kritik an den Gesprächen mit den vorgesetzten Krankenhausärzten. Wie bei Frau 11 scheinen diese Ärzte ähnlich eindringlich auf ihn eingeredet zu haben, dass er sich nicht früher nach Hause entlässt (vgl. Kap. 6.1.4.1). In der Visite vermutet Herr 2 zwar eine *Antipathie seitens* der Ärzte (Dyade 4c:3), vermutet aber auch wirtschaftliche Interessen des Krankenhauses, die seine Entlassung verzögern würden. Im Interview vergleicht Herr 2 die (*doppelte*) *Nichtbeachtung* seiner Kritikpunkte von dem Stationsarzt (5) mit dem (männer-)typischen Umgang von Politikern: ‚so wie das früher Konrad Adenauer gemacht hatte. Wenn die was nicht widerlegen konnten und keine Argumente hatten, dann sitzen sie das aus. Und die Ärzte hier, die schweigen sich dann aus (lacht)‘ (Herr 2b:62). Dieses ‚männlich‘ konnotierte Nichteingehen auf seine sozialen Probleme führt aber nicht dazu, dass Herr 2 dem Stationsarzt negative Emotionen oder eine ‚kalte‘ Ausstrahlung zuspricht. Gleichgerichtet schreibt der Stationsarzt das Bestehen des Patienten auf eine frühe Entlassung und geriatrische Nachsorge nicht negativen Emotionen zu, sondern deutet es u.a. als ein *männertypisches* Muster von ‚älterer Herren‘ zwecks der Darstellung von *Selbstbestimmung* (vgl. Kap. 6.2.2.3).

Im Interview spricht der geriatrische Patient (Herr 2) dagegen besonders *positiv* über das vorherige Gespräch mit einem vorgesetzten (Chef-)Arzt, welches sich deutlich von den Wahrnehmungen und Deutungen der beiden Privatpatientinnen unterscheidet, die von demselben Chefarzt (regulär) visitiert werden. Im Falle des nach Hause drängenden Patienten (2) scheint sich der Chefarzt mehr *Zeit* und *Aufmerksamkeit* für die sozialen Probleme des Patienten zu nehmen. Gut eine halbe Stunde vermutet der Patient, in der er seine *Sorgen* darstellen konnte, insbesondere „dass ich gerne nach Hause wollte, dass meine Tochter bloß ein paar Tage Urlaub hat und sie kann mich nicht pflegen, weil ich hier festsitze“ (Herr 2b:77). Die Herausstellung dieser *patient-centred* Gesprächsführung wird begleitet von einem positiven Überraschtsein des Patienten, der eine derartige Zentrierung auf seine Sorgen nicht zu erwarten scheint. Dies deckt sich mit den Wahrnehmungs- und Deutungsmustern von Hall et al. (2014), demnach *Patient-centeredness* bei Ärzten (im Vergleich zu Ärztinnen) stärker wahrgenommen und positiv bewertet wird (vgl. Kap. 3.3.3.2).

Die beiden Privatpatientin scheinen dieses Interesse an ihren Sorgen und Bedenken in den (regulären) Visiten mit demselben Chefarzt besonders zu vermissen. Die *Nichtbeachtung* der Sorgen und starken Bedenken der Urlauberin vor dem zweiten Kathetereingriff wurden bereits in den Wahrnehmungs- und Deutungsmustern der Aufklärungsgespräche aufgezeigt. Aber auch die pflegebedürftige Patientin (6) bemängelt, dass ihre häuslichen Versorgungsprobleme bei der Bitte um eine Verschiebung der Entlassung nach der zweiten Kathetereingriff vom Chefarzt (,ihm‘) *verkannt* wurden:

Die Frau Doktor hat ihm das gesagt, dass ich drum gebeten hätte, vielleicht einen Tag länger zu bleiben. Dann sagt er: ‚Ja, Sie sind ja zuhause versorgt‘. Da habe ich gesagt: ‚Nein, nur morgens und abends werde ich versorgt. Hören Sie mal, wer tut denn heute was für 440 Euro‘ (Frau 6:111).

Den Schilderungen der Patientin folgend geht der Chefarzt von einer gesicherten häuslichen Versorgung der pflegebedürftigen Patientin, ohne sich jedoch nach ihrer sozialen Situation zu erkundigt zu haben. So vermisst Frau 6: „dass einer fragt: ‚Wie machen Sie es zuhause jetzt oder wie kommen Sie zurecht?‘ Ich meine, ist nicht sein Bereich, aber das wäre vielleicht manchmal für Leute, die alleine sind, nicht verkehrt“ (ebd.:193). Ähnlich wie der geriatrische Patient (2), der in der Visite mit dem Stationsarzt die häuslichen Versorgungsprobleme als ‚Privatsache‘ bezeichnet (vgl. Kap. 6.1.4.1), ordnet auch diese geriatrische Patientin (6) die Beachtung der häuslichen Situation nicht dem chefärztlichen Aufgabenbereich zu; gleichwohl ein Wunsch nach einer stärkeren Beachtung besteht.

Bereits in der Visite gibt die Privatpatientin explizit die *female Gender Dyade* (1) an, demnach es sich von Frau zu Frau besser sprechen lasse und die offene und sympathische Art der Ärztin ermutige, Fragen zu stellen (vgl. Kap. 6.1.4.2). Im Interview bestätigt Frau 6 die besondere Bedeutung der geschlechtshomogenen Konstellation für ein größeres Vertrauen, auch ihre Sorgen und Bedenken in das Visitengespräch einzubringen (ebd.:115):

An und für sich ist sie immer sehr freundlich, nett und gut zu einem. Sie haben nachher das Gefühl, Sie müssen das einem sagen und zu einer Frau ist die Distanz doch anders als zu einem Mann. [...] Ich hatte an und für sich großes Vertrauen zu ihr, weil sie eine stattliche Frau ist. Aber sie hat auch das Feeling dafür.

Gleich in doppelter Weise findet hier eine tradierte Zuschreibung von Emotionen statt: *Erstens* wird die Ärztin mit klassisch ‚weiblichen‘ Attributen umschrieben. „So haben Sie das Gefühl, da ist eine andere Basis, wenn auch vielleicht nicht ist“ (ebd.:143). *Zweitens* stellt die Patientin das *Feeling* der Ärztin heraus, da die gleiche Geschlechtszugehörigkeit oder eine ‚stattliche Frau‘ zu sein, nicht allein ausreicht. Bereits in den Schließungsprozessen in der ärztlichen Professionalisierung war die Zuweisung emotionaler Fähigkeiten als typisch ‚weiblich‘ prominent, um hiermit den Einschluss von Ärztinnen in die geschlechtsexklusive *Ärztenschaft* zu ermöglichen (vgl. Kap. 2.2.2).

Wahrnehmungs- und Deutungsmuster geriatrischer Patient_innen

Abschließend soll kurz auf die Wahrnehmungen und Deutungen der drei geriatrischen Patient_innen eingegangen werden, denen gemein ist, dass sich alle nach dem Herzinfarkt noch *unsicher* in ihrer körperlichen *Mobilität* fühlen. Dies befördert auch Sorgen und *Verunsicherungen* bezüglich ihrer Rückkehr nach Hause, was aber in den Visiten kaum thematisiert wird. Vielmehr zeichnen sich Probleme in der Überleitung in die Geriatrie ab, so dass ältere Herzinfarktpatient_innen mit einem geriatrischen Reha-Bedarf **untervorsorgt** nach Hause entlassen werden bzw. würden, wenn sie nicht selbst aktiv werden. So fordert die geriatrische Patientin (Frau 9) nach ihrem Reinfarkt in der Visite mit einem anderen Stationsarzt eine *ambulante* Geriatrie: „Da wusste ich mehr als er. Aber er ist ja nachher nochmal wiedergekommen und war dann informiert“ (Frau 9:336). Hier verdeutlicht sich ein *umgekehrtes* Wissensverhältnis, demnach die Patientin besser über die (von der stationären AHB-Norm abweichende) ambulante Geriatrie-Behandlung informiert ist als der Stationsarzt. Die Patientin bewertet seine *reaktive* Wissensaneignung wie folgt: „Das ist dann in Ordnung, wenn er sich informiert und mit einem fundiertem Wissen kommt. Ich sage: ‚Das habe ich Ihnen gesagt, ich wusste das‘ (lacht)“ (ebd.:338).

Frau 9, die über viel **Reha- und Geriatrie-Erfahrungen** verfügt, wertet zwar auch das Angebot in geriatrischen Kliniken ab; ähnlich wie die andere geriatrische Patientin (Frau 6): „Geriatrisch bringt nicht viel. Da ist man zu alt für, dann wird nicht mehr so viel zugemutet. Aber ich kann ja was sagen, was ich muss. Ich habe ja noch einen Mund. Ich bin ja nicht deppert im Kopf“ (Frau 9:247). Eine »*Reha-Müdigkeit*«, wovon der Arzt ausgeht (vgl. Kap. 6.2.2.3), zeichnet sich hier nicht ab. Vielmehr antizipiert die Patientin eine rehabilitative Unterversorgung. Dies will sie mit verstärktem Eigenengagement verhindern, indem sie ihre Bedürfnisse selbst aktiv in die Reha-Behandlung einbringen will. Ein bekanntes Muster, das die Reinfarktpatientin bereits erfolgreich angewendet hat, um geschlechterbezogenen Fehl- und Unterversorgungen in der Prä-/Hospitalphase zu begegnen, die gehäuft Patientinnen (*female Patient Gender*) erleben (vgl. Kap. 6.2.1.1).

Auch der geriatrische Patient (Herr 2) antizipiert seinerseits Probleme bezüglich seines Geriatriewunsches. Dies leitet er aus negativen **Vorerfahrungen** in einem anderen Krankenhaus ab, demnach seine damalige Entlassung gegen ärztlichen Rat Ursache für die Nichtgewährung einer geriatrischen Nachsorge sei. Dass mit der Entlassung aus dem Krankenhaus die Organisa-

tion der geriatrischen Nachsorge außerhalb des krankenhausesärztlichen Zuständigkeitsbereich liegt (vgl. Kap. 3.1.1), wurde scheinbar nicht kommuniziert. Zum Zeitpunkt des Interviews geht Herr 2 noch davon aus, dass der Arzt Rücksprache hält, da er wohl für eine Geriatrie in einer anderen Klinik als der gewünschten vorgesehen sei (Herr 2b:99). Doch im Entlassungsgespräch wird das Thema Geriatrie beiderseits nicht erwähnt. Im späteren Interview beantwortet der behandelnde Arzt (6) die Frage, ob Herr 2 in einer andere Geriatrie gegangen sei: „Nein, der ist nach Hause gegangen“ (Arzt 6:110). Der explizite Reha-Wunsch des alleinlebenden Patienten, sich nach dem Herzinfarkt mithilfe einer geriatrischen Nachsorge wieder zu mobilisieren, fällt somit auf den Patienten und seine Hausärztin zurück. Laut Herrn 2 wurden damals keine weiteren Reha-Maßnahmen in die Wege geleitet, da es hieß: „Ich kann für Sie nichts tun', sagte die Hausärztin“ (Herr 2a:197).

Ambulante Reha-Maßnahmen werden auch nicht der pflegebedürftigen Privatpatientin (Frau 6) aufgezeigt. Im Interview äußert sie eine starke emotionale Betroffenheit darüber, dass ihr eine AHB verwehrt werde: „Weil ich ein Pflegefall bin, habe ich keinen Anspruch mehr auf Reha. Ich habe auch geweint. *(zittrige Stimme)* Das hat mich so mitgenommen. Das habe ich auch noch nicht abgearbeitet“ (Frau 6:83). Gleichwohl sie angibt zu verstehen, dass sie aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit eine Begleitperson bedarf: „Ich brauche immer jemanden, der mich hinbringt, wieder abholt“ (ebd.:83), wofür es in AHB-Kliniken kein Personal gibt, sieht sich die Patientin vor allem aufgrund ihres **Alters** benachteiligt: „Als alter Mensch, *(zittrige Stimme)* wenn Du jemand brauchst, kannst Du nur noch sterben. Das ist doch so“ (Frau 6:85). Die Ablehnung einer geriatrischen Nachsorge stellt die Patientin in Verbindung mit einer Reihe von biografischen Entscheidungen für ein *selbstbestimmtes* Leben im Alter: „Ich wollte auch nicht ins Altenheim oder ins Betreute Wohnen. Ich wollte einfach noch ich selber sein. Und deshalb haben auch Nein gesagt. Für mich gibt es nur noch in die Erde oder nach oben“ (ebd.:83). Neben dem in der Visite kommunizierten Distinktionsbedürfnis von anderen geriatrischen Patient_innen verdeutlicht hier die Sorge um eine total-institutionelle Fremdbestimmung in entsprechenden Einrichtungen (Goffman 2001), der sich die pflegebedürftige Patientin so lange wie möglich entziehen will. Auf ihre Ablehnung scheint auch der Chefarzt „gar nicht“ einzugehen: „Ich sage: ‚Ich bin halt ein alter Mensch'. Sagt er: ‚Das haben Sie gesagt‘.“ (Frau 6:89)

6.2.3 De-/Thematisierung von Gender & Dyaden in der Visite

In Anbetracht der Debatte um den Bedeutungsverlust der Kategorie Geschlecht (vgl. Kap. 2.3.2) drängt sich die Frage auf, welche Relevanz Stationsärzt_innen und Herzinfarktpatient_innen sowohl ihrem als auch dem Geschlecht ihres Gegenübers für das Visitengespräch beimessen. Die folgenden De-/Thematisierungen von Gender & Dyaden in der Visite werden zuerst aus ärztlicher Sicht und dann aus der Sicht der Patient_innen vorgestellt.

6.2.3.1 Zum Bedeutung(-sverlust) von Gender & Dyaden in der Visite aus ärztlicher Sicht

Welche Bedeutung die neun Stationsärzt_innen Gender für das Visitengespräch beimessen, fällt unterschiedlich aus. Hauptsächlich sehen Ärzt_innen die Kategorie Geschlecht mit Blick auf die Seite der Patient_innen (*Patient Gender*) und betrachten auch ihre Geschlechtszugehörigkeit (*Physician Gender*) ausschließlich aus der Perspektive der Patient_innen sowie deren »Un-/Behagen in spezifischen Gender Dyaden«, was nachfolgend erörtert wird.

Thematisierung von Patient Gender

Ähnlich der Studie zu (haus-)ärztlichen Geschlechterkonstruktionen in der Behandlung von Krebspatient_innen (Dennert 2012) weisen auch in dieser Untersuchung Stationsärzt_innen die Bedeutung von Patient Gender für ihr professionelles Handeln von sich, zeigen aber auch Geschlechterdifferenzen in der Prä-/Hospitalphase sowie beim Übergang von Männern und Frauen nach einem Herzinfarkt in die Reha-Behandlung auf. Die Unterschiede in der *Prähospitalphase* werden auf ‚geschlechtsspezifische‘ Umgangsweisen mit körperlichen Beschwerden zurückführt, wie die folgenden Affirmationen einer Ärztin (5:24) zeigen:

Bei Männern ist das manchmal tatsächlich so, dass sie natürlich nicht so in sich hineinhorchen und dann ihrer Frau von den Beschwerden erzählen. Die Frau drängt dann, sie gehen ins Krankenhaus und ein Infarkt wird dadurch gesehen. Frauen kommen eher dann oder Frau 'Nachname-Patientin (11)' hat sich dem Hausarzt vorgestellt, weil sie sich unwohl gefühlt hat. Die achten dann mehr auf sich und die fühlen das.

In zweierlei Weise finden sich hier ‚natürliche‘ Zuschreibungen von ‚geschlechtsspezifischen‘ Attributen wieder. Demnach wird Ehe-/Frauen ein größeres Körper- und Gesundheitsbewusstsein als Ehe-/Männern zugesprochen, was die direkte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sowohl im eigenen Fall als auch im Falle ihrer Ehemännern begründe (vgl. Kap. 3.3.3.1). Auch das Belächeln der (kindsähnlich) *passiven Krankenrolle der Ehemänner* (Seymour-Smith et al. 2002) findet sich in der Herzinfarktbehandlung wieder: „Die Ehefrauen sind dann bei den Männern (lacht) häufig die Stimme der Vernunft“ (Arzt 6:85). Zum einen reproduzieren Krankenhausärzt_innen stereotype Konstruktionen von Patient Gender (vgl. Kap. 3.3.3.1), indem sie Geschlechterdichotomien im körper- und gesundheits(un)bewussten Umgang von Herzinfarktpatient_innen ausweisen (vgl. Kap. 3.3). Zum anderen widerspricht die zugeschriebene Gesundheitsfürsorge der Frauen den Verzögerungen in der Prähospitalphase, was für denselben Arzt Fragen aufwirft: Seiner Erfahrung nach neigen Männer eher dazu, ihre Beschwerden und Schmerzen „herunterzuspielen“ (Arzt 6:52). Dies deckt sich mit ärztlichen Männlichkeitskonstruktionen, demnach besonders den körperlich arbeitenden Männern („Bauern“) eine hohe

Schmerz-Indolenz zugewiesen werde (Willrodt 2009:55). Nun führt der Stationsarzt in dieser Untersuchung selbst Studien an, wonach „Infarkte bei Frauen häufiger übersehen werden“ (Arzt 6:52). Dies kann er sich nicht erklären und vermutet (ebd.:54):

Eventuell sind die Frauen da nicht so dolent, dass sie sagen: ‚Ach, das ist schon nichts‘. Oder Frauen werden auch nicht so ernstgenommen. In Fällen, die ich erlebt habe, habe ich das oft eher andersherum empfunden. Aber die klinische Studienlage zurzeit sagt ganz klar, dass Frauen bei Infarkten häufiger übersehen werden.

Ob sich die gegensätzlichen Erfahrungen des Arztes darauf beziehen, dass Männer eher nicht ernstgenommen werden, bleibt unklar. Es verdeutlicht sich jedoch ein Widerspruch in der Zuweisung einer höheren *Schmerztoleranz* als typisch ‚männlich‘, was sich an einem althergebrachten Männerbild orientiert. Außerdem findet sich hier auch die Orientierung an einem klassischen Verständnis eines großen ST-Hebungsinfarkts mit starken Schmerzen wieder, was besonders bei Ärzt_innen mit wenig **Berufserfahrung** dominiert. Die Hierarchisierungen beinhalten auch Prozesse einer »*Verweiblichung atypischer Herzinfarkte*«, indem emotionale Symptome wie ‚Unwohlsein‘ in den Vordergrund und biomedizinische Aspekte in den Hintergrund geraten (vgl. Kap. 6.2.2.3). Dass Emotionen wie *Unwohlsein* und Ängstlichkeit als typisch ‚weiblich‘ gelten, bildet sich für Ärzt_innen in der emotionalen Verarbeitung des Herzinfarktes sowie in der Reha- und Entlassungsplanung ab:

- **Ärztin** (2a:33): Ich würde schon sagen, dass die Männer das eher verdrängen und eher dazu tendieren zu sagen: ‚Wieso, ist doch alles gut. Ich fühle mich genauso fit wie vorher‘. Dass da die Gruppe größer ist, die das einfach nicht an sich ranlassen, im Gegensatz zu den Frauen.
- **Ärztin** (4:167): Bei Frauen ist oft eine Angst, eine Unsicherheit, die oft durchklingt. [...] Die Männer die sind dann eher ein bisschen emotional abgeflachter.
- **Arzt** (8:29): Vielleicht sind die Männer in der Entscheidung da konsequenter, dass sie das dann auch durchziehen und sagen: ‚Ich bin nicht krank. Herzinfarkt; ist doch alles wieder gut‘. Dass sie nach Hause gehen, wohingegen die Frauen sich vielleicht doch mehr umstimmen lassen.
- **Arzt** (6:80): Männer neigen mehr zu Non-Compliance, das heißt, dass sie nicht unbedingt das befolgen, was man ihnen sagt; also bestimmte Medikamente zu nehmen.

In geschlechterdichotomer Manier wird Patientinnen eher eine emotionale und körperliche sowie Entscheidungsschwäche zugeschrieben, demgegenüber Patienten eher weniger Ängste und Bedenken in Bezug auf das Treffen von Entscheidungen wie die Ablehnung von Reha-Maßnahmen und eine Entlassung nach Hause zu zeigen scheinen (vgl. Willrodt 2009:80). Auffallend in der Zuschreibung von *Non-Compliance* ist auch die Intersektion der Differenzkategorien **Alter** und **Geschlecht**, demnach „vor allem junge Patienten und Männer den Herzinfarkt nicht so richtig ernstnehmen“ (Ärztin 1:81). Die negativere Wahrnehmung von jungen Herzinfarktpatienten in der Erwerbsphase sowie die Zuschreibung fehlender Krankheitseinsicht und Non-Compliance blenden die sozialen Verbindlichkeiten von ‚jungen Männern‘ aus. Bestehende Geschlechterverhältnisse in der Verteilung beruflicher und familiärer Arbeit werden als *subjektive Präferenzen* ausgelegt und damit individualisiert, wie es ein berufserfahrener Stationsarzt erklärt: „Frauen sehen den Beruf auch nicht als absoluten Lebensmittelpunkt. Also viele Männer definieren sich über den Beruf“ (Arzt 8:85). Berufliche wie auch familiäre Probleme in der

Reha- und Entlassungsplanung werden sodann als Frage von den ‚richtigen‘ *Prioritäten* sowie als Ausdruck von Des-/Interessen an der eigenen Gesundheit gesehen (vgl. Kap. 6.2.2.3).

Die Beschreibungen ehemaliger Fälle, in denen vor allem Männer die ärztliche Empfehlung stationärer Maßnahmen ablehnen, beinhalten *negative* Zuschreibungen: „Ich habe noch viel diskutiert, aber es ging einfach nicht mehr. Ihm war das, glaube ich, alles scheißegal. Er wollte einfach nur nach Hause“ (Ärztin 4:127). Die Ablehnung einer Reha-Maßnahme wegen beruflicher Verpflichtungen von selbstständig tätigen Patienten erklärt der Arzt mit verhaltensmedizinischen Klassifizierungen und ‚herzinfarktspezifischen‘ Persönlichkeitsstrukturen (vgl. Kap. 3.1.2), deren Etikettierungen stark *männlich* konnotiert sind: „Das ist das häufigste Klientel, also **Alpha-Tierchen** oder Typ-A-Patienten, die dann sofort sagen: ‚Ich verdränge das schnell. Ich muss arbeiten und meine Firma muss weiterlaufen‘; also **Workaholics**“ (Arzt 8:49 Herv.JW). Am Beispiel eines ehemaligen Patienten, der aus beruflichen Gründen eine kardiologische AHB ablehnte, zeigt sich überdies die Absprache einer Reha-*Motivation*: „Das hörte sich aber schon so ein bisschen wie ein vorgeschobener Grund an. Also der hatte einfach auch keine Lust auf diese Maßnahme“ (Arzt 8:45). Die Zuschreibung von *Unlust* ähnelt der Diagnose „Gesundheitsmuffel“ (Scheele 2009:49), wie sie nicht nur in der Männergesundheitsforschung, sondern hier von Krankenhausärzt_innen in der Herzinfarktbehandlung re-produziert wird. Derartige Aussagen werden nicht über Patientinnen geäußert.

Die negative Wahrnehmung von und Zuschreibung gegenüber jüngeren Patienten (im Erwerbsalter) befördert scheinbar, dass mit zunehmender **Berufserfahrung** keine ärztliche Aufklärung erfolgt: „Nach ein paar Jahren Arbeit merkt man das sofort: Mit dem Patienten kann man diskutieren und man weiß, mit entsprechenden Argumenten schafft man den zu überreden. Und bei anderen weiß man nach ein, zwei Sätzen, dass es sinnlos ist, da zu diskutieren. Der wird sowieso das machen, was er will“ (Ärztin 1:89). Hier klingt auch eine gewisse *Frustration* in der Vermittlung medizinischer Behandlungsempfehlungen durch, zu deren Befolgung anscheinend Patienten nicht leicht zu überreden sind. Im Falle (der Zuschreibung) einer **Non-Compliance** bezüglich der Lebensstilumstellung *Nichtrauchen* scheint dies auch die Empfehlung einer (Anschluss-)*Rehabilitation* negativ zu beeinflussen (ebd.:87):

Wenn die nicht mit dem Rauchen aufhören wollen und ich sehe, dass sie das alles nicht ernst nehmen – Ich kann es schon sehen, was für eine Einstellung der Patient hat. Wenn ich sehe, bei diesem Patienten wirst du mit einer Reha nichts erreichen, der wird sein Lebensstil nicht ändern, dann macht die Reha auch wenig Sinn.

Eine ähnliche Legitimierung des Unter- bzw. Ablassens medizinischer Aufklärung konnte bereits in vorherigen Interviews bei einer Krankenhausärztin nachgezeichnet werden, die schon am ‚zwischenmenschlichen Miteinander‘ in der Visite (unausgesprochene) Non-Compliance erkenne, so dass die Thematisierung lebensstilbezogener Behandlungsempfehlungen keinen Sinn mache (Willrodt 2009:81f.). Im Vorhinein wird Männern eine ablehnende Haltung bezüglich der Umsetzung einer herzgesunden Lebensweise zugesprochen, wie bereits die Schilderungen einer Stationsärztin (mit wenig Berufserfahrung) zeigen: „Männer lachen sich doch kaputt, wenn man sagt, sie sollen sich jetzt hinlegen und autogenes Training machen. Das werden

Frauen eher machen, Männer eher nicht“ (Ärztin 3:129). Dieser ‚Nicht-Ansprechbarkeit‘ von Männern für eine (herz-)gesunde Lebensführung (umfassend Scheele 2009) gegenüber steht die Zuweisung einer besseren Ansprechbarkeit von Ehefrauen für eine herzgesunde *Ernährungsumstellung* ihrer ‚gesundheitsmuffeligen‘ Ehemänner. Frauen wird eine gewisse Routine zugeschrieben, ihr Körpergewicht und Essverhalten zu kontrollieren, welches implizit auf ein schlankes Körperideal in hegemonialen Weiblichkeitskonstruktionen rekurriert (vgl. Villa 2007). Doch die Ehe-/Männer unterliegen der Schlankheitsorientierung und Selbstdisziplinierung nicht:

Bei Männern ist das so, dass sie ihr ganzes Leben immer gegessen haben, was sie wollten und dann werden sie ein bisschen dicker. Das fand die Ehefrau jetzt auch nicht so schlimm. Einen älteren Mann dazu zu bewegen, Gewicht zu verlieren, ist äußerst schwierig. Frauen haben damit nicht so ein Problem (Ärztin 2a:153).

Hiermit wird Ehe-/Frauen die Verantwortung für die Zubereitung der Mahlzeiten und das Essverhalten in der Familie zugewiesen sowie in der Visiteninteraktion re-produziert. So ist es wichtig: „dass im Zweifel auch die Ehefrau mithört, weil die meistens dann in der älteren Generation das Essen zubereitet. Die muss da mit eingebunden werden“ (ebd.:157). Gleichsam scheinen auch Patienten ihre Ehefrauen als die Ansprechperson für ihre Ernährungsumstellung zu sehen, wie ein Stationsarzt bezüglich seiner Vorerfahrungen mit Kochkursen in einer kardiologischen Reha-Klinik berichtet. So lehnen manche Patienten den Kochkurs ab und sagen, dass ihre Ehefrau daran teilnehmen sollte. „Und dann machen die das auch. Dann gehen die Frauen da hin (lacht)“ (Arzt 5:188).

Auch bei **Non-Compliance** sehen Ärzt_innen eine kompensatorische Wirkung in den komplementären Geschlechterrollen im familiären Bereich. Gemeint ist die sozial-emotionale Unterstützung von *Ehefrauen* in der Akutbehandlung, um non-compliant Patienten zu überzeugen, die ärztlichen Empfehlungen doch zu befolgen. Konform mit der Zuweisung von Angst als typisch ‚weiblich‘ seien die Ehefrauen gerade ‚junger Männer‘ mehr in Sorge um ihre Ehemänner und haben mehr Angst als die Patienten selbst (Ärztin 1:151):

Manchmal kann man das auch nutzen, wenn der Patient nicht bleiben will, beziehungsweise wenn noch eine Untersuchung notwendig ist, die er ungern machen will, dann kann man immer mit der Ehefrau sprechen, dass noch einmal klar machen, wie wichtig das ist. Die können dann auch (lacht) die Männer häufig überzeugen (lacht), das machen zu lassen.

Das hiermit verbundene *Belächeln* der passiven (Kranken-)Rolle von Ehemännern und soziale Kontrolle der Ehefrauen findet sich also nicht nur in der ambulanten Praxis wieder (Seymour-Smith et al. 2002), sondern erstreckt sich auch auf die Behandlung im Krankenhaus sowie mit Ausblick auf die Reha-Behandlung. Dagegen zeige sich bei jüngeren Patienten: „dass der Ehemann ankommt, weil die Frau mit 50 einen Infarkt erleidet, erlebe ich eher selten“ (Arzt 8:140). Vielmehr werde das familiäre Umfeld bei älteren Patientinnen dann aktiv, wenn sich infolge des Herzinfarktes eine *Pflegebedürftigkeit* einstellt: „Und dann geht das auch eher um diese Weiterversorgung“ (ebd.). Die stationären Pflegeeinrichtungen spiegelt sich die Singularisierung und Feminisierung des Alters wider (Backes 2010:457; umfassend Backes 2005).

De-/Thematisierung von Physician Gender

(Fünf) Stationsärzt_innen de-thematisieren zunächst die Bedeutung von Physician Gender und betonen im Gegenzug, wie relevant die Darstellung ärztlicher *Professionalität* in der Visite sei. Letzteres umfasst weniger die Vermittlung medizinischen Wissens, sondern meint „Überzeugungskraft bzw. auch Präsentation“ (Ärztin 1:173), damit die Patient_innen ‚besser auf einen hören‘, was die berufserfahrene Ärztin (1) noch weiter ausführt:

Wenn da jemand so ein bisschen chaotischer und unsicherer ist – was manchmal nicht damit verbunden ist, dass das ein schlechterer Arzt ist. Manchmal ist es sogar umgekehrt: Das kann ein besserer Arzt sein, aber der hat nicht so viel Überzeugungskraft, ist nicht sehr selbstbewusst – dann vertrauen die Patienten so einem auch weniger als einem, der sich gut verkaufen kann (ebd.:173).

Auch unabhängig vom generischen Maskulinum verdeutlichen die Ausführungen der berufserfahrenen Krankenhausärztin eine klassische ‚Arztrolle‘ mit einer starken Betonung der biomedizinischen Fachkompetenz (vgl. Kap. 3.2.1). Hiervon müssen die Patient_innen scheinbar durch eine *selbstbewusste* Darstellung überzeugt werden, denn die Patient_innen „beurteilen die Ärzte danach, wie sie mit den Patienten umgehen, also so eher zwischenmenschliche, soziale Fähigkeiten des Arztes und nicht seine medizinische Kompetenz. Das Medizinische können sie nicht bewerten“ (Ärztin1:173).

Eine Beteiligung der Patient_innen oder gemeinsame Entscheidungsfindung wird auch nicht von den anderen vier Ärzt_innen thematisiert, die gleichsam ein *selbstbewusstes* Auftreten in der Visite als bedeutsam anführen. Gerade die jungen Ärzt_innen mit wenig Erfahrung in der eigenständigen Visitenführung stellen die Bedeutung von **Berufserfahrung**-position für das *Ernstgenommen-werden* von den Patient_innen heraus, die auch auf ein geschlechterhierarchisches Gefälle hinweisen. Auch offenbart sich ein geschlechter- und altersbezogenes Statusdilemma: „Wenn ein Arzt erfahrener und älter aussieht, das ist ein riesen Unterschied. Da ist natürlich für ein junges Mädchen im Gegensatz zu einem alten Oberarzt oder altem Chefarzt eine riesen Spanne. Diese jungen Mädchen, die werden nicht oft nicht ernst genommen. Ein junger Typ wird dann schon ernster genommen“ (Arzt 5:217). Nachvollziehbar ist, dass die Einnahme ober- sowie chefarztlicher Positionen mit dem höheren Lebensalter korreliert. Dies ist aber auch vor dem Hintergrund bestehender Geschlechtersegregationen in der Medizin zu betrachten, demnach Ärztinnen in leitenden Positionen im Krankenhaus unterrepräsentiert sind (vgl. Kap. 2.2.2). Doch auch bei vergleichbarer Berufserfahrung, Alter und selbstbewussten Auftreten scheinen Ärztinnen mehr Probleme als Ärzte haben. Denn die Patient_innen „hinterfragen mehr deren Kompetenz und lassen sich auch weniger sagen. Manche verwechseln die auch mit einer Krankenschwester. Das ist leider oft so“ (Arzt 5:219).

Die *Verkennung als ‚Krankenschwester‘* weist auf ein bekanntes Statusdilemma von Krankenhausärztinnen (*female Physician Gender*) hin (vgl. Kap. 2.3.2), was aus Sicht einer Ärztin mit viel Berufserfahrung nicht (mehr) unbedingt als Degradierung empfunden wird: „Selbstverständlich kommt es häufiger vor, wenn man kein Stethoskop und Kittel trägt. Wir laufen hier verschieden angezogen auch wie Schwestern herum. Dann kann es schon vorkommen, dass eine Ärztin als Schwester wahrgenommen wird, was im Fall von Ärzten seltener auftritt, weil

das Pflegepersonal vor allem weiblich und nicht männlich ist“ (Ärztin 1:180). Die berufserfahrene Ärztin zeigt durchaus Verständnis für die Fehldeutung der Patient_innen aufgrund horizontaler Geschlechtersegregationen. Im Umgang mit der Absprache ihres ärztlichen Berufsstatus hat sie sich eine vorgreifende Vorstellung angeeignet, indem sie sich ihren Patient_innen zuallererst mit Namen und Profession vorstellt (ebd.).

Dagegen problematisiert die Ärztin (3) mit der geringsten Berufserfahrung ihr Auftreten in der Visite: „Ich bin absolute Anfängerin. Ich weiß selbst, dass ich unsicher auftrete. Ich will ja keinen Respekt von den [Patient_innen] haben, aber die nehmen mich eben nicht immer als Ärztin wahr“ (Ärztin 3:143). Hiermit ist nicht die Verkennung als Pflegekraft gemeint. Denn auf die Nachfrage, woran sie das bei den Patient_innen erkenne, führt die Ärztin den berufserfahrenen Oberarzt als Maßstab an: „Naja, wenn dann der Oberarzt rein kommt, dann merkt man schon den Unterschied. Gerade Patienten, die dann über 70 sind, lassen sich dann vielleicht von einer 30-Jährigen auch nicht so viel sagen“ (ebd.:145). Das unsichere Auftreten und die 40 Jahre Altersdifferenz zu den Herzinfarktpatient_innen scheinen aus Sicht der Ärztin zu begründen, dass sich Patient_innen sich nichts sagen lassen.

Inwiefern sich ihre Wahrnehmung mit der ihrer Patient_innen deckt, ist eher zu negieren. Ihre beiden Patienten (Dyade 8 und 9), die sich aktiv in die Visiten mit Nachfragen und Vermutungen bezüglich der Medikamente einbringen (vgl. Kap. 6.1.2.2), äußern sich nicht negativ über die Ärztin. Vielmehr zeigt der ältere Patient (Herr 12) Verständnis für die *Lernsituation* seiner Ärztin, die in der Visite selbst auch Fragen an die examinierten Pflegekräfte stellte: „Die Ärztin ist noch sehr jung. Vielleicht fehlt ihr noch ein bisschen Erfahrung. [...] Jeder muss lernen. Das kommt nicht von selber angefliegen (Herr 12:330, 332). Auch gilt es zu bedenken, inwiefern junge Ärztinnen im Interview eher als Ärzte thematisieren, sich von ihren Patient_innen nicht ernstgenommen zu fühlen (vgl. Willrodt 2009, Kap.: 4.2.3, 5.2).

Außerdem zeigt sich gerade in der negativen Deutung der Beteiligung von Patient_innen an ihrer Behandlung ein *paternalistisches Beziehungsideal* (vgl. Kap. 3.2.1), in dem sich die Patient_innen den ärztlichen Behandlungsempfehlungen folgsam unterzuordnen haben, anstatt (kritische) Nachfragen zu stellen. Um sich in der präferierten, klassischen ‚Arztrolle‘ wahrgenommen und bestätigt zu fühlen, will sich die Berufsanfängerin die ‚asymmetrischen Verhandlungen‘ (Siegrist 1979) für den Umgang mit (zeitintensiven) kritischen Fragen aneignen:

Ich gehe auch immer voll auf solche Sachen ein und lasse mich dann umwickeln und zu quatschen. Ein Oberarzt sagt einfach: ‚Nee, so ist das und Sie müssen das jetzt so hinnehmen. Es geht um Ihre Gesundheit und fertig‘. So ein Verhalten habe ich noch nicht. Das kommt natürlich mit der Zeit (Ärztin 3:147).

Zusätzlich zu dem beim Oberarzt wahrgenommenen *Nichteingehen* auf die (Diskussions-)Bedürfnisse von Patient_innen wird der Berufsanfängerin auch vom Kollegium nahegelegt, z.B. auch nicht auf die Anliegen von Angehörigen bezüglich der *Entlassungsplanung* einzugehen: „Meine Kollegin meinte dann auch zu mir: ‚Block da sofort ab und sage nein‘. Dann habe ich es halt zweimal nett gesagt und beim dritten Mal war es dann schon ein bisschen forscher und dann haben die auch abgelassen“ (Ärztin 3:75). Das Ablegen einer auf die Patient_innen zen-

trierten Gesprächsführung scheint ihr in auch Anbetracht tradierter Weiblichkeitsnormen (nett zu sein) Probleme zu bereiten, stellt aber nicht das ärztliche *Nichteingehen* auf Patient_innen in Frage. Derweil zeigten sich in den Visiten mit dem älteren Patienten (12) beim Thema Herzmedikamente schon Muster des *Nichteingehens* sowie *Abwendens* zur Visitengruppe, während sie in der Woche zuvor auf die Frage des jüngeren Patienten (7) noch stärker einging und mit der Hilfe der Visitengruppe das gesuchte Medikament nachschlug (vgl. Kap. 6.1.2.2). Inwiefern es sich hierbei um eine gewollte Veränderung vom Eingehen zum ärztlichen Nichteingehen handelt, erfordert eine längere Beobachtung von Berufsänger_innen.

Allerdings ist den Schilderungen der Berufsanfängerin auch eine *zeitliche Limitierung* von Gesprächen mit Patient_innen und Angehörigen im Krankenhaus zu erkennen, was Vogd (2014) nach der DRG-Einführung besonders bei ‚Routinefällen‘ im Vergleich zu medizinisch komplexen (Not-)Fällen aufzeigt (ebd.:248). Gerade die Handlungsorientierungen von internistischen Krankenhausärzt_innen haben sich verändert, was sich auf die berufliche Sozialisation der Nachwuchskräfte auswirkt. Weniger der klinisch-generalisierte Blick als die Beschleunigung betriebswirtschaftlich effektiver Behandlungsmaßnahmen werde zur internistischen Handlungsmaxime (vgl. Vogd 2014:250f.). Der Stationsarzt, der über viel Berufserfahrung verfügt, benennt deutlich den *Zeitdruck* und *bürokratische* Reglementierungen als Hindernisse für das Eingehen auf etwaige soziale Probleme in der Reha- und Entlassungsplanung (vgl. Kap. 6.2.2.3). Beides gibt er auch in der Visite gegenüber der älteren Patientin (9) an, der in ihrem Fall auch die Organisation einer rehabilitativen Weiterbehandlung nach dem Erstinfarkt nicht priorisiert (vgl. Kap. 6.1.3.2). Indessen investiert der Arzt aber sehr viel Zeit in das Aufklärungsgespräch mit dem jüngeren Patienten (8) über das Nichtrauchen und de-problematisiert vorsorglich etwaige Gründe, die gegen eine Teilnahme an einer AHB sprechen könnten (vgl. Kap. 6.1.2.1). Dieser Hinweis auf **Gender & Age Bias** in der ärztlichen Reha- und Entlassungsplanung bei Erstinfarktpatient_innen wird in der komperativen Analyse (Vogd 2014) nicht benannt.

Das »Un-/Behagen in Gender Dyaden«

Die Bedeutung von Gender Dyaden thematisieren Ärzt_innen primär aus der Sicht der Patient_innen, denen sie ein stärkeres Unbehagen in *heterogenen Gender Dyaden* zuschreiben, während in homogenen Gender Dyaden „gewisse Schamgrenzen da nicht so hoch sind“ (Ärztin 2b:41). Zwei Ärzt_innen mit wenig Berufserfahrung berichten über derartige Erfahrungen:

- **Arzt** (6:60): Ich denke, dass man als Mann von Männern natürlich eher in urologischen Fragen und in Sachen Impotenz als Nebenwirkung von Medikamenten häufiger gefragt wird. Ich glaube auch, dass andersherum Frauen vielleicht gynäkologische Themen eher mit Frauen besprechen. Ich wurde schon häufiger von männlichen Patienten im Vertrauen angesprochen, die dann halt solche Themen auch direkt angesprochen haben: sexuell übertragbare Krankheiten oder urologische Probleme.
- **Ärztin** (2b:43): Das ist zum Beispiel bei Frauen das Thema Inkontinenz. Also das wird dann eher offener angesprochen. Ich habe ja auch öfters Patientinnen, die im gynäkologischen Bereich voroperiert sind oder auch Brustkrebs hatten. Solche Themen werden dann doch etwas offener angesprochen. [...] Es gibt bestimmte Medikamente, die zum Beispiel auch zu Impotenz führen können. Das ist für den männlichen Patienten sicherlich schwierig, dass gegenüber einer weiblichen Ärztin anzusprechen (ebd.:41).

Das *Unbehagen* in heterogenen Gender Dyaden bezieht sich demnach auf körperlich intime Themen, die den heterosexuell aufgeladenen ‚Geschlechtskörper‘ betreffen und auf eine heteronormative Zweigeschlechtlichkeit rekurrieren (ausführlich Bulter 1991). Besonders anschaulich zeigt sich dies bei dem berufserfahrenen Stationsarzt (8), der zunächst eine »Geschlechtsneutralität« von Ärzt_innen in der Herzinfarktbehandlung konstatiert: „Wenn es um so ein bisschen brenzlige Körperregionen gehen würde; wenn ich jetzt Gynäkologe oder Urologe wäre, dann vielleicht. Aber eigentlich sehen die [Patient_innen] einen als eine relativ neutrale Person“ (Arzt 8:152). Im weiteren Verlauf *de-thematisiert* der Arzt – als einziger – explizit jedoch die Möglichkeit einer (hetero-)sexuellen Anziehung in der Herzinfarktbehandlung (Arzt 8:152):

Wenn die jetzt zwanzig wären und vielleicht einen auch äußerlich gefallen würden, dann könnte ich mir vorstellen, dass es da vielleicht zu Interaktionen kommen könnte, die das Gespräch, die Diagnose oder die Weiterbehandlung in irgendeiner Art und Weise tangieren. Aber durch diese Altersdiskrepanz und dass es eine klare Erkrankung ist, die eigentlich gut fassbar ist, ist für beide Seiten klar, was sich abgespielt hat. Die Therapie ist ganz klar, so dass man da als ein Neutrum steht.

Seinen Schilderungen folgend bergen *Jugendlichkeit* und körperliche *Attraktivität* bei medizinischen Unklarheiten die Gefahr, die Interaktion auf eine bestimmte Art und Weise zu tangieren, was unausgesprochen bleibt. Jedoch könnte eine mögliche (Hetero-) *Sexualisierung* das ärztlich-‚objektive‘ Urteilsvermögen beeinträchtigt werden, wie es Parsons (1958:35) proklamiert (vgl. Kap.: 3.2.1; 3.3). So berichtet der gleiche Stationsarzt über „Übersprungshandlungen“ (Arzt 8:154) von *älteren Patientinnen*: „die so um die 50 sind. Und dann kommt die Familie dazu und dann möchten sie besonders lustig sein und sagen: ‚Ach der junge hübsche Doktor‘.“ (Ebd.) Im Gegensatz zu einem fachlichen Kompliment wird der Arzt auf seine Mitgliedschaft zum ‚männlichen‘ Geschlecht zurückgeworfen und als ‚kulturelles Objekt‘ konstituiert (Hirschauer 2001:218f.). Hierdurch gerät der Arzt in eine „Zwickmühle“ (ebd.:218), entweder auf die Aktualisierung seiner Geschlechtszugehörigkeit einzugehen oder es zu übergehen (s.a. Hirschauer 2013:160). Der Arzt berichtet, nicht auf die Adressierung seiner Männlichkeit einzugehen (Arzt 8:154), welches Hirschauer (ebd.:163) folgend als *Undoing Gender* zu werten wäre. Doch weist der Stationsarzt von sich aus zurück: „dass man sich da als Mann in irgendeiner Art belästigt fühlt“ (Arzt 8:154). Das Dementi bestärkt die mögliche Gefahr (hetero-) sexueller Begehrlichkeiten in der **Arzt-Patientin Gender Dyade** und offenbart eine heterosexuelle Geschlechtermatrix. Dass Patientinnen seine Jugendlichkeit und Attraktivität in der Visite complimentieren, bewertet der Stationsarzt als eine Copingstrategie, um ‚weibliche Stärke‘ vor der Familie zu vermitteln: „Guck mal, mir geht es eigentlich schon gut. Ich bin zu schon zu Scherzen aufgelegt“ (Arzt 8:154).

Ähnliches konnte in einer homogenen Ärztin-Patientin Gender Dyade beobachten werden, in der die pflegebedürftige Privatpatientin der Stationsärztin Komplimente macht: „Und Sie strahlen schon wieder. Sie waren solange hier gestern Abend“ (Dyade 1b:28). Dass die Patientin die Ausstrahlung der Ärztin (trotz ihres vorherigen, langen Arbeitstages) positiv bewertet, knüpft an stereotype Geschlechterkonstruktionen ‚weiblicher‘ Attraktivität an. In der *homogenen* Ärztin-Patientin Gender Dyade scheint durch die Thematisierung von *female Physician*

Gender nicht die Gefahr einer (Homo-)Sexualisierung gesehen zu werden, wovon sich die Ärztin distanzieren müsste. Vielmehr bedankt sie sich in einer Visite für die Komplimente und Positivbewertung der female Gender Dyade bei der Patientin (vgl. Kap. 6.1.4.2).

Im Gegensatz dazu fallen die Thematisierungen von *male Patient Gender* von Ärztinnen *negativer* aus als Ärzte es formulieren, gemäß dem Tenor, dass „vor allem junge Patienten und Männer den Herzinfarkt nicht so richtig ernstnehmen“ (Ärztin 1:81). Dies begründen zwei andere Ärztinnen mit der Darstellung einer vermeintlich ‚*männlichen Stärke*‘ im Sinne von Doing Gender ‚junger Patienten‘ in der Visite und weist auf eine gewisse *Spannung* in *heterogenen* Ärztin-junger-Patient Gender Dyade hin:

- **Ärztin** (5:54): Gerade die jungen Männer, die wollen ja immer schnell wieder Stärke beweisen und nicht krank wirken, sind schnell in ihrem Jogginganzug. Und man bekommt so vermittelt, der fühlt sich jetzt ja gar nicht mehr krank und man muss dann in der Visite dem das vor Augen führen: 'Mensch, Du hattest einen Herzinfarkt. Das ist eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung'.
- **Ärztin** (3:19): Hätte ich einen Herzinfarkt, da wäre ich nicht so fröhlich und locker so wie die Männer sich hier manchmal darstellen. Es kann sein, dass die sich auf der Visite jetzt auch stärker und mutiger präsentieren als sie es eigentlich sind. Aber ich habe schon manchmal den Eindruck, der hatte eine lebensbedrohliche Situation und steht schon wieder unten, raucht und macht Witze.

Dass Ärztinnen im Interview umfänglicher Kritik an (non-compliant) Patienten üben als ihre Kollegen, zeichnete sich bereits in einer vorherigen Erhebung ab (Willrodt 2009). Dies könnte die konstatierten Spannungen in der *heterogenen* Ärztin-Patient Gender Dyade mit erklären (Sandhu et al. 2009), wobei das junge **Alter** der Patienten stärker zu beachten ist. Die Kritikpunkte der beiden Ärztinnen (mit wenig Berufserfahrung) richten sich auf das Nichterkennenkönnen einer *emotionalen Betroffenheit* (Schwäche) nach dem lebensbedrohlichen Ereignis aufgrund von Darstellungen in der Visite, die als Ausdruck ‚*männlicher Stärke*‘ gedeutet und abgewertet werden. Zugleich offenbaren sich normative Handlungserwartungen, wie sich (junge) Männer nach einem Herzinfarkt nicht in der Visite darstellen sollten: „Die benehmen sich, als wenn sie schon wieder total gesund wären. Die Männer, die liegen ja manchmal mit dem Arm hinter ihrem Kopf und tun so ein auf cool und wenn die wenig Krankheitseinsicht zeigen“ (Ärztin 5:52).

Ärzte berichten kaum über derartige Abweichungen von Parsons‘ klassischer ‚Krankenrolle‘ (in Form unangemessener Privatkleidung und ‚cooler‘ Darstellungen) – beziehungsweise ihre Zuschreibungen von Non-Compliance enthalten auch *positive* Konnotation im Sinne einer konsequenten (Entscheidungs-)*Stärke*, die aus einem ‚geschlechtsspezifischen‘ Erwerbsverhalten sogenannter »Machermänner« resultiere (Arzt 5:98, vgl. Kap. 6.2.2.3). Dies könnte auf ein größeres Verständnis von Ärzten für die Non-Compliance von (gleichgeschlechtlichen) Patienten nach einem Herzinfarkt sprechen und auf weniger Spannungen in der *male Gender Dyade* deuten. Zwar moniert ein Arzt die Non-Compliance von Rauchern in der Visite mit einem jüngeren Patienten (vgl. Kap. 6.1.2.1), nimmt aber dem selbstständig tätigen Patienten mögliche Ablehnungsgründe gegen seine Behandlungsempfehlungen (AHB und Nichtrauchen) vorweg und entkräftet diese (vgl. Kap.: 6.1.2.1; 6.1.3.2). Demgegenüber könnte die Zuschreibung von Ärztinnen, dass Männer über ihre Empfehlungen einer ‚weiblich‘ konnotierten, (herz-)gesun-

den Lebensführung lachen würden, mit erklären, warum Ärztinnen in den Visiten mit Patienten keine lebensstilbezogenen Risikofaktoren ansprechen, diese Themen aber gegenüber Patientinnen aber selbst initiieren (vgl. Kap. 6.1.2.1).

Anders verhält es sich bezüglich der Thematisierung von *Ängsten* in Gender Dyaden. Ausschließlich (zwei) Ärztinnen gehen auf die Bedeutung von *emotionalen* Themen im Zusammenhang mit Gender Dyaden ein und reflektieren hierbei das wechselseitige Verhältnis in der Visiteninteraktion: einerseits durch eigenes Handeln die Thematisierung von Ängsten zu evozieren; andererseits aufgrund ihrer ‚weiblichen‘ Geschlechtszugehörigkeit als geeignete Ansprechperson für Sorgen und Ängste in der *heterogenen* und stärker in der *homogenen Gender Dyade* angesehen zu werden. So scheint eine Ärztin (mit mittlerer Berufserfahrung) häufiger zu erleben: „dass mir der ein oder andere auch mal sein Herz ausschüttet und das machen Männer natürlich distanzierter zu einer jungen Ärztin“ (Ärztin 4:165). Zugleich stellt sie ihre bewussten Bemühungen um eine *partnerschaftliche* Beziehung heraus: „also ich bemühe mich da wirklich auf Augenhöhe zu sein und vielleicht ziehe ich das manchmal auch so ein bisschen an“ (ebd.). Eine zweite Ärztin (mit wenig Berufserfahrung) gibt außerdem an, Patient_innen von sich aus auf möglichen Sorgen anzusprechen, wie es z.B. weitergeht. „Dann fällt denen es auch einfacher, wenn ich das vermittel, dass das völlig normal ist, dass ich sowas frage und das auch als Selbstverständlichkeit erachte“ (Ärztin 2a:177). In den Visiten mit der pflegebedürftigen Privatpatientin konnte dies im Sinne einer *Verbalisierung von Ängsten* vor der zweiten Katheterintervention beobachten werden (vgl. Kap. 6.1.1.3). Zugleich vermutet die Stationsärztin eine geschlechtliche Zuweisung emotionaler Kompetenz seitens der Patient_innen, was Ärzten nicht zugeschrieben werde, diese aber von sich aus auch Emotionen eher nicht ansprechen (Ärztin 2a:167):

Ich glaube, man hat da als Frau eher einen Vorteil, weil die Männer emotional zugänglicher sind als gegenüber männlichen Kollegen, die Ängste vielleicht nicht so vermitteln. Also das Thema ‚Schwäche zeigen‘ fällt Männern gegenüber einer Frau wesentlich einfacher als gegenüber einem anderen Mann.

Abschließend betrachtet weisen die Schilderungen der Ärztinnen Ambivalenzen in der *heterogenen Ärztin-Patient Gender Dyade* auf, demnach Patienten sich ihnen gegenüber im Sinne ‚männlicher Stärke‘ mutiger darstellen, sie ihnen aber auch ihre ‚emotionalen Schwächen‘ eher zeigen als Ärzten. Wie sehen dies die Patient_innen?

6.2.3.2 Zur (Ir-)Relevanz von Gender & Dyaden in der Visite aus Sicht der Patient_innen

Die Mehrheit der elf Patient_innen räumt ihrem Geschlecht keine Bedeutung für die Herzinfarktbehandlung ein. Doch gerade in Verbindung mit der Kategorie **Alter** offenbaren sich Muster, wie sie sich selbst nach dem Herzinfarkt und ihre (weitere) Behandlung wahrnehmen. Auch weist ein Großteil der Patient_innen die Relevanz von **Physician Gender** zurück, indem sie deren fachliche Kompetenz betonen und eine mögliche Brisanz *heterogener Gender Dyaden* negieren. Indes sprechen sich (Privat-)Patientinnen für eine besondere Nähe in der *female Gender Dyade* aus, was auch hinsichtlich einer neuen **Generation** von Stations-

ärzt_innen proklamiert und asymmetrischen Verbhandlungen in der chefärztlichen Visite gegenübergestellt wird.

De-/Thematisierung von Patient Gender

Die Patient_innen erachten ihre Geschlechtszugehörigkeit mehrheitlich als *irrelevant* für die Herzinfarktbehandlung und de-thematisieren auch mögliche Ungleichbehandlungen: „Weil die [Ärzt_innen] machen ihren Job, ob da nun ein Mann oder eine Frau liegt“ (Herr 8:145). Hin-gegen geben zwei Patient_innen für sie als Frau bzw. Mann relevante Themen an, die tradierte Zuschreibungen von Weiblichkeit und Männlichkeit beinhalten: Laut der pensionierten Patientin sei das Herz für Frauen ein wichtiges Organ, was sie mit der emotionalen Bedeutung des Herzens als „Gefühlssitz“ (Frau 2:187) begründet. Dies werde nicht in der medizintechnischen Ausrichtung der Krankenhausbehandlung beachtet. Indessen beziehen sich die besonders für Männer relevanten Themen auf die weitere Lebensführung. Hier gibt der Patient gleich zwei für ihn relevante Fragestellungen an: „Dass ich jetzt vielleicht nicht mehr so richtig anpacken kann. Oder auch Sex, wie sieht das damit aus (lacht)? Obwohl das wohl alles wieder okay sein soll, aber das interessiert mich natürlich schon“ (Herr 7:154). Seine Fragen bzw. Sorgen umfassen die Gefahr eines dauerhaften Verlustes klassisch ‚männlicher‘ Attribute körperlicher Stärke und Potenz, was vor allem seine Konstruktion von Männlichkeit im Privaten betrifft: „Ich möchte nicht, dass ich zuhause jemanden um Hilfe bitten muss, um irgendwas zu tragen. Das will ich selbst anfassen“ (ebd.:204).

Des Weiteren offenbaren sich soziale Differenzierungsprozesse im ‚Männerzimmer‘, ein Merkmal ‚institutioneller Reflexivität‘ (Goffman 2001) des vorherrschenden Zweigeschlechtlichkeitssystems (Hagemann-White 1988) im Krankenhaus. Ein jüngerer Patient beschreibt die Wahrnehmung eines großen **Altersunterschieds** im Vergleich zu seinen Mitpatienten: „Man bekommt mit – ich glaube der eine ist 89 und der andere 81 Jahre alt – dass man 30 bis 40 Jahre jünger ist, aber im Endeffekt genau das Selbe hat wie die alten Herrschaften“ (Herr 8:119). Aus der Sicht des jüngeren Patienten sind *altersbezogene* Differenzierungs- und Zuschreibungsprozesse mit der geschlechtshomogenen Vergemeinschaftung im Männerzimmer verbunden. Demnach gilt der Herzinfarkt als eine »alt-Herren-Krankheit«, von denen sich der Patient stark abgrenzt und auch deren ‚klugen Ratschlägen‘ zurückweist (ebd.127):

Das ist eine ganz andere Generation, von denen ich mir nichts mehr sagen lassen muss. Die sind ganz anders aufgewachsen, kennen diese mediale Beschallung nicht und auch nicht, ob ich hier ein Smartphone, Laptop oder Tablet nutze. Die sind nicht erreichbar. Wenn man Selbstständig ist, ich bin fast 24 Stunden am Tag erreichbar. Das kennen die nicht und haben dementsprechend auch den Stress nicht.

Zum einen beschreibt Herr 8 gesellschaftliche Prozesse einer verstärkten Selbstorganisation und Entgrenzung von Erwerbsarbeit, wie es Voß & Pongratz (1998) mit der These des ‚Arbeitskraftunternehmers‘ zu fassen suchen. Laut dem Patienten verlangt seine Selbstständigkeit eine permanente Erreichbarkeit für seine Kund_innen, was er im Krankenhaus mittels digitaler Medien bewältigt, indem er die Email-Anfragen an Mitarbeiter_innen delegiert (vgl. Kap. 6.2.2.4). **Zum anderen** verwehrt er sich gegen die ‚klugen Ratschläge‘ seiner Mitpatienten

(Herr 8:127), die seinen *Arbeitsstress* betreffen. So spricht der Patient den von ihm bezeichneten ‚alten Herrschaften‘ *Stress* ab und eine *Technikferne* zu. Beides ist eher bekannt als ein geschlechterstereotypes Zuschreibungsmuster gegenüber dem ‚weiblichen‘ Geschlecht, während dem ‚männlichen‘ Geschlecht eine hohe Technikkompetenz zugesprochen werde,¹⁸⁴ ähnlich wie die Fähigkeit, die Torturen der Arbeitswelt überhaupt ertragen zu können (vgl. Kap. 2.1.1). Es deutet sich eine subordinäre Männlichkeit von berenteten Herzinfarktpatienten unter eine hegemoniale Männlichkeit (Connell 2015 [1987]) an. Zugleich erinnert die Erwerbs(*stress*)-ausrichtung auch an das traditionelle Bild des Herzinfarktes als ‚Männer- und Managerkrankheit‘ (vgl. Kap. 3.1.2).¹⁸⁵

Ärztlicherseits wird das starke *Distinktionsbedürfnis* ‚junger Männer‘ auch dafür angeführt, dass sie nicht an einer kardiologischen Anschlussheilbehandlung teilnehmen wollen würden, weil da nur 70-Jährige seien (vgl. Willrodt 2007:61). Indessen führt der jüngere Patient seine AHB-Teilnahme explizit auf die Reha-Empfehlung seines Stationsarztes zurück (vgl. Kap. 6.2.2.4), mit dem er sich *stresstechnisch* verbunden fühlt (Herr 8:147):

Weil Ärzte sind auch viel im Stress. Man bekommt das durch die Medien mit, dass weniger Ärzte mehr Arbeit und längere Arbeitszeiten haben, genauso wie in der Pflege. Insofern wissen die schon, wovon man redet. Er sagte ja auch direkt zu mir: ‚Natürlich ist es einfach zu sagen, Du musst jetzt aufhören zu rauchen‘. Das sind Ratschläge, die er einem gibt, aber wo er auch weiß, dass es schwer ist.

Die hohe Arbeitsbelastung von ‚Ärzten‘ und der Pflege findet beim Patienten große Anerkennung. Dies ist ferner mit der Zuschreibung von Kompetenz und Verständnis *sowohl* für seine Arbeitssituation als Selbstständiger *als auch* für die Probleme bei der Veränderung lebensstilbezogener Risikofaktoren wie Rauchen verknüpft. Fungiert das Rauchen doch für den Patienten als eine – männlich konnotierte – Bewältigungsstrategie zur „Stressberuhigung“ (Herr 8:77), ähnlich wie es der Stationsarzt darstellt, der sein ehemaliges Rauchverhalten als ‚stressbedingt‘ in der Visite umschreibt (vgl. Kap. 6.1.2.1).

Indessen berichten zwei Patienten über ihre *Scham*, im Mehrbettzimmer eine Bettpfanne nutzen zu müssen, da nach dem Kathetereingriff noch eine Liegepflicht bestand. Leicht amüsiert schildern beide Patienten die Bewältigung ihrer Scham, was auch als Schammanagement oder *Undoing Shame* (Heimerl 2006) unter Männern bezeichnet werden kann (vgl. Kap. 3.3.2):

- Die ‚Ente‘ zu nutzen ist kein Problem, aber wenn man dann mal mehr muss. Dann habe ich zwei Tage so gut wie nichts gegessen, (lachend) weil ich nicht auf diese Pfanne wollte (Herr 7:23).
- Dann habe ich die Schwestern bequatscht (lacht) und die eine hat mich mit einem Gehwagen dahin gebracht (Herr 15:140).

Zunächst fällt die Abstufung von Scham auf, demnach das Urinieren in eine Urinflasche ‚Ente‘ in der Anwesenheit von Mitpatienten weniger Unbehagen zu bereiten erscheint. Aber die geschlechtshomogene Vergemeinschaftung im Männerzimmer scheint den beiden Patienten nicht zu erleichtern, ihre ‚Notdurft‘ auf dem Steckbecken zu verrichten. Derartige Bedenken sind der

¹⁸⁴ Umfassend Bath 2000 sowie Gransee 1999.

¹⁸⁵ Alter(n) und Geschlecht (Backes 2010) und die damit verbundenen Zuschreibungs- sowie Diskriminierungsprozesse rücken erst in jüngerer Zeit in den Fokus von Gender & Queer Studies (aktuell Schütze 2016).

Notstandshaltung des Krankenhauses unterzuordnen (vgl. Kap. 3.2.3). Vielmehr deutet das Belächeln eigener Schamgefühle auf eine (Selbst-)Abwertung einer emotional bedingten ‚Schwäche‘ hin, welches dem traditionellen Bild eines starken, rationalen und souveränen Mannes widerspricht (vgl. Kap. 2.2.1). Da keine weiteren Patient_innen derartige Situationen schildern, könnte dieses Schammanagement auf Schamgrenzen unter Männern hinweisen. Hierbei sind mögliche (Krankenhaus-)Vorerfahrungen sowie **Erfahrungen** in der Pflege anderer Personen mit zu bedenken, die diese Situationen mehr oder weniger vertraut sowie un-/behaglich erscheinen lassen können. Explizit de-problematisiert eine pflegebedürftige Patientin (9) ihre (Intim-)Waschung auf der Intensivstation ‚unten‘ im Krankenhaus:

Ich habe da unten auch Pfleger gehabt, die mich von oben bis unten gewaschen haben. Da habe ich gar kein Problem mit. Mein Mann und ich, wir sind Saunagänger gewesen und regelmäßig in die gemischte Sauna gegangen. Also das ist für mich kein Problem (Frau 9:376).

Für die Patientin scheint die regelmäßige Vergemeinschaftung mit unbekleideten Geschlechtskörpern in der gemischtgeschlechtlichen Sauna zu begründen, dass sie keine Schamgefühle verspürt. Insofern besteht eine gewisse (Handlungs-)Routine im Umgang mit der *Sexuierung* von Situationen, die laut Heimerl (2006:372) mit der Nichteinhaltung der Bedeckungsvorschriften einhergehe. Diese Sauna-Erfahrungen überträgt die pflegebedürftige Patientin auch auf das Gewaschen-werden von einer anderen Person, erwähnt aber hier nicht ihre mehrfachen Krankenhausvorerfahrungen oder das Gepflegt-werden. Überdies fällt auf, dass Frau 9 ein mögliches Unbehagen bei der Intimwaschung mit dem Verweis auf Pfleger im Sinne *heterogener Gender Dyaden* de-thematisiert.¹⁸⁶ Ein typisches Muster der De-Thematisierung von Geschlecht, wie es sich auch bei der Frage nach der Bedeutung von Physician Gender wiederfindet. Allerdings bedarf es weitergehender Untersuchungen, um die neu aufgeworfenen Forschungsfragen geschlechtersoziologisch analysieren zu können, wie z.B.: Welche Geschlechterkonstruktionen zeichnen sich in der Wahrnehmung und Deutung des Verlustes von körperlicher Autonomie nach der Katheterintervention ab und wie bewältigen Herzinfarktpatient_innen diese (schambesetzten) Situationen im Krankenhaus?

Zuletzt gibt es Hinweise auf *altersbezogene* (Selbst-)Abwertungsprozesse, wie es die hochaltrige Patientin (8) formuliert: „Ich bin ja eine alte Frau (lacht) und es ist schon gut so gewesen alles, mit der Behandlung und mit allem“ (Frau 8:207). Es deutet sich eine Zurücknahme von Ansprüchen bezüglich einer ‚besseren‘ Behandlung an. Deutlicher thematisieren die drei *geriatrischen* Patient_innen Unterversorgungen in der (rehabilitativen) Behandlung und ordnen dies dem höheren **Alter** zu, während sich die pflegebedürftige Privatpatientin von (gleich-) ‚alten‘ Patient_innen in geriatrischen Kliniken abgrenzen möchte (vgl. Kap. 6.2.2.4).

¹⁸⁶ Sowohl die Pflege im beruflichen als auch im familiären Bereich wird überwiegend von Frauen ausgeführt (vgl. Backes 2005; Backes/Amrhein/Wolfinger 2008), wobei (Gender-)Daten für die Intensiv-/Pflege im Krankenhaus in Deutschland fehlen (vgl. Isfort et al. 2011).

De-/Thematisierung von Physician Gender

Während Ärzt_innen ein selbstbewusstes Auftreten in der Visite über die Bedeutung von Physician Gender stellen und die medizinische Fachkompetenz dem unterordnen (vgl. Kap. 6.2.3.1), betonen Patient_innen deren medizinische Fachkompetenz. Demnach sei das Geschlecht von Ärzt_innen egal: „Hauptsache sie verstehen ihr Metier“ (Herr 12:346). Von Männern werden hier aber auch mögliche *Vorbehalte* gegen Ärztinnen de-thematisiert:

- Ich habe nichts gegen Frauen (lacht). Ich mag Frauen. Aber das spielt keine Rolle, wenn sie gut ist, ist sie gut, fertig (Herr 15:144).
- Dass ich damit Probleme habe und sage: ‚Nee, ich möchte nur einen Doktor haben‘, also das auf keinen Fall. Die hat ihren Facharzt, die Dame [Oberärztin], die das [die Katheterbehandlung] gemacht hat. Alles andere war mir völlig egal (Herr 8:145).

Dass Ressentiments gegenüber Ärzten bestehen oder ihnen medizinische Fachkompetenzen abgesprochen werden könnten, wird nie de-/thematisiert. Vielmehr bestätigt die De-Proble-matisierung von *female Physician Gender* ein tradiertes (Geschlechter-)Wissen um die *token-Sonderrolle* von Ärztinnen als *special qualifier* (West 1984), die eine androzentristisch Aus-richtung der ‚Arztrolle‘ aufdeckt (vgl. Kap. 3.1). Dies befördert zwar weiterhin eine verstärkte Wahrnehmung von Ärztinnen, deren abweichende Geschlechtszugehörigkeit scheinbar durch ihre *medizinische* Qualifikation ausgeglichen werden kann. Eben jene Qualifikationen beinhalten aber nicht das Eingehen auf Sorgen und Bedenken von Patient_innen in der Visite. Die *bio-medizinische* Begrenzung ärztlicher Fachkompetenz verdeutlicht sich besonders in den norma-tiven Erwartungen an die Rolle des Chefarztes: „Er kann nicht mit jedem Nähe aufbauen. Das geht ja gar nicht. Er kann nur punktuell sagen: ‚Die braucht mehr Zuspruch, der eine bisschen weniger, da ist es nicht so schlimm‘. Aber das kann man nicht erwarten“ (Frau 2:145). Die andere Privatpatientin antizipiert *zeitliche* Restriktionen, die eine *patient-centred* Ausrichtung der Chefarztvisite verhindern: „Aber ich glaube, dass das zeitlich gar nicht alles zu realisieren ist. Die kommen: ‚Geht es Ihnen gut? Wo tut es Ihnen weh?‘ Mehr Zeit ist einfach nicht da“ (Frau 6:183). Diese kurz gefassten Fragen stellen die beiden Privatpatientinnen in direktem Zusammenhang mit der Bedeutung von Physician Gender, was besonders anschaulich die pfl-egebedürftige Privatpatientin beschreibt, die morgens von der Stationsärztin visitiert wurde: „Sie ist nicht so direkt oder hart dann. Sie versteht auf den Patienten mit ein paar Blümchen einzu-gehen, während der Chefarzt direkt sagt: ‚So, Sie müssen sich jetzt auf jeden Fall mit den Medi-kamenten umstellen‘. Bei ihr ist das nicht so direkt“ (ebd.:149).

Die geschlechterstereotype Dichotomisierung in *harte* und *weiche* Umgangsweisen verwendet auch die andere Privatpatientin, um zu belegen, dass Frauen besser auf *Gefühle eingehen*, wie z.B. eine Krankenhausärztin vor einer medizintechnischen Untersuchung: „Die hat mir die Angst genommen, indem sie sagte: ‚Ist alles gar nicht so schlimm. Sie werden sehen, Sie wachen auf und denken: Was alles schon vorbei?‘ Diese Weichheit war da. Die Ärzte, die waren mir zu hart (Frau 2:211). Letzteres bezieht sich auf das *Nichteingehen* auf ihre *Ängste* vor der zweiten Katheterintervention sowie auf die *medizintechnische* Behandlungsausrichtung (vgl. Kap. 6.2.2.4). Diese kritisierten ‚asymmetrischen Verbalhandlungen‘ (Siegrist 1979) ordnet die

Patientin explizit dem ‚männlichen‘ Geschlecht zu. So läge (Medizin-)Technik Männern/Ärzten ‚im Blut‘ (Frau 2:193), wohingegen Frauen/Ärztinnen mehr Verständnis für ihre *Sorgen* und Bedenken hätten (ebd.:199). Ein essentialistischer Ansatz, der geschlechterstereotype Zuschreibungen von psychosozialen und medizintechnischen Kompetenzen an Krankenhausärzt_innen re-produziert. Hiermit einhergehend gibt es Hinweise auf einen *Gender Bias* in den Erwartungen an das ärztliche Visitenverhalten, die höhere Ansprüche an Ärztinnen (*female Physician Gender*) umfassen, dass sie Patient_innen und psychosoziale Themen stärker in das Behandlungsgespräch integrieren als (vorgesetzte) Ärzte (vgl. Kap. 3.3.3.2), was nachfolgend in Bezug auf homo- und heterogene Gender Dyaden wieder aufgegriffen wird.

Nähe und Distanz in Gender Dyaden

Die Patient_innen weisen mehrheitlich die Bedeutung von *Gender Dyaden* für das Visiten-gespräch zurück. Zum Beispiel erklärt der jüngere Patient, der noch offene Fragen bezüglich seiner Sexualität nach dem Herzinfarkt hat: „Also ich hätte jetzt keine Probleme, wie ich auch jetzt mit Ihnen spreche, mit einer Frau darüber zu sprechen; überhaupt nicht. Also da bin ich absolut schmerzfrei“ (Herr 7:168). Die schon benannte De-Problematisierung von *female Physician Gender* stellt zugleich eine De-Thematisierung von »Unbehagen in heterogenen Gender Dyaden« dar. Konkret ist hier gemeint, als Mann mit einer Ärztin über seine Sexualität und etwaige Beeinträchtigungen zu sprechen.

Ausschließlich Frauen thematisieren negative und positive Einflüsse von homo- und heterogenen **Gender Dyaden** in der Visite. Diese umfassen geschlechter- und altersbezogene Deutungsmuster. So sprechen sich die beiden eher *differenzorientierten* Patient_innen für die *female Gender Dyade* aus. Laut der einen Patientin vermittele die Ärztin-Patientin Dyade eine vermeintlich ‚gemeinsame Basis, wemgleich da auch keine ist‘ (vgl. Kap. 6.2.2.4). Die andere Privatpatientin spricht von einer größeren *Nähe unter Frauen*, die sie mit dem größeren Verständnis von Ärztinnen für die *seelischen* Belange der Patientin begründet: „Die [Ärztinnen] sind einem näher und die verstehen das auch besser, dieses Seelische. Die seelische Nähe ist da größer“ (Frau 2:199). Bei der Ärztin, die ihre Magenspiegelung durchführte, habe sie sich ‚wohl gefühlt‘. „Da hat man direkt die Nähe gespürt und dieses Vertraute“ (ebd.:207).

Demgegenüber geben beide Patientinnen Hinweise auf *Hemmnisse* in der *heterogenen* (Chef-)Arzt-Patientin-Visite: „Ich bin ja nicht mehr die Jüngste. Man ist einem Mann gegenüber genanter als einer Frau. Ich glaube, dass ich offener mit einer Frau als mit ihm [Chefarzt] sprechen könnte. Ich glaube in dem Moment auch gar nicht daran gedacht zu haben, aber eine gewisse Distanz ist schon da“ (Frau 6:189). Die Patientin führt ihre *Scham* und *Distanz* gegenüber dem Chefarzt auf die heterogene Konstellation und ihr hohes **Lebensalter** zurück. Hiermit erklärt sie sich auch ihre unbewusste *Zurückhaltung* in der Chefvisite, die gegenüber der Stationsärztin nicht bestehe. Welche Themen Frau 6 neben der Frage nach der Verschiebung ihrer Entlassung in der Chefvisite noch zurückgehalten hat, bleibt unklar. Jedoch konnte bereits ihre Kritik an dem ‚*harten*‘/direktiven Kommunikationsstil des Chefarztes aufgezeigt werden, was beide Privatpatientinnen problematisieren. Gebrochen werde die unbewusste Distanzie-

rung der Patientin in der *heterogenen Gender Dyade* in Verbindung mit *generativen* Zuschreibungen. So bestehe diese Distanz nicht gegenüber jüngeren Stations-ärzt_innen: „Vielleicht sind die jüngeren Leute heute da auch offener. Das hat vielleicht etwas mit der Erziehung (lacht) zu tun“ (Frau 6:189). Hiermit schreibt sie der neuen **Generation** eine größere Offenheit zu, wofür sie sozialisatorische Prozesse denn Veränderungen in der ärztlichen Ausbildung verantwortlich sieht.

Ferner deutete sich bereits für die Konstruktion von Geschlecht in der Visite an, dass eine gewisse *familiär-generative Nähe* in der heterogenen junger-Arzt-ältere-Patientin Dyade zu erkennen ist. Durch den Vergleich des Stationsarztes mit den Enkelkindern werden nicht nur vermeintlich (hetero-)sexuelle Spannungen in der *heterogenen Gender Dyade* durchquert, sondern es zeichnet sich auch eine gewisse Nähe seitens der Patientinnen gegenüber den jungen Ärzten ab. Dankbar äußert sich z.B. eine Patientin über die körperliche Zuwendung eines Arztes vor dem Kathetereingriff: „Ich muss eigentlich sagen, (*zittrige Stimme*) *der junge Arzt, der war als wenn es mein Sohn gewesen wäre. Immer wieder kam er und hat meine Hand genommen. 'Wie ist es? Ist es besser?'*“ (Frau 6:47). Diese Nähe wird nicht bei Ärztinnen erwähnt und könnte auf einen *Gender Bias* in der Wahrnehmung und Deutung gleich junger Ärzt_innen deuten, ähnlich wie es für die Bewertung der ärztlichen Zurückweisung der Interessen von Patient_innen vermutet wird. Wie bereits gezeigt (vgl. Kap. 6.2.2.4), berichtet eine ältere Patientin leicht belustigt darüber, wie der ‚junge und niedliche‘ Arzt ihre Bitte um die Abnahme eines Überwachungsgeräts bestimmt zurückwies (Frau 5:124). Im Einklang mit den androzentristisch konnotierten Handlungserwartungen an die ‚Arztrolle‘ werden paternalistische Darstellungen bei jungen Ärzten weniger negativ bewertet bzw. sogar belächelt. Die jüngere Patientin führt Differenzen im ärztlichen Umgang mit ihren *sozialen* Problemen auf **Physician Gender** zurück. Demnach mache es manchmal schon einen Unterschied, ob sie mit einem Arzt oder einer Ärztin spreche. „Ich finde, dass sogar die Ärzte eher darauf eingehen als die Ärztin“ (Frau 11a:213). Die positivere Bewertung der *heterogenen* (vorgesetzte) Arzt-Patientin **Gender Dyade** widerspricht herkömmlichen Zuschreibungen von psychosozialen Kompetenzen an der ‚weibliche‘ Geschlecht, was die Patientin auch von der Stationsärztin zu erwarten scheint. Höhere Ansprüche gegenüber Ärztinnen an eine *patient-centered* Visitenführung könnten mit erklären, warum die jüngere Patientin ein scheinbar vergleichbares *Nicht-eingehen* auf ihre familiären Verpflichtungen bei der Stationsärztin negativer bewertet als bei dem (Ober-)Arzt (vgl. Kap. 6.2.2.4).

7. Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse

Seit den 1990er Jahren beschäftigten sich vielzählige wissenschaftliche Abhandlungen und Untersuchungen mit dem Themenkomplex ‚Herzinfarkt & Geschlecht‘, die weiterhin Behandlungsdisparitäten zwischen Männern und Frauen mit einem akuten Herzinfarkt belegen (vgl. Kap. 3.1). Ein Tatbestand, dem sich das medizinische Handlungsfeld angenommen hat, indem sich eine eigenständige Gender-Medizin formierte (Gadebusch Bondio 2014). Allen voran beschäftigte sich die Kardiologie mit Geschlechterfragen, die an der Sex-Gender-Unterteilung festhält (Regitz-Zagrosek 2012a). Demgemäß tragen die Studien stärker zu Naturalisierung weiterer Geschlechterdifferenzen bei als sich den strukturellen und symbolischen Gender-Dimensionen sowie interaktiven Prozessen der Geschlechterdifferenzierung in der Herzinfarktbehandlung zuzuwenden (Voß 2014). Letzteres war das genuine Anliegen der Frauengesundheitsbewegung und wissenschaftskritischer Frauengesundheitsforschung, die sich gegen die paternalistische Entmündigung und Pathologisierung von Frauen in medizinischen Behandlungskontexten einsetzte. Die Aufdeckung einer hegemonial androzentristischen Ausrichtung in den Pathogenese-, Behandlungs- und Beziehungsmodellen sowie Versorgungsstrukturen sind wesentlich für eine geschlechtergerechte Herzinfarktbehandlung zu werten (vgl. Eichler 1998; Kuhlmann/Kolip 2005).

Eingangs wurden drei gendertheoretische Zugänge aufgezeigt, um die vielfach bezeichneten *Geschlechterkonstruktionen* zu rekonstruieren, die ‚Geschlecht‘ als eine sozial folgenreiche Differenzierungskategorie in der Herzinfarktbehandlung im Krankenhaus hervorbringen. Hierzu zählen Geschlechterkonstruktionen in den aktuellen gender-/medizinischen Sichtweisen, in den Schließungsprozessen in der ärztlichen Profession, in den normativen Handlungserwartungen an Ärzt_innen und Patient_innen in den unterschiedlichen Beziehungsmodellen sowie im ‚total-institutionellen Beziehungsdilemma‘ im Krankenhaus. Der sozialkonstruktivistischen Perspektive folgend richtete die vorliegende Arbeit ihr Augenmerk auf die *interaktiven* Herstellungsprozesse von Geschlecht/-erdifferenzierungen in der Visite. So konnten vielfältige Prozesse herausgearbeitet werden, die zur Aufrechterhaltung des kulturellen ‚Zweigeschlechtlichkeitssystems‘ (Hagemann-White 1988) und die darin eingebettete heteronormative Geschlechtermatrix beisteuern. Anlehnend an die diskutierten *Doing Gender* Ansätze wurden Prozesse in der Darstellung, Wahrnehmung und Deutung von Geschlecht unterschieden, die stets im Sinne eines *Doing Gender while ...* im sozialen Kontext hier im Krankenhaus zu verorten sind.

Derweil begrenzen sich bisherige Studien zur interaktiven Bedeutung von Gender in Behandlungsgesprächen *entweder* auf die quantitative Analyse: von Darstellungs- oder ‚Verbalmustern‘ *in* ambulanten Behandlungsgesprächen *oder* von Mustern in den (retrospektiven) Wahrnehmungen und Deutungen der Gespräche, die Wochen bis Monate zurückliegen. Nur eine geringe Anzahl an Studien betrachtet gleichzeitig die *reziproken Prozesse* beider Parteien in der Hervorbringung von Geschlecht (Hedegaard et al. 2014), deren Ergebnisse auf die Bedeutung von *Gender Dyaden* in Ärzt_innen-Patient_innen-Gesprächen deuten (Brink-Muinen

et al. 2002, umfassend Sandhu et al. 2009). So konnte eine Forschungslücke für die umfassende Untersuchung so genannter dyadischer Prozesse in Konstruktion von Geschlecht in der Visiteninteraktion ausgewiesen werden. Dieser hat sich die empirische Arbeit mit einer Methodentriangulation angenommen, wobei für die Auswertung auf ein Sample zurückgriffen werden konnte, das den Anforderungen einer paritätischen Geschlechterverteilung in allen (vier) Gender Dyaden entspricht. Die theoriegeleitete qualitative Forschung und Auswertung der Visitingespräche und Interviews geht der Frage nach: *Inwieweit zeichnen sich geschlechterbezogene/dyadische Muster in den Darstellungen von Stationsärzt_innen und Erstinfallpatient_innen in der Visiteninteraktion sowie in deren (retrospektiven) Wahrnehmungen und Deutungen der Gespräche ab?*

Im Folgenden soll zunächst auf das methodische Vorgehen während der Erhebungsphase eingegangen werden, das sich als spezifisch für das Setting Krankenhaus erwiesen hat (7.1). Dies gilt es auch im Hinblick auf die Limitationen oder ‚Grenzen des Geltungsbereichs‘ (Steinke 2010:329) der Forschungsergebnisse zu reflektieren. Die im vorherigen Kapitel bereits eingehend dargestellten Ergebnisse weisen auf eine Vielzahl geschlechterbezogener und z.T. dyadischer Muster in den Darstellungen von Ärzt_innen und Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt in der Visite sowie in deren wechselseitigen Wahrnehmungen und Deutungen der Visitingespräche hin. Auch wurden bereits neue Fragen aufgeworfen. In diesem Kapitel sollen diejenigen Ergebnisse aufgegriffen werden, die m.E. neue Erkenntnisse zu den Diskrepanzen in der Diagnostik eines akuten Herzinfarktes in der Prähospitalphase und zu den Disparitäten beim Übergang vom Krankenhaus in Reha-Maßnahmen liefern (7.2). Abschließend werden weitergehende Untersuchungsfragen aufgezeigt (7.3).

7.1 Diskussion der eingesetzten Forschungsmethoden

Für die Untersuchung interaktiver Konstruktionsprozesse von Geschlecht in/nach der Visite wurden zwei Erhebungsmethoden angewendet. Wesentliche Kritikpunkte konnten bereits in Methodenkapitel aufgezeigt werden (vgl. Kap. 5.1.). Indessen haben sich bei der methodischen Umsetzung weitere Kritikpunkte ergeben, die prädestinierend für das Untersuchungsfeld *Visitingespräche im Krankenhaus* zu sein scheinen. In den ersten Erhebungstagen war die teilnehmende Beobachterin schon kurz vor Beginn der *Visite* im Zimmer der jeweiligen Patient_innen. Dies hatte vornehmlich erhebungspraktische Gründe, insbesondere um das Tonbandgerät und sich möglichst gut im Hintergrund positionieren zu können. Hiermit ist jedoch eine (ungewollte) ‚Ankündigung‘ der nahenden Stationsvisite für die Patient_innen verbunden, was dem Stationsalltag widerspricht. So kommt die Visite gerade für die Patient_innen unvermittelt, die sich vormittags für die Stationsvisite im Zimmer aufhalten sollen. Hierdurch könnte etwaige Fragestellungen an die behandelnden Stationsärzt_innen evoziert worden seien. Nach wenigen Tagen veränderte die Beobachterin die Vorgehensweise, wartete stets auf dem Flur und folgte dem ärztlichen Personal beim Betreten des Patient_innenzimmers. Hierdurch kam es zu Situationen, dass Mitpatient_innen von der Pflege im Intimbereich gewaschen wurden, die Visite ärztlicherseits aber nicht verschoben wurde. Oder Patient_innen waren noch mit ihrem Früh-

stück beschäftigt und aßen auch während des Visitengesprächs weiter. Dies könnte ebenfalls institutionellen Reglementierungen geschuldet ist. So wurde das Frühstück zu einer festen Zeit wieder eingesammelt. Um die möglichst alltagsnahe Gesprächssituation von Stationsvisiten nicht zu verfälschen, ist die zweite Vorgehensweise geeigneter.

Hinsichtlich der *Interviews*, die mit den Patient_innen kurz vor ihrer Entlassung noch im Krankenhaus geführt wurden, ist neben ihre Dankbarkeit, den (ersten) Herzinfarkt überlebt zu haben, und der Vorfreude auf ihr Zuhause, auch der (relativ) späte Zeitpunkt der Befragung zu reflektieren. Befördert die am Ende der Entlassung gelegene Befragung zu den (unterschiedlich vielen) Visitengesprächen Erinnerungsschwierigkeiten, die anhand eines kurzen Fragebogens kurz nach der Visite umgangen werden könnten (z.B. Arnetz/Arnetz 2009). Mit dem Einsatz von Fragebögen werden jedoch auch Aufmerksamkeiten auf spezifische Aspekte in den Visitengesprächen gelenkt und entsprechende Reflexionsprozesse befördert, die das Verhalten der Patient_innen in den nachfolgenden Visitengesprächen beeinflusst. Aus diesem Grunde wurde in dieser Untersuchung von einer Fragebogenerhebung gleich nach jeder Visite abgesehen, so dass die Erinnerungslücken die Aussagekraft der Wahrnehmungs- und Deutungsmuster limitieren. Dies trifft im verstärkten Maße für die Interviews mit den Stationsärzt_innen zu, die häufig erst Tage nach der Entlassung ihrer Patient_innen interviewt werden konnten. Hierfür ist vor allem das hohe Arbeitsaufkommen verantwortlich, so dass die Stationsärzt_innen nach dem Interview ihre Arbeit nacharbeiten mussten. Eine Anerkennung der Interviewzeit als Arbeitszeit ist eine idealtypische Konstellation und kann etwaigen Zeitdruck im Interview verhindern.

Gleichzeitig sind interaktive Geschlechterkonstruktionen auch in der Interviewsituation wirkmächtig. In Anlehnung an Beate Littig (2009b) ist es auch zu bedenken, dass Gender Dyaden in der Interviewsituation die Antworten der Expert_innen mitgestalten (vgl. Kap. 5.2). Um diesbezügliche Muster in der *Auswertung* erkennen zu können, bedarf es Vergleichsmöglichkeiten mit einem weiteren Interviewer, was jedoch im Rahmen der Dissertationsarbeit unüblich ist. Gleiches gilt insgesamt für die Auswertung in größeren Teams, um mögliche Verzerrungen durch eine Person verhindern zu können (vgl. Steinke 2010).

7.2 Muster in der sozialen Konstruktion von Geschlecht in der Visite

Anhand der qualitativen Fallanalyse der 37 Visitengespräche und 20 Interviews konnten geschlechterbezogene Muster in den Darstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen von Krankenhausärzt_innen und -patient_innen aufgezeigt sowie teilweise einzelnen Gender Dyaden zugeordnet werden. Darüber hinaus erwiesen sich weitere soziale Kategorien relevant dafür, wie körperliche Beschwerden, emotionale Belastungen, soziale Sorgen und medizinische Themen in der Visite dargestellt, wahrgenommen und bewertet wurden. Hierzu zählen u.a. das Alter, der Grad körperlicher Beeinträchtigungen, die Behandlungsvorerfahrungen und der Versicherungsstatus der Patient_innen sowie die Berufserfahrungen und das Alter des ärztlichen Personals. Im Folgenden sollen diejenigen Muster diskutiert werden, die auf Diskrepanzen und Disparitäten in der Versorgung von Männern und Frauen mit/nach einem ersten Herzinfarkt

deuten. Diese bieten Ansatzmöglichkeiten für weitergehende Untersuchungen und Weiterentwicklungen im Sinne einer geschlechtergerechten und nachhaltigen Herzinfarktbehandlung.

Diskrepanzen im Umgang mit akuten Herz-/Beschwerden

Gravierende Unterschiede zeigten sich in Bezug auf das *Nicht-/Eingehen* auf die akuten Herz-/Beschwerden, was für Frauen sowohl in der Prähospitalphase als auch im Krankenhaus mit längeren Verzögerungen in der medizinischen Behandlung ihres akuten Herzinfarktes verbunden war. Auffällig war, dass keiner der vier Männer wegen akuter Herz-/Beschwerden die ambulante Praxis aufsuchte, was jedoch nicht als eine vermeintliche ‚geschlechtsspezifische‘ Ablehnung ärztlicher Hilfe zu deuten ist (vgl. Kap. 3.3). Vielmehr fungierte bei allen Männern das soziale Umfeld, insbesondere Ehe-/Frauen als ‚Schutzfaktoren‘ (Brink et al. 2002), die gleich den Notruf wählten. Dagegen zeigten sich Verzögerungen bei den fünf Patientinnen, von denen Vier zunächst in die hausärztliche Praxis gingen. Davon fuhr nur eine Patientin entsprechend der Leitlinien mit dem Rettungswagen zur Abklärung ihrer Symptome ins Krankenhaus, während die drei anderen Frauen wieder nach Hause entlassen wurden. Ihre Schilderungen der hausärztlichen Konsultationen bestätigen ein *Yentl Syndrom* (Merz 2011). Unabhängig vom Alter, Bildungsstand oder von der körperlichen Beeinträchtigung der Frauen wurden die von ihnen geschilderten Beschwerden als nicht-medizinisch-untersuchungsrelevant eingeschätzt, so dass sich die Patientinenn *aktiv* für eine medizinische Betrachtung ihrer Beschwerden einsetzen mussten. Im Falle der hausärztlichen Einweisung ins Krankenhaus zeigte sich zudem eine entgegengesetzte Bedeutung des sozialen Umfeldes. So drängten (zwei) Frauen aus Sorge um ihre Ehe-/Männer erst nach Hause, was nicht nur als ein ‚Risikofaktor‘ für eine frühzeitige Behandlung eines akuten Herzinfarktes zu werten ist (vgl. Brink et al. 2002; Kristofferzon et al. 2003), sondern auch ihre Teilnahme an stationären Reha-Maßnahmen beeinträchtigt.

In der Diagnostik und Erkennung akuter Herzinfarkte deutete sich ein *Gender Bias* in der Bewertung medizinischer Daten an. Selbst auffällige Ergebnisse von EKG- und Blutuntersuchungen wurden bei den Patientinnen hausärztlicherseits als nicht-schwerwiegend ausgelegt. Dagegen setzten sich Rettungskräfte auch ohne auffälligen EKG-*Befund* und trotz abklingender Beschwerden bei einem jüngeren Mann für die Abklärung im Krankenhaus ein. Dies könnte auf (protektive) Zuschreibungsprozesse in der Konstruktion von *male Patient Gender* hinweisen, demnach den Beschwerden (jüngerer) Männer ein größerer Schweregrad zugeschrieben wird, da sie erst bei manifesten Leiden um Hilfe bitten würden (vgl. Kap. 3.3.1.1). Gleichgerichtet erklärte ein Stationsarzt seine Verwunderung über die bestehende Geschlechterkluft in der Prähospitalzeit, dem folgend sich die Annahme eines geschlechterdifferenten Umgangs mit akuten (Herz-)Beschwerden und Schmerzen offenbarte. So gehe er davon aus, dass eher Männer als Frauen ihre Beschwerden ‚herunterspielen‘ würden.

Zudem scheint sich das professionelle Erfahrungswissens um biomedizin(techn-)ische Lücken in der Diagnostik eines akuten Herzinfarktes auf das ‚männliche‘ Geschlecht zu begrenzen, was als ein weiterer ‚Schutzfaktor‘ für eine kurze Prähospitalzeit von Männern betrachtet werden kann. Das gendermedizinische Wissen um so bezeichnete ‚atypische‘ Herzinfarktsymptome,

demnach Frauen häufiger als Männer von den klassischen Beschwerden Luftnot, Brust- und Schmerzen im linken Arm abweichen würden (vgl. Kap. 3.1.2), fand indes in der kranken-/hausärztlichen Praxis keine Anwendung (vgl. Kuhlmann/Kolip 2008).

Im Krankenhaus war eine starke androzentristische und biomedizinische Ausrichtung in der ärztlichen Abklärung akuter Beschwerden nach einem Herzinfarkt auf der peripheren Station zu verzeichnen. Hierbei zeigten sich Geschlechterdichotomien in der Bewertung des *Infarkt-schweregrades*, die besonders unter Stationsärzt_innen mit wenig *Berufserfahrung* vertreten zu sein scheinen (vgl. Willrodt 2009): Unter ihnen dominiert das klassische Verständnis eines ‚echten‘ Herzinfarktes mit EKG-ST-Hebungsbefund und hohen Troponinwerten sowie starken körperlichen und emotionalen Symptomen, wie es typischerweise Männer verspüren würden. Als ‚frauentypisch‘ gelten dagegen ‚kleine‘ Herzinfarkte sowie diffuse körperliche und emotionale Beschwerden wie ‚Unwohlsein‘. Die Abklärungsfragen in den Visitengesprächen begrenzten sich auf die klassischen Symptome: ‚Luftnot‘ und ‚Druck auf der Brust‘. Die Integration emotionaler Aspekte (Unwohlsein) in die ärztlichen Abklärungsfragen war ausschließlich auf Patientinnen sowie die *female Gender Dyade* begrenzt. Doch die konstatierte stärkere Zentrierung von Ärztinnen auf die medizinischen Bedürfnisse ihrer Patientinnen (Sandhu et al. 2009), hier ihre körperlichen Missempfindungen medizinisch abklären zu lassen, erfolgte nicht. Vielmehr fand (ähnlich wie in den hausärztlichen Konsultationen) eine *Zurückweisung* ihrer Beschwerden als ‚herzinfarktunspezifisch‘ und *Bagatellisierung* des Schweregrades statt, die zusammen die starke Asymmetrie sowie androzentristische und notfallmedizinische Ausrichtung des Akutkrankenhauses widerspiegeln (vgl. Kap.: 3.1; 3.2).

Insgesamt konnten bei mehreren Patientinnen ähnliche Zurückweisungen beobachtet werden. Besonders eindrücklich bestätigte sich bei zwei Frauen im Krankenhaus (eine davon mit einem akuten Reinfarkt), dass ihre Beschwerden sowohl von Haus- als auch Stationsärzt_innen sowie dem Pflegepersonal nicht mit einem akuten Herz- bzw. Reinfarkt in Verbindung gebracht wurden. In dem einen Fall wurde das Nichteingehen auf die Beschwerden vom Arzt als ‚emotionale *Behandlungsstrategie*‘ ausgelegt, um vermeintlich ‚unbegründete‘ *Ängste* vor einem Reinfarkt zu minimieren, da eine psychologische (Angst-)Störung vermutet wurde. Dies deutet auf eine Fortsetzung des Yentl-Syndroms im Krankenhaus hin.

Die Thematisierung von *Schmerzen* und *Ängsten* der Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt sowie der darauf bezogene ärztliche Umgang mit den körperlich-emotionalen Belastungen bestätigen klassische Weiblichkeits- und Männlichkeitskonstruktionen. Hierzu zählen stereotype Vorstellungen ‚männlicher‘ Stärke, während körperliche und emotionale Schwäche zu zeigen ‚weiblich‘ codiert sind (u.a. Hahn 2008; Honegger 2011:104f.): In den Interviews berichteten zwar alle Patient_innen Angst davor zu haben, wieder einen Herzinfarkt zu leiden. In den Visiten offenbarten indes ausschließlich Patientinnen verzögert ihre *Angst* vor einem akuten Reinfarkt im Sinne einer *hidden agenda* (Hunziker et al. 2010), und zwar nachdem ihre Beschwerden als nicht-akutmedizinisch-relevant zurückgewiesen wurden, trotzdem diese mit einem akuten Herzinfarkt assoziiert werden. Dagegen deuteten Männer ihre körperbezogenen Verunsicherungen (wenn überhaupt) implizit an und nahmen sogleich den Schweregrad ihrer

Beschwerden selbst zurück. Jedoch führten Frauen häufiger negative *Behandlungsvorerfahrungen* an, die mitbegründen könnten, dass Patientinnen nach ihrem (oftmals erst verkannten) Herzinfarkt stärker von sich aus über ihre Beschwerden sprechen. Eine stärkere Thematisierung emotionaler Aspekte gegenüber Ärztinnen (*female Physician Gender*), wie es die Meta-Analyse zu Gender Dyaden in (ambulanten) Behandlungsgesprächen mit Ärztinnen ausweist (Sandhu et al. 2009), war in dieser nicht-repräsentativen Untersuchung nicht zu beobachten, wobei in der niedergelassenen Praxis auch die Wahlmöglichkeit einer Ärztin oder eines Arztes besteht. Derweil schrieben besonders Privatpatientinnen dem ‚weiblichen‘ Geschlecht der Ärztinnen einen ‚weichen‘ Umgang mit ihren Ängsten und eine größere Nähe in der *female Gender Dyade* zu, demgegenüber sie (geschlechterdichotom) das ‚harte‘ Nichteingehen auf ihre Bedenken und eine größere Distanz in der *heterogenen* (Chef-)Arzt-Patientin-Konstellation stellten. Dies verdeutlicht die aufgezeigten implizierten Geschlechterkonstruktionen in den *paternalistischen* und *patient-centred* Beziehungsmodellen zwischen Krankenhausärzt_innen und -patient_innen (vgl. Kap. 3.2). Der damit verbundene *Gender Bias* in der (ungleichen) Bewertung paternalistischer ‚Verbalmuster‘ (vgl. Schmid Mast et al. 2011/2004) weist dazu auf die Bedeutung des *Alters* von Stationsärzt_innen hin. Demnach wird ein vergleichbares *Nichteingehen* auf die Bedürfnisse der Patient_innen bei jungen Ärzten (im Gegensatz zu ihren Kolleginnen) weniger negativ wahrgenommen und bewertet. Dies scheint im Zusammenhang mit altersbezogenen/generativen Konstruktionsprozessen einer älteren Generation von Patient_innen zu stehen, wie die Zuschreibung von (familiärer) Nähe gegenüber den jungen Ärzten, und deutet auf eine umgekehrte Eltern-Kind-Beziehung. Für ein ‚gender ageism‘ (Maserejian et al. 2009) oder hier: *Gender & Age Bias* spricht, dass der ‚neuen Generation‘ von Stationsärzt_innen eine stärkere Zentrierung auf die Bedürfnisse der Patient_innen zugeschrieben wurde. Hingegen erschien eine randständige Integration psychosozialer Aspekte in den Chefarztvisiten vor dem Hintergrund hegemonial paternalistischer Erwartungshaltungen an die Chefarztposition durchaus legitim.

In den Visiten gingen jedoch (Ober-)Ärztinnen häufiger als ihre Kollegen auf emotionale Belastungen nach einem akuten Herzinfarkt ein, die ihre Patient_innen zuvor erwähnten. (Ober-)Ärzte gaben eher Anweisungen zum (direktiven) Umgang mit Angst und gingen vor allem mit fachmedizinischen Argumenten auf die Ängste und (mögliche) Bedenken der Patient_innen ein. Mit Verweis auf den aufgedeckten ‚Female Bias‘ in den Ergebnisformulieren, insbesondere zum krankenhausesärztlichen Umgang mit Emotionen von Patient_innen (Finset et al. 2013; vgl. Kap. 4.1), verdichten sich auch in dieser Untersuchung Hinweise auf ein *Doing gender while doing work* (Wetterer 2002) unter Ärzten. So wurde die *ausführliche Darstellung fachmedizinischer* Aspekte von (mehreren) Krankenhausärzten mit zunehmender *Berufserfahrung* dargestellt, was im Einklang mit den normativen Handlungserwartungen an eine paternalistische *Arztrolle* und klassischen Männlichkeitskonstruktionen ‚funktional spezifisch und emotional neutral‘ steht (vgl. Kap. 3.1.1). Dem widersprechend zeigte sich aber auch, dass berufserfahrene Ärzte häufiger von sich aus soziale Konversation betrieben. Dies war – entgegen bisheriger Ergebnisse (Lunn et al. 1998; Bertakis/Franks/Epstein 2009) – auch unabhängig von homo- oder

heterogenen Gender Dyaden (wie auch in Chefarztvisiten) zu beobachten. Hier könnte sich eine Erweiterung der klassischen Visitenführung um soziale Konversation andeuten. Ähnlich ist die ärztliche *Selbstoffenbarung* von Emotionen wie: Arbeitsstress, Frustrationen und Humor zu werten, die *homogenen Gender Dyaden* zugeordnet werden konnte, was für die These eines größeren Behagens von Ärzt_innen in gleichgeschlechtlichen Visiteninteraktionen spricht.

Derweil schienen sich *Berufsanfängerinnen* dem nicht-medizinischen *Small Talk* stärker entziehen zu wollen. So gilt das (ober-)ärztliche Nichteingehen auf Diskussionen mit Patient_innen – auch vor dem Hintergrund der zeitökonomischen Ausrichtung der Krankenhausbehandlung (Vogd 2014) – als (paternalistischer) Maßstab, demnach sich Ärztinnen mit weniger Berufserfahrung in einem Spagat zwischen paternalistischer und patient_innenzentrierter Visitenführung wägen: Konform mit dem bekannten *Statusdilemma* (West 1984) wird von einer Ärztin vermutet, dass Patient_innen ihnen gegenüber eher ‚ihr Herz ausschütten‘ würden, und zwar aufgrund der interaktiven Zuweisung ‚weiblicher‘ Kompetenzen im Umgang mit psychosozialen Aspekten. Gleichwohl sich beide Privatpatientinnen sehr für die *female Gender Dyade* aufgrund der tradierten Zuschreibung eines ‚weichen‘ Umgangs mit ihren Sorgen aussprechen, ließ sich in den Visiten keine Häufung diesbezüglicher Patient_inneninitiativen gegenüber Ärztinnen ausmachen. Vielmehr scheinen *Probleme* bei der Befolgung der ärztlich empfohlenen Maßnahmen erklären zu können, dass Patient_innen nicht-medizinische Themen in der Visite ansprechen, was sich besonders anschaulich in der Planung rehabilitativer Maßnahmen und der Entlassung zeigte.

Disparitäten in der Reha- und Entlassungsplanung

Insgesamt ist es erstaunlich, dass für fünf der elf Patient_innen nach ihrem ersten Herzinfarkt keine weitere Reha-Behandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus folgt, die somit vom idealtypischen Behandlungsverlauf nach einem akuten Herzinfarkt abweichen. Hierunter befanden sich vier Frauen und ein Mann, was den persistierenden *Gender Gap* in der Reha-Überleitung widerspiegelt (vgl. DHS 2015b). Allerdings hängt dies auch mit den Ansprüchen des qualitativen Samplings zusammen, das keine statistische Repräsentativität beansprucht, sondern eine möglichst große Heterogenität im Sample angestrebt. Demzufolge wurden vermehrt ‚Ausnahmefälle‘ aufgenommen, an denen sich besonders gut Normierungsprozesse aufzeigen lassen (vgl. Kap. 5.1). Auf diese Weise konnten drei *Typen* gebildet werden, wie eine *Nichtüberleitung* in rehabilitative Maßnahmen in den Visiten *akzeptiert*, *befördert* oder *verhindert* („umgestimmt“) wurde (vgl. Kap. 6.1.3). Inwiefern die rehabilitative Versorgung bereits vor Beginn der Erhebung besprochen wurde, kann nur indirekt aus den Interviewschilderungen rekonstruiert werden (vgl. Kap. 6.2.2). Diese bestärken indes den Eindruck, dass auf der intensivmedizinischen Station andere Themen im Vordergrund stehen als dass eine umfassende Aufklärung der Patient_innen über die Diagnose ‚Herzinfarkt‘ oder rehabilitative Folgebehandlungen erfolgt (vgl. Kap.: 6.2.2.1 6.2.2.4).

Aus medizinischer Sicht gilt es jedoch gerade *Erstinfarktpatient_innen* umfassend über die Möglichkeit kardiologischer Reha-Maßnahmen aufzuklären (DRV 2016; DGK 2007), was

allerdings hier nur in einer Stationsvisite (*male Gender Dyade*) idealtypisch stattfand. Vielmehr verdeutlichten sich weitere Mechanismen, die zu beeinflussen scheinen, *wie* über die weitere Reha-Behandlung gesprochen wird. Diese weisen auf ein intersektionales Zusammenspiel von: Alter, Geschlecht, körperlicher Reha-Fähigkeit und häuslicher Versorgungssituation der Patient_innen sowie Geschlecht und Berufserfahrung der Stationsärzt_innen hin, die eine Zustimmung respektive Ablehnung einer Reha-Behandlung unterschiedlich befördern.

Übergeordnet zeichnete sich die *stationäre Anschlussheilbehandlung* (AHB) als medizinische Leitnorm ab, demgegenüber ambulante und geriatrische Reha-Maßnahmen untergeordnet bis vernachlässigbar erschienen. Dass allerdings die Teilnahme an einer AHB eine uneingeschränkte körperliche *Rehabilitationsfähigkeit* voraussetzt, wurde in den Visiten ärztlicherseits gar nicht thematisiert. So kam es in zwei Fällen zu einer Verkennung der *Pflegebedürftigkeit*, demnach eine geriatrische Reha-Behandlung mit pflegerischen Unterstützungsangeboten indiziert wäre (vgl. Rummer/Schulz 2012). Dies begrenzte sich auf Frauen, ebenso wie die ambulanten Reha-Formen, die Patientinnen einforderten, während alle Patienten einer stationären Weiterbehandlung zustimmten (vgl. Kap. 6.1.3). Mit der Planung einer geriatrischen Nachsorge gehen höhere Anforderungen an die Entlassungsplanung einher. Denn im Gegensatz zur AHB, wo eine Entlassung nach Hause bis zu zwei Wochen vor dem AHB-Antritt möglich ist, erfordern eine geriatrische Nachsorge eine Direktverlegung und stringtes Zeitmanagement in Anbetracht der kurzen Verweildauern nach einem akuten Herzinfarkt.

Entgegen der konstatierten Lücken in der krankenhausärztlichen und psychosozialen Versorgung von Routinefällen infolge der DRG-Umstellung (Vogd 2014) zeigte sich in dieser Untersuchung in zwei *male Gender Dyaden*, dass Stationsärzte mehr Zeit in die Reha-Aufklärung ihrer Patienten investierten, um deren Teilnahme an einer stationären AHB (*re-/aktiv*) zu *befördern*. Besonders umfänglich ging ein berufserfahrener Arzt auf einen jüngeren Patienten ein und klärte über: den (lebens-)notwendigen Reha-Bedarf nach dem ‚*kleinen*‘ Herzinfarkt und verschiedene Reha-Maßnahmen (Einstellung der Herzmedikamente und psychosozialer Risikofaktoren ‚*Nichtrauchen*‘) auf. Dies fiel bei dem älteren Patienten, der zunächst eine AHB ablehnte, verzögert und weniger umfassend aus. Dazu intergrierte der Stationsarzt die *berufliche Situation* des jüngeren Patienten, de-problematisierte mögliche Ablehnungsgründe und verwies auf weitere ärztliche Unterstützung in der Reha-Klinik. In den ärztlichen Wahrnehmungs- und Deutungsmustern bezüglich der Reha-Planung konnte gezeigt werden, dass gerade *berufserfahrene* Krankenhausärzt_innen bewusst ‚*jungen Leuten*‘ die Teilnahme an einer Reha-Maßnahme nach einem akuten Herzinfarkt näher legen als älteren Herzinfarktpatient_innen (vgl. Kap. 6.2.2.4).

Dieser *Gender & Age Bias* spiegelte sich auch in den Wahrnehmungen jüngerer Patienten wider, die sich gut informiert fühlten, da ihnen „von vornherein erklärt wurde, woran es liegt“ (Herr 8:105). Auch bestätigte sich bei den beiden Männern, die ausführlich über die AHB aufgeklärt wurden, dass sie auch die ärztliche *Reha-Empfehlung* als Grund für ihre Teilnahme an der AHB angaben (vgl. Grande 2008). Dies scheint nicht auf Patientinnen übertragbar. Konträr dazu bemängelte die jüngere Patientin das ärztliche Insistieren auf eine *stationäre* AHB-

Form und die hegemonial biomedizinische Sichtweise, in der ihre *familären Sorgeverpflichtungen* keine angemessene Beachtung fanden. Ihre Wahrnehmungen und Deutungen der ärztlichen Nichtbeachtung ihrer sozialen Situation sprechen für den vermuteten Gender Bias (vgl. Schmid Mast et al. 2011). Demnach bewertet die Patientin das paternalistische Nichteingehen auf ihre sozialen Sorgen negativer bei der Ärztin als bei dem (vorgesetzten) Arzt. Auch die Ärztin nahm das Bestehenbleiben der Patientin auf eine ambulante Reha-Form besonders ‚eindrücklich‘ (negativ) wahr. Die gegenseitigen Zuschreibungen negativer Emotionen können die *Spannungen* in der Visite erklären (vgl. Kap. 6.1.3.3). Bisher wurden lediglich Spannungen in der heterogenen Ärztin-Patient Gender Dyade konstatiert und vermutet: „Possibly, female doctors and male patients still have to get used to each other“ (Brink-Muinen et al. 2002:263). Die Spannungen in der *female Gender Dyade* decken beidseitig bestehende stereotype Erwartungen an Ärztinnen und Patientinnen auf, d.h. *sensibel* auf soziale Probleme einzugehen respektive *dankbar* für die ärztliche Organisation eine AHB zu sein (vgl. Kap. 6.2.2.3/4). In der spannungsgeladenen *male Gender Dyade* wurde das Bestehen des hochaltrigen Patienten auf eine geriatrische Reha-Behandlung sowie das Nichteingehen („Aussitzen“) des Stationsarztes jedoch von keiner der beiden Parteien negativ ausgelegt. Vielmehr deuteten sie die Darstellungen des Gegenübers jeweils als typisch ‚männliche‘ Umgangsweisen, wie es die verwendeten Metaphern verdeutlichen: »Machermänner« für den Patienten, der sich nichts sagen lasse und das »Konrad-Adenauer-Prinzip« für den Arzt, der die Kritik des Patienten aussitze. Auch erhob der Patient nicht den Anspruch, dass der Arzt auf seine als ‚Privatsache‘ bezeichneten häuslichen Versorgungsprobleme eingehe. Demnach scheinen Patienten weniger unzufrieden mit Ärzten zu sein, wenn beide Parteien im Einklang mit den tradierten Geschlechterrollenerwartungen ‚(selbst-)bestimmend‘ und paternalistisch kommunizieren.

Deutliche Diskrepanzen konnten in der Behandlung *älterer/hochaltriger* Patient_innen mit *körperlichen Beeinträchtigungen* aufgezeigt werden, die auf einen weiteren *Gender & Age Bias* hinweisen. So begrenzte sich das Akzeptieren und Befördern einer Reha-Ablehnung auf geriatrische Patient_innen. Derselbe Arzt, der dem jüngeren Patienten idealtypisch seine Empfehlung einer AHB aussprach, schrieb seiner älteren Patientin eine ‚Reha-Müdigkeit‘ zu und legte ihr medizinische Gründe dar, die gegen eine leitlinienkonforme Überleitung in einer Reha-Maßnahme und für die schnelle Entlassung nach Hause sprachen. Hierbei offenbarte sich ein doppelter Bewertungsmaßstab (Eichler 1998), demnach der niedrige *Infarktschweregrad* unterschiedlich bewertet wurde. So wies er den jüngeren Patienten auf die Gefahr eines potenziell ‚großen‘ Herzinfarktes hin, was in der Reha-Klinik medizinisch überwacht und beobachtet werden könne. Bei der älteren Patientin legitimierte der ‚kleine‘ Herzinfarkt jedoch eine *Nichtpriorisierung* (Rapse/Schulze 2013) einer weiteren Reha-Behandlung, während sie noch am gleichen Abend einen akuten Reinfarkt erlitt und er ihre Pflegebedürftigkeit nicht erkannte.

Der andere Fall, indem die Pflegebedürftigkeit einer (anderen) Patientin nicht erkannt wurde, verdeutlicht die *Abwertung* geriatrischer Reha-Maßnahmen, die für (ältere) Patient_innen mit mehr Unterstützungsbedarf konzipiert sind (Rummer/Schulz 2012). Hier offenbarte sich ein beiderseits bestehendes Distinktionsbedürfnis von geriatrischen Einrichtungen und Patien-

t_innen. Gleichwohl die Patientin diverse Reha-Bedürfnisse sowie häusliche Versorgungsdefizite darstellte, wurden keine ambulante Reha-Formen in Erwägung gezogen. Stattdessen wurde der Privatpatientin ein späterer Entlassungswunsch gewährt; ähnlich wie bei der anderen Privatpatientin mit fehlender sozialer Unterstützung eine Ausnahme im Hinblick auf die zeitlich limitierte Verweildauer gemacht wurde. Jedoch führte die pflegebedürftige Patientin explizit die *female Gender Dyade* an, die es ihr erleichtere, die Ärztin als den Chefarzt um eine Verschiebung ihrer Entlassung zu fragen. Dies deutet auf ein größeres Unbehagen der alleinlebenden und stark pflegebedürftigen Patientin in der *heterogenen (Chef-)Arzt-Patientin Gender Dyade*, ihr körperliches Schwächegefühl und die fehlende häusliche Versorgung zu thematisieren.

Spät offenbart auch der geriatrische Patient seine häuslichen Versorgungsdefizite, die sein Drängen auf eine Entlassung nach Hause begründen. Nichtsdestotrotz bestand früh Klarheit über seinen geriatrischen Reha-Wunsch. Doch konnten ärztlicherseits vielfältige paternalistische ‚Verbalmuster‘ (Siegrist 1979) beobachtet werden wie: *Nichteingehen, doppeltes Abwenden* oder *Infantilisierung*, die zwar in der Visite kritische Nachfragen und Entlassungsforderungen seitens des Patienten evozierten. Doch scheinen Versäumnisse in der ärztlichen Aufklärung trotz der langen Visitengespräche befördert zu haben, dass die geriatrische Reha-Behandlung letztendlich nicht organisiert wurde. Allerdings bleibt unklar, was die vorgesetzten Ärzte mit dem Patienten besprachen. Welche weitergehenden Untersuchungsfragen sich aufwerfen, bildet den Abschluss dieser Arbeit.

7.3 Weitergehende Untersuchungsfragen

Ungeachtet der vielen Fortschritte in der Herzinfarktbehandlung, die sich primär in der notfallmedizinischen Behandlung eines akuten Herzinfarktes und in der verkürzten Behandlungszeit im Krankenhaus ablesen lassen, weisen die Ergebnisse dieser Untersuchung Lücken in der akutmedizinischen Versorgung von Erstinfarktpatient_innen auf der peripheren Station aus. Die fehlende Integration *psychosozialer* Aspekte in der Behandlung von Routinefällen im Krankenhaus (Vogd 2014) war auch in der Herzinfarktbehandlung feststellbar. Dazu zeigten sich *medizinische* Mängel, wie u.a. in der Abklärung (körperlicher) Akutbeschwerden, in der Aufklärung (über die Diagnose, die neuen Herzmedikamente oder rehabilitative Behandlungsmaßnahmen) sowie Mängel in der Organisation von Reha-Maßnahmen. Diese Unterversorgungen weisen (der fallkontrastierenden Analyse mit idealtypischen Behandlungsverläufen folgend) auf die Verschränkung von *Gender* mit weiteren sozialen Kategorien hin. Auf der Seite der Patient_innen erscheinen Alter, Geschlecht, körperliche Beeinträchtigung (Reha-Fähigkeit), häusliche Versorgung (soziales Eingebunden-sein), Behandlungsvorerfahrungen und Versicherungsstatus (Schicht) relevant, während ärztlicherseits Geschlecht und Berufserfahrungen bedeutsam sind. Insgesamt war die Zahl erwerbstätiger Patient_innen im Sample jedoch stark begrenzt, so dass in Folgeuntersuchungen der Frage nach berufsbedingten Hemmnissen in der Wahrnehmung gesundheitlicher Versorgungsangebote nachgegangen werden kann.

Zum einen bestätigte sich der bekannte *Gender Gap* im Sinne einer niedrigen Überleitungsquote von Frauen in kardiologische *Reha-Maßnahmen* (vgl. Kap. 3.1.2) auch unter den Erstinfarktpatient_innen: Hier waren es ausschließlich Frauen, die eine stationäre und geriatrische Rehabilitation ablehnten, wohingegen alle Patienten (beiden) Rehabilitationsformen (z.T. verzögert) zustimmten. Laut Herzbericht 2015 (DHS 2015b) nahmen mehrheitlich Männer (85%) eine ambulante Reha-Behandlung in Anspruch. Hier waren es ausschließlich Patientinnen mit Reha-Vorerfahrungen, die sich entschieden für eine ambulante Reha-Form aussprachen, was mit ihrer häuslichen Versorgungssituation sowie Sorge um ihre hilfsbedürftigen Ehemänner verbunden war.

Zum anderen zeichnete sich ein *Gender & Age Bias* in der ärztlichen Reha-Empfehlung im Sinne einer Priorisierung ‚junger Leute‘/Männer zum Ungunsten älterer Patient_innen ab. Trotz der Hinweise auf das Fehlen von sozialer Unterstützung wurde die Ablehnung von (geriatrischen) Reha-Maßnahmen bei älteren Patient_innen nicht nur akzeptiert, sondern ärztlicherseits auch forciert. Hierzu zählen die Nichterfassung körperlicher Beeinträchtigungen, was bei zwei Patientinnen zur Verkennung ihrer Pflegebedürftigkeit führte. Auch die ärztliche (Fehl-)Zuschreibung einer ablehnenden Haltung gegenüber einer Reha-Behandlung aufgrund eines früheren Entlassungswunsches nach Hause spielt hier mit hinein. Nicht zuletzt offenbarte sich ein *Gender & Age Bias* in der medizinischen Bewertung des niedrigen *Infarktschweregrades*: Konträr zur Dramatisierung der potentiellen Gefahr eines ‚großen‘ Herzinfarktes gegenüber dem jüngeren Patienten führte derselbe Arzt den ‚kleinen‘ Herzinfarkt bei seiner älteren Patientin als medizinischen Grund für die Posteriorisierung einer kardiologischen Reha-Behandlung an. In Anbetracht der demographischen Entwicklung sowie der Singularisierung und Feminisierung des Alters (Backes 2010) erscheinen Folgeuntersuchungen unerlässlich, um Ungleichbehandlungen von Herzinfarktpatient_innen insbesondere in der Reha-Planung weiter zu untersuchen. Hierbei gilt es auch „racial and gender disparities“ (vgl. Aragam et al. 2011: 548) in der ärztlichen Reha-Empfehlung zu erwägen, was ein größeres *Sample* erfordert.

Gleiches gilt es im Hinblick auf die vermehrte Zurückweisung von akuten Herz-/Beschwerden zu beachten, wie es hier vornehmlich Frauen in der Prähospitalphase schilderten. Aber auch im Krankenhaus war bei Patientinnen zu beobachten, dass ärztlicherseits auf ihre Akutbeschwerden nicht medizinisch eingegangen sowie psychologische Ursachen vermutet wurden. Um weiter klären zu können, welche Zuschreibungsprozesse beim Nichteingehen auf akute Beschwerden/Schmerzen zusammenwirken und die Verkennung eines akuten Herzinfarktes befördern, gilt es diesbezügliche Prozesse mit einem heterogeneren Sample im akutstationären/ambulanten Behandlungssetting unter Einbezug des sozialen Umfelds näher zu untersuchen. Denn angelehnt an Dominique Schirmers (2009) Vorschläge für eine soziologische Schmerzanalyse ist festzuhalten, dass „die Zuschreibung von Schmerzempfinden und Schmerzumfang [...] abhängig von der sozialen Position einer Person [ist], der die Empfindung und der Umgang zugeschrieben werden“ (ebd.:182). Bekannt sind diskriminierende Bezeichnungen wie das ‚Mamma-mia-Syndrom‘ oder ‚Morbus Bosphorus‘ für die Abwertung von „extrovertierten Formen der Schmerzäußerung“ (Davids 2009:146) von Patient_innen mit Migrationshintergrund. Gleich-

gerichtet weist eine Studie in Berliner Krankenhäusern zur notfallmedizinischen Versorgung von Patient_innen darauf hin, dass der Migrationshintergrund u.a. die ärztliche Einschätzung eines Notfalls beeinflusst (Babitsch et al. 2008).

Zudem zeigte sich in dieser Untersuchung, dass Frauen im Akutfall zwar häufiger hausärztliche Hilfe aufsuchten, wobei unklar ist, wie das soziale Umfeld reagierte. Im Falle der hausärztlichen Einweisung ins Krankenhaus drängten aber auch Frauen aus Sorge um ihre Ehe-/Männer erst nach Hause, was ein *Risikofaktor* für die frühzeitige Behandlung eines akuten Herzinfarktes darstellt (vgl. Brink et al. 2002). Auch im Krankenhaus schien sich ihr stärkeres Eingebunden-sein in *familiäre Sorgeverpflichtungen* weiter negativ auf die Versorgung der Patientinnen auszuwirken: Um ihr familiäres Umfeld nicht mit ihrem Herzinfarkt zu belasten, informieren (alleinlebende) Patientinnen ihre Familie über ihren Krankenhausaufenthalt erst verzögert und lehnen auch häufiger eine *stationäre* Reha-Maßnahme ab. Doch entgegen der in den 1990er Jahren durchgeführten idealtypenanalytischen Studie zu ‚biographischen Verläufen nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung‘ (Gerhardt 1999) hat sich die Krankenhausbehandlung auch für Patient_innen entschieden verändert. Sie müssen heute die Entscheidung bezüglich ihrer Reha-Teilnahme binnen weniger Tage treffen. Daher müssen weitergehende Untersuchungen zu Behandlungsentscheidungen im Krankenhaus das soziale Eingebundensein der Patient_innen und damit soziale Strukturkategorien in der Ungleichverteilung von Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit stärker mit einbeziehen.

Ferner gab es im Datenmaterial auch Anzeichen dafür, dass der *Versicherungsstatus* (Schicht) bedeutsam scheint. So führen die (beiden) Privatpatientinnen lange Visitengespräche, in denen sie ihre Ängste und Sorgen schilderten und ihre Bitte um eine spätere Entlassung gewährt wurde. In Anbetracht der Verkürzung der Verweildauer stellt dies ein weiter zu untersuchendes Phänomen dar, mit der Frage: inwiefern der Versicherungsstatus Ungleichbehandlungen in der Versorgung im Krankenhaus befördert. Gleichwohl wurde auch deutlich, dass aus der Visitenlänge nicht auf eine höhere Zentrierung auf die Bedürfnisse der Patient_innen geschlossen werden könne. Vielmehr übten beide Privatpatientinnen starke Kritik an der Desintegration psychosozialer Aspekte und medizintechnischen Dominanz in der (heterogenen) Chefärztvisite, was auf die Persistenz einer paternalistischen Beziehung in der chefärztlichen Visite deutet. Hier zeigte sich die besondere Bedeutung der *female Gender Dyade*, demnach sich beide Patientinnen für ein größeres Behagen in der homogenen Ärztin-Patientin-Konstellation aussprachen, was sie mit mehr: ‚seelischer Nähe‘ sowie Mut nach einer späteren Entlassung zu fragen verbunden. Patient_innen auf der Normalstation nahmen dagegen das paternalistische Nichteingehen von Ärzten weniger negativ wahr, demnach das ‚Interaktionsformat chefärztliche Visite‘ (Kranz/Erdmenger 2013) gesondert zu betrachten ist.

Schließlich gibt das (nicht in dieser Arbeit eingeflossene) Datenmaterial mit *Reinfarktpatient_innen* Hinweise auf negative Zuschreibungsprozesse gegenüber älteren Patient_innen, die um eine spätere Entlassung bitten: Ärztlicherseits wurde einer älteren Reinfarktpatientin auf der Normalstation (wie schon in einem vorherigen Krankenhausaufenthalt) wörtlich mitgeteilt, dass sie wohl lieber im Krankenhaus bleiben und nicht nach Hause wolle. Die alleinlebende

Patientin bittet ihre Angehörigen um Unterstützung und wendet sich selbstinitiativ an den ihr bekannten Sozialdienst im Krankenhaus, der eine AHB organisiert. Es drängt sich die Frage auf, inwiefern die *Behandlungsvorerfahrungen* von Reinfarktpatient_innen u.a. die Reha-Planung beeinflussen. (Selbst-)Kritisch reflektiert der Arzt im Interview den Austausch mit der vorherigen behandelnden Ärztin, was wohl die negative Zuschreibung des Nicht-nach-Hause-wollens gegenüber der Patientin befördert habe. Demnach ist auch der *kollegiale Austausch* bei der Analyse (interaktiver) Zuschreibungsprozesse in weitergehende Untersuchungen mitzudenken.

Es könnten noch weitere Themenfelder aufgeführt werden, die neue Fragestellungen für Folgestudien bieten, wie z.B. die beobachteten Kompetenzbeschneidungen seitens der Visitenngruppe gegenüber Ärztinnen, der kollegiale Einfluss auf die Visitenführung oder Muster in Gesprächen von vorgesetzten Ärzt_innen mit Patient_innen, die gegen ärztlichen Rat vorzeitig entlassen werden wollen. An dieser Stelle soll jedoch abschließend auf die Notwendigkeit *intersektionaler Ansätze* in weitergehenden Untersuchungen hingewiesen werden; um nicht nur das gleichzeitige Zusammenwirken von mehreren sozialen Kategorien wie: *gender, race, class, age etc.* bei der Entstehung von Ungleichbehandlungen zu analysieren, „sondern ebenfalls um die Analyse ihrer *Wechselwirkungen*“ (Walgenbach 2012a:81 zit.n. Dies. 2012b:1 Herv.i.Org.). Der aufgezeigten politischen Tradition von Antidiskriminierungsbewegungen folgend (vgl. Kap. 2.3.2) zählen zum Hauptgegenstand intersektionaler Arbeiten „Macht-, Herrschafts- und Normierungsverhältnisse, die soziale Strukturen, Praktiken und Identitäten reproduzieren“ (Walgenbach 2012b:2). In der Forschungspraxis werde dann mit einer Ebene begonnen, dem folgend sich weitere Bezüge zu den anderen Ebenen ergeben (vgl. ebd.:25). Diesbezügliche Forschungen sind komplex, die angesichts der Gütekriterien qualitativer Forschung ein Forschungsteam erfordern (vgl. Kap. 5.). Zwar habe Intersektionalität in der Gesundheits- und Geschlechterforschung an Bedeutung gewonnen (Dören et al. 2009:38), doch sind intersektionale Analysen in der Versorgungsforschung noch rar (Wolf 2016), insbesondere die Aufschluss über die Wechselwirkungen sozialer Kategorien bei der Entstehung von Disparitäten in der Behandlung des Routinefalls ‚Herzinfarkt‘ geben können.

Literaturverzeichnis

- Abels, Gabriele/Behrens, Maria (2009): ExpertInnen-Interviews in der Politikwissenschaft. Eine sekundäranalytische Reflexion über geschlechter-theoretische und politikfeldanalytische Effekte. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: Experteninterviews. Theorien, Methoden und Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 159-179.
- Abele, Andre (2001): Zwischen Erwartung und Realität. Eine Studie der Universität Erlangen-Nürnberg belegt: Die AiP- und Assistenzarztzeit sind oftmals ernüchternd. In: Deutsches Ärzteblatt. 98/46, S. A3008-3011.
- Abramson, Emily M.; Decker, Carole; Garavalia, Brian et al. (2013): "I'm Not Just a Heart, I'm a Whole Person Here": A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in Women With Myocardial Infarction. In: Journal of the American Heart Association. 2, S. 1-11.
- Ackermann-Lieblich, Ursula; Zemp Stutz, Elisabeth (2009): Geschlechtsmerkmale der Kommunikation im medizinischen Setting. In: Buddeberg, Claus [HG]: Psychosoziale Medizin. 3. aktl. Auflage, Berlin: Springer Verlag, S. 368-372.
- Adams, Kristen; Cimino, Jenica; Arnold, Robert et al. (2012): Why should I talk about emotion? Communication patterns associated with physician discussion of patient expressions of negative emotion in hospital admission encounters. In: Patient Education & Counseling. 89, S. 44-50.
- Adams, Ann; Buckingham, Christopfer; Lindenmeyer, Antje et al. (2008): The influence of patient and doctor gender on diagnosis coronary heart diseases. In: Sociology of Health & Illness. 30/1, S. 1-18.
- Allmacher, Juliane; Schneider, Frank; Habel, Ute (2010): Karriere und Familie? Geschlechterspezifika in der Medizin. In: Der Nervenarzt. 81, S. 1397-1402.
- Altgeld, Thomas (2004): Jenseits von Anti-Aging und Work-out? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männer ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: Ders. [HG]: Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa Verlag, S. 265-286.
- Anthias, Floya; Yuval-Davis, Nira (1993): Racialized Boundaries: Race, Nation, Gender, Colour and Class and the Anti-racist Struggle. London/New York: Routledge.
- Arnetz, Eamonn; Arnetz, Bengt (2009): Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. In: European Journal of Cardiovascular Nursing. 8/3, S. 174-181.
- Aulenbacher, Brigitte (2010): Arbeit und Geschlecht – Perspektiven der Geschlechterforschung. In: Dies.; Meuser, Michael; Riegraf, Birgit: Soziologische Geschlechterforschung. Eine Einführung. 1. Aufl., Wiesbaden: VS-Verlag, S.141-155.
- Babaria, Palav; Abedin, Sakena; Nunez-Smith, Marcella (2009): The Effect of Gender on the Clinical Clerkship Experiences of Female Medical Students: Results From a Qualitative Study. In: Academic Medicine. 84/7, S. 859-866.
- Babitsch, Birgit (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Babitsch, Birgit; Braun, Tanja; Borde, Theda et al. (2008): Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play? In: BMC Health Services Researc. 8/2, S. e1-10.
- Backes, Gertrud (2010): Alter(n): Ein kaum entdecktes Arbeitsfeld der Frauen- und Geschlechterforschung. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 454-460.
- Backes, Gertrud M. (2005): Geschlecht, Alter(n) und Pflege – ein allseits (un-)bekanntes Thema? Oder: Zur Begründung einer geschlechtersensiblen Altenpflege. In: Schröter; Rodenthal [HG]: Soziologie der Pflege. Weinheim: Juventa Verlag, S. 359-384.

- Backes, Gertrud; Amrhein, Ludwig, Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege. Herausforderung für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Badura, Bernhard (1987): Krankheitsbewältigung als psychosozialer Prozeß. In: Badura, Bernhard; Kaufhold, Gary, Lehmann, Harald et al.: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozial-epidemiologische Studie. Berlin: Springer Verlag, S. 7-32.
- Badura, Bernhard; Kaufhold, Gary, Lehmann, Harald et al. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozial-epidemiologische Studie. Berlin: Springer Verlag.
- Baier, Andrea (2010): Subsistenzansatz: Von der Hausarbeitsdebatte zur „Bielefelder Subsistenzperspektive“. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 75-80.
- Bairey Merz, C. Noel (2011): The Yentl syndrome is alive and well. In: European Heart Journal. 32, S. 1313-1315.
- BÄK – Bundesärztekammer (2016): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2015. Diagramme und Tabellen. >[www.bundesaerztekammer.de/ fileadmin/user_upload/downloads/pdfOrdner/ Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdfOrdner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf)<
- Bardehle, Doris; Stiehler; Matthias (2010) [HG]: Erster Deutscher Männergesundheitsbericht - Ein Pilotbericht. 1. Aufl., Germering: Zuckschwerdt.
- Bardehle, Doris; Vinnemeier, Anna-Lisa (2014): Unmet Needs in Mens's Health – Unerfüllte Bedürfnisse der Männergesundheit in Deutschland. In: Kurscheid, Clarissa; Kloepfer, Martina; Kloepfer, Albrecht (2015) [HG]: Jahrbuch Gendergesundheit 2014. Gesellschaft, Versorgung & Arbeit. Heidelberg: medihochzwei Verlag, S. 105-119.
- Bath, Corinna (2000): The Virus Might Infect You - Bewegt sich das Geschlechter-Technik-Gefüge? In: metis, Zeitschrift für historische Frauenforschung und feministische Praxis, 9/17, S. 48-66.
- Beauvoir, Simone de (2000 [1951]): Das andere Geschlecht: Sitte und Sexus der Frau. Neuausg., Reinbek b.HH: Rowohlt-Taschenbuchverlag
- Bechdorf, Ute (1999): Puzzling Gender. Re- und De-Konstruktion von Geschlechterverhältnissen im und beim Musikfernsehen. Weinheim.
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Becker-Schmidt, Regina (2013): Konstruktion und Struktur: Zentrale Kategorien in der Analyse des Zusammenhangs von Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. In: Graf, Julia; Ideler, Kristin; Klinger, Sabine [HG]: Geschlecht zwischen Struktur und Subjekt. Theorien, Praxis, Perspektiven. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 19-42.
- Becker-Schmidt, Regina (2010): Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 65-74.
- Becker-Schmidt, Regina (2005): Von soziologischen Geschlechtsrollentheorien zur gesellschaftstheoretischen Erforschung des Geschlechterverhältnisses. In: Vogel, Ulrike [HG]: Was ist weiblich – was ist männlich? Aktuelles zur Geschlechterforschung in den Sozialwissenschaften. Bielefeld: Kleine Verlag. S. 89-109.
- Beer, Ursula (2010): Sekundärpatriarchalismus: Patriarchat in Industriegesellschaften. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 88-93.
- Beer, Ursula (1991): Geschlecht, Struktur, Geschichte. Soziale Konstituierung des Geschlechterverhältnisses, 2. unveränd. Aufl., Frankfurt aM: Campus Verlag.
- Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius; Vogd, Werner (2010): Einleitung: Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht. In: Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius; Vogd, Werner [HG]: Die Arzt-Patienten-Beziehung. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 7-33.
- Ben-Zira, Zeev; Elieze, Ronit (1990): The Structure of Readjustment after Heart Attack. In: Social Science & Medicine. 30/5, S. 523-536.

- Bengel, Jürgen (2001): Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmacher und Hildegard Willmann. Im Auftrag der BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, erw. Neuaufl., Köln.
- Bensing, Jozien; Langewitz, Wolf (2003): Die ärztliche Konsultation. In: Uexküll, Thure v. et al. [HG]: Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denken und Handelns. 6., neu bear. u. erw. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag, S. 415-424.
- Bensing, Jozien; Tromp, Fred; Dulmen, Sandra v. et al. (2006): Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. In: BMC Family Practice. 62/7, S. e1-e7.
- Bechdolf, Ute (1999): Puzzling Gender. Re- und De-Konstruktion von Geschlechterverhältnissen im und beim Musikfernsehen. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Becker-Schmidt, Regina (2013): Konstruktion und Struktur: Zentrale Kategorien in der Analyse des Zusammenhangs von Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. In: Graf, Julia; Ideler, Kerstin; Klinger, Sabine [HG]: Geschlecht zwischen Struktur und Subjekt. Theorien, Praxis, Perspektiven. Opladen: Barbara Budrich Verlag, S. 19-42.
- Bergold-Caldwell, Denise (2014): Der weiße Blick – Rassifizierungen Schwarzer Frauen über und durch Imaginationen des Sexuellen. In: Grubner, Barbara; Ott, Veronik [HG]: Sexualität und Geschlecht. Feministische Annäherungen an ein unbehagliches Verhältnis. Sulzbach/Taunus: Ulrike Helmer Verlag, S. 69-86.
- Bertakis, Klea (2009): The influence of gender on the doctor-patient interaction. In: Patient Education & Counseling. 76, S. 356-360.
- Bertakis, Klea; Franks, Peer; Epstein, Ronald (2009): Patient-Centered Communication in Primary Care: Physician and Patient Gender and Gender Concordance. In: Journal of Women`s Health. 18/4, S. 539-45.
- Bertakis, Klea; Franks, Peter; Azari, Rahman (2003): Effects of physician gender on patient satisfaction. In: Journal American Medicine Women`s Association. 58/2, S. 69-75.
- Berthold, Kurt; Gouni-Berthold, Ioanna; Bestehorn, Heiner et al. (2008): Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. In: Journal of Internal Medicine. 264, S. 340-350.
- BGB – Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2.01.2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20.04.2013 (BGBl. I S. 831).
- Blanch-Hartigan, Danielle; Hall, Judith; Roter; Debra et al. (2010): Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. In: Patient Education Counselling. 80/3, S. 315-20.
- BLK – Bund-Länder-Kommission (2004): Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen Bericht der BLK vom 5. Juli 2004. 117, Bonn.
- BMBF – Bundesministerium für Forschung und Bildung (2015) [HG]: Herz in Gefahr? Ursachen, Prävention, Therapie – Ergebnisse der Herzkreislaufforschung. Aktualisierung der Erstauflage 2004. Bonn/Berlin. >www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/Herz_in_Gefahr_barrierefrei_2.pdf<
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010) [HG]: Analyse der Ursachen des Verdienstunterschiedes zwischen Männern und Frauen auf Grundlage der Verdienststrukturerhebung 2006. Berlin.
- BMFSFJ (1999) [HG]: Frauengesundheitsbericht. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.
- Bolte, Gabriele (2008): Gender in der Epidemiologie. Diskussionsstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 51, S. 3-12.
- Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (2004): Gesundheitsmonitor 2004: Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Bielefeld: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2009a): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: Experteninterviews. Theorien, Methoden und Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-34.

- Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2009b): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: Experteninterviews. Theorien, Methoden und Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 61-98
- Bönte, Markus; Knesebeck, Olaf v.d.; Siegrist, Johannes et al. (2008): Women and men with coronary heart disease in three countries: Are the treated differently? In: Women's Health Issues. 18, S. 191-198.
- Bönte, Markus; Knesebeck, Olaf v.d. Siegrist, Johannes et al. (2007): Einfluss von Patientenalter und Patientengeschlecht auf ärztliche Entscheidungen bei koronarer Herzkrankheit. In: Deutsche Medizinische Wochenschriften. 132, S. 2251-2255.
- Borchelt, Markus; Wrobel, Norbert; Trilhof, Gabriele (2013). Online-Kodierleitfaden 2010. Geriatrietypische Multimorbidität und geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Tab. 4.1 Geriatrietypische Multimorbidität (Stand: 24.06.2013). Letzter Zugriff 09/2016: >www.geriatrie-drg.de/dkger/main/kodierleitfaden-2010.html<
- Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Waldheim/München: Juventa Verlag.
- Bourdieu, Pierre (1998 [1987]): Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 10. Aufl., Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Brause, Michaela (2008): Weibliche Versorgungswege in einer männlich geprägten Versorgung diskutiert am Beispiel der Kardiologie. In: Tiesmeyer, Karin; Brause, Michaela; Lierse, Meike u. a.: Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 245-258.
- Brink, Eva (2003): To be stricken with first-time myocardial infarction. From acute symptoms onset to early readjustment in women and men. Departement of Psychology Göteborg University. Nordic School of Public Health. Göteborg.
- Brink, Eva; Karlson, Bjorn W; Hallberg, Lillemor (2005): Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. In: Journal of Advanced Nursing. 53/4, S. 403-411.
- Brink, Eva; Karlson, Björn; Hallberg, Lillemor (2002): Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. In: Psychology, Health & Medicine. 7/1, S. 5-16.
- Brink-Muinen, Atie v.d.; Dulmen, Sandra v.; Messerli-Rohrbach, Verena u.a. (2002): Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. In: Patient Education & Counseling. 48, S. 253-264.
- Brink-Muinen, Atie v.d.; Verhaak, P; Bensing, Joycen et al. (1999): The Eurocommunication Study. An International Comparative Study in Six European Countries on Doctor-Patient Communication. >www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/eurocomm.pdf<
- Brink-Muinen, Atie v.d.; Bakker, D; Bensing, Joycen (1994): Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioner. In: The British Journal of General Practice. 382/44, S. 205-210.
- Brown, Todd M; Hernandez, Adrian F; Bittner, Vera et al. (2009): Predictors of Cardiac Rehabilitation Referral in Coronary Artery Disease Patients. Findings From the American Heart Association's Get With The Guidelines Program. In: Journal of the American College of Cardiology. 54/6, S. 515-521.
- Bublitz, Hannelore (1998): Das Geschlecht der Moderne - Zur Genealogie und Archäologie der Geschlechterdifferenz. In: Bublitz, Hannelore [HG]: Das Geschlecht der Moderne. Genealogie und Archäologie der Geschlechterdifferenz. Frankfurt aM: Campus Verlag, S.26-48.
- Buddeberg, Claus; Buddeberg-Fischer, Barbara (2004a): Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Ders. [HG]: Psychosoziale Medizin. 3., aktl. Aufl., Berlin: Springer Verlag, S. 327-360.
- Buddeberg-Fischer, Barbara; Klaghofer, Richard; Stamm, Martina et al. (2008): Facharztwahl bei jungen Ärztinnen und Ärzten – der Einfluss von Geschlecht, Persönlichkeit, Karrieremotivation und Lebenszielen. In: Brähler, Elmar; Alfermann, Dorothee; Stiller, Jeannine [HG]: Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Göttingen: Vandeböck & Ruprecht Verlag, S. 101-116.

- Bugiardini, Raffaele; Yan, Andrew; Yan, Raymond et al. (2011): Factors influencing underutilization of evidence-based therapies in women. In: *European Heart Journal*. 32, S. 1337-1344.
- Burgoon, Michael; Birk, Thomas, Hall, John (1991): Compliance and Satisfaction With Physician-Patient Communication. An Expectancy Theory Interpretation of Gender Differences. In: *Human Communication Research*. 18/2, S. 177-208.
- Buser, Kurt; Schneller, Thomas; Wildgrube, Klaus (2003): *Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie. Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog*. 5., überarb. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag.
- Butler, Judith (1995): *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Übersetzung Von Karin Wördemann. Berlin: Berlin Verlag.
- Butler, Judith (1991) *Das Unbehagen der Geschlechter*. Aus dem Amerikanischen von Kathrin Menke. Dt. Erstausg., 1. Aufl. Frankfurt aM: Suhrkamp.
- Butler, Nathaniel; Campion, Peter; Cox, AD (1992): Exploration of Doctor and Patient Agendas in General Practice Consultations. In: *Social Science & Medicine*. 35/9, S.1145-1155.
- CCSU - Council of Civil Service Unions/Cabinet Office [HG] (2004): *Work Stress And Health: the Whitehall II study*. Letzter Zugriff 11/2017: >www.ucl.ac.uk/WhitehallII<
- Charles, Cathy; Gafni, Amiram; Whelan, Tim (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine*. 49, S. 651-661.
- Clarke, Adele; Oelsen, Virginia (2003): *Revision der Frauengesundheit*. In: Lorenz-Krause, Regina; Uhländer-Masaik, Elisabeth [HG]: *Frauengesundheit. Perspektiven für Pflege- und Gesundheitswissenschaften*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 37-100.
- Chiaromonte, Gabrielle; Friend, R (2006): Medical students' and residents' gender bias in the diagnosis, treatment, and interpretation of coronary heart disease symptoms. In: *Health Psychology*. 25/3, S. 255-266.
- Christen, Regula; Alder, Judith; Bitzer, Johannes (2008): Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. In: *Social Science & Medicine*. 66, S. 1474-1483.
- Connell, Rawey (2015): *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeit*. 4. durchgesehene u. erw. Aufl., Wiesbaden: Springer Verlag.
- Connell, Raewyn (2013): *Gender*. Reihe: *Geschlecht und Gesellschaft*, Band 53, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Connell, Robert W. (1987). *Gender and Power. Society, The Person And Sexual Politics*. Cambridge: Polit Press.
- Cortés, Olga; Arthur, HM (2006): Determinants of referral to cardiac rehabilitation programs in patients with coronary artery disease: A systematic review. In: *American Heart Journal*. 151, S. 249-256.
- Covinsky, Kenneth; Chren, Mary-Margaret; Harper, Dwain et al. (2000): Differences in patient-reported processes and outcomes between men and women with myocardial infarction. In: *Journal of General Internal Medicine*. 15/3, S. 169-174.
- Cyba, Eva (1995): *Grenzen der Theorie der sozialen Schließung? Die Erklärung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern in: Wetterer, Angelika [HG]: Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen*, Frankfurt aM: Campus Verlag, S. 51-70.
- DÄB – Deutscher Ärztinnenbund e.V. (2014): *Positionspapier des Ethikausschusses des Deutschen Ärztinnenbundes zur Priorisierung medizinischer Leistungen*. (Dr. Gabriele du Bois Dr. Dorothee Dörr). Mai 2014. Letzter Zugriff 09/2016: >www.aerztinnenbund.de/Positionspapier-des-Ethikausschusses-des.2225.0.2.html<
- Daly, John; Sindone, Andrew; Thompson, David et al. (2002): Barriers to Participants in and Adherence to Cardiac Rehabilitation Programs: A Critical Literature Review. In: *Progress in Cardio-vascular NURSING*. 17/1, S. 8-17.

- Davids, Günter (2009): Interkulturelle Aspekte in der Sterbegleitung. In: Gransee, Carmen; Lorenz, Jürgen; Deneke, Christiane et al. [HG]: Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen. Münster: Lit Verlag, S. 135-160.
- Dawber, Thomas; Meadors, Gilcin; Moore, Felix (1951): Epidemiological Approaches to Heart Disease: The Framingham Study. In: American Journal of Public Health. 41, S. 279-286.
- DBt – Deutscher Bundestag (2010): Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Fritz Kuhn, Dr. Harald Terpe et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen. Drucksache 17/2924. 14.09.2010. Berlin. ><http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/029/1702924.pdf><
- Delgado, Ana; Lopez-Fernandez, Luis-Andrés; Dios Luna, Juan de et al. (2011): The role of expectations in preferences of patients for a female or male general practitioner. In: Patient Education & Counseling. 82, 49-57.
- Del Piccolo, Lidia; Hanneke, de H; Heaven, C et al. (2009): Coding of Health Provider Talk Related to Cues and Concerns. Manual 2009.
- Dennert, Gabriele (2012): Männer müssen lernen, mehr aus dem Bauch raus zu machen, und Frauen, den Kopf mit zu gebrauchen“. Geschlechterkonstruktionen durch ÄrztInnen. In: Gender. 2, S. 84-100.
- DER – Deutscher Ethikrat (2012): Intersexualität. Stellungnahme. Berlin.
- Derose, Kathryn; Hays, Ron; McCaffrey, Daniel et al. (2001): Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? In: Journal of General Internal Medicine. 16/4, S. 218-226.
- DESTATIS – (Deutsches) Statistisches Bundesamt (2017a): Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales. Letzter Zugriff 11/2017 >www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2017.pdf;jsessionid=C07025C00A36FC0EA56617FBBAF82EA.InterneLive2?__blob=publicationFile<
- DESTATIS (2017b): Drei Viertel des Gender Pay Gap lassen sich mit Strukturunterschieden erklären. Pressemitteilung Nr.094 vom 14.03.2017. Letzter Zugriff 11/2017: >www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/03/PD17_094_621.html<
- DGK – Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung.V. (2007): Leitlinie Risikoadjustierte Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen. Letzter Zugriff 09/2016 >leitlinien.dgk.org<
- DGPR – Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (2008): Pocket-Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen. Clinical Research in Cardiology Supplements. 2/3. Letzter Zugriff 09/2016 >www.dgpr.de<
- DHS – Deutsche Herzstiftung e.V. (2015a): Herz in Gefahr. Koronare Herkrankheit und Herzinfarkt. Speyer/Frankfurt aM.
- DHS (2015b) [HG]: 27. Deutscher Herzbericht 2015. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Frankfurt aM.
- Dhooper, Surjit (1983): Family Coping with the Crisis of Heart Attack. In: Social Work in Health Care. 9/1, S. 15-31.
- Dinges, Martin (2010): Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven. In: Bardehle, Doris; Stiehler; Matthias (2010) [HG]: Erster Deutscher Männergesundheitsbericht - Ein Pilotbericht. 1. Aufl., Germering: Zuckschwerdt, S. 2-16.
- DKI – Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2011): KRANKENHAUS. BAROMETER. Umfrage 2011. Düsseldorf.
- Dorfmueller, Monika (2001) [HG]: Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/ Lech: ecomed.
- Dören, Martina; Heizmann, Boris; Vinz, Dagmar (2009): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – eine intersektionale Analyse. In: FEMINA POLITICA. 1, S. 35-47.
- Dören, Martina (2006): Gender, Diversity und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin. In: Krell, Gertraude; Riedmüller, Barbara; Sieben, Barbara et al. [HG]: Diversity Management - Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt, Stuttgart: S. 109-122.

- Dörner, Klaus (2003): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. 2., überarb. Aufl., Stuttgart: Schattauer.
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage, Marburg: Eigenverlag.
- Dressler, Kathrin; Wagner, Susanne (2010): Erwerbsarbeit: Zur Situation von Frauen auf dem Arbeitsmarkt. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 489-498.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Anschlussrehabilitation (AHB). Nach stationärer Krankenhausbehandlung. Letzter Zugriff 09/2016 >www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/02_Leistungen/02_ahb/ab_node.html<
- DRV (2014): AHB. Anschlussheilbehandlung. Informationsschrift für Krankenhäuser. Ausgabe 2014. 16. Aufl., Berlin.
- Duden, Barbara (2010): Frauen-„Körper“: Erfahrung und Diskurs (1970-2004). In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 601-615.
- Dunlay, Shannon; Witt, Brandi.; Allison, Thomas et al. (2009): Barriers to participation in cardiac rehabilitation. In: American Heart Journal. 158/5, S. 852-859.
- Ebert, Michael (2003): Talcott Parsons – Seine Theoretischen Instrumente in der Medizinsoziologischen Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung. Aachen: Shaker Verlag.
- Eichler, Margrit (1998): Offener und verdeckter Sexismus: Methodische-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health [HG]: Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis, Politik. Bern: Verlag Hans Huber, S. 34-49.
- Eide, Hilde; Quera, Vicent; Graugaard, Peter et al. (2004): Physician–patient dialogue surrounding patients’ expression of concern: applying sequence analysis to RIAS. In: Social Science & Medicine. 59, S. 145-155
- Elderkin-Thompson, Virginia; Waitzkin, Howard (1999): Differences in Clinical Communication by Gender. In: Journal of General Internal Medicine. 14/2, S. 112-121.
- Engel, Georg (1977): The Need for a New Medical Approach. A Challenge for Biomedicine. In: Science. 196, S. 129-136.
- Engelhardt, Michael v.; Hermann, Christa (1999): Humanisierung im Krankenhaus. Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung. Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- ESC – European Society of Cardiology (2012): ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. In: European Heart Journal. 33, S. 2569-2619.
- EU– European Union (2016): She Figures 2015 | Gender in Research and Innovation. Brüssel. >ec.europa.eu/research/swafs/pdf/pub_gender_equality/she_figures_2015-final.pdf<
- Faller, Hermann (2010a): Kommunikation und Interaktion. In: Faller, Hermann; Lang; Hermann: Medizinische Psychologie und Soziologie. 3. vollst. neu bearb. Aufl., Berlin: Springer, S. 202-211.
- Faller, Hermann (2010b): Besonderheiten der Kommunikation und Kooperation. In: Faller, Hermann; Lang; Hermann: Medizinische Psychologie und Soziologie. 3. vollst. neu bearb. Aufl., Berlin: Springer, S. 212-217.
- Fausto-Sterling, Anne (2008): The Bare Bones of Race. In: Social Studies of Science. 38/5, S.657-694.
- Fausto-Sterling, Anne (2000). Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality. 1. Aufl., New York: Basic Books.
- Fausto-Sterling, Anne, Lamarre, M. & Garcia Coll, C. (2011a). Sexing the baby: Part 1 – What do we really know about sex differentiation in the first three years of life? Social Science & Medicine. 74/11, S. 1684-1692.

- Fausto-Sterling, Anne Lamarre, M. & Garcia Coll, C. (2011b). Sexing the baby: Part 2 applying dynamic systems theory to the emergences of sex-related differences in infants and toddlers. *Social Science & Medicine*. 74/11, S. 1693-1702.
- Fenstermaker, Sarah; West, Candace (2001): ‚Doing Difference‘ Revisted. In: Heintz, Bettina [HG]: *Geschlechtersoziologie*. Sonderheft 41. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Wiesbaden: Westdutscher Verlag, S. 236-249.
- FHB – Freie Hansestand Bremen (2001): *Frauengesundheitsbericht Bremen 2001*. Bremen.
- FHS – Framingham Heart Study (2013): *Risk Score Profiles*. ite edited by Heather Arruda. Updated monthly. Last updated April 24, 2013. Letzter Zugriff 09/2017 >www.framinghamheartstudy.org/risk/index.html<
- Finks, Shannon (2010): Cardiovascular disease in women. In: Richardson, M; Chessman, K; Chant, C et al. [HG]: *Pharmacotherapy Self-Assessment Program PSAP*, 7. Aufl., Book 1: Cardiology III. Kansas City/USA: American College of Clinical Pharmacy, S. 179-199.
- Finset, Arnstein (2012): „I am worried, Doctor!“ Emotions in the doctor-patient relationship. In: *Patient Education & Counseling*. 88, S. 359-363.
- Finset, Arnstein; Heyn, Lena; Ruland; Cornelia (2013): Patterns in clinicians’ responses to patient emotion in cancer care. In: *Patient Education & Counseling*. 93, S. 80-85.
- Flick, Uwe (2010): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines [HG]: *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 309-318.
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines (2010): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Dies. [HG]: *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 13-29.
- Flintrop, Jens; Klinkhammer, Gisela; Stüwe, Heinz et al. (2007): „Ärzte sind keine Erfüllungsgehilfen“ Interview mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe. In: *Deutsches Ärzteblatt*. 104/19, S. 1133-1135.
- Foucault, Michel (1997): *Die Ordnung der Dinge: Eine Archäologie der Humanwissenschaften*. 14. Aufl., Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (1977): *Sexualität und Wahrheit*. Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Carl Hanser Verlag.
- Franconi, Flavia; Sanna, Manuela; Straface, Elisabetta et al. (2012): Pharmacokinetics and Pharmacodynamics: The Role of Sex and Gender. In: Oertelt-Prigione, Sabine; Regitz-Zagrosek, Vera [HG]: *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. London: Springer Verlag, S. 183-194.
- Franks, Peter; Clancy, Carolyn (1993): Physician Gender Bias in Clinical Decisionmaking: Screening for Cancer in Primary Care. In: *Medical Care*. 31/ 3, S. 213-218.
- Freidson, Eliot (1979): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- G**adebusch Bondio, Mariacarla (2014): Mann und Frau, ganz individuell. Entwicklungen eines neuen medizinischen Denkens. In: Gadebusch Bondio, Mariacarla; Katsari, Elpiniki [HG]: >Gendermedizin<. *Krankheiten und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin*. Bielefeld: Transcript Verlag, S. 9-16.
- Garfinkel, Harold (2003): *Studies in Ethnomethodology*. First Published in America 1967. Ausg. 2003. Malden/USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Garfinkel, Harold (1963): A Conception of and Experiments with “Trust” as a Condition of Stable Concerted Actions. In: Harvey, O.J. [HG]: *Motivation and Social Interaction*. New York: The Ronald Press.
- Geibel-Zehender, Anette; Bode, Christoph (2012): Was ist bei Frauen anders? In: Deutsche Herzstiftung [HG]: *Herz in Gefahr: koronare Herzkrankheit erkennen und behandeln*. S. 88-95.
- Gerhard, Ute (2009): *Frauenbewegung und Feminismus. Eine Geschichte seit 1789*. München: Verlag C.H. Beck.

- Gerhardt, Uta (1999): Herz und Handlungsrationalität: biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung, eine idealtypenanalytische Studie. Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Gerhardt, Uta (1991): Gesellschaft und Gesundheit: Begründung der Medizinsoziologie. 1. Aufl. Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Gerhardt, Uta (1986): Patientenkarrieren: eine medizinsoziologische Studie. Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Gesing, Friederike (2006): Fat Politics: Körpernormierung und Geschlechterkonstruktion im modernen Schlankheitsdiskurs. In: *GenderErträge*. Bulletin Texte. 32, S. 206-222.
- Geulen, Dieter (2007): Die soziologische Perspektive. In: Joas, Hans [HG]: Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt aM: Campus Verlag, S. 11-38.
- Geyer-Kordesch, Johanna (1986): Realisierung und Verlust ‚weiblicher Identität‘ bei erfolgreichen Frauen: Die erste Ärztinnengeneration und ihre Medizinkritik. In: Hausen, Karin; Nowotny, Helga [HG]: Wie männlich ist die Wissenschaft? 1. Aufl., Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag, S. 213-34.
- Gildemeister, Regine (2010a): Geschlechterforschung (gender studies). In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines [HG]: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 213-223.
- Gildemeister, Regine (2010b): Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 137 -45.
- Gildemeister, Regine (2008): Soziale Konstruktion von Geschlecht: „Doing gender“. In: Wilz, Silvia Marlene [HG]: Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen. Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen. 1. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 167-198.
- Gildemeister, Regine; Hericks, Katja (2012): Geschlechtersoziologie. Theoretische Zugänge zu einer vertrackten Kategorie des Sozialen. München: Oldenbourg Verlag.
- Gildemeister, Regine; Wetterer, Angelika (1992): Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung. In: Knapp, Gudrun-Axeli; Wetterer, Angelika [HG]: TraditionenBrüche. Entwicklungen feministischer Theorie. Freiburg i.Br.: Kore Verlag, S. 201-254.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010) [HG]: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrument rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goffman, Erving ([1977] dt. 2001): Interaktion und Geschlecht. 2. Aufl. Frankfurt aM: Campus.
- Goffman, Erving ([1961] dt. 1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- Goh, Lee (1990): The Hidden Agenda. In: Singapore Medical Journal. 31/5, S. 413-414.
- Gottschall, Karin (2010): Soziale Ungleichheit Zur Thematisierung von Geschlecht in der Soziologie. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 201-209.
- Gouin-Berthold, Ioanna (2011): Gender Bias: Influence of the Doctor’s/ Patient’s Gender on Health Care and Treatment. In: Pfeleiderer, Bettina: Proceedings of the International Meeting Sex and Gender in Biomedical Science and Clinical Medicine - Implications on Health Care. November 4-5, 2011, Berlin.
- Grande, Gesine (2008): Genderspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation nach Herzinfarkt. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 51/1, S. 36-45.
- Grady, Deborah; Chaput, Lily; Kristof, Margaret (2003): Results of Systematic Review of Research on Diagnosis and Treatment of Coronary Heart Disease in Women. In: Evidence Report/Technology Assessment. 80, S. 1-4.

- Gransee, Carmen (1999): Grenz-Bestimmungen. Zum Problem identitätslogischer Konstruktionen von »Natur« und »Geschlecht«, Tübingen: Verlag edition discord.
- Gross, Reval; McNeill, Rob; Davis, Peter et al. (2008): The Association of Gender Concordance and Primary Care Physicians' Perceptions of Their Patients. In: *Women & Health*. 48/2, S. 123-144.
- Hagemann-White, Carol (1988): Wir werden nicht zweigeschlechtlich geboren ... In: Dies., Rerrich, Maria S. [HG]: *FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion*. Bielefeld: AJZ-Verlag, S. 224-235.
- Hahmann, H.; Schwaab, A. (2011): Rehabilitationsbedarf bei Nicht-Strecken-Hebungs-Infarkt (NSTEMI). In: Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. [HG]: *Diabetes, Stoffwechsel und Herz*. Band 20/2, S. 114-115. >www.dgpr.de/fileadmin/user_upload/DGPR/Leitlinien/DSH201102_DGPR.pdf<
- Hahn, Daphne (2010): Prinzip Selbstverantwortung? Eine Gesundheit für alle? Verschiebungen in der Verantwortung für Gesundheit im Kontext sozialer Differenzierungen. In: Bauer, Ullrich; Bittling-Mayer, Uwe; Dieterich, Anja et al. [HG]: *Verantwortung – Schuld – Sühne. Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*. 46, S. 29-50.
- Hahn, Daphne (2008): Zweigeschlechtlichkeit und hierarchische Geschlechterordnung. Von der Kritik der Gesundheitsforschung zur Institutionalisierung der Chancengleichheit. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 51, S. 61-69.
- Hall, Judith (2011): Clinicians' accuracy in perceiving patients: Its relevance for clinical practice and a narrative review of methods and correlates. In: *Patient Education & Counseling*. 84, S. 319-324.
- Hall, Judith; Roter, Debra (2004): Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1037, S. 497-519.
- Hall, Judith; Roter, Debra (2002): Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. In: *Patient Education & Counseling*. 48/3, S. 217-224.
- Hall, Judith; Gulbrandsen, Pål; Dahl, Fredrik (2014): Physician gender, physician patient-centered behavior, and patient satisfaction: A study in three practice settings within a hospital. In: *Patient Education & Counseling*. 95, S. 313-318.
- Hall, Judith; Irish, Julie; Roter, Debra et al. (1994): Gender in Medical Encounters: An Analysis of Physician and Patient Communication in a Primary Care Setting. In: *Health Psychology*. 13/5, S. 384-392.
- Hamm, Christian (2015): Herz in Gefahr: die koronare Herzkrankheit. In: Deutsche Herzstiftung e.V. [HG]: *Herz in Gefahr. Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt*. Frankfurt aM, S. 9-18.
- Hamm, Christian (2004a): Leitlinien: Akutes Koronarsyndrom (ACS). Teil 1: ACS ohne persistierende ST-Hebung. In: *Zeitschrift für Kardiologie*, Band 93, Heft 1, S. 72-90.
- Hamm, Christian (2004b) Leitlinien: Akutes Koronarsyndrom (ACS). Teil 2: Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung. In: *Zeitschrift für Kardiologie*. Band 93, Heft 4, S. 324-341.
- Hamm, Christian; Albrecht, Alexander; Bonzel, Tassilo et al. (2008): Leitlinie Diagnostische Herzkatheteruntersuchung. In: *Clinical Research Cardiology*. 97, S. 475–512.
- Hannawa, Annegret; Rothenfluh, Fabia (2014): Arzt-Patient-Interaktion. In: Hurrelmann, Klaus; Baumann, Eva [HG]: *Handbuch Gesundheitskommunikation*. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 110-128.
- Härtel, Ursula (2002): Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra [HG]: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 273-290
- Hartley, Craig, Naghavi, Morteza; Parodi; Oberdan et. al (2012): Cardiovascular health informatics: risk screening and intervention. In: *IEEE Trans Inf Technol Biomed*. 16/5, S. 79179-4.
- Hasenfuß, Gerd (2015): Stammzellentherapie zur Herzregeneration. In: DHS - Deutsche Herzstiftung e.V. [HG]: *Herz in Gefahr. Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt*. Speyer, S. 148-153.
- Hausen, Karin (1976): Die Polarisierung der 'Geschlechtscharaktere' – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben". In: Conze, Werner [HG]: *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas*. Stuttgart: Klett Verlag, S. 363-393.

- Hausen, Karin: (1986): Warum Männer Frauen zur Wissenschaft nicht zulassen wollten. In: Dies.; Nowotny, Helga [HG]: Wie männlich ist die Wissenschaft? 1. Aufl., Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag, S. 31-39.
- Haynes, Suzanne; Feinleib, Manning (1980): Women, Work and Coronary Heart Disease: Prospective Findings from the Framingham Heart Study. In: American Journal of Public Health. 70/2, S. 133-141.
- HBS – Heinrich-Böll-Stiftung (2012): Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland. Dokumentation einer Tagung. Schriften zu Wirtschaft und Soziales. Band 9. Berlin. >www.boell.de/downloads/Buergerorientierte_Gesundheit_VO1_kommentierbar_1.pdf<
- Hedegaard, Joel; Ahl, Helene; Rovio-Johansson, Airi et al. (2014): Gendered communicative construction of patients in consultation settings. In: Women Health. 54/6, S. 513-529.
- Heimerl, Bigrit (2006): Choreographie der Entblößung: Geschlechterdifferenz und Personalität in der klinischen Praxis. In: Zeitschrift für Soziologie. 35/5, S. 372-391.
- Heintz, Bettina (2008): Ohne Ansehen der Person? De-Institutionalisierungsprozesse und geschlechtliche Differenzierung. In: Wilz, Sylvia Marlene [HG]: Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen. Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen. 1. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 231-252.
- Heintz, Bettina (2001): Geschlecht als (Un-)Ordnungsprinzip Entwicklungen und Perspektiven der Geschlechtersoziologie. In: Heintz, Bettina [HG]: Geschlechtersoziologie. Sonderheft 41. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden, S. 9-29.
- Heintz, Bettina; Nadai, Eva (1998): Geschlecht und Kontext: De-Institutionalisierungsprozesse und geschlechtliche Differenzierung. In: Zeitschrift für Soziologie. 27/2, S.75-93.
- Heitzmann, Daniela (2013): Das kulturelle Deutungsmuster „Geschlechterdifferenz“. Zur Kritik von Heinz-Jürgen Voß an Claudia Honegger und Londa Schiebinger. In: Gender. 2, S. 114-128.
- Helfferich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die durchführung qualitativer Interviews. 3., überarb. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hess, Natascha (2012): Geschlechteraspekte in der kardiologischen Praxis. In: GiM – Institut für Geschlechterforschung in der Medizin: DGesGM-GiM-Symposium „Gendermedizin 2012“. Dokumentation. In Kooperation mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin. 16. November 2012, S. 12.
- Hibbeler, Birgit (2015): Rainer Kiefmann: Erste Professur für Gerontoanästhesiologie. In: Deutsches Ärzteblatt. 112/51-52, S. A2209.
- Hibbeler, Birgit (2014): OP gelungen, Patient Pflegefall. In: Deutsches Ärzteblatt. 111/12, S. A477.
- Hibbeler, Birgit (2011): Ärzte und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt. In: Deutsches Ärzteblatt. 108/41, S. A2138-2145.
- Hirschauer, Stefan (2013): Die Praxis der Geschlechter(in)differenz und ihre Infrastruktur. In: Graf, Julia; Ideler, Kerstin; Klinger, Sabine [HG]: Geschlecht zwischen Struktur und Subjekt. Theorien, Praxis, Perspektiven. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich Verlag, S. 153-171.
- Hirschauer, Stefan (2008): Körper macht Wissen. Über eine Somatisierung des Wissensbegriffs. In: Wetterer, Angelika [HG]: Geschlechterwissen und soziale Praxis. Theoretische Zugänge – empirische Erträge. Königstein/Taunus: Helmer Verlag, S. 82-95.
- Hirschauer, Stefan (2001): Das Vergessen des Geschlechts. Zur Praxeologie einer Kategorie sozialer Ordnung. In: Heintz, Bettina [HG]: Geschlechtersoziologie. Sonderheft 41. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 208-235.
- Hirschauer, Stefan (1994): Die soziale Fortpflanzung der Zweigeschlechtlichkeit. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 46/4, 1994, S. 668-692.
- Hirschauer, Stefan (1989): Die interaktive Konstruktion von Geschlechtszugehörigkeit. In: Zeitschrift für Soziologie. 2, S. 100-118.
- Hochschild, Arlie R. (1983): The managed heart. Commercialization of Human Feelings. Berkeley: University of California Press.
- Hoff, Ernst-H; Olos, Luiza; Dettmer, Susanne et al. (2005): Abschlussbericht zum DFG-Projekt „PROFIL“ (Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie). Berlin.

- Höffling, Christian; Plaß, Christine; Schetsche, Michael (2002). Deutungsmusteranalyse in der kriminologischen Forschung [31 Absätze]. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 3/1, Art. 14.
- Hølge-Hazelton, Bib; Malterud, Kristi (2009): Gender in medicine – does it matter? In: Scandinavian Journal of Public Health. 37, S. 139-145.
- Holland-Cunz, Barbara (2003): Die alte neue Frauenfrage. Frankfurt a.M: Suhrkamp Verlag.
- Holthöfer, Ernst (1997): Die Geschlechtervormundschaft. Ein Überblick von der Antik bis ins 19. Jahrhundert. In: Gerhard, Ute [HG]: Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der Neuzeit bis zur Gegenwart. München: C.H. Beck Verlag, S. 390-451.
- Hömke, Sabine (2002): Kommunikation in Institutionen am Beispiel der Arzt-Patient-Kommunikation im Krankenhaus. Stuttgart: Ibidem-Verlag.
- Honegger, Claudia (2011): Die kognitiven Prinzipien der neuen Wissenschaften vom Menschen und die Genese einer weiblichen Sonderanthropologie in Frankreich. In: Wobbe, Theresa u.a. [HG]: Die gesellschaftliche Verortung des Geschlechts. Diskurse der Differenz in der deutschen und französischen Soziologie um 1900. Frankfurt aM: Campus, S. 93-113.
- Honegger, Claudia (2001): Deutungsmusteranalyse *reconsidered*. In: Burkholz, Roland; Gärtner, Christel; Zehentleiter, Ferdinand [HG]: Materialität des Geistes. Zur Sache Kultur – im Diskurs mit Ulrich Oevermann. Frankfurt: Velbrück Verlag, S. 107-136
- Honegger, Claudia (1991): Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750-1850. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Hopf, Christel (2016): Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. In: Hopf, Wulf; Kuckartz, Uda [HG]: Christel Hopf: Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung, S. 155-166.
- HU – Humboldt-Universität zu Berlin (2016): Labor GenderQueerforschung Labor GenderQueerforschung. GenderQueer in der ethnografischen Forschung. Letzter Zugriff 09/2016: >www.Euroethno.hu-berlin.de/de/forschung/labore/genderqueer<.
- Huerkamp, Claudia (1996): Bildungsbürgerinnen. Frauen im Studium und in akademischen Berufen 1900-1945. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert: vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Hunziker, Sabina; Schläpfer, Martin; Langewitz, Wolf et al. (2010): Open and hidden agendas of ‚asymptomatic‘ patients who request check-up exams. In: BMC Family Practice 2011, 12/22, S. e1-7.
- Hurrelmann, Klaus (2003): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 5. Aufl., Weinheim: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, Klaus; Baumann, Eva (2014) [HG]: Handbuch Gesundheitskommunikation. 1.Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, Klaus; Lepping, Anja (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: Dies. [HG]: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 7-21.
- Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. überarb. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank; Neuhaus, Andrea et al. (2011): Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern - Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009. In: Pflege & Gesellschaft. 16/1, S. 5-19.
- Jäger, Margarete (2010): Diskursanalyse: Ein Verfahren zur kritischen Rekonstruktion von Machtbeziehungen. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 386-391.
- Jahn, Ingeborg (2003): Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung erstellt im Auftrag von „Gesundheitsförderung Schweiz“. Bremen.

- Jahn, Ingeborg; Kolip, Petra (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremen. >www.gesunde-maenner.ch/data/data_21.pdf<
- Jefferson, Laura; Bloor, Karen; Birks, Y et al. (2013): Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Services Research & Policy*. 18/4. S. 242-248.
- Jefferson, Laura; Bloor, Karen; Hewitt, Catherine (2015a): The effect of physician gender on length of patient consultations: observational findings from the UK hospital setting and synthesis with existing studies. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*. 108/4, S.136-141.
- Jefferson, Laura; Bloor, Karen, Spilsbury, Karen (2015b): Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*. 108/5, S.184-191.
- Joas, Hans (2007): Die soziologische Perspektive. In: Joas, Hans [HG]: *Lehrbuch der Soziologie*. 3. überarb., u. erw. Aufl., Frankfurt aM: Campus Verlag, S. 11-38.
- Kaba, Rahim.; Sooriakumaran, Prasanna. (2007): The evolution of the doctor-patient relationship. In: *International Journal of Surgery*. 5, S. 57-65.
- Kale, Emine; Finset, Arnstein; Eikeland, Hanne-Lise et al. (2011): Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study. In: *Patient Education & Counseling*. 84, S. 325-331.
- Kaupen-Haas, Heidrun, Misch-Kelling, Maria; Reiter, Gabriele (1993) *Arzt-Patient-Kommunikation ‚Revisited‘. Am Beispiel internistischer Stationsvisiten*. In: Löning, Rehbein [HG]: *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin/ New York: Walter de Gruyter Verlag, S. 149-176.
- Kautzky-Willer, Alexandra (2012) [HG]: *Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie*. Wien: Böhlau-Verlag.
- Kelle, Udo; Erzberger, Christian (2010): Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines [HG]: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 299-309.
- Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): *Vom Einzelfall Zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2., überarb. Aufl.: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, Udo; Kluge, Susann (1999): *Vom Einzelfall Zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen.
- Kessler, Suzanne; McKenna, Wendy (1978): *Gender. An Ethnomethodological Approach*. Chicago: Wiley.
- Klein, Uta (2001): *Militär und Geschlecht in Israel*. Frankfurt aM: Campus Verlag.
- Klein, Uta (1994): Das Geschlechterverhältnis und die Soziologie. In: Kneer, Georg; Kraemer, Klaus; Nassehi, Armin [HG]: *Soziologie. Zugänge zur Gesellschaft*. Band 1. Münster: LIT-Verlag, S. 191-224.
- Klemperer, David (2010): *Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Klemperer, David (2006): Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel. In: Pundt, Johanne [HG]: *Professionalisierung im Gesundheitswesen*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 61-75.
- Klemperer, David (2005a): Shared Decision Making und Patientenzentrierung - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. In: *Balint-Journal*. 6/3, S. 71-79.
- Klemperer, David (2005b): Shared Decision Making und Patientenzentrierung. Vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 2: Risikokommunikation Interessenskonflikte, Effekte von Patientenbeteiligung. In: *Balint-Journal*. 6/3, S. 115-123.
- Klemperer, David (2003): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Berlin.
- Klemperer, David; Rosenwirth, Melanie (2005): *Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen*. Chartbook. 2. Aufl., Gütersloh.
- Kloepfer, Martina (2013) [HG]: *Dokumentation*. 1. Bundeskongress Gendergesundheit. Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung. Berlin.

- Knapp, Gudrun-Axeli (2008): Achsen der Differenz – Aspekte und Perspektiven feministischer Grundlagenkritik. In: Wilz, Sylvia Marlene [HG]: Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen. Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 291-322.
- Knapp, Gudrun-Alexi (2003): Achsen der Differenz – Strukturen der Ungleichheit. In: Becker-Schmidt, Regina; Knapp, Gudrun-Alexi: Feministische Theorien zur Einführung. 3. Aufl., Dresden, S. 103-123.
- Knapp, Gudrun-Alexi (2001): Dezentriert und viel riskiert: Anmerkungen zur These vom Bedeutungsverlust der Kategorie Geschlecht. In: Knapp, Gudrun-Alexi; Wetterer, Angelika [HG]: Soziale Verortung der Geschlechter. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik. 1. Aufl., Münster: Westfälisches Dampfboot Verlag, S. 15-62.
- Köhle, Karl; Raspe, Hans-Heinrich (1982) [HG]: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlentwicklung. 5. aktl. u. komplett überarb. Aufl., Berlin. >www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf<
- Kolip, Petra (2000): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa Verlag.
- Kramarz, Susann (2003): Genderforschung in der Kardiologie: Herzinfarkt – typisch Frau? In: Cardio-vasc. Interdisziplinäre Fortbildungszeitschrift für Angiologie · Diabetologie · Hypertensiologie · Kardiologie · Lipidologie · Nephrologie · Neurologie. 4, S. 15-17.
- Kranz, Olaf; Erdmenger, Thomas (2013): Zum Interaktionsformat der Chefvisite. Vermittlung zwischen konstruierter Ontologie und deskonstruierter Ontik kranker Körper? In: John, Rene; Rückert-John, Jana; Esposito, Elena [HG]: Ontologien der Moderne. Innovation und Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 241-269.
- Kristofferzon, Marja-Leena; Löfmark, Rurik; Carlsson, Marianne (2003): Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. In: Journal of Advanced Nursing. 44/4, S. 360-374.
- Kuckartz, Udo (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, Udo (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. Akt. Aufl., Wiesbaden: Springer Verlag.
- Kuckartz, Udo (1988). Computer und verbale Daten. Chancen zur Innovation sozialwissenschaftlicher Forschungstechniken. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Kuhlmann, Ellen; Kolip, Petra (2008). Die "gemachten" Unterschiede - Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe; Richter, Matthias [HG]: Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 191-219.
- Kuhlmann, Ellen; Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim: Juventa Verlag.
- Kullberg, Christian (2001): Gender and social work. Research on gender differences in the treatment of clients in welfare institutions. In: Gruber, Christine; Fröschl, Elfriede [HG]: Gender-Aspekte in der Sozialen Arbeit. Wien: Czernin Verlag, S. 309-328.
- Kummer, Katja; Dören, Martina; Kuhlmei, Adelheid (2008): Kommunikation der Ärzte und Pflegenden über Inkontinenz – eine Patientenperspektive. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 41, S. 267-273.
- Kurscheid, Clarissa; Kloepfer, Martina; Kloepfer, Albrecht (2015) [HG]: Jahrbuch Gendergesundheit 2014. Gesellschaft, Versorgung & Arbeit. Heidelberg: medihochzwei Verlag.
- Ladewig, Karl-Heinz (2013): Schicksal Herzinfarkt. Von der Schwierigkeit, an und mit der Erkrankung zu reifen. In: Herz Heute. 33/1, S. 6-11.
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. vollst. überarb. Aufl., Weinheim: Beltz PVU.

- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6., voll. überarb. Aufl., Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Laqueur, Thomas (1992): Auf den Leib geschrieben: Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Aus dem Englischen von H. Jochen Bußmann. (Originalausgabe »Making Sex, Body and Gender from Greeks to Freud« erschien.1990 bei Harvard University Press, Cambridge). Frankfurt aM/New York: Campus Verlag.
- Lehmann, Harald (1987): Die psychosoziale Dimension im Rehabilitationsverfahren. In: Badura, Bernhard; Kaufhold, Gary, Lehmann, Harald; Pfaff, Holger; Schott, Thomas, Waltz, Millard: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin: Springer Verlag, S. 63-86.
- Leidner, Robin (1991): Serving Hamburgers and Selling Insurance: Gender, Work, and Identity in Interactive Service Jobs. In: Gender & Society. 5/4, 154-177.
- Lenhardt, Gero (2007): Bildung. In: Joas, Hans [HG]: Lehrbuch der Soziologie. 3. überarb., u. erw. Aufl., Frankfurt aM: Campus Verlag, S. 337-362.
- Lenz, Ilse (2010): Intersektionalität: Zum Wechselverhältnis von Geschlecht und sozialer Ungleichheit. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 158-165.
- Leppin, Anja (2001): Informationen über persönliche Gefährdungen als Strategien der Gesundheitskommunikation: Verständigung mit Risiken und Nebenwirkungen. In: Hurrelmann, Klaus; Lepping, Anja [HG]: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 107-127.
- Littig, Beate (2009a): Interviews mit Eliten – Interviews mit ExpertInnen. Gibt es Unterschiede? In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: Experteninterviews. Theorien, Methoden und Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181-196.
- Littig, Beate (2009b): Interviews mit Experten und Expertinnen. Überlegungen aus geschlechtertheoretischer Sicht. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: Experteninterviews. Theorien, Methoden und Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181-196.
- Löffler-Stastka, Henriette; Seitz, Tamara; Billeth, Sabrina et al. (2016): Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. In: Wiener Klinische Wochenschrift. 128, S. 663-668.
- Loh, Andreas; Simon, Daniela Simon; Kriston, Levente et al. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. In: Deutsches Ärzteblatt. 104/21, S. A1483-1489.
- Lohff, Brigitte, Rieder, Anita (2008) [HG]: Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. 2. Aufl., Wien/ New York: Springer Verlag.
- Lorber, Judith (1997): Gender and the Social Construction of Illness. Toundsand Oaks/USA: SAGE Publications Inc.
- Lörcher, Helgard (1983): Gesprächsanalytische Untersuchungen zu Arzt-Patienten-Kommunikation. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Löwel, Hannelore (2006a): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“. Heft 33, Berlin.
- Löwel, Hannelore (2006b): Die Akutbehandlung des Myokardinfarkts – unter 'gender mainstream'-Aspekten. Letzte Änderung 09.05.2006: Letzter Zugriff 11/2017: >www.baek.de/page.asp?his=1.102.156.193.196.197.210.214<
- Lucas, A; Debaty, G; Fourny, M et al. (2008): Factors associated with delay in calling Emergency Medecial Services (“15”) for patients with ST-elevation myocardial infarction in southern Isere. In: Presse Médical. 37, S. 216-223.
- Lüders, Christian (2010): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines [HG]: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 384-401.

- Lunn, S; Willjams, S; James, R et al. (1998): The effects of gender upon doctor patient interaction. In: *Psychology & Health*. 13/6, S. 975-986.
- Maas, Angela; Schouw, Yvonne v. d.; Regitz-Zagrosek, Vera et al. (2011): Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. In: *European Heart Journal*. 32, 1362-1368.
- Maihofer, Andrea (2004): Geschlecht als soziale Konstruktion – eine Zwischenbetrachtung. In: Helduser, Ute; Marx, Daniela; Paulitz, Tanja et al. [HG]: *under construction? Konstruktivistische Perspektiven in feministischer Theorie und Praxis*. Frankfurt aM: Campus Verlag, S. 33-43.
- Mannebach, Hermann (1988): *Hundert Jahres Herzgeschichte. Entwicklung der Kardiologie 1887-1987*. Berlin: Springer-Verlag.
- Martina, Benedict (2001): Verpasster Herzinfarkt. In: *Praxis*. 91, S. 635-636.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (2016): Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In: Hornberger, Claudia; Pauli, Andrea; Wrede, Birgitta [HG]: *Medizin – Gesundheit – Geschlecht: eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 25-50.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (1997): *Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Maserejian, Nancy; Link, Carol; Lutfey, Karen et al. (2009): Disparities in physicians' interpretations of heart disease symptoms by patient gender: results of a video vignette factorial experiment. In: *Journal of Womens Health*. 18/10, S. 1661-1667.
- McKenna, Wendy; Kessler, Susann (2006). *Transgendering: Blurring the Boundaries of Gender*. In: Davis, Kathy; Evans, Mary; Lorber, Judith [HG]: *Handbook of Gender and Women's Studies*. London, UK: Sage Publications, S. 342-354.
- Meerwein, Fritz (1986): *Das ärztliche Gespräch: Grundlagen und Anwendungen*. 3., überarb. und erw. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Meinefeld, Werner (2010): Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines [HG]: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 265-275.
- Meinertz, Thomas (2013): Klarstellung. In: *Herz Heute. Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung e.V.* 33/1, S. 2.
- Meinertz, Thomas (2012): Medikamente: Welche? Wann? Wie lange? In: Deutsche Herzstiftung [HG]: *Herz in Gefahr. Koronare Herzkrankheit erkennen und behandeln*. Frankfurt aM, S. 50-61.
- Mense, Lisa (2007): Gesunde Ernährung im Kontext von Lebensstilen und Geschlecht. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*. 1, S. 23-35.
- Menz, Florian (1993): Medizinische Ausbildung im Krankenhaus am Beispiel der Lehramtsausbildung: Die institutionalisierte Verhinderung von Kommunikation. In: Löning, Rehbein (Hg.) 1993 – *Arzt-Patienten-Kommunikation ...* Berlin: Walter de Gruyter Verlag, S. 251-264.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2010): ExpertInneninterview: zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 376-379.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Expertenwissen und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: *Experteninterviews. Theorien, Methoden und Anwendungsfelder*. 3., grundlegend überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35-60.
- Meuweseen, Ludwien; Brink-Muinen, Atie v.d.; Hofstede, Geert (2009): Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? In: *Patient Education & Counseling*. 75, S. 58-66.
- Meuweseen, Ludwien; Schaap, Caas; Staak, Cess v.d. (1991): Verbal Analysis of Doctor-Patient Communication. In: *Social Science & Medicine*. 32/10, S. 1143-1150.

- Meyen, Michael; Löblich, Maria; Pfaff-Rüdiger, Senta et al. (2011): Qualitative Forschung in der Kommunikationswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miemietz, Bärbel (2013) [HG]: Medizin und Geschlecht. Perspektive für Lehre, Forschung & Krankenversorgung. Lengerich/Berlin/Miami u. a.: Pabst Science Publishers.
- Mittag, Oskar; Horres-Sieben, Barbara (2001): Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation: Überblicksarbeit. In: Worringen, Ulrike; Zwingmann, Christian [HG]: Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Weinheim: Juventa Verlag, S. 75-92.
- Misek-Schneider, Karla (2004): Psychosoziale Aspekte von Kranksein und Krankheitsbewältigung. In: Schwarzer; Wolfgang [HG]: Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 5. Aufl., Dortmund: Borgmann, S. 31-54.
- Mixa, Elisabeth (1996): ‚Tolle, tobende Weiber‘. Die ersten Wiener Irren-Anstalten und das andere Geschlecht. In: Mixa, Elisabeth; Malleiner, Elisabeth; Springer-Kremser, Marianne et al. [HG]: Körper, Geschlecht, Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck: Studienverlag, S. 96-115.
- Mizrahi, Terry (1985): Getting rid of patients. Contradictions in the socialisation of internist to the doctor-patient relationship. In: Psychology of Health and Illness, 7/2, S. 214-235.
- Mjaaland, Trond; Finset, Arnstein; Fossil Jensen, Ba° rd et al. (2011): Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: A video-based observational study. In: Patient Education & Counseling. 84, S. 332-337.
- Money, John (1969): Körperlich-sexuelle Fehlentwicklungen. Aus dem Amerikanischen übertragen von Dr. Anke A. Ehrhardt. Originalausgabe Anke Ehrhard "Sex Errors of the Body" 1968. Einbek bei HH: Rowohlt Verlag.
- Money, John (1955): Hermaphroditism, Gender And Precocity In Hyperandrenocorticism: Psychological Findings. In: Bulletin of the John Hopkins Hospital. Vol. XCVI. Baltimore: The Johns Hopkins Press, S. 253-264.
- Münst, Senganata (2010): Teilnehmende Beobachtung: Erforschung der sozialen Praxis. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften,
- Nave-Herz, Rosemarie (1988): Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland. Bonn.
- Neckel, Sighard (2013): Arlie Russell Hochschild: Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. In: Schützeichel, Rainer; Senge, Konstanze [HG]: Hauptwerke der Emotionssoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 168-175.
- Neuenhaus, Petra (1993): Max Weber und Michel Foucault: über Macht und Herrschaft in der Moderne. Pfaffenweiler: CENTRAURUS-Verlag.
- Niroomand, Feraydoon (2013): Kardiologie. Ein Weg aus der Krise. In: Deutsches Ärzteblatt. 110/42, S. 1946-1950.
- Nothdurft, Werner (1982): Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus-Visiten. In: Köhle, Karl; Raspe, Hans-Heinrich [HG]: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban & Schwarzenberg, S. 23-35.
- Oertelt-Prigione, Sabine; Regitz-Zagrosek, Vera [HG]: Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. London: Springer Verlag.
- Orth-Gomér, Kristina (2010): The encounter between coronary patient and caregiver – the conceptual basis of behavioral medicine. In: Deter, Hans-Christian (Hg.): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 159-173
- Orth-Gomér, Kristina; Wamala, S; Horsten, M. et al. (2000): Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. Journal of the American Medical Association. 284, S. 3008-3014.

- Oswalt, Irene (2012): Patienten und ihre Schicksale. Interview mit Prof. Dr. med. Thomas Meinertz, Hamburg. In: Herz Heute. Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung e.V. 4/32, S. 4-7.
- Oyen, Rainer (2000): Grundbegriffe der Sozialmedizin und Epidemiologie – Gesundheit, Krankheit, Behinderung. In: Schwarzer, Wolfgang [HG]: Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 3. Aufl., Dortmund: Borgmann, S. 11-36.
- Pauli, Andrea; Hornberg, Claudia (2010): Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.631-643.
- Parsons, Talcott (1963): The social System. 4. Aufl., Chicago: The Free Press of Glencoe.
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. Übersetzung des Kapitels X aus dem Werk The Social System Parsons 1951). In: König, René; Tönnemann, Margret [HG]: Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie. Sonderheft 3. Köln: Westdeutscher Verlag, S. 10-57.
- Parsons, Talcott (1968): The American Family: Its Relations to Personality and to the Social Structure. In: Parsons, Talcott; Bales, Robert: Family Socialization and Interaction Process. London: Routledge, S. 3-34.
- Parsons, Talcott (1951): The social System. Reprint 1963. 4. Aufl., Chicago: The Free Press of Glencoe.
- Pfadenhauer, Michaela (2009): Das Experteninterview – ein Gespräch auf zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang: Experteninterviews. Theorien, Methoden und Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 99-116.
- Pfaff, Holger (2011): Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung; mit 19 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.
- Pope, Hector; Ufderheide, Tom; Uthazer, Robin et al. (2000): Missed Diagnosis of Acute Cariac Ischemia in the Emergency Departement. In: The New England Journal of Medicine. 342/16, S. 1163-1170.
- Rabady, Susanne; Rebhandl, Ernst (2004): Allgemeinmedizin. In: Rieder, Anita; Lohff, B. [HG]: Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien/New York, S. 11-28.
- Raspe, Heiner (2013): Personalisierte Medizin – Ende der Solidarität? In: Deutscher Ethikrat [HG]: Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer? Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2012. Berlin, S. 59-70.
- Raspe, Hans-Heinrich (1983): Aufklärung und Information im Krankenhaus. Medizinsoziologische Untersuchungen. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Raspe, Heiner; Schulze, Jan (2013): Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich. In: Deutsches Ärzteblatt. 110 22, S. A1091-A1096.
- Raspe, Hans-Heinrich; Siegrist, Johannes (1979): Zur Gestalt der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich. In: Siegrist, Johannes; Hendel-Kramer, Anneliese (HG): Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung. München: Urban & Schwarzenberg Verlag, S. 113-138.
- Redleaf, Angelica; Baird, Susan A. (1998): Behind closed doors. Gender, sexuality, and touch in the doctor/ patient relationship. Westport.
- Regitz-Zagrosek, Vera (2012a): Why do we need Gender Medicine? In: Oertelt-Prigione, Sabine; Regitz-Zagrosek, Vera [HG]: Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. London: Springer Verlag, S. 1-4.
- Regitz-Zagrosek, Vera (2012b): Geschlechterunterschiede bei Herzinsuffizienz. In: Kautzky-Willer, Alexandra [HG]: Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie. Wien: Böhlau-Verlag, S. 161-177.
- Reichertz, Jo (2010): Objektive Hermeneutik und hermeneutische Wissenssoziologie. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines [HG]: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 514-524.

- Reuband, Karl-Heinz (1988): Soziale Erwünschtheit und unzureichende Erinnerung als Fehlerquelle im Interview: Möglichkeiten und Grenzen bei der Rekonstruktion von früherem Verhalten - das Beispiel Drogengebrauch. In: ZA-Information/Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung, 23, S. 63-72.
- Rhode, Johann Jürgen (1962): Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Richartz, Barbara (2015): Was ist bei Frauen anders? In: Deutsche Herzstiftung e.V. [HG]: Herz in Gefahr. Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt. Frankfurt aM, S. 111-116.
- Ridgeway, Cecilia (2001): Interaktion und die Hartnäckigkeit der Geschlechter-Ungleichheit in der Arbeitswelt. In: Heintz, Bettina [HG]: Geschlechtersoziologie. Sonderheft 41. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 250- 275.
- Ridgeway, Cecilia; Correll, Shelly (2004): Unpacking The Gender System: A Theoretical Perspective on Gender Beliefs and Social Relations. In: Gender & Society. 18/4, S. 510- 531.
- Riegraf, Birgit (2010): Konstruktion von Geschlecht. In: Aulenbacher, Brigitte; Meuser, Michael; Riegraf, Birgit: Soziologische Geschlechterforschung. Eine Einführung. 1. Aufl., Wiesbaden: VS-Verlag, S. 59-77.
- Ritter-Röhr, Dorothea (1975) [HG]: Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Erstausgabe, Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag.
- RKI – Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen vom RKI und DESTATIS. Berlin.
- RKI (2014a): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin.
- RKI (2014b): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin.
- RKI (2012): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Berlin.
- RKI (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Roach Anleu, Sharyn (2006). Gendered bodies: between conformity and autonomy. In: Davis, Kathy; Evans, Mary; Lorber, Judith [HG]: Handbook of Gender and Women's Studies. London, UK: Sage Publications, S. 357-375.
- Rodenstein, Marianne (1984): Somatische Kultur und Gebärpolitik – Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen. In: Kickbusch, Ilona; Riedmüller, Barbara [HG]: Die armen Frauen und Sozialpolitik. Band 156, Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag, S. 103-134.
- Rose, Lotte; Seehaus, Rhea (2016): Doing Gender und Doing Diversity with Food. In: Graff, Ulrike; Kolodzig, Katja; Johann, Nikolas [HG]: Ethnographie - Pädagogik – Geschlecht. 1. Aufl., Wiesbaden: Springer Verlag, S. 173-186.
- Roter, Debra (2013): The Roter Method of Interaction Process Analysis. Manual. Baltimore.
- Roter, Debra (1977): Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction, and Compliance. In: Health Education Monographie. 5/4, S. 281-315.
- Roter, Debra; Hall, Judith (2006): Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Improving communication in medical visits. 2nd Edition, Westport: Praeger Publishers.
- Roter, Debra; Hall, Judith (2004): Physician Gender And Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. In: Annual Review Public Health. 25, S. 497-519.
- Roter, Debra; Erby, Lori, Adams, Ann et al. (2014): Talking about depression: An analogue study of physician gender and communication style on patient disclosures. In: Patient Education & Counseling. 80, S. 315-320.
- Rothangel, Simone (2010): Kurzbuch: Medizinische Psychologie und Soziologie. 2., überarb. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Rummer, Anne; Schulz, Ral-Joachin (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts. Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation. In: Deutsches Ärzteblatt. 109/15, S. A746-748.

- Sander, Kirsten (2012): Geschlechterarrangements im Krankenhaus. Sozialräumliche Grenzen von ‚weiblicher Sorgearbeit‘ und ‚männlicher Professionalität‘. In: Hanes, Andreas; Sander, Kirsten [HG]: Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis. Wiesbaden: VS Springer Fachmedien, S. 125-143.
- Sander, Kirsten (2008). Machtspiele im Krankenhaus: "doing gender" oder "doing profession"? In: Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research. 9/1, Art. 4: 42 Absätze.
- Sandhu, Harbinder; Adams, Ann; Singelton, Laura et al. (2009): The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. In: Patient Education & Counseling. 76/3, S. 348-355.
- Schaefer, Hans; Blohmke, Maria (1977): Herzkrank durch psychosozialen Streß. Heidelberg: Hüthig.
- Scheele, Sebastian (2009): Ansprechen um jeden Preis? Effekte und Paradoxin der Männergesundheitsförderung. In: Carmen Gransee, Jürgen Lorenz, Christiane Deneke et al. [HG]: Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen. Münster: Lit Verlag, S. 49-66.
- Schirmer, Dominique (2009): Schmerzkulturen. Vorschläge zu einer soziologischen Schmerzanalyse. In: Gransee, Carmen; Lorenz, Jürgen; Deneke, Christiane et al. [HG]: Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen. Münster: Lit Verlag, S. 173-189.
- Scheibler, Fülöp (2004): Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Schlüter, Anne (1992) [HG]: Pionierinnen Feministinnen Karrierefrauen? Zur Geschichte des Frauenstudiums in Deutschland. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- Schmacke, Norbert (2007): Meine Pillen ess' ich nicht. In: Gesundheit und Gesellschaft. 10/11, S. 32-37.
- Schmädel, Dieter (1975a): Soziale Normen im vorärztlichen Raum und in der ambulanten Behandlung. In: Ritter-Röhr, Dorothea [HG]: Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. 1. Aufl., Frankfurt aM: Suhrkamp Verlag, S. 29-51.
- Schmädel, Dieter (1975b): Der Arztbesuch als Teilaspekt des Krankheitsverhaltens. Ansatz zu einer theoretischen Klärung. In: Ritter-Röhr, Dorothea (HG): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. 1. Aufl., Frankfurt/aM.: Suhrkamp Verlag, S. 124-166.
- Schmerl, Christiane (2002): Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra [HG]: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 32-52.
- Schmersahl, Kathrin (1998): Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. Opladen.
- Schmid Mast, Marianne; Hall, Judith; Cronauer, CK et al. (2011): Perceived dominance in physicians: Are female physicians under scrutiny? In: Patient Education & Counseling (83): 174-179.
- Schmid Mast, Marianne; Hall, Judith; Klöckner, Christina et al. (2008): Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction. In: Med Care. 46, S. 1212-1218.
- Schmid Mast, Marianne; Kindlimann, A; Hornung, R (2004): Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen aber feinen Unterschied. In: Praxis. 93/29-30, S. 1183-1188.
- Schmitz, Sigrid (2010): Gehirnoptimierung – (k)ein geschlechtsloses Feld? In: Ernst, Waltraud: Ethik – Geschlecht- Medizin. Körpergeschichten in politischer Reflexion. Berlin/Münster: LIT Verlag, S. 111-130.
- Schmitz, Sigrid (2006): Geschlechtergrenzen. Geschlechtsentwicklung, Intersex und Transsex im Spannungsfeld zwischen biologischer Determination und kultureller Konstruktion. In: Ebeling, Smil-la; Schmitz, Sigrid [HG]: Geschlechterforschung und Naturwissenschaften. Einführung in ein komplexes Wechselspiel. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 33-56.
- Schnabel, Renate (2012): Geschlechteraspektein der Prävention. In: GiM – Institut für Geschlechterforschung in der Medizin: DGESGM/-GiM-Symposium „Gendermedizin 2012“. Dokumentation. 16. November 2012. Deutsches Herzzentrum Berlin.

- Schneider, Birke (2012): Wenn das Herz zerbricht: die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie. In: Herz Heute. Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung e.V. 32/2, S. 4-8.
- Schoene, Wolfgang (1958): Kulturanthropologische Betrachtungen über Medizin. In: König, René; Tönnemann, Margret [HG]: Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie. Sonderheft 3. Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 80-114.
- Schofer, Niklas; Hamm, Christian; Katus, Hugo et al. (2014): Kommentar zur dritten allgemeinen Definition des Myokardinfarktes der gemeinschaftlichen ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force. In: Der Kardiologe. 8, S. 65-71.
- Schofield, Toni; Connell; Robert; Walker, Linley u.a. (2002): Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra [HG]: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans-Huber, S. 67-83.
- Schubert, Cornelius (2010): Zwischen Bürokratie und Ökonomie – Oder: Wie man die Verwaltung täuscht, Patienten behandelt und auch wieder los wird. In: Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius; Vogd, Werner [HG]: Die Arzt-Patienten-Beziehung. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 143-159.
- Schuh, Christina (2009): Publikationsverhalten im Überblick – eine Zusammenfassung der einzelnen Diskussionsbeiträge. In: Alexander von Humboldt-Stiftung [HG]: Publikationsverhalten in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Beiträge zur Beurteilung von Forschungsleistungen. 2., erweit. Auflage, Berlin, S. 6-13.
- Schunkert, Herbert (2013): Herzinfarkt- und danach? Therapie des Herzinfarktes und was dann nötig ist. In: Herz Heute. Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung e.V. 33/2, S. 16-22.
- Schütze, Lea (2016): Alt und "anders"? Strategien des Alterns von schwulen Männern. In: Finzsch, Norbert; Velke, Marcus: Queer / Gender / Historiographie. Aktuelle Tendenzen und Projekte. Berlin: Lit Verlag, S. 70 - 92.
- Schweickhardt, Axel; Fritzsche, Kurt (2009): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus der Klinik und Praxis. 2. erw. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Sewtz, Susanne (2006): Karrieren im Gesundheitswesen * eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege. Weinheim: Juventa Verlag.
- Seymore-Smith, MARGARET; PHOENIX, Ann (2002): 'My Wife Ordered Me to Come!': A Discursive Analysis of Doctors' and Nurses' Accounts of Men's Use of General Practitioners. In: Journal of Health Psychology. 7/3, S. 253-267.
- SGB V – Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 20.2.2013 I 277.
- Shanks, Linda C; Moore, Shirley M; Zeller, Richard A et al. (2007): Predictors of Cardiac Rehabilitation Initiation. In: Rehabilitation Nursing. 32/4, S. 152-157.
- Shin, Dong Wook; Roter, Debra L; Roh, Yong Kyun et al. (2015): Physician gender and patient centered communication: The moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. In: Patient Education & Counseling. 98, S. 5560.
- Sidhu, Reena; Raiashekhar, Praveen; Lavin, Victoria et al. (2009): The gender imbalance in academic medicine: a study of female authorship in the United Kingdom. In: Journal of the Royal Society of Medicine. 102, S. 337-342
- Sieverding, M. & Kendel, Frederike (2012). Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patienten-Interaktion. Bundesgesundheitsblatt. 55, S. 1118-1124.
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. 6. neu bearb. und erw. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Siegrist, Johannes (1979): Zur Kritik patientenbezogenen Handelns im Krankenhaus. In: Jahrbuch für Kritische Medizin: Referate und Protokolle der gesundheitspolitischen Fachtagung des BdWi München 1979. Band 5, S. 68-76.
- Siegrist, Johannes (1978): Arbeiten und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart.
- Siegrist, Johannes (1972): Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten. In: Zeitschrift für Soziologie. 1/3, S. 271-280.

- Siouta, Eline; Broström, A; Hedberg, B (2012): Content and Distribution of Discourse Space in Consultations between Patient with Atrial Fibrillation and Healthcare professionals. In: *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 12/1, S. 47-55.
- Sjöström-Strand, Annica; Fridlund, Bengt (2007): Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. In: *Scandinavian Journal of Caring Science*. 21, S. 10-17.
- Springer, Kristen W.; Jeanne Mager Stellman, Rebecca M. Jordan-Young (2012): Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health *Social Science & Medicine*. 74/11, S. 1817-1824.
- StBA - Statistisches Bundesamt (2015): *Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales 2015*. Wiesbaden.
- StBA (2012): *Gender Pay Gap: Zwei Drittel lassen sich strukturell erklären*. Wiesbaden. Letzter Zugriff 09/2016 >www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/03/PD13_108_621.html<
- StBA (2011): *Gesundheit. Personal 2001 bis 2010. Fachserie 12/ Reihe 7.3.2*. Wiesbaden.
- Stiehler, Matthias; Klotz, Thomas (2007) [HG]: *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Stollberg, Gunnar (2001): *Medizinsoziologie*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Stoller, Robert (1968): *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. Reprinted 1984. London: Karnac Books Ltd.
- Stratton, Terry; Saunders, J; Elam, C (2008): Changes in Medical Students' Emotional Intelligence. An Exploratory Study. In: *Teching and Learning in Medicine*. 20/3, S. 79-84.
- Steinke, Ines (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Ines [HG]: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek/HH: Rowolth Verlag, S. 319-331.
- Sutcliffe, Paul; Connock, M, Gurung, T et al. (2013): Aspirin for prophylactic use in the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: a systematic review and overview of reviews. In: *Health technology assessment*. 43/17; S. 1-253
- Suter, Robert (2014): Ein Bericht aus dem Herzen der Risikogesellschaft. Jürgen-Peter Stössels »wissenschaftlicher Tatsachenroman«. In: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*. 11, S. 493-499.
- Szasz, Thomas; Hollender, Marc (1956): A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. In: *AMA Archives of Internal Medicine*. 97/5, S. 585-592.
- Tabenkin, Hava.; Godwin; Meredith; Zyzanski, Stephen et al. (2004): Gender differences in time spent during direct observation of doctor-patient encounters. In: *Journal of Women's Health*. 13/3, S. 341-349.
- Tannen, Deborah (1994): *Gender and Discourse*. Oxford University Press, New York.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem (2010): »Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!« Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In: Begegnung, Jutta; Schubert, Cornelius; Vogd, Werner [HG]: *Die Arzt-Patienten-Beziehung*. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 95-111.
- Teubner, Ulrike (2010): Beruf: Vom Frauenberuf zur Geschlechterkonstruktion im Berufssystem. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 499-506.
- Thomsen, Theresa (2001): Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens. In: Hurrelmann, Klaus; Lepping, Anja [HG]: *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 73-93.
- Thurm, Thomas (2012): Was verdienen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland? In: *XX- Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin*. 1/1, S. 26-31.
- Thürmann, Petra (2014): Individualisierte Arzneimitteltherapie Geschlecht, Gewicht und Alter. In: Klopfer, Martina: *Dokumentation 2. Bundeskongress Gendergesundheit. Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung*. Berlin: S. 26-27.

- Ullrich, Charlotte (2012). *Medikalisierte Hoffnung? Eine ethnographische Studie zur reproduktionsmedizinischen Praxis*. Bielefeld: transcript Verlag.
- UPD - Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2013): *Monitor Patientenberatung 2013, Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V*. Berlin.
- Veigel, Sandra (2010): *Arbeitszeitkonformes Visitenmodell und Patientenzufriedenheit*. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes.
- Villa, Paula-Irene (2011): *Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper*. 4. Aufl., Opladen: Leske + Budrich Verlag.
- Villa, Paula-Irene (2010): (De)konstruktion und Diskurs-Genealogie. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 146-157.
- Villa, Paula-Irene (2007): Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte: Körperkult und Schönheitswahn*. (18), S. 18-26.
- Vogd, Wener (2014): Stress im System. Oder wie verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? In: Manzei, Alexandra, Schmiede, Rudi [HG]: *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 241-262.
- Vogd, Wener (2009): Paradoxe Effekte der DRG-Einführung. Organisationssoziologische Überlegungen am Beispiel einer Längsschnittsstudie zur Krankenhausorganisation. In: Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter: *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 119-130.
- Vogd, Werner (2007): Organisation Krankenhaus im Wandel bei beständigen ärztlichen Handlungsorientierungen? – Eine rekonstruktive Längsschnittstudie. In: *Berliner Journal für Soziologie*, 1, S. 97-119.
- Vogt, Irmgard (1986): *Medizinsoziologie und weibliche Lebensweisen*. In: Hausen, Karin; Nowotny, Helga [HG]: *Wie männlich ist die Wissenschaft?* 1. Aufl., Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, S. 179-198.
- Voigtländer, Thomas (2012): Behandlung mit Stents. Was ist neu? In: Deutsche Herzstiftung [HG]: *Herz in Gefahr. Koronare Herzkrankheit erkennen und behandeln*. Frankfurt aM, S. 62-71.
- Völker, Susanne (2009): 'Entsicherte Verhältnisse' - Impulse des Prekarisierungsdiskurses für eine geschlechtersoziologische Zeitdiagnose. In: Aulenbacher, Brigitte; Wetterer, Angelika [HG]: *Arbeit: Perspektiven und Diagnosen der Geschlechterforschung*. (Forum Frauen- und Geschlechterforschung, 25), Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, S. 268-286.
- Voß, Heinz-Jürgen (2013): Gendermedizin als antiemanzipatorisches Projekt. Rezension von: *Gendermedizin - Prävention, Diagnose, Therapie*; von Alexandra Kautzky-Willer [HG]. In: *Querelles-net*, 14/3.
- Voß, Heinz-Jürgen (2011): *Geschlecht. Wider die Natürlichkeit*. 1. Aufl., Stuttgart: Schmetterling Verlag.
- Voß, Günter; Pongratz, Hans (1998): Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft? In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. 50, S. 131-158.
- Wahrig, Bettina (2013): *Geschlechterunterschiede und Lebenswissenschaften historisch betrachtet*. In: Miemietz, Bärbel [HG]: *Medizin und Geschlecht. Perspektive für Lehre, Forschung & Krankenversorgung*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 18-24.
- Waitzkin, Howard (1991): *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal With Social Problems*. Yale University, 1991.
- Waitzkin, Howard (1985): Information Giving in Medical Care. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 26, S. 81-101.
- Walgenbach, Katharina (2012a): Intersektionalität als Analyseperspektive heterogener Stadträume. In: Scambor, Elli; Zimmer, Fränk [HG]: *Die intersektionelle Stadt. Geschlechterforschung und Medien an den Achsen der Ungleichheit*. Bielefeld: Transcript Verlag, S. 81-92.

- Walgenbach, Katharina (2012b): Intersektionalität – eine Einführung. Letzter Zugriff 11/2017 >www.portal-intersektionalitaet.de<
- Waller, Heiko (2007): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. 6., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart/ Berlin: Kohlhammer Verlag.
- Weber, Thomas; Auer, Johann; Berent, Elisabeth et al. (2008): Kardiologie. In: Rieder, Anita; Lohff, Brigitte [HG]: Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. 2. Aufl., Wien/New York: Springer Verlag, S. 343-386.
- Weidmann, Reiner (2001): Rituale im Krankenhaus. Organisation verstehen und verändern. 3. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer.
- West, Candace (1993): Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. In: Social Science & Medicine. 36/1, S. 57-66.
- West, Candace (1984): "When the Doctor is a 'Lady': Power, Status and Gender in Physician-Patient Encounters." In: Symbolic Interaction. 7, S. 87-106.
- West, Candace; Zimmerman, Don (1987): Doing gender. In: Gender & Society. 1/2, S. 125-151.
- Wetterer, Angelika (2010): Konstruktion von Geschlecht: Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate [HG]: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. u. durchges. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 126-136.
- Wetterer, Angelika (2008): Geschlechterwissen und soziale Praxis. Grundzüge einer wissenssoziologischen Typologie des Geschlechterwissens In: Wetterer, Angelika [HG]: Geschlechterwissen und soziale Praxis. Theoretische Zugänge – empirische Erträge. Königstein: Helmer Verlag, S. 39-64.
- Wetterer, Angelika (2002): Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. »Gender at Work« in theoretischer und historischer Perspektive. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Wetterer, Angelika (1995) [HG]: Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen. Frankfurt aM/New York: Campus Verlag.
- Wetterer, Angelika (1993): Professionalisierung und Geschlechterhierarchie. Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten. Kassel.
- Wetterer, Angelika (1992) [HG]: Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt aM: Campus Verlag.
- Weymann, Ansgar (2007): Interaktion, Institution und Gesellschaft. In: Joas, Hans [HG]: Lehrbuch der Soziologie. 3. überarb. Aufl., Frankfurt aM: Campus, S. 107-135.
- WHO – World Health Organization (2016): Cardiovascular disease. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Letzter Zugriff 09/2016 >www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/<
- WHO (2013): Health Literacy. The solid facts. Kopenhagen/DK.
- WHO (2011): Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Genf. Letzter Zugriff 11/2017 >www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/<
- Willrodt, Julia (2009): Zur Bedeutung von Geschlechteraspekten in der ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion am Beispiel der Herzinfarkt-Versorgung im Krankenhaus. In: Gransee; Carmen, Lorenz; Jürgen, Deneke; Christiane et al. [HG]: Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen. HAW-Schriftenreihe: Gender Studies in den Angewandten Wissenschaften. Gender Studies & Applied Sciences. (6), Münster: LIT Verlag, S. 67-90.
- Willrodt, Julia (2007): Physician gender bias in der Behandlung von Herzinfarkt-PatientInnen. Am Beispiel der psychosozialen Anliegen von Männern und Frauen mit einem Herzinfarkt im Akutkrankenhaus. Masterarbeit zur Erlangung der Würde der Master of Arts des Departements für Wirtschaft und Politik der Universität Hamburg im SoSe 2007. Hamburg.
- Wilz, Silvia Marlene (2008): Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen. In: Wilz, Silvia Marlene [HG]: Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen. Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen. 1. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-17.
- Wiebe, Jens; Möllmann, Helge; Most, Astrid et al. (2014): Short-term outcome of patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) treated with an everolimus-eluting bioresorbable vascular scaffold. In: Clinical Research in Cardiology. 103/2, S. 141-148.

- Witz, Anne (1992): *Professions and Patriarchy*, London, New York.
- Wobbe, Theresa (2005): *Stabilität und Dynamik des Geschlechts in der modernen Gesellschaft: Die soziologische Perspektive*. Bußmann, Hadumod; Hof, Renate [HG]: *Genus. Geschlechterforschung/ Gender Studies in den Kultur- und Sozialwissenschaften*. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag, S. 444-481.
- Wobbe, Theresa; Nunner-Winkler, Getrud (2007): *Geschlecht und Gesellschaft*. In: Joas, Hans [HG]: *Lehrbuch der Soziologie*. 3. überarb. u. erw. Aufl., Frankfurt: Campus Verlag, S. 287-312.
- Wolf, Gisela (2012): *Psychotherapeutische Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung*. In: *Psychotherapie-Wissenschaft*. 2, S. 100-108.
- Wöllmann, Torsten (2008): *Medizinisches Wissen und Geschlechterwissen: Die Formierung der Andrologie als Neuerfindung des Männerkörpers* In: Wetterer, Angelika [HG]: *Geschlechterwissen und soziale Praxis. Theoretische Zugänge – empirische Erträge*. Königstein/Taunus: Helmer Verlag, S. 144-163.
- Woopen, Christiane (2013). *Vorwort*. In: DER – Deutscher Ethikrat [HG] (2013): *Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer? Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2012*. Berlin, S. 7-10.
- Wunder, Heide (1997): *Herrschaft und öffentliches Handeln von Frauen in der Gesellschaft der Frühen Neuzeit*. In: Gerhard, Ute [HG]: *Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart*, München: Beck Verlag, S. 27-54.
- Xie, La; Huang, Su-Fang; Hu, You-Zhen et al. (2015): *Factors influencing pre-hospital patient delay in Patients with acute myocardial infarction*. In: *Chinese Nursing Research*. 2 /2, S. 75-79.
- Yusuf, Salim; Islam, Shof qul; Chow, Clara et al. (2011): *Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey*. In: *Lancet*. 378, S. 1231-1243.
- Zandbelt, Linda; Smets, Ellen; Frans, J. Oort et al. (2006): *Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter*. In: *Social Sciences & Medicine*, 63/4, S. 899-910.
- Zimmermann, Christa; Del Piccolo, Lidia; Finset, Arnstein (2007): *Cues and Concerns by Patients in Medical Consultations: A Literature Review*. In: *Psychological Bulletin*. 133/3. S. 438-643.

Anhang

Julia Willrodt *Akademischer Werdegang*

2000-2004 *Diplom-Sozialarbeiterin/-pädagogin (Dipl.-Soz.-arb./-päd.)*
Fachhochschule Kiel, Fachbereich ‚Sozialwesen‘

2005-2007 *Master of Arts (M.A.)*
Universität Hamburg, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften;
Master ‚Gender und Arbeit‘

2010-2017 *Promotion*
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Philosophische Fakultät;
Fach Soziologie