

---

## Diskursanalyse

---

# Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie<sup>1</sup>

Florian Menz, Johanna Lalouschek, Claudia Stöllberger, Julia Vodopiutz

### Abstract

Gender-specific differences in the description of chest pain: some results of a transdisciplinary cardiologic-linguistic investigation

Chest pain can be caused by many different diseases ranging from trivial muscle pain to acute myocardial infarction. If chest pain is due to coronary heart disease, a prompt diagnosis is important regarding survival and quality of life. Since laboratory investigations like ECG or blood tests are only of limited value to confirm or exclude a coronary cause of chest pain, the clinical history is very important. Gender differences, found in diagnosis and therapy of coronary heart disease, suggest that also the clinical history and the description of chest pain may be different between female and male patients. Therefore, the aim of this prospective transdisciplinary cardiologic-linguistic study was to assess if cause- and gender-specific differences exist in the description of chest pain in patients admitted to a cardiac unit.

Out of a total number of 82 interviews, 24 interviews were selected and subject to a narrative analysis. The qualitative linguistic analysis showed strong gender differences in both self presentation as a patient and description of pain. Male patients presented themselves as well informed about their illness(es), as actively pain-managing in order to treat it, as co-operative, and as interested in the detection and diagnosis of the causes of pain. In addition, male patients observed their pain extensively, took it seriously and stressed the importance of treating it and produced very concrete pain descriptions. On the other hand, female patients tended towards an emotional self-description and presented themselves as prevalingly pain enduring in a passive, accepting way delegating its treatment to the expert system. They focused primarily on psycho-social strain and did not show interest in the clarification of the causes of pain. Furthermore, women played down their suffering from pain, did not describe it as serious and debased it. The women's pain descriptions were diffuse, gave no symptomatic pain descriptions and made meta-communicative comments on the impossibility of pain description.

As a consequence, male language behaviour seems to match the physicians' expectations better. This might well be one of the reasons why women's coronary causes are less well diagnosed than men's. Therefore, in order to get satisfying medical interview results, some

<sup>1</sup> Das Projekt wurde finanziell von der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft und dem Felix-Mandl-Fonds der Stadt Wien gefördert.

training on gender specific language attitudes and preferences might well be suitable for internists.

## 1 Einleitung: Ziele und Hypothesen

Schmerzen in der Brust sind eine sehr häufige Ursache für stationäre Aufnahmen in Krankenhäusern. Ihre Ursachen können vielfältig sein. Denn akuter Brustschmerz kann durch verschiedene Erkrankungen verursacht sein, die von einer harmlosen Muskelverspannung bis zur lebensbedrohlichen koronaren Herzkrankheit reichen (Fruegaard et al. 1996, Everts et al. 1996). Die koronare Herzkrankheit ist durch Verengungen der Herzkranzgefäße verursacht, die, wenn sie nicht behandelt werden, zu einem Herzinfarkt führen können und damit lebensbedrohlich sind. Je früher und genauer eine Diagnose gestellt und eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden kann, um so größer sind die Chancen auf Heilung und Vermeidung eines unter Umständen tödlichen Herzinfarktes. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, daß PatientInnen, bei denen eine koronare Ursache des akuten Brustschmerzes übersehen wird, eine erhöhte Mortalität haben (Pope et al. 2000).

Trotz hoch entwickelter Technologie im Bereich der Diagnose von Koronarerkrankungen bleiben allerdings Unsicherheitsfaktoren erhalten, die eine Diagnose erschweren. Neben apparativen Hilfsbefunden wie EKG, Röntgen der Brustorgane und Laboruntersuchungen spielt die Anamnese, d.h. die Erhebung der Krankengeschichte, nach wie vor eine wesentliche Rolle bei der Diagnose. Bei der Differenzierung der Ursache des Brustschmerzes spielt die Beschreibung des Schmerzes eine wichtige Rolle. Doch auch die Anamnese kann nicht immer zu einer eindeutigen Diagnose führen.

Medizinische Untersuchungen legen darüber hinaus nahe, dass bei Frauen häufiger eine gefährliche und zu behandelnde koronare Ursache verkannt und anstatt dessen die Diagnose einer ungefährlichen nicht-koronaren Ursache zu unrecht gestellt wird. (Holdright/Fox 1996, Ayanian/Epstein 1991, Tobin et al. 1987, Steingart et al. 1991).

Einzelne medizinische Untersuchungen deuten darauf hin, dass diese Unterschiede auch auf die unterschiedliche Beschreibung der Schmerzen zurückzuführen sein könnten (Penque et al. 1998, Shaw et al. 1994). Eine Verbesserung der Anamnese bei Patienten mit akutem Brustschmerz ist deswegen erstrebenswert.

Daher wurde von medizinischer Seite ein transdisziplinäres Projekt an der Schnittstelle von Kardiologie und Diskursanalyse initiiert, in dem u.a. die klinische Erfahrung, dass bei Frauen die Diagnose von koronaren Ursachen schwieriger zu sein scheint, eine der untersuchungsleitenden Hypothesen darstellte: Gibt es geschlechtsspezifische Formen und sprachliche Verfahren der Schmerz-

beschreibung?<sup>2</sup> Im folgenden sollen nach einer kurzen Projektbeschreibung die wichtigsten Ergebnisse in bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen und einige Schlussfolgerungen daraus beschrieben werden.

## 2 Literaturübersicht

Seit den 70er Jahren hat sich die Arzt-Patient-Kommunikation zunehmend als Forschungsfeld der Diskursanalyse legitimiert (vgl. Becker-Mrotzek 1992), die zunächst insbesondere die institutionellen Bedingungen der Kommunikation in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gestellt hat (Hein et al. 1984, Lalouschek/Menz/Wodak 1990, Menz 1991b, Drew/Heritage 1992). In zahlreichen Sammelbänden ist der Stand der linguistischen Forschung zusammengefasst (vgl. z.B. Ehlich et al. 1989, Löning/Rehbein 1993, Redder/Wiese 1994, Atkinson/Heath 1981).

Im ärztlichen Gespräch geht es darum, „Erzählungen“ von PatientInnen und deren persönliche Leidenserfahrung zu transformieren in ein Schema, das der Diagnose dient, eine interaktive Aufgabe, die von Arzt/Ärztin und PatientIn interaktiv gelöst werden muss. Insofern dient dieser Typ von Gespräch einer Entscheidungsfindung (Rehbein 1993). Um dieses Ziel zu erreichen, tendieren Ärzte dazu längere Erzählungen zu unterbrechen, Entscheidungsfragen zu stellen und generell mehr zu reden als die PatientInnen (Hein et al. 1984, Frankel 1990, Menz 1991b), manchmal mit problematischen Ergebnissen (Cicourel 1985, Menz 1991a), oder gehen selbst nur ungerne auf Fragen ein (Lalouschek/Menz/Wodak 1990). Allerdings stellen die ÄrztInnen mit einem derartigen Sprachverhalten nicht nur bestimmte hierarchische Unterschiede und Machtpositionen her, sondern sind auch bestrebt, damit den institutionellen Anforderungen an Arzt-Patientengespräche gerecht zu werden (Maynard 1989, Lalouschek 1999).

Mehrere Studien haben zudem nachgewiesen, dass in der Arzt-Patient-Kommunikation (wie in anderen institutionellen Settings auch), starke geschlechtsspezifische und schichtspezifische Unterschiede in der Kommunikation festzustellen sind (Fisher/Todd, 1983, West 1984, Hein 1985, Hein et al. 1984).

<sup>2</sup> Andere medizinische Untersuchungen gaben den Anlass zur Vermutung, dass je nach Krankheitsursache unterschiedliche Formen der Schmerzbeschreibung gewählt werden (Hofgren et al. 1994). Da Beschreibungen von Schmerzen hochgradig sprachabhängig sind und daher nicht ohne weiteres englische Daten auf deutschsprachige übertragen werden können, ergab sich aus dieser Ausgangssituation heraus die Frage, ob eine genaue diskursanalytische Untersuchung von Brustschmerzdarstellungen durch PatientInnen Unterstützung bei der Diagnose von koronaren Herzkrankungen bieten kann, ob also die von den PatientInnen verwendeten sprachlichen Verfahren sich systematisch unterscheiden und zur Differenzialdiagnostik von Brustschmerzursachen herangezogen werden können. Die Erörterung dieser zweiten Untersuchungshypothese nach ätiologischen Unterschieden in der Schmerzdarstellung kann indessen in diesem Rahmen nicht geleistet werden.

Hier treffen sich diskursanalytische Befunde mit denen der medizinischen Literatur (vgl. oben Abschnitt 1) und legen auch aus linguistischer Sicht nahe, die in der medizinischen Literatur konstatierte seltenere Abklärung in bezug auf koronare Ursachen bei Frauen auf unterschiedliches geschlechtsspezifisches Sprachverhalten hin zu überprüfen.

So umfangreich die linguistische Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation ist, so spärlich gibt es spezifische Arbeiten die sich mit Schmerzbeschreibungen bzw. -darstellungen von seiten der PatientInnen befassen.

Wie Ehlich (1985) herausgearbeitet hat, lassen sich systematisch drei Arten von Schmerzausdruck unterscheiden: a) Weinen, Schreien, Wimmern, b) Schmerzinterjektionen (archetypisch im Deutschen „au“) und c) die Beschreibung von Schmerzen. Nur letztere ist für unseren Zusammenhang von Interesse. Zur Schmerzbeschreibung werden vor allem Ausdrücke des Symbolfeldes und des deiktischen Feldes gebraucht (im Unterschied zum expeditiven Feld, dem die Interjektionen zuzuordnen sind). Problematisch ist dabei, dass die Alltagssprache gerade zur Schmerzbeschreibung ein lediglich sehr eingeschränktes Repertoire an Möglichkeiten zur Verfügung stellt – etwa im Unterschied zu visuellen oder akustischen Phänomenen, wo die sprachliche Typologie sehr ausgeprägt ist. Dieser Mangel zwingt Individuen, zu indirekten Formen wie metaphorischen oder bildlichen Beschreibungen zu greifen.

Heath (1989) zeigt an Hand der Analyse von Videoaufnahmen auf, dass die beiden Formen von Schmerzbezeugung (Ausdruck vs. Beschreibung) im medizinischen Setting einander behindern, ja geradezu ausschließen. Die ärztliche Diagnose ist auf eine genaue *Beschreibung von Schmerzen* angewiesen, der unmittelbare Ausdruck von Schmerz ist diagnostisch wenig hilfreich, ja sogar so weit hinderlich, dass andere Zeugen zur Schmerzbeschreibung herangezogen werden müssen, wenn die PatientInnen aufgrund ihrer Schmerzen nicht in der Lage sind, selbst eine „objektive“ Beschreibung abzugeben (Heath 1989: 114). Die Problematik und emotionale Belastung, die sich für den Arzt/die Ärztin aus der professionellen Ausklammerung der Unmittelbarkeit und „Direktheit“ von Schmerzäußerungen durch Schreien und Stöhnen für den behandelnden Arzt ergeben, hat Ehlich (1993: 90) herausgearbeitet.

Kütemeyer (demn.) bringt Hinweise darauf, dass sich die Schmerzbeschreibungen von PatientInnen mit vorwiegend psychosomatisch bedingten Schmerzen von denen mit klar organisch zuordenbaren Schmerzen systematisch von einander in bezug auf die verwendete Schmerzmetaphorik unterscheiden. Nur der psychogene Schmerz würde überhaupt mit metaphorischen Ausdrücken und bildhaft beschrieben.

### 3 Projektdesign und Datenerhebung

Für die Erhebung der Daten war es sinnvoll, ein Setting zu schaffen, das nicht primär von den institutionellen Einschränkungen und Zwängen (u.U. auch des

gebotenen Zeitdrucks bei lebensbedrohlichen Erkrankungen) der Arzt-Patient-Kommunikation geprägt war. Darüber hinaus sollten die PatientInnen die Möglichkeit haben, umfassende spontane Beschreibungen ihrer Schmerzen und ihres Schmerzempfindens zu schildern, um so zu einem möglichst umfangreichen „Katalog“ an Schmerzbeschreibungen zu gelangen. Da bisher kaum vergleichbare Studien existieren, war es notwendig, in einer möglichst offenen Fragestellung an die Überprüfung der Hypothesen heranzugehen. Aus diesem Grund wurden nicht ärztliche Akut-Anamnesen als Ausgangspunkt gewählt, sondern die Entscheidung für ein eigenes Interview getroffen, für das ein eigener Interviewleitfaden entworfen wurde, der den angeführten Kriterien Rechnung trug, aber auch nahe genug an authentischen Anamnesen war, um gültige Aussagen treffen zu können.

So waren in den Interviews Passagen mit offenen Fragen vorgesehen, die der Entwicklung von Narrationen Vorschub leisteten.<sup>3</sup> Diese wurden durch spezifische, an der medizinischen Differentialdiagnostik zu Brustschmerzursachen orientierte Fragen nach bestimmten Symptomen ergänzt. Außerdem musste die Interviewdurchführung für die Studie innerhalb 48h ab Krankenhausaufnahme möglich sein, ansonsten konnten die PatientInnen nicht in die Studie aufgenommen werden.

Die Datenerhebung fand von Mitte Februar bis Mitte September 2000 in der Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien statt. Inkludiert wurden PatientInnen die in dem Zeitraum vom 13.02.2000 – 19.09.2000 auf der II. Medizinischen Abteilung wegen Brustschmerzen aufgenommen wurden.<sup>4</sup> Brustschmerz musste das zur Aufnahme führende Symptom sein. PatientInnen konnten dabei, mussten aber nicht, zusätzliche Symptome aufweisen. Als Brustschmerzen wurden Beschwerden unterhalb des Halsansatzes und oberhalb des Epigastriums definiert. Zusätzlich zu den PatientInnen mit akuten Brustschmerzen wurden PatientInnen, die wegen anhaltenden, bzw. häufig auftretenden Brustschmerzen zur geplanten Koronarangiografie kamen, inkludiert. Das Procedere der Datenerhebung war folgendes:

- (a) Stammdatenerhebung aus Krankengeschichte.
- (b) Vorstellung der Interviewerin (J. V.) bei den PatientInnen, mit Information über Studie und Frage nach Bereitschaft zur Teilnahme.
- (c) halbstandardisiertes Tonbandinterview mittels eines Leitfadens.

<sup>3</sup> Zur Narration vgl. Gülich/Quasthoff (1985).

<sup>4</sup> In dem Zeitraum von 13.02.2000 bis 19.09.2000 wurden 101 (w=50; m=51) PatientInnen in diese Studie inkludiert.

Für die medizinisch-statistische Analyse mussten 9 PatientInnen herausgenommen werden: Ablehnung des Interviews durch den Patienten (n=5), schlechter Allgemeinzustand (n=3) bzw. Sprachproblem (n=1).

Von den 101 geführten Interviews konnten 81 (w=43; m=38) auf Tonband aufgenommen werden. Die Gründe für die 20 fehlenden Tonbänder sind folgendermaßen verteilt: Ablehnung durch den/die PatientIn (9), schlechter Allgemeinzustand (4), Sprachprobleme (4), Sonstiges (3).

- (d) Im Laufe des gesamten Gespräches wurde die Körpersprache der PatientInnen auf 2 Blättern mitdokumentiert, was immer wieder zur Ablenkung der Interviewerin von dem fortlaufendem Gespräch führte. Die Patientinnen wurden über die Körpersprachendokumentation nicht informiert.
- (e) Kurze schriftliche und mündliche, also auf Tonband aufgezeichnete Zusammenfassung der Gesprächseindrücke durch die Interviewerin.

Die weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei den eingeschlossenen Patienten wurden registriert, wobei von Seiten der behandelnden Ärzte danach getrachtet wurde, eine koronare Ursache möglichst eindeutig nachzuweisen oder auszuschließen. Die Ursache der Brustschmerzen wurde im Laufe des stationären Aufenthalts bzw. im Rahmen einer Nachuntersuchung ermittelt. Die Fälle mit nicht-koronarer Ursache des Brustschmerzes wurden, je nach der gefundenen Ursache, in spondylogenen, kardial nicht-koronar, psychogenen, gastrointestinalen und pulmonalen klassifiziert.

Die Tonbandaufnahmen wurden von der Interviewerin anonymisiert und gemeinsam mit den sozialen Daten der PatientInnen zur sprachwissenschaftlichen Untersuchung geschickt.

Von den insgesamt 101 Gesprächen wurden 82 digital aufgezeichnet (DAT) und ein Großteil davon nach dem GAT-Verfahren transkribiert (vgl. Selting et al. 1998)<sup>5</sup>. Die Auswahlkriterien waren die Variablen: *Geschlecht* (männlich/weiblich), *Diagnose* (koronar/nicht-koronar), *Alter* (bis 56 Jahre, 56 bis 69 Jahre, 70 Jahre und älter). Aus jeder Gruppe wurden 2 Gespräche ausgewählt, so dass sich ein linguistisches Analysekorpus von 24 Interviews ergab.

Die Länge der Interviews bewegte sich zwischen ca. 15 und 50 Minuten. Sie wurden nach diskurs- und konversationsanalytischen Kriterien analysiert, und zwar insbesondere in Hinsicht auf Unterschiede in der Beschreibung des Schmerzes (die entsprechenden Verschriftungshinweise befinden sich am Ende des Beitrags).

#### 4 Ergebnisse

In vier Bereichen haben sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Schmerzbeschreibung gegenüber der Interviewpartnerin herausgestellt, die im folgenden beschrieben und mit einigen Transkriptausschnitten illustriert werden sollen.

<sup>5</sup> Die Transkripte wurden erstellt von Mag. Martin Reisingl, Mag. Sabine Mayr, Nadja Zupevec, Regina Winkler, Constanze Hauser, Barbara Baumgartinger.

#### 4.1 Unterschiede der Fokussierung: Hochstufung vs. Rückstufung des Schmerzerlebens

Die mit den PatientInnen geführten Gespräche beruhten auf einem halbstrukturierten Interviewleitfaden. Aus linguistischer Sicht war sein Ziel, möglichst umfassende und wenig gesteuerte Beschreibungen von Schmerzen zu erhalten. Dazu wurde eine möglichst offene Einstiegsprozedur in das Gespräch gewählt. Dies führte dazu, dass die PatientInnen, obwohl sie zu Beginn der Tonbandaufnahme vom intendierten Zweck des Gesprächs in Kenntnis gesetzt wurden, eigene Relevanzsetzungen und eigene Gesprächszwecke etablieren konnten.

Es ließen sich drei große Bereiche der allgemeinen Relevanzsetzungen der PatientInnen finden:

- (a) die Darstellung eines umfassenden, vielfältigen oder langen, chronischen Krankheitserlebens mit Bezug auf die eigene, manchmal sehr lange Krankheitsgeschichte (9 PatientInnen)
- (b) die Darstellung des Schmerzes oder der Schmerzintensität mit Bezug auf die stationäre Aufnahmeursache (11 PatientInnen)
- (c) das Bedürfnis nach Klärung der akuten Krankheitsursachen in bezug auf die stationäre Aufnahme (3 PatientInnen).<sup>6</sup>

Diese wenigen allgemeine Relevanzsetzungen wurden durch eine Vielzahl von Fokussierungen spezifiziert.<sup>7</sup> Diese betreffen im Wesentlichen folgende Bereiche:

- (a) die Betonung der *psychosozialen Belastungen* durch die Krankheit, die oft unklaren Schmerzen etc.
- (b) die existentielle *Bedrohlichkeit* der Schmerzen, die einen Klärungswunsch hervorruft
- (c) die *Abschwächung*, *Ablehnung* oder *Hochstufung* der Krankheit bzw. der Schmerzen
- (d) die *Selbstdarstellung* als informiert
- (e) den Ausdruck von *Kooperativität* bis *Passivität* und damit einhergehend die meist implizite *Delegation* der Behandlung oder Lösung an das medizinische System

Geschlechtsbedingte Unterschiede zeigten sich besonders deutlich an den spezifischen Fokussierungen.

<sup>6</sup> Im Bereich der Relevanzsetzung musste ein Interview ausgeschieden werden, da der betreffende Patient sich als zu krank und geschwächt erwies (091 SFM).

<sup>7</sup> Das Verhältnis von Relevanzsetzung und Fokussierung ist derart, dass einige wenige allgemeine Relevanzsetzungen durch eine Vielzahl von Fokussierungen spezifiziert werden, also etwa Relevanzsetzung „Darstellung des Schmerzerlebens“, Fokus auf „Abschwächung der Beschwerden“, oder Relevanzsetzung „Darstellung des Schmerzerlebens“, Fokus auf „Selbstdarstellung als informiert“ etc.

Die Relevanzsetzung auf die Darstellung von chronischem und vielfältigem Krankheitserleben dient bei Männern häufig der Selbstdarstellung als "Experten", also als gut informiert über Krankheitsthemen, Medikationen und therapeutische Maßnahmen, sowie der Selbstdarstellung als "Insider", also auf Du und Du mit dem Personal und erfahren mit den Abläufen in Krankenhäusern.

Die Relevanzsetzung auf das Schmerzerleben dient Männern ebenfalls öfters zu ihrer Selbstdarstellung als gut informierte Patienten, stärker aber der Darstellung des Besonderen und des Ernstzunehmenden ihrer Erkrankung. Diese intensive, aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit wurde von uns unter dem Begriff der *Hochstufung* kategorisiert. Nur ein junger Patient fokussiert das Gefühl der persönlichen Bedrohung durch die Möglichkeit, eine Herzerkrankung zu haben.

#### Gesprächsbeispiele: Hochstufung

##### (1) 027VPM (m, 75a, koronare Schmerzursache)

- 041 P: dann **hab ich eben meinen Arzt gesprochen**, praktisch, no aber nachdem des halbwegs abgeklungen is durch stoarke Antibiotika, so wie[sie, hh(-)
- I: [ja-
- P: sag mer, des kummt mer spanisch vor, net woar, (.) der koide Schweiß, des kann do nit mitn (-)hh mitn (.) mit die Bronchien ztuan ham, wos=wos was ma da umadum ah lie:st im Laufe der vielen [Ja:hre,
- I: [ja-
- P: sogt ma einfach, des is a Herzinfarkt, (.) net woar, aber natürlich a Herzinfarkt, h müßte aber dann dAuernd, (.)h ah da sein, und ni:cht, net woar, sag mer h (.) einma:l (.) sog mer, einma:l (.) h fünf Minuten kummen und und=wieder verge::hn, net? No, da hamma EKG gemacht, des hat nix zeigt, net woar, s nächste Mal hob i h(.) bin i wieder zu ihm, hob (i) gsagt, Sie:, jetzt is: h heart net a:uf, hat er wieder an EKG gemacht,

##### (2) 053HRM (m, 75a, Ucoron)

- 509 P: jetzt von HerzRHYTHmusstörungen kommts NICHT, des HOB i: des (jo) drum HOB i jo imma den (-) .hh den BLUTdruckMESSa GHOBt und hob imma GSEHN daß die FREQUENZ: (.) GLEICH is.
- I: mhm\
- P: weil keine HOLpara dazWIschn sind.

##### (3) 027VPM (m, 75a, Ucoron)

- 303 P: ( ) immer neugierig bin,
- I: <<lacht>>
- P: wos ollas is, weil i wü ja jedes Medikament wissen, wissens, [ja
- I: [mhm

## Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen 9

P: dabei, h net, aber, a:ber, i hob bis jetzt eigentlich nur des Thromboas genommen, ja, ni woar, des heißt des woar für die Ve:,nen, ja, (-) und=und f=für die Gehirnhaut sag=mer, ah aso was wa:ß i, für die bessere Durchblutung h des Deboni:n. daß i halt no nebenbei halt wos=wa:ß=i:, noch Knoblauchdragee nimm, des is=a halt, i ma:n des mocht ma halt, sagn=mer wegn halt h(.) der der vielprogagierten halt ah sag mer, Di:nge, halt auch net, wo Knoblauch so gesUnd is-net-

Frauen stellen die Relevanzsetzung des Krankheitserlebens vorwiegend im Zusammenhang mit den vielfältigen psychosozialen Belastungen dar: Relevante Einschränkungen im Alltag, der Beweglichkeit, der Leistungsfähigkeit, zunehmende Abhängigkeit von Hilfestellungen sowie Ängste und Beunruhigungen wegen des körperlichen Geschehens und der Perspektiven und schließlich Sorge um die Familie und Angehörige werden thematisiert. Lediglich eine Patientin fokussiert die Darstellung des Besonderen ihrer vielfältigen Krankheiten.

Auffallend ist, dass die Relevanzsetzung auf das Schmerzerleben bei Frauen häufig der Abschwächung der Krankheit und der passiven Delegation an das Behandlungssystem ohne Klärungswunsch dient. Diese Darstellungsform haben wir unter dem Begriff der *Rückstufung* subsumiert.

Gesprächsbeispiele: Rückstufung

### (4) 039BRW (w, 52a, Ucoron)

038 I: Und wo genau war der Schmerz?  
P: Do.  
I: Do.  
P: Do. Es woa ned, es woa zum Aushoidn oba es woa hoit unangenehm irgendwie.

Bei der folgenden Patientin wird die Abwertung der Relevanz durch die häufige Verwendung der Relativierungspartikel "*halt*" verdeutlicht:

### (5) 058KAW (w, 62a, Ucoron)

064 P: WIE wenn das SO (--) geDRÜCKT wird.  
I: mhm\ / (-) mhm\ /  
P: SO: hab ICH das GeFÜHL daß das SO (---)  
I: mhm\ / (-)  
P: und das HAB ich halt so' (-) SO' ZWIschndurch halt. WIE geSAGT WENN ich MEHR (-) A:rbeit MACHe so. bißl  
<...>  
110 P: WENN=s SO: (-) WAR, DAß ma MANCHmal (-) MEHR o- der ÖFTers, .hh ah so geDRÜCKT hat DANN: (---) BIN ich halt zu der: (--) ja HAUSärztin geGANgen und (-) beim LETZtn Mal: HAT sie ebm halt DANN mi:chs: zum INternist geSCHICKT, so: RADfahrn und SOLche SACHN

Bei Frauen steht die Selbstdarstellung als gut informiert und erfahren ebenso wenig im Vordergrund der Darstellungen wie bei Männern die Abschwächung und Delegation der Krankheit oder die Darstellung von Ängsten und Besorgnis. Diese Formulierung bedeutet, dass Frauen im Laufe ihrer Darstellungen ein gewisse Informiertheit ebenso präsentieren können wie Männer manche körperlichen Zustände abschwächen oder Beunruhigungen thematisieren können – dies erfolgt jedoch zumeist implizit und steht jeweils nicht im Vordergrund.

#### 4.2 Selbstbeschreibung: Schmerz ertragend versus Schmerz bewältigend

Nicht nur durch die Hoch- bzw. Rückstufung der eigenen Krankheit bzw. des erlebten Schmerzes, sondern damit in Einklang stehend auch in den Selbstbeschreibungen der PatientInnen in bezug auf den Umgang mit den Schmerzen bzw. der Krankheit treten deutliche geschlechtspezifische bzw. rollentypische Unterschiede zu Tage, interessanterweise unabhängig vom Alter der PatientInnen. Sie sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Zu den besprechungsrelevanten Kategorien der Selbstdarstellung „Schmerz ertragend“ und „Schmerz bewältigend“ wurden in die Tabelle auch noch die Kategorien „Selbstdarstellung als informiert“, als „kooperativ“ und als „emotional“ einbezogen, da sie eine gewisse geschlechtsspezifische Tendenz zeigen.

Code	Geschlecht	Alter	Selbstbeschreibung als					
			krankheits- erfahren	informiert	kooperativ	emotional	Schmerz ertragend	Schmerz bewältigend
074	w	33a					+	
054	w	36a		+		+		
039	w	52a					+	
092	w	57a	+				+	
057	w	58a					+	
062	w	60a	+			+		
058	w	62a	+				+	
060	w	64a			+	+	+	
059	w	66a			+			
071	w	70a	+			(+)	+	
095	w	73a	+			+		
029	w	76a	+		+		+	
055	w	76a	+				+	
056	m	41a				+		
085	m	46a	+	+				+

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen 11

Code	Geschlecht	Alter	Selbstbeschreibung als					
			krankheits- erfahren	informiert	kooperativ	emotional	Schmerz ertragend	Schmerz bewältigend
078	m	47a				+		+
028	m	54a		+				
077	m	59a	+	+				+
094	m	61a		+	+		+	
080	m	64a	+	+	+			+
065	m	69a	+		+			
091	m	72a	+	+				
053	m	75a		+	+	(+)		
027	m	75a		+		(+)		+

Frauen stellen sich vorrangig als emotional und v.a. Schmerz ertragend dar. Sie nehmen Leiden hin, beachten frühe Schmerzen oft gar nicht und wären ohne Aufforderungen der Angehörigen oder die Unerträglichkeit der Schmerzen u.U. gar nicht zum Arzt gegangen.

Interessant ist dieses *Ergebnis im Hinblick auf die Schmerzbeschreibung* und Diagnosefindung, denn diese Strategie der Selbstwahrnehmung und –darstellung macht die interaktive Rekonstruktion der Schmerzentwicklung in der Anamnese mit den ÄrztInnen sehr schwierig. Da sich hinter der Selbstbeschreibung als Schmerz ertragend eine gewisse Abwertung der Bedeutung der eigenen Schmerzen verbirgt, kann diese Selbstbeschreibungsstrategie auch dazu führen, dass die Darstellungen von Frauen als wenig relevant eingeschätzt werden.<sup>8</sup>

Gesprächsbeispiele: Schmerz ertragend

(6) 055WLW (w, 76a, Ucardncu)

173 I: KENNen Sie so einen SCHMERZ von: IRGNDwas ANde-  
rem?  
P: EIgentli[ch nicht.  
I: [NEIN. GANZ neu AUFgetretn? (-)  
mhm\/  
P: (---) WISSnS ich BIN EIne die SOGT was aLLEIne  
KOMMT muss aLLEIne verGEHN.  
I: aha\  
P: jo? (--) drum (.) BIN i zu kan OAZT <<GONGen>  
lachend>

<sup>8</sup> Erste Befunde zur Einschätzung durch ÄrztInnen, die allerdings noch validiert werden müssen, deuten in diese Richtung.

## (7) 058KAW (w, 62a, Ucoron)

168 P: JA/ aber ich bin SO: wie ich schon SAgte ein:  
M:ENSCH der was hoit .hh (--) WEMMa a BIßi einen  
SCHMERZ hat, SO denkt ma „naja es WIRD schon  
wieder AUFhörn .hh und wenn es dann AUFhört  
dann: (---) vergeß ich das halt wieder. nicht?  
I: mhm\ / (-)  
P: SO: in der HÜBSCH in dem SINN: NED? wenn (-)  
I: ja'  
P: MANche LAUfn halt GLEICH zum Arzt oba ich BIN:  
(-) lieber SO: .hhh daß ich NICHT GLEICH geh.  
ned?

## (8) 057FCW (w, 58a, Uspondyl)

310 I: und WANN hat DAS beGONNen? (---)  
P: no ich DENke so DONNersTAG A:bend ja:  
I: der KRAMPF auch? das KLEIne:?? (--) das SCHWACHE  
auch?  
P: ah des SCHWACHE: (-) .hh na UNgefähr ACHT TAge  
so was. ACHT ZEHN TAge: (-) MÜßT man sagn;  
I: ACHT zehn TAge. (---)  
P: das WEIß ich WIRKlich NICHT mehr. weil ich HAB  
des am ANfang, .hh GAR nicht ah: beACHtet

Männer hingegen stellen sich vorrangig als gut informiert und, wenn sie über Schmerzen sprechen, als Schmerz bewältigend dar: Sie nehmen Schmerzen und Körperzustände ernst und wichtig und beobachten sie sehr genau. Emotionale Beteiligung wird - wenn überhaupt - als Ausnahme gerechtfertigt oder durch herausgehobene Erzählungen markiert.

*Im Hinblick auf die Schmerzbeschreibung* und Diagnosefindung macht diese Strategie der Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung die Beschreibung der Schmerzen und Schmerzverläufe deutlicher und die Rekonstruktion der Schmerzentwicklung einfacher. Da hinter der Selbstbeschreibung als informiert und Schmerz bewältigend ein hohes Maß an Selbstbeobachtung und eine Aufwertung der Bedeutung der Schmerzen zu stehen scheint, kann diese Selbstbeschreibungsstrategie bewirken, dass die Darstellungen von Männern durch die ÄrztInnen als sehr relevant eingeschätzt werden.

## Gesprächsbeispiele: Schmerz bewältigend

## (9) 085SKM (m, 46a, Ucoron)

223 I: Also Sie ham nicht gedacht, das ist das Herz ist  
P: I hobs sofort gwusst.  
I: Ham Sies gwusst,  
P: I hobs glei gwusst (---) Weil i hob um ein Uhr  
die ersten Schmerzen gspürt  
I: mhm\ /  
P: do bin i aufstandn und i hob in die letzten  
drei vier Wochn ghobt (.) ah (-) ah na a Knat-  
tern (xxx) dass wonn i so woch worn bin hob i so

richtig gspürt wies wies wies orbeit, oisi i i  
[wor i hob scho  
I: [mhm\/  
P: gwusst dass i geh soi und (--) jetz so zu spät  
ned

Hervorhebenswert ist, dass eher Männern daran gelegen ist, sich als betont kooperativ darzustellen. Dies könnte mit einer rollentypischen Präferenz der Selbstbeschreibung als "Experten" und als "Insider" zusammenhängen: Sie nehmen das Interview als Möglichkeit für eine Interaktion "unter Gleichen" wahr.

#### 4.3 Wunsch nach Ursachenklärung

Auch das Bedürfnis, die Krankheitsursachen zu klären, erscheint bei Männern und Frauen unterschiedlich motiviert. Bei beiden fungiert das Thema Abklärung der Beschwerden zwar als angst- und unsicherheitsreduzierendes Element. Dabei steht bei Männern jedoch die Ursachenklärung als allgemeine Relevanzsetzung im unmittelbaren *Vordergrund*, oft im Zusammenhang mit einer Selbstdarstellung als gut informiert; mögliche zugrundeliegende Ängste werden wenig thematisiert. Die Diagnose soll Sicherheit über die Einschätzbarkeit des weiteren Krankheits- und Behandlungsverlaufes geben, handlungsfähig machen und nicht zuletzt das Wissensdefizit korrigieren.

Bei Frauen steht die Ursachenklärung, so sie überhaupt thematisiert wird, im *Hintergrund*. Im Vordergrund steht für sie oft die Beunruhigung, dass sie überhaupt Beschwerden haben, die Sorge um die Familie oder die Angst vor einer "schlechten Diagnose" (also einer Herzerkrankung), nicht so sehr der Wunsch nach Klärung der eigentlichen Ursachen. Dies wird auch in Form von psychosozialen Belastungen und Beunruhigungen thematisiert. Die Klärung der Ärzte soll von der Beunruhigung und der Sorge entlasten.

Ebenso im Hintergrund steht bei Frauen das Wissen um die genaue somatische Ursache und ihre Beurteilung. Interessant hierbei ist ebenfalls, dass auch Patientinnen, bei denen die Ursachen für die Beschwerden ganz unklar sind, nicht auf eine Klärung der Ursachen drängen. Dies könnte mit der Tendenz von Frauen zusammenhängen, Leiden und Beschwerden "hinzunehmen" (vgl. Abschnitt 4.2). Die Diagnose ist dann ein Untersuchungsergebnis, das hingenommen werden muss und dazu führt, sich einer Behandlung zu fügen.

Allerdings gibt es gewisse Differenzierungen und zwar je nach allgemeiner Relevanzsetzung: So gibt es junge Männer, die erstmalig von Brustschmerzen betroffen ihre Beunruhigung thematisieren oder eine mögliche Diagnose „Herzkrankheit“ nicht wahrhaben wollen, ebenso gibt es eine junge Frau, die großes Interesse an einer somatischen Diagnose hat, um einer Diagnose "psychogen" zu entgehen.

Insgesamt zeigen die Interviews aber, dass Männer bei unklarer Diagnose eher die Klärung der Ursachen verfolgen, ja dass gerade ein diffuses oder uninterpretierbares Schmerzerleben das Movens dazu darstellt, während Frauen hier eher das Erleben des Schmerzes, der Krankheit und die entsprechenden Beeinträchtigungen darstellen. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass Männer und Frauen Krankheit unterschiedlich verarbeiten: Mangelnde Klärung und das Wissensdefizit verursacht Ungewissheit, Männer können mit kontingenten Zuständen erstens schlechter umgehen als Frauen, zweitens entspricht das Bedürfnis, sich als wissend und informiert darstellen zu können und die Dinge unter Kontrolle zu haben, einem herkömmlichen männlichen Rollenbild. Frauen nehmen das eigene Krankheitserleben weniger wichtig und haben weniger Bedürfnis nach Klärung der Ursachen; das "Leiden ertragen" entspricht einem herkömmlichen weiblichen Rollenbild.

Im Zusammenhang mit den bisherigen Ergebnissen zu den Relevanzsetzungen zeigt sich folgender Zusammenhang: Die sprachlichen Mittel der Selbstbeschreibung als kooperativ und informiert gleichen den sprachlichen Mitteln der Relevanzsetzung von Ursachenklärung. Damit treffen sie sich mit dem Gesprächszweck des Interviews, also der symptomatischen Schmerzbeschreibung für diagnostische Zwecke. Dieses Ergebnis ist insofern bedeutsam, als diese sprachlichen Mittel typischerweise von Männern eingesetzt werden und dies die Wahrnehmung ihres Gesprächsverhaltens und die Qualität ihrer Schmerzdarstellungen zentral beeinflussen kann.

#### 4.4 Konkretheit und Diffusität der Schmerzdarstellung

Aufgrund der Vielfältigkeit der Schmerzdarstellungen in den Interviews und deren ausführlich dargestellter Abhängigkeit von Variablen wie Relevanzsetzungen und Fokussierungen, Diagnosestatus, erstmaligem Schmerzerleben und relativer Künstlichkeit der Erhebungssituation fiel die Entscheidung, im Rahmen dieser ersten Untersuchung die Analyse auf die globale Dimension "*Konkretheit bzw. Diffusität der Schmerzdarstellung*" zu beschränken, da diese auch eine zentrale Rolle bei der Einschätzung der Qualität der Schmerzbeschreibungen und der Qualität der Gespräche haben.

In den Interviews fand sich eine große Bandbreite der Formen von Schmerzdarstellungen, die sich den Ausprägungen "sehr konkret", "konkret" und "diffus" zuordnen lassen können. Sie sind vor allem durch das Ausmaß bzw. das Verhältnis der symptomatischen Schmerzbeschreibung und der Darstellung des Schmerzerlebens unterscheidbar und wurden folgendermaßen definiert:

- sehr konkrete Schmerzdarstellung:  
langes, detailliertes Verweilen in der symptomatischen Schmerzbeschreibung
- konkrete Schmerzdarstellung:  
kürzeres Verweilen in der symptomatischen Schmerzbeschreibung mit even-

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen 15

tuell schnellem Übergang in das Schmerz- und Krankheitserleben (z.B. typisch anekdotische Expansionen)

- diffuse Schmerzdarstellung:

Mangel an symptomatischen Schmerzbeschreibungen bzw. explizite Markierung der Schmerzbeschreibung als "schwer bzw. nicht möglich" (z.B. durch Diffusitätsmarker und metakommunikative Markierungen)

Die Einbeziehung der Symptombeschreibung in die Kategorisierung ist darüber hinaus auch deshalb sinnvoll, weil sie ganz explizit mit den Erwartungen der ÄrztInnen bei der Anamnesebewertung korrespondiert. Die Verteilung der Schmerzbeschreibungen findet sich in Tabelle 2:

Code	Geschlecht	Alter	Erstmalige Schmerzen <sup>9</sup>	Diagnose <sup>10</sup>	Schmerzdarstellung
054	w	36a	Nein	Upsycho	sehr konkret
085	m	46a	Ja	Ucoron	sehr konkret
028	m	54a	Nein	Uspondyl	sehr konkret
077	m	59a	Ja	Ugastroi	sehr konkret
094	m	61a	Ja	Ucoron	sehr konkret
080	m	64a	Nein	Ucoron	sehr konkret
027	m	75a	Nein	Ucoron	sehr konkret
053	m	75a	Nein	Ucoron	sehr konkret
039	w	52a	Ja	Ucoron	konkret
057	w	58a	Ja	Uspondyl	konkret
062	w	60a	Nein	Ucoron	konkret
060	w	64a	Nein	Ucardncu	konkret
056	m	41a	Ja	Upulm	konkret
078	m	47a	Nein	Ucoron	konkret
074	w	33a	Ja	Ucardncu	diffus
092	w	57a	Nein	Ucoron	diffus

<sup>9</sup> U.a. wurde in den Interviews auch erhoben, ob die PatientInnen zum ersten Mal jenen Brustschmerz hatten, der aufnahmerelevant war. Entgegen den Erwartungen hat die Erfahrung mit dem aufnahmerelevanten Brustschmerz keinerlei Einfluss auf die Konkretheit der Beschreibung. Ganz im Gegenteil: Bis auf eine Ausnahme haben alle Frauen, die ihre Schmerzen diffus im Sinne der Kategorisierung beschreiben, bereits Erfahrung mit derselben Krankheit gehabt, so dass hier keinerlei Zusammenhang vermutet werden kann.

<sup>10</sup> Die einzelnen Abkürzungen bedeuten: Upsycho = psychogene Ursache; Ucoron = koronare Ursache; Uspondyl = sponylogene (von der Wirbelsäule ausgehende) Ursache; Ugastroi = gastroide Ursache; Ucardncu = vom Herzen ausgehende, aber nicht koronare Ursache; Upulm = pulmonale (von der Lunge ausgehende) Ursache.

Code	Geschlecht	Alter	Erstmalige Schmerzen <sup>9</sup>	Diagnose <sup>10</sup>	Schmerzdarstellung
058	w	62a	Nein	Ucoron	diffus
059	w	66a	Nein	Ucoron	diffus
071	w	70a	Nein	Ucoron	diffus
095	w	73a	Nein	Ucoron	diffus
029	w	76a	Nein	Ugastroi	diffus
055	w	76a	Nein	Ucardncu	diffus
065	m	69a	Nein	Upulm	diffus

Das auffallendste Ergebnis ist, dass sich bei der Zuordnung von Konkretheit oder Diffusität der Schmerzbeschreibung eine geschlechtsabhängige Verteilung zeigt.

Mit einer Ausnahme sind es nur Männer, die sehr konkrete Schmerzbeschreibungen liefern, die also lange und detailliert in der symptomatischen Schmerzbeschreibung verweilen.<sup>11</sup>

(10) 027VPM (m, 75a, Ucoron)

09 I: was hat's mit den Schmerzen auf sich, (.) wie is das-

P: jaha(.) das setzt plötzlich ein (.) Druck hier(-) h im im Brustbereich, im oberen Brustbereich e:in, (-- ) h der ein kleines bißchen so: zu Atemno:t(-)

I: ja,

P: ah (.) fü:hrt, (-)h und außerde:m h ah=ah=m kalten Schweißausbruch verursacht. h und ein gewisses Angstgefühl. Net? (-) Und dos(.) ah sagmer bewegt mich dann sofort ah=ah so mich hInzulEgn,

I: ja,

P: ja, und (.) h und nach tiefen ah A:temzü:gen, ja, sag mer h (.) hat des ph sag mer meinetwegen nach (.) fünf, sechs oder zehn Minuten aufgehört-

I: ja-

P: es war alles wieder norma:l. (-) (net), (.) so.

(11) 080HRM (m, 64a, Ucoron)

007 P: JO: also (-) BEI:M (-) NICHT beim LETZTN sondern BEIM (-- ) VO:Rletztm wors eigentlich SO: (-) DASS (-) dass ICH äh: (-) SOG ma DIE: ART von Schmerz (-) DURCH mein (-) E:RSTN (-) da GRO:ße Herzinfarkt jo: (-)

<sup>11</sup> Die einzige Frau, die in diese Kategorisierung fällt, ist sehr jung (33a) und möchte auf alle Fälle vermeiden, dass ihre Schmerzen als „psychogen“ diagnostiziert werden. Dies ist ein möglicher Grund, warum sie sehr konkrete Schmerzbeschreibungen gibt.

## Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen 17

I: mhm/\

P: schon geKANNT [habe

I: [mhm/\

P: also SPRICH (--) die LINKE SCHULta (-) DONN (---  
) ZWISCHN den SCHULTABLÄTTan (---)

I: mhm/\ (-)

P: ä ah:: (-) SCHME:RZN. (---) DONN (-) a: (-) a  
ZIEH:N in da (---) in da LIN (-) in da LINKN  
HO:ND? und DONN (-) DONN HOD des (-) des BRENNAN  
begonnen. (---) JO:? (-) UND zwor hob ICH das Ge-  
FÜHL ghobt i WO:SS ned ob des (-) FOLSCH is? (-)  
man BRENNT von INNEN heRAU:S.

I: mhm/\ (---)

P: also ned (--) SO: (---) wie WONN ma sie ( )  
OBAFLÄCHlich IRGNDWO: (--)

I: ja?

P: (--) DES WO:R (-) und des IS alos donn (.) IMMA  
Ä:RGA und Ä:RGA gewordn und da

I: mhm/\

P: SCHWEI:ßausbruch? (--) dann KANN i mi erINNern?  
(-)

Häufig geht die sehr konkrete Schmerzbeschreibung Hand in Hand mit einer Fokussierung auf die Klärung der Krankheitsursachen und einer Präferenz für eine Selbstbeschreibung als informiert. So scheint ein hohes Maß an Selbstbeobachtung und eine hohe Relevanzsetzung von körperlichen Zuständen bei Männern stärker zu sein als bei Frauen.

Typisch für männliche Patienten ist deshalb z.B., dass sie den Beginn der Beschwerden ganz exakt angeben können

### (12) 094VLM (m, 61a, Ucoron)

040 I: WIE WA:R das mit dem SCHMERZ? (--)

P: BeGONNEN? (-) EI:gentlich (-) VÖLLIG über-  
RA:SCHEND?

I: JA:?

P: IN der NA:CHT von SONNtag (.) auf MO:Ntag. (--)  
WIE: GESAGT (--) ZEITpunkt (-) ZIRKA (-) EI:N  
Uhr ZWANZIG (.) FRÜH:? (-) MIT (-) PLÖTZlich AUF-  
tretenden (-) KA:LTEN SCHWEI:ßausbrüchen? (--)  
KOPFSchmerzen. (-) ERBRECHEN (-) DURCHFALL. (-)  
SCHWINDELGEFÜHL (-) und einen DRU:CK in der (--)  
BRU:ST der (--) der RIChtig zum ANGSTGEFÜHL (-)  
WURDE!

Mit ebenso einer Ausnahme<sup>12</sup> sind es nur Frauen, die diffuse Schmerzbeschreibungen liefern, die also nur geringe symptomatische Beschreibungen geben, dafür lange und detailliert im Schmerzerleben verweilen. Oft ist die Schmerzbe-

<sup>12</sup> Der einzige Mann in dieser Kategorisierung hatte im Laufe des Interviews zunehmend die Kooperation verweigert, weil er den Zweck des Gesprächs nicht akzeptierte. Folgerichtig waren seine Schmerzbeschreibungen nur sehr vage bzw. nicht vorhanden.

schreibung selbst schon diffus und das gesamte Schmerzerleben wird explizit als unbeschreibbar, unvergleichbar und/oder sonderbar charakterisiert.

(13) 071FMW (w, 70a, Ucoron)

008 I: mhm\ / (--) Wie IST denn das:? (--) Äh (-) Sie haben: (-) GESAGT Sie haben SCHMERZEN hier?  
 P: JA.  
 I: Ja.' (---)  
 P: DAS: (-) ä HAB ich; ich WILLs Ihnen SAGEN (--)  
 DA: (.) HER (.) DA:.. (-) UND (---) das ZIE:HT sich da RÜBER? (-) Das ZIE:HT sich so:! (-) Und tut WEH dabei. (---)  
 I: mhm\ / (---)  
 P: Das KANN man gar ned so beSCHREIben dass das: (-) WIE das eigentlich ist! (.) Das KO:MMT. (---)  
 DAS hab ich auch: wenn ich (-) LIE:G. (-)  
 I: JA? (-)  
 P: Oder GEH; (---) UND (-) WENN ich: (--) äh ICH hab ein: (.) wo ich WO:HN, (--) muss ich ein BIS-SI (--) BERGAUF gehen. (.) äh IST NED VIE:L! (---)  
 Das: ä (-) Und da KOMM (-) MUSS ich OFT (-) geh ich zu HAUS, (-) da krieg ich keine LUFT, (.) da tut mir alles WE:H, (---) da ha (-) äh SCHMEISS ich alles HIN, (-) und ich muss mich schon engl äh leg ich mich GLEI (-) ins BETt. (---)  
 I: mhm\ /  
 P: ODER ich muss mich NIEDERSitzen und da MUSS i (-) da BLEIB ich so a (-) a STUND liegen dann geh (-) IST mir wieder BESSER. (-) Das KOMMT auf EINmal! (---) Ich KANNS nicht sagen WIESO:? (---)

Die Patientin lokalisiert den Schmerz ("das zieht da rüber"), geht aber dann sofort zur besonderen Schmerzqualität, zur Erlebensqualität und zur eigentlichen Unerklärbarkeit über.

Auch weiterführende Fragen zur genaueren Schmerzqualität kann die Patientin nicht anders als mit einem allgemeinen "Schmerzeindruck" beschreiben:

(14) 071FMW (w, 70a, Ucoron)

045 P: Es ist NET ein KRAMPF - (.) kann man das aber eigentlich AUCH ned sagen. (---)  
 I: Ist das INNEN? (-)  
 P: Is INNEN. (-)  
 I: Is innen. (---) mhm:\ / (-) U:ND (-) es tut WE:H. (---)  
 P: Es tut WE:H. (---)  
 I: WIE:: tut=s WE:H? (---)  
 P: Wie SOLL ich Ihnen das erKLÄREN? (---) Das KANN man gar ned SA:GEN wie das WEH tut. (-) DAS: (-) das: KOMMT (---) tut so weh; DAS: (---) da (-) das: ZIEHT sich so ZUSAMMEN und tut WE:H. (-) Aber ich KANN Ihnen das: (-) gar ned SAGEN (---) WIE: es: weh tut. (-) Es TUT halt WE:H. (-)  
 I: mhm\ / . (---) STICHT das oder BRE:NNT das:?

## Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen 19

P: NEI:N. (---) Nur SCHME:RZEN. (--)  
I: DRÜCKN (.) AUCH nicht? (-)  
P: Nein.

PatientInnen, die diffuse Schmerzbeschreibungen liefern, bedienen sich häufig sogenannter *Diffusitätsmarker* wie Ausdrücken des Zweifels, der Unsicherheit, der Relativierung, um dem Problem der Unbeschreibbarkeit der Schmerzen Ausdruck zu verleihen, so dass die Schmerzbeschreibung selbst diffus erscheint:

### (15) 074HGW (w, 33a, Ucardncu)

032 P: und ich SPÜ:R DA: wenn man DA REINdrückt dass es mir SCHON ein bissl WEH: tut.  
I: also es TUT ÜBERall auf DRUCK WEH:..  
P: JA:. (.) es TUT auf DRUCK WEH:..  
I: mhm\ / (--) WÜRDEN Sie SAGEN es betRIFFT auf der SCHulter eher die MUSKELN oder:? (-)  
P: NA:. Ich glaub [NE:D.  
I: [NE:IN. (-) mhm \ / (-)  
P: das glaub ich EHER NICHT. (-)  
I: ALSO' (-) das STRAHLT irgendwie von INNEN vom BRUSTkorb aus. (-)  
P: ich glaub da AUCH dass irgendwo AUSSTRAHLT; (-)  
I: mhm\ / (---) und Sie MEINen es ist INNEN. (-)  
P: i (-) BILD mir halt EIN dass INNEN IS (.) also vielleICHT TÄUSCH ich mich (.) ABER (--)  
I: NA:!! (--) ich verLASS mich DA auf SIE:. (-)  
P: Ja:. (.) Ich HOFFE das STIMMT. NET:?(.) dass IHNEN jetzt (---) IRGENDwas ANDERS sag. (--)  
I: es tut ALLES vorne WEH: (.) NICHT nur in der MITTE? auch SEITlich (-)  
P: NANA:!! (.) es tut DA: (.) das GANZE STRAHLT aus.

Häufig geht dies Hand in Hand mit einer Fokussierung auf die Darstellung der Erlebensqualitäten der Schmerzen und der Darstellung der psychosozialen Belastungen sowie mit einer Präferenz für eine Selbstbeschreibung als Schmerz ertragend oder negierend. Das geringere Maß an Selbstbeobachtung macht die Rekonstruktion der Schmerzentwicklung schwierig, was zum Eindruck der Diffusität beiträgt (vgl. Abschnitte 4.1 und 4.2).

Typisch für weiblichen Patienten ist, dass ihnen die exakte Darstellung des Schmerzbeginns oder der Schmerzentwicklung wesentlich schwerer fällt (4.3.2)

### (16) 057FCW (w, 58a, Uspondyl)

310 I: und WANN hat DAS beGONNen? (---)  
P: no ich DENke so DONNersTAG A:abend ja:  
I: der KRAMPF auch? das KLEIne:? (--) das SCHWACHE auch?  
P: ah des SCHWACHE: (-) .hh na UNgefähr ACHT TAge so was. ACHT ZEHN TAge: (-) MÜßT man sagn;  
I: ACHT zehn TAge. (---)  
P: das WEIß ich WIRKlich NICHT mehr. weil ich HAB des am ANfang, .hh GAR nicht ah: beACHtet

Die Interviews deuten weiters auf geschlechtstypische Unterschiede im Umgang mit diffusen Schmerzerlebnissen hin, da auch Männer diffuse oder komische Schmerzen erleben. Dies motiviert diese aber eher dazu, die notwendige, somatische Erklärung der Ursachen zu thematisieren, während Frauen eher die Angst wegen der Unklarheit, Unbestimmbarkeit thematisieren und/oder die Relevanz der Erkrankung abschwächen (vgl. Abschnitte 4.2 und 4.3).

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Wie eine Reihe von Untersuchungen aus dem medizinischen (Abschnitt 1) und diskursanalytischen Bereich (Abschnitt 2) bereits aufgewiesen hat, zeigt auch die vorliegende Studie, dass in der Arzt-Patient-Kommunikation geschlechtsspezifische Unterschiede relevant werden. Die Beschreibung von Brustschmerzen ist ein zentrales diagnostisches Mittel, um gefährliche von harmlosen Ursachen zu unterscheiden und dementsprechende therapeutische (manchmal lebensrettende) Maßnahmen ergreifen zu können. Die sprachlichen Unterschiede in der Beschreibung von Brustschmerzen, die in der vorliegenden diskursanalytischen Untersuchung eruiert wurden, tragen möglicherweise dazu bei, dass koronare Ursachen bei weiblichen Patienten häufiger übersehen werden als bei männlichen und in der Folge die Mortalitätsrate höher ist.

Unterschiede zeigten sich vor allem in vier Bereichen:

- Frauen stufen ihre Schmerzen herab (schwächen sie ab und thematisieren eher das psychosoziale Umfeld); Männer stufen ihre Schmerzen hoch (nehmen sie ernst, zeigen sich informiert und interessiert)
- Frauen sehen sich selbst interaktiv als eher Schmerz ertragend (passiv in bezug auf die Schmerzen und Delegation der Behandlung an die Institution Krankenhaus); Männer stellen sich selbst in der Interaktion als Schmerz bewältigend dar (aktiv in bezug auf die Therapie)
- Männer zeigen stärker als Frauen den Wunsch nach Ursachenklärung
- Männer beschreiben ihre Schmerzen konkret bis sehr konkret (im Sinne der Definition), indem sie ausführliche symptomatische Beschreibungen geben; Frauen hingegen geben diffuse (im Sinne der Definition) Schmerzbeschreibungen, indem sie kaum auf symptomatische Aspekte fokussieren und häufig Diffusitätsmarker sowie metakommunikative Äußerungen, in denen sie die Unmöglichkeit der exakten Schmerzbeschreibung thematisieren, verwenden.

Diese Unterschiede sind in der Arzt-Patient-Kommunikation deshalb so zentral, weil das sprachliche Handeln der Männer in weit höherem Ausmaß die Erwartungen der ÄrztInnen in bezug auf die gewünschten Informationen erfüllt als dasjenige der Frauen. Denn ÄrztInnen benötigen und fordern eine symptomatische Schmerzbeschreibung, also die möglichst exakte Darstellung von Lokalisation, Intensität und Dauer bzw. Häufigkeit des Brustschmerzereignisses. Dies

führt dazu, dass PatientInnen, die von sich aus die Relevanzsetzung „Ursachenklärung“ verfolgen und vorwiegend symptomatische Schmerzbeschreibungen produzieren, von der Ärzteseite als präziser, informativer und kooperativer wahrgenommen werden. Da der überwiegende Teil der Kardiologen nach wie vor männlichen Geschlechts ist und die Symptomenbeschreibung und klinische Differentialdiagnose der koronaren Herzkrankheit vorwiegend an männlichen Patienten entwickelt wurde, ist dieser Bias möglicherweise systemimmanent.

Diese Verdeutlichung kann für die Anamneseerhebung nutzbar gemacht werden. Aufgrund dieses Ergebnisses stellt sich die Frage, wie diese unterschiedlichen Gesprächszwecke in einem ärztlichen diagnostischen Gespräch miteinander vereinbart werden können

Vor allem bei Frauen sollte berücksichtigt werden, dass sie präferiert die psychosoziale Erlebensqualität von Krankheit und Schmerz darstellen und sich nur kurz bei einer symptomatischen Darstellung aufhalten. Da sie die Relevanz ihrer Beschwerden tendenziell abschwächen, fällt ihnen die genaue Rekonstruktion der Schmerzentwicklung und die exakte Beschreibung der Schmerzqualität schwerer als Männern. Daher brauchen sie hier vermehrt interaktive Unterstützung.

Da besonders Frauen dazu neigen, ihre Schmerzen abzuschwächen und das Krankheitsgeschehen an die ÄrztInnen zu delegieren (Rückstufung), liegt es an den ÄrztInnen diesen Patientinnen und deren Schmerzen durch entsprechende Hinweise eine *Aufwertung* zukommen zu lassen und sie dadurch wieder hochzustufen.

Diese Vorschläge sind notgedrungen global, da sie aus Interviews mit PatientInnen entwickelt wurden und nicht aus spezifischen ärztlichen Gesprächen, die jeweils spezifischen interaktiven Bedingungen unterliegen. Die Erhebung derartiger Gespräche und ihrer Varianten sollte zur Entwicklung der geeigneten sprachlichen Realisierungen dieser Vorschläge führen. Damit könnten diskursanalytische Erkenntnisse mit dazu beitragen, die Diagnosesicherheit in bezug auf koronare Erkrankungen bei Frauen zu erhöhen und damit mittelbar auch lebensrettend sein.

## Transkriptionskonventionen

<b>Siglen:</b>	<b>Erklärung</b>
P	Patient/in
I	Interviewerin
?	Frageintonation
!	Ausruf, Emphase
,	mittel steigende Intonation
.	fallende Intonation
;	mittel fallende Intonation
-	gleichbleibende Intonation

(.)	Mikropause
(-)	kurze Pause
(--)	mittlere Pause
(---)	längere Pause
akZENT	Akzent
: :: :::	Dehnung von Vokalen
‘	Glottisverschluss
( )	unverständlicher Wortlaut
(das)	vermuteter Wortlaut
(das/was)	Alternativen
=	direkter Anschluss
<lächelnd>	Kommentar
((schnauft))	nonverbale Handlungen
[	Überlappungen
mhm\	fallend-steigend
mhm/	steigend-fallend
.h, .hh, .hhh	Einatmen, je nach Dauer
h, hh, hhh	Ausatmen, je nach Dauer

## Literatur

- Atkinson, Paul/Heath, C. (1981): *Medical Work: Realities and Routine*. Westmead, Farnborough, Hants: Gower.
- Ayanian JZ, Epstein AM. (1991): Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 221-225.
- Becker-Mrotzek, Michael (1992): *Kommunikation und Sprache in Institutionen. Teil III. Arbeiten zur Kommunikation in medizinischen Institutionen*. *Deutsche Sprache* 20: 336-369..
- Bliesener, Thomas (1980): Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: Ehlich, Konrad (ed): *Erzählen im Alltag*. Frankfurt am Main: 143-178.
- Buchholz, Michael B. (1998): Die Metapher im psychoanalytischen Dialog. In: *Psyche* 52: 545-571.
- Cicourel, Aaron (1985): Doctor-Patient-Disourse. In: van Dijk, Teun (Ed): *Handbook of Discourse analysis* (Bd. 4): 193-202
- Crean JM, Flaster E, Steingart RM. (1994): Why do women have more severe angina than men when they undergo cardiac catheterization? *J Am Coll Cardiol* 1994: 299A.
- Douglas P.S, Ginsburg G.S. (1996): The evaluation of chest pain in women. *N Eng J Med* 1996;334:1311-1315.
- Drew, Paul/Heritage, John C (1992): *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge. CUP.
- Ehlich K, Rehbein J. (1979) Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT). *Linguistische Berichte* 1997; 45: 21-41.
- Ehlich, Konrad (1985): The Language of Pain. *Theoretical Medicine* 6, 2/1985: 177-187.
- Ehlich, Konrad (1993): Sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Löning, Petra/Rehbein, Jochen (eds): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter: 67-90.

## Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen<sup>23</sup>

- Ehlich, Konrad, Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger. (eds) (1989): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Everts B, Karlson BW, Währborg P, Hedner T, Herlitz J. (1996): Localization of pain in suspected acute myocardial infarction in relation to final diagnosis, age and site and type of infarction. *Heart and Lung* 1996; 25:430-437.
- Fisher, S. /Todd, A.D (1983) *The Social Organisation of Doctor-Patient-Communication*. Washington DC: The Center for Applied Linguistics.
- Frankel, R. (1990): Talking in Interviews: a Dispreference for Patient-Initiated Questions in Physician-Patient-Communication. In: Psathas, G. (ed): *Interaction Competence*. Washington, DC: UPA: 231-262.
- Fruergaard P, Launbjerg J, Hesse B., Jorgensen F, Petri A, Eiken P, Aggestrup S, Elsborg L, Mellemegaard K. (1996): The diagnoses of Patients admitted with acute chest pain but without myocardial infarction. *Eur Heart J* 1996; 17: 1028-1034.
- Gülich, Elisabeth (1999): „Experten“ und „Laien“: Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: „Werkzeug Sprache“. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht, hrsg. von der Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften, Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig. Hildesheim: 165-196.
- Gülich, Elisabeth/ Quasthoff, Uta (1985): Narrative Analysis. In van Dijk, Teun (ed): *Handbook of Discourse Analysis*, Bd. 2: Dimensions of Discourse. London: Academic Press: 169-197.
- Gülich E, Schöndienst M. (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische Aspekte. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft, Zeitschrift für qualitative Forschung* 1999; 1/3: 199-227.
- Heath, Ch. (1989): Pain Talk. The Expression of Suffering in the Medical Consultation. *Social Psychology Quarterly* 52, 2/1989: 113-125.
- Hein, Norbert (1985): *Gespräche beim praktischen Arzt*. Wien: Univ. Wien (Diplomarbeit).
- Hein, Norbert/Hoffmann-Richter, Ulrike/ Lalouschek, Johanna, Nowak, Peter/ Wodak, Ruth: (1984): *Kommunikation zwischen Arzt und Patient*. Wienert Linguistische Gazette, Beiheft 4.
- Hlatky M.A. (1997): Evaluation of chest pain in the emergency department. *N Eng J Med* 1997 ; 337 :1687-1689.
- Hochleitner M. (1996): Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der kardiologischen Versorgung in Tirol. *J Kardiol* 1996; 6:406-408.
- Hofgren C, Karlson BW, Gaston-Jonsosson F, Herlitz J. (1994): Word descriptors in suspected acute myocardial infarction: A comparison between patients with and without confirmed myocardial infarction. *Heart and Lung* 1994 ;23:397-403.
- Holdright D.R, Fox K.M. (1996): Characterization and identification of women with angina pectoris. *Eur Heart J* 1996;17:510-517.
- Kotthoff H, Wodak R. (eds.) (1997). *Communicating Gender in Context*. Amsterdam: Benajmins.
- Kütemeyer, Mechthilde (demn.): Metaphorik in der Schmerzbeschreibung. In: Brüner, Gisela/ Gülich, Elisabeth (eds): *Sprechen über Krankheiten*. Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by*. (1980): Chicago: Chicago University Press.
- Lalouschek, Johanna (1995): *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lalouschek, Johanna / Menz, Florian (1988): "Jetzt geht's wieda los." Qualitative Methoden in der Soziolinguistik, dargestellt am Arzt-Patient-Gespräch. In: Diem-Wille, Gertraud / Pechar, Hans (eds): *Qualitative Forschungsmethoden in den Sozialwissenschaften (Zeitschrift für Hochschuldidaktik, Sonderheft 12)*: 194-213.

- Lalouschek, Johanna / Menz, Florian / Wodak, Ruth (1990): "Alltag in der Ambulanz". Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen: Narr (KUI 20).
- Lalouschek, Johanna (1999): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brunner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hrsg.) 1999. *Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispiele*. Westdeutscher Verlag: Opladen: 155-173.
- Löning, Petra/Rehbein, Jochen (eds) (1994): *Arzt-Patienten-Gespräche. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter.
- Maynard, D. (1989): Prospective-Display Sequences in Conversation. *Western Journal of Speech Communication* 53: 91-113.
- Menz, Florian (1991a): "Zucker! Des Hams ma gar net gsagt!" Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. In: Tüchler, Heinz / Lutz, Dieter (eds): *Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität*. Köln: Deutscher Ärzteverlag: 33-43.
- Menz, Florian (1991b): *Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie*. Frankfurt/Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang Verlag.
- Menz, Florian (1993): *Medizinische Ausbildung im Krankenhaus am Beispiel der Lehranamnese: Die institutionalisierte Verhinderung von Kommunikation*. In: Löning, Petra/Rehbein, Jochen (eds): *Arzt-Patienten-Gespräche. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter: 251-264.
- Menz, Florian (1994): *Der Einfluß von medizinischer Ausbildung und von Kontingenzen auf das ärztliche Gespräch im Krankenhaus. Aprioris einer kommunikativen Schulung des medizinischen Krankenhauspersonals*. in: "Redder, Angelika / Wiese, Ingrid (eds): *Medizinische Kommunikation - Erfahrungen in Ost und West*. Westdeutscher Verlag: 218-234.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna (1989): *Die Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und Ärzt/inn/en*. In: Ehlich, Konrad et al. (eds): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 12-27.
- Menz, Florian / Nowak, Peter (1992): *Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich: Eine Anamnese*. In: Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (eds): *Kommunikationsberatung und -ausbildung. Anwendungsfelder der Diskursforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 79-86.
- Penque S, Halm M, Smith M, Deutsch J, Van Roekel M, McLaughlin L, Dzubay S, Doll N, Beahrs M. (1998): Women and coronary disease: Relationship between descriptors of signs and symptoms and diagnostic and treatment course. *Am J Crit Care* 1998; 7: 175-182.
- Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR, Griffith JL, Selker HP. (2000): Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342:1163-1170.
- Redder, Angelika / Wiese, Ingrid (eds) (1994): *Medizinische Kommunikation - Erfahrungen in Ost und West*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rehbein, Jochen (1993): *Ärztliches Fragen*. In: Löning, Petra/Rehbein, Jochen (eds): *Arzt-Patienten-Gespräche. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter: 311-364.
- Rohen, Helena (1999): Kohärenzbrüche in Gesprächen mit Schizophrenen und ein Versuch zu ihrer Überbrückung. *Deutsche Sprache* 3: 264-276.
- Schwabe, Meike (2000): Bericht über die Tagung „Qualitative linguistische Verfahren und klinische Forschung am Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF) in Bielefeld vom 16.-18. November 2000. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* (ISSN 1617-1837) 1/2000: 67-75 ([www.gespraechsforschung-ozs.de](http://www.gespraechsforschung-ozs.de)).
- Selting, M./Auer, P./Barden, B./Bergmann, J et al. (1998): *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT)*. In: *Linguistische Berichte* 173, 91-122.

## Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen<sup>25</sup>

- Shaw LJ, Miller DD, Romeis JC, Kargl D, Younis LT, Chaitman BR. (1994): Gender differences in the noninvasive evaluation and management of patients with suspected coronary disease. *Ann Intern Med* 1994; 120:559-566.
- Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM, Sollano J, Katz S, Moyé L, Basta LL, Lewis SJ et al, (1991): for the Survival and Ventricular Enlargement Investigators. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Eng J Med* 1991; 325: 226-230.
- Tobin JN, Wassertheil-Smoller S, Wexler JP, Steingart RM, Budner N, Lense L, Wachspress J. (1987): Sex bias in considering coronary bypass surgery. *Ann Intern Med* 1987; 107:19-25.
- West, C. (1984): *Routine complications. Troubles with talk between doctors and patients.* Bloomington: Indiana Univ. Press.

Wien Florian Menz, Johanna Lalouschek, Claudia Stöllberger, Julia Vodopiutz

(Florian Menz & Johanna Lalouschek: Universität Wien, Institut für Sprachwissenschaft, Berggasse 11, A-1090 Wien  
Claudia Stöllberger & Julia Vodopiutz: Krankenanstalt Rudolfstiftung, 2. medizinische Abteilung, Juchgasse 25, A-1030 Wien)