



Hypnose in der Zahnbehandlung -
Videoethnographisch-phänomenologische Fallstudien zur
Zahnarzt-Patient-Interaktion mit und ohne Hypnose

Claudia Rühle

**Hypnose in der Zahnbehandlung -
Videoethnographisch-phänomenologische Fallstudien zur
Zahnarzt-Patient-Interaktion mit und ohne Hypnose**

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Diplom-Soziologin technikwissenschaftlicher Richtung (Dipl.-Soz. tech.)

Vorgelegt von:

Claudia Rühle
Graudenzner Straße 20
D-10243 Berlin
E-Mail: claudia_ruehle@gmx.de

Matrikel-Nummer: 301403

Betreuer:

Prof. Dr. Hubert Knoblauch (TU Berlin, Institut für Soziologie, Allgemeine Soziologie insbesondere Theorie moderner Gesellschaft)

Erklärung

Die selbständige und eigenhändige Anfertigung versichere ich an Eides statt.

Berlin, den 10.08.2010 Claudia Rühle

„Irgendwie verzaubert er mich immer.“
 (Hypnosepatientin, Industriekauffrau, 27 Jahre)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
1.1. Forschungskontext und Relevanz der Studie	8
1.2. Forschungsinteresse und Aufbau der Arbeit	9
1.3. Begriffsklärung – Interaktion	12
2. Medizinsoziologische Diskurse: Medizinische Akteure im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung	14
2.1. Ärzte und Patienten als Akteure der Medizinsoziologie	17
2.1.1. Die Arzt-Patient-Beziehung als asymmetrische Beziehung	17
2.1.2. Die professionelle ärztliche Rolle	19
2.1.3. Die Rolle des kranken Patienten	20
2.2. Ärzte und Patienten im Wandel der Zeit	21
2.2.1. Traditionelles Arzt-Patient-Verhältnis: Nähe zwischen Arzt und Patient	21
2.2.2. Ärzte und Patienten in der Postmoderne: Distanzierung durch Technik	22
2.2.3. Folgen der Postmoderne	23
3. Zahnmedizin unter sozialwissenschaftlichem Blickwinkel	26
3.1. Die Geschichte der Zahnmedizin: Aberglaube, Zahnreißer und Wissenschaft	27
3.1.1. Historische Anfänge bis zum Ende des 18. Jahrhunderts	27
3.1.2. Zahnmedizin im 19. Jahrhundert	29
3.1.3. Die Zahnmedizin professionalisiert sich	29
3.2. Dentalsoziologie: Zahnmedizin in den Sozialwissenschaften	30
3.2.1. Zahnmedizin und makroökonomische Entwicklungen	31
3.2.2. Sozialstrukturelle Faktoren: Die Mesoebene	32
3.2.3. Das Zahnarzt-Patient-Verhältnis als asymmetrische Beziehung: Mikrostudien in der Zahnarztpraxis	33
3.3. Ein Besuch beim Zahnarzt - wie er normaler Weise abläuft	34
3.3.1. Der ideale Zahnarzt: Ein schwerer Beruf	35

3.3.2.	Die Untersuchung des Mundes in unausweichlicher intimer Distanz	36
3.3.3.	Angst und Schmerz: Soziale Phänomene in der Zahnarztpraxis	38
4.	Medizinische und zahnmedizinische Hypnose	41
4.1.	Traditionelle und moderne Hypnose	42
4.1.1.	Traditionelle Hypnose	43
4.1.2.	Geschichte der Hypnose in Deutschland: Vom Mesmerismus zur Psychotherapie	44
4.1.3.	Therapeutischer Wert der klinischen Hypnose	46
4.2.	Hypnose: Fremd- oder Selbstsuggestion?	47
4.2.1.	Hypnose als Konstruktion der Wirklichkeit: Des Hypnotiseurs oder des Hypnotisierten?	48
4.2.2.	Hypnose als Anleitung zur Selbsthilfe	49
4.2.3.	Ethische Grundsätze	50
4.3.	Hypnose in der Zahnmedizin	51
4.3.1.	Die zahnmedizinische Hypnose: Erfolge in ausgedehnter Behandlungszeit	51
4.3.2.	Die deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose	52
4.3.3.	Hypnose in der Zahnarztpraxis – wie sie normaler Weise abläuft	54
5.	Methodologisch und methodisches Vorgehen zur Erkenntnisgewinnung innerhalb der qualitativ-empirischen Sozialforschung	62
5.1.	Ethnographische Herangehensweisen in der Soziologie	63
5.2.	Videographische Herangehensweisen in der Soziologie	66
5.3.	Phänomenologische Herangehensweisen in der Soziologie	70
5.4.	Videoethnographisch-phänomenologische Herangehensweise zur Untersuchung von Hypnose in der Zahnarztpraxis	72
6.	Fallstudien	76
6.1.	Erste Phase: Vorbereitungsphase - Intimität und Profession	76
6.1.1.	Ethnographische und phänomenologische Betrachtungen beim Zahnarzt und der Hypnosezahnärztin – Beispiel Paradontalbehandlung von Aaron O. und Anita B.	78
6.1.2.	Sequenzanalysen: Psychologisierte vs. technisierte Interaktion	80

6.2. Zweite Phase: Vorphase - Rahmung und Konventionen	85
6.2.1. Ethnographische und phänomenologische Betrachtungen beim Zahn- arzt und der Hypnosezahnärztin – Beispiel einfache Zahnfüllung von Elisa S. und Claudia Rühle	86
6.2.2. Sequenzanalysen: Rituelle Rahmungen und situative Vereinba- rungen	88
6.3. Dritte Phase: Behandlungsphase – Arbeit und Spiel	94
6.3.1. Ethnographische und phänomenologische Beschreibungen beim Zahnarzt und bei der Hypnosezahnärztin – Kommunikative Kon- struktionen während der Weisheitszahnoperation von Michael O. und Claudia Rühle	94
6.3.2. Sequenzanalysen: Kommunikative Konstruktion von Schmerz und imaginären Welten im Spiel	98
6.4. Vierte Phase: Abschlussphase – Reflexion und Doppelter Abschluss . . .	102
6.4.1. Ethnographische und phänomenologische Beschreibungen von Im- plantatsetzungen – Carmen S. in Hypnose und Bodo M. ohne Hypnose	102
6.4.2. Sequenzanalysen: Reflexion und doppelter Behandlungsabschluss	104
 7. Fazit und Ausblick	 110
 Danksagung	 115
 Literaturverzeichnis	 116
 A. Anhang	 140
A.1. Agenda: Transkriptionszeichen nach GAT	140
A.2. Videosequenzen, Basistranskripte, phänomenologische Interviews und Feld- berichte (CD)	141
A.3. “Soziologie der zahnärztlichen Hypnose” (Film-DVD)	142

Abbildungsverzeichnis

1.	Zahnbrecher auf Marktplätzen (Eckard 1998)	28
2.	Stufen der Tranceeinleitung (Schütz, Freigang 2008)	57
3.	Trancezeichen (Schmierer 2001)	61
4.	Konventionelle Ethnographien und fokussierte Ethnographien im Vergleich (Knoblauch 2001)	66

„Eine Aufgabe der Soziologie ist es, der Öffentlichkeit eine Vorstellung davon zu vermitteln, wie komplex die Gesellschaft ist, und was man alles berücksichtigen müsste, um wirklich hart und kritisch urteilen zu können.“

(Niklas Luhmann)

1. Einleitung

Die vorliegende Studie mit dem Titel „Hypnose in der Zahnbehandlung – Videoethnographisch-phänomenologische Fallstudien zur Zahnarzt-Patient-Interaktion mit und ohne Hypnose“ betrachtet die Anwendung der Hypnose im zahnärztlichen Kontext als komplexes soziologisches Phänomen. Hiermit wird zum Diskurs über das Wesen und die Wirkungsweise der zahnmedizinischen Hypnose und ihrer Einbettung in der stattfindenden medizinisch-gesellschaftlichen Entwicklung beigetragen.

Ziel der Arbeit ist es, aufzuzeigen, dass zwischen Zahnarzt und Patient während der Zahnbehandlung in Hypnose interaktive Prozesse stattfinden und zu erklären, nach welchen Gesetzmäßigkeiten diese gestaltet werden. Erweitertes Anliegen ist, die Theorie der bisherigen medizinsoziologischen Forschungen zur Arzt-Patient-Interaktion und die Praxiserfahrungen der tätigen Hypnosezahnärzte miteinander zu verbinden.

Die durchgeführte qualitative Erforschung der Zahnarzt-Patient-Interaktion in einem medizinsoziologischen Forschungskontext stützt sich auf Theorie und Empirie. Nach der Einordnung des Forschungsfeldes erfolgt die Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten. Ethnographische Feldaufenthalte, in denen Videoaufnahmen angefertigt wurden, sowie phänomenologische Fremd- und Selbstinterviews spannen eine breite empirische Datenbasis der Erkenntnisgewinnung.

Die Erforschung von Interaktionen zwischen den handelnden Akteuren im medizinischen Bereich und die Methode der Videoanalyse zur Sichtbarmachung interaktiver Phänomene haben in der Soziologie bereits Tradition. Die zusätzlichen phänomenologischen Selbst- und Fremdperspektiven eröffnen darüber hinaus einen subjektiven Blickwinkel der Patienten auf die Vorgänge während der Zahnbehandlung. Die komparative Untersuchung fallgleicher Zahnbehandlungen mit und ohne Hypnose dient hierbei zum besseren Verständnis der interaktiven Besonderheiten und deren Bedeutungen während der Hypnosebehandlung.

Die Untersuchung entstand in enger Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Soziologie der Technischen Universität Berlin im Fachgebiet für Allgemeine Soziologie -

Theorie moderner Gesellschaft, der deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH) und etablierten Berliner Zahnarztpraxen, die zum Teil schon viele Jahre ihre Patienten mit Hypnosetechniken behandeln.

1.1. Forschungskontext und Relevanz der Studie

Technischer Fortschritt und damit einhergehende Rationalisierung (Max Weber) haben bewirkt, dass ärztliches Handeln heute weniger am Patienten direkt, zunehmend in Auseinandersetzung mit Maschinen und Medien stattfindet. Der kranke Mensch will aber nicht nur durch Maschinen an einzelnen Organen behandelt werden, sondern sich in seiner Gesamtheit angenommen fühlen. Das schließt neben seiner körperlichen Verfassung auch sein seelisches Wohlbefinden ein.

Auch im zahnärztlichen Fachbereich wird vermehrt darauf hingewiesen, dass die psychische und physische Gesundheit untrennbar zusammen gehören und sich gegenseitig beeinflussen, was sicherlich auch als gegenläufige Reaktion auf die hingedeutete Tendenz zur Übertechnisierung aufzufassen ist (vgl. Küver 1992: 81)¹.

Die moderne ärztliche Profession im medizinischen Alltag und die seelischen Bedürfnisse des Patienten sind oftmals nur schwer miteinander in Einklang zu bringen. „Es genügt heute nicht mehr, den Patienten nur als jemanden zu sehen, der ein Loch im Zahn mitbringt und mit einer perfekten Füllung und entsprechender Rechnung wieder nach Hause geht.“, so Wolfgang Kuwatsch. Der Hypnosezahnarzt erklärt auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose 2009 in Berlin weiterhin: „An jedem Zahn hängt ein Mensch und wir wollen die Menschen auch in die Arme nehmen.“ und bestätigt damit den aktuellen Wandel in der Zahnheilkunde und den Wunsch nach einem ganzheitlichen Praxiskonzept vieler Zahnärzte. „Die Anwendung von Hypnose in den Zahnarztpraxen erfreut sich in den letzten Jahren immer wachsender Beliebtheit bei Zahnärzten sowie Patienten und soll diesen Weg unterstützen“, so Albrecht Schmierer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH). Für die Effektivität der Hypnose sind bereits umfangreiche empirische Belege geliefert worden (Revenstorf 2001: Vorwort, Fábíán et al 2009: 9), aber ihr Wirkmechanismus konnte noch nicht vollständig geklärt werden. Hypnose gilt als sanfte Heilmethode ohne Nebenwirkungen und nicht invasives Verfahren zur Reduktion von Behandlungsangst, die zwar als Ergänzung schulwissenschaftlicher Behandlungen anerkannt, als Ersatz für die Schulmedizin umstritten ist. Der Einsatz von Hypnose- oder Hypnotherapie zur kli-

¹Es existieren Studien über psychologische und psychosomatische Aspekte innerhalb der Zahnmedizin, Zahnarztangst, Zahnarzt-Patient-Beziehung, Schmerz, Compliance sowie den Umgang mit Problem-Patienten, insbesondere mit Kindern (vgl. Gift 1989: 250).

nischen Behandlung von Krankheiten und während Zahnbehandlungen steigt derweil an. Nur in Ausnahmefällen übernehmen die Krankenkassen die Behandlungskosten, da ihre vollständige wissenschaftliche Anerkennung noch nicht erfolgt ist. Es ist unbestritten, dass die Hypnose ein gutes Beeinflussungsinstrument für den Patienten darstellt. Studien über das subjektive Empfinden der Patienten bei Zahnbehandlungen in Hypnose liegen vor, auch die wachsende Fachliteratur wird differenzierter. Vorrang besitzt zurzeit die Ermittlung der psycho-physiologischen Parameter in klinischen Studien. Die Neurowissenschaften helfen, innere Trancephänomene neben den äußerlich am Körper sichtbaren zu bestimmen. Die Wirkmechanismen der Hypnose werden so in unserem neurobiologischen Paradigma verankert.

Reibungspunkte im Phänomen Hypnose und ihrer Anwendung bestehen in dem bisher unvereinbaren Widerspruch ihrer klinisch-therapeutischen Anwendung in modernen (Zahn-) Arztpraxen und ihrer teilweise magisch-mystischen Vergangenheit und der damit verbundenen Macht des Hypnotiseurs über den Patienten. Als Gründe für die schwierige Existenz der Hypnose werden unter anderem fehlende valide Studien und eine somit mangelnde „Evidenzbasierung“ von Hypnose angegeben (vgl. DGZH Pressemappe). Daher werden wissenschaftliche Studien gesucht, die erheblich zur Steigerung der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Akzeptanz von Hypnose beitragen. Eine Etablierung der Hypnose in den hiesigen Zahnarztpraxen kann nur durch eine Legitimation der Praktiken und ihrer wissenschaftlichen Fundierung erfolgen. Ein Soziologe kann keine Messung physiologischer Parameter vornehmen, dafür aber eine detaillierte Beschreibung der Behandlungsabläufe liefern. Die Visualisierung interaktiver Vorgänge der zahnmedizinischen Hypnose und ihren Gesetzmäßigkeiten kann zur Erhöhung ihrer gesellschaftlichen Relevanz und Akzeptanz beitragen.

1.2. Forschungsinteresse und Aufbau der Arbeit

In den folgenden Kapiteln werden zahnmedizinische Behandlungen in Hypnose mit soziologischen Erkenntnissen verbunden, indem die jeweils komplexen Behandlungsabläufe und Interaktionsprozesse untersucht werden.

Um das Phänomen Hypnose unter einem sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkt näher zu beleuchten, wird nach einer medizinsoziologischen Gegenstandsbestimmung, ein Schritt in Richtung Zeitdiagnose unternommen um einen Bogen von der Vergangenheit, über die Gegenwart zur Zukunft zu schlagen und am Ende der Arbeit soziologisch relevante Fragen für die Hypnoseforschung stellen zu können.

Mit der Hilfe von Fachliteratur aus Soziologie, Medizinsoziologie und (Zahn-)medizin

sowie einer datenbankgestützten Recherche in den einschlägigen Literaturdatenbanken aus den Sozialwissenschaften, der Medizin und der Psychologie (SOLIS, SOFIS, Sociological Abstracts, DIMDI-MEDLINE, Psychdex) ist es zunächst gelungen, neuere Arbeiten und Autoren zusammenzustellen, die (Zahn-)Ärzte, Patienten und Hypnose in den Mittelpunkt ihres Forschungsinteresses gerückt haben (Kapitel 2 bis 4).

Das einleitende Aufspannen der medizinsoziologischen Untersuchungsgegenstände (Kapitel 2), insbesondere der Problemfelder der Akteure Arzt und Patient (Kapitel 2.1) weist nach, welche Effekte die gesellschaftlichen Entwicklungen auf der Mikroebene zwischen Arzt und Patient bereithalten. Die historische Perspektive (Kapitel 2.2) der Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Wandel der gesellschaftlichen Entwicklung macht deutlich, dass hier großer Handlungsbedarf und der Ruf der Patienten nach einer Veränderung des Status Quo ihrer Behandlung besteht.

Die Betrachtung der Zahnmedizin unter einer sozialwissenschaftlichen Perspektive (Kapitel 3) mitsamt der Historie der Zahnmedizin (Kapitel 3.1) und den bisherigen Erkenntnissen der Dentalsoziologie (Kapitel 3.2) weisen auf Bezüge der sozialen Ungleichheit im Feld der zahnärztlichen Behandlung hin. Zahnverhältnisse und Sozialstruktur stehen im direkten Verhältnis zueinander. Das Patientenverhalten bei der Untersuchung des Mundes spielt bei der sozialwissenschaftlichen Betrachtung eine besondere Rolle, einschließlich der Angst vor dem Zahnarzt und dem empfundenen Schmerz bei der Behandlung (Kapitel 3.3).

Während der umfangreichen Darstellung der medizinischen sowie der zahnmedizinischen Hypnose (Kapitel 4) stellt sich die Frage, inwiefern sich alternative Behandlungsmethoden, zu denen auch die Hypnose gehört, im Gesundheitssystem künftig durchsetzen können. Ihre Etablierung in unserer Gesellschaft ist keineswegs eine Selbstverständlichkeit. Die fortwährende Institutionalisierung alternativer medizinischer Methoden blickt auf eine lange, aber in jüngerer Zeit beschleunigte Entwicklung zurück, die für das Selbstverständnis der Medizin und der Wissenschaft bedeutend ist.

Die Frage nach der Interaktion zwischen Zahnarzt und Patient ist daher auch eine übergreifende Frage, inwieweit die Zunahme alternativer Behandlungsmethoden den technikbelasteten Typus der Postmoderne abdrängen kann.

Weil die Einleitung der Hypnose ein kommunikativ-interaktives Phänomen ist, kann es mit sozialwissenschaftlichen Methoden untersucht werden (Kapitel 5). Hier offeriert sich ein Forschungsfeld für Soziologen, das mit Hilfe der Videokamera ethnographisch

begangen werden kann. Enger Feldkontakt, sowie wiederholte Begegnungen zum behandelnden Zahnarzt und den Patienten ermöglichen Ergebnisse über die Durchführung von Zahnbehandlungen in Hypnose.

So eignet sich die Auswertung der Videos besonders zur Erfassung der Körperlichkeit der involvierten Akteure im Interaktionsgeschehen und einer Beschreibung wie die zahnärztliche Hypnose interaktionstheoretisch funktioniert. Der routinierte Arbeitsvollzug der Zahnärzte bei der Behandlung steht dabei im Vordergrund sowie die Frage auf welche Art und Weise sich die alltäglichen Praktiken durch den Einsatz der Hypnose gestalten. Es wird versucht zu beantworten, ob hypnotische Kommunikations- und Interaktionsvorgänge die Zahnbehandlung und den körperlichen Umgang mit dem Patienten verändern.

Die videoethnographische Methode hat Nachteile wenn es darum geht, die Bedeutung der Orte in der Alltagserfahrung der Patienten zu rekonstruieren. Was sie im Einzelnen wahrnehmen und tun und was ihre situierten Erfahrungen und Handlungen letztendlich bedeuten, bleibt oft ihr Geheimnis – selbst wenn sie von Ethnographen beobachtet werden, die vollwertige Mitglieder des erforschten sozialen Umfelds sind (vgl. Kusenbach 2007: 351).

Zum Vergleich von Zahnbehandlungen mit und ohne Hypnose (Kapitel 6) gehört daher neben dem videoanalytisch sichtbaren Arbeitsvollzug und der Kommunikation mit dem Patienten eine vergleichende Innenwahrnehmung der subjektiven Verarbeitung der Zahnbehandlung. Die Interviews der gefilmten Patienten enthalten phänomenologische Beschreibungen der erlebten Zahnbehandlungen. Hier kann aufgezeigt werden, inwieweit die Wahrnehmungen und Reaktionen der Patienten mit der durchgeführten Hypnose in Zusammenhang stehen.

Die Möglichkeiten der Videointeraktionsanalyse kombiniert mit der phänomenologischen Methode decken Interaktionsstrukturen und Behandlungspraktiken auf, die das Wesen der Zahnbehandlung in Hypnose charakterisieren und neue Definitionen des Phänomens Hypnose zulassen, die zur Legitimation der hypnotischen Behandlung beitragen können um sie im gesundheitspolitischen Diskurs zu stärken.

Es stellen sich nicht nur praxisrelevante Fragen, die den Gegenstand der Hypnose, die Entwicklung der Zahnmedizin und die Therapiebewegung der alternativen Medizin betreffen. Es stellt sich auch die grundlagentheoretische Frage nach dem Zusammenhang von Körper-Identität-Subjektivität und ihrer Interaktion und in diesem Fall einer gesellschaftlichen Bearbeitung des Körpers.

Die Relevanz einer soziologischen Untersuchung der Hypnose im zahnmedizinischen Kontext zeigt sich also auf zweierlei Pfaden: Der wissenschaftlich-methodischen Bedeutung des untersuchten Forschungsgegenstandes sowie der gesundheitspolitischen Bedeutung der erhobenen Ergebnisse für den praktischen Anwendungskontext innerhalb der praktizierenden Gemeinschaft der zahnmedizinischen Hypnose.

1.3. Begriffsklärung – Interaktion

Als Interaktion werden Kommunikation, Handlungen und soziale Beziehungen zwischen anwesenden, sich wahrnehmenden und füreinander ansprechbaren Individuen bezeichnet. Sie sind zeitlich und sozial begrenzt. Interaktion ist eine wichtige Voraussetzung für die Schaffung und Aufrechterhaltung sozialer Identität, d.h. dem Bewusstsein, einen Platz im gesellschaftlichen Gefüge einzunehmen. Durch ein Geflecht vorbewusst ablaufender, alltäglicher Interaktion bestätigen die Individuen wechselseitig ihre soziale Identität, das schützt sie vor Erwartungsenttäuschungen oder Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung (vgl. Dürholz 1993: 5).

Die in Interaktionen geltenden Regeln und Rituale ändern sich im Zuge der historischen Entwicklung und sie unterscheiden sich in den sozialen Teilsystemen voneinander. So sind unterschiedliche Organisationen wie Schulen und Krankenhäuser durch eine jeweils spezifische „Interaktionsordnung“ (Goffman 2001) gekennzeichnet. Ein Kernprozess der Interaktion besteht in der wechselseitigen Interpretation von Erwartungen. Jeder Handelnde lernt mit Hilfe von durch Kommunikation erworbenen Symbolsystemen (insbesondere Sprache), die Erwartungen und möglichen Reaktionen des Anderen zu antizipieren und bei der Steuerung des eigenen Handelns zu berücksichtigen (vgl. Schäfers, Kopp 2006: 117ff).

Nach Ansicht der Vertreter des interpretativen Paradigmas (Symbolischer Interaktionismus, Ethnomethodologie u.a.) ist jede Interaktion ein wechselseitiger Interpretationsprozess von Erwartungen, Äußerungen und Handlungen. Interaktionen werden hier wie alle Handlungen als ein Handeln auf der Grundlage von Bedeutungen verstanden. Das klassische Handlungsmodell des Symbolischen Interaktionismus findet sich bei George Herbert Mead (ebd.). Der Symbolische Interaktionismus, welcher allgemein als soziologisch-sozialpsychologische Kommunikationstheorie interpretiert wird, besagt, dass Menschen gegenüber den Dingen auf Grund der Bedeutungen handeln, die diese Dinge besitzen. Das heißt, dass das Handeln von Menschen nicht von der objektiven Beschaffenheit der Situationen bestimmt wird, sondern dass vielmehr diese Situationen

definiert, interpretiert und gedeutet werden – abhängig von der jeweilig stattfindenden sozialen Interaktion.

Situationsdefinitionen und Handlungen sind nicht vorgegeben und festgelegt, sondern Interaktion vollzieht sich in Situationen, die von den Beteiligten unter Einsatz des ihnen zur Verfügung stehenden Bedeutungspotenzials auf der Grundlage vorgegebener Situationsdefinitionen immer wieder neu definiert werden müssen (Schäfers, Kopp 2006: 118).

In neueren Arbeiten des interpretativen Paradigmas wird dagegen analysiert, wie sich aus konkreten Interaktionen feste Normengefüge, institutionalisierte Rollenerwartungen und übergreifende Institutionen bilden können, die das soziale Handeln vorstrukturieren. Goffman bezeichnet die sozial vorgegebenen Muster, an denen sich Interaktionen orientieren, als „Rahmen“ (Schäfers, Kopp 2006: 118f).

Auf das strukturtheoretische Paradigma, die Vorstellungen der verhaltenstheoretischen Soziologie und der Systemtheorie im Zusammenhang mit dem Interaktionsbegriff wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Die in dieser Studie notwendigen Videointeraktionsanalysen bedienen sich dem beschriebenen interpretativen Paradigma.

2. Medizinsoziologische Diskurse: Medizinische Akteure im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung

„Für was ist die Medizin zuständig?
Für den Menschen in seiner Lebenswirklichkeit oder für
defekte Organe und chemische Prozesse? Für das Ganze oder einzelne Teile?“
Bircher, Wehkamp (2007)

Die Ansichten über die Symptome zahlreicher Krankheiten und ihrer Genese wandelten sich im Laufe der Zeit fast ebenso häufig wie die Meinungen über ihre Behandlungsformen (vgl. Gabka 1970: 9). In der heutigen Zeit ist das naturwissenschaftliche Denken für die Definition von Krankheit und Gesundheit vorherrschend. Ganzheitliche und philosophische Ansätze führen hingegen ein Außenseiterdasein.

Die Voraussetzungen für unsere moderne Medizin gehen aus Entwicklungs- und Konzeptionslinien in den naturwissenschaftlichen Gebieten der Chemie und Pharmazie, Biologie und Physiologie hervor. In unserem Jahrhundert herrscht eine „Ver(natur)wissenschaftlichung der Medizin“, die mit dem Stethoskop begann und im komplexen technischen Expertensystem gipfelt. Nicht ein Tag vergeht ohne einen beeindruckenden medizinischen Durchbruch. Die Ursachen für diese Entwicklung sind in erster Linie in den Veränderungen der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse verankert. Sie verhinderten nicht nur die Entstehung vieler Krankheiten, sondern bestimmten im Laufe der Zeit, welche Einschränkungen des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens als Krankheit in unserer Gesellschaft anerkannt werden (vgl. Geissler, Thoma 1975: 31f). An dieser Stelle wird deutlich, dass die Medizin und die Definitionen von Gesundheit und Krankheit in einem sozio-kulturellen Kontext² verankert sind (vgl. Foucault 1973). Die Medizinsoziologie als relativ junge³ Bindestrich-Soziologie nimmt sich dieser Aufgabe an⁴.

Ein Arbeitsgebiet der Medizinsoziologie hinsichtlich der Pathosozio-genese ist die Untersuchung unterschiedlicher Erkrankungsrisiken und -häufigkeiten in Abhängigkeit vom Sozialstatus (Lang, Faller 1998: 262). Das soziologische Erklärungsmodell von Krank-

²Abhängig von Wissensstand, tradierten Normen- und Wertsystemen sowie mythischen oder religiösen Vorstellungen variieren die in verschiedenen Kulturen geltenden Interpretationsmuster von Krankheit (Geissler, Thoma 1975: 31f).

³Anfang der fünfziger Jahre des 20. Jahrhunderts entwickelte sich in den USA die spezielle Soziologie, die heute als Medizinsoziologie betitelt wird. In den 1950er/1960er Jahren etablierte sie sich in Deutschland.

⁴Einen umfangreichen Überblick der medizinsoziologischen Themenspektren findet sich in Stollberg 2001: Medizinsoziologie.

heit geht davon aus, dass soziale Strukturen und Faktoren an ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung beteiligt sind. Der bestehende Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden und objektiven Lebensumständen (z.B. Milieus) wird regelmäßig in sozialwissenschaftlichen Surveys (z.B. Sinus-Institut) erfasst.

Bereits Parsons hat Krankheit als ein biologisches und soziales Phänomen beschrieben sowie auf eine Krankheitsmotivation der Patienten hingewiesen (Stollberg 2001: 28). Für die Durchführung der ärztlichen Tätigkeit bedeutet dies nicht nur ein auf das Handwerkliche und Technische ausgerichtete medizinische Schaffen, sondern eine Berufsausübung, die sich einem Patienten mit Geist, Körper und Seele zuwendet (vgl. Ruhnau 1994: 44). Das ist nicht neu: Bis zum späten 19. Jahrhundert wurde die Seele als untrennbar vom Körper angesehen. Als jedoch die Wissenschaft dominierende Kraft in der Gesellschaft wurde, begann Dualismus das medizinische Denken zu durchdringen. Die Seele wurde vom Körper losgelöst und schien ein Ding für sich zu sein – eher eine geistige als eine naturwissenschaftlich fassbare und quantifizierbare Entität (vgl. Lown 2002: 24). Die Betrachtung der seelischen Leiden nehmen Psychologen separiert vor, Ärzte und Mediziner haben andere Aufgaben. Und doch befindet sich das Verständnis von Krankheit und damit das Paradigma der Medizin erneut im Wandel: Von der relativ einfachen, mechanistischen Ursache-Wirkung-Betrachtung eines defekten menschlichen Organismus zur Analyse komplexer, multifaktorieller Krankheitsgesenen, bei denen somatische, psychische, soziale und ökologische Faktoren eine Rolle spielen. Heute werden beispielsweise psychotherapeutische Methoden auch bei organischen Krankheiten eingesetzt (vgl. Dürholz 1993: 138). Besonders die alternativen Heilmethoden verbinden Körper und Seele bei der Behandlung der Kranken. Eine stattliche Reihe von Praktiken sammelt sich unter ihnen: Akupunktur, Kräuterkunde, Homöopathie, Biofeedback, Hypnose, Gelenkte Bildersprache, Entspannung, Yoga, Meditation, Heilung durch Glauben, Massage u.a. (vgl. Lown 2002: 127ff).

Viele Ärzte sehen die alternative Medizin als Negierung der Wissenschaft und als Verrat an den zentralen professionellen Werten an. Den Vormarsch der alternativen Medizin konnten sie mit ihren Heilmethoden bisher nicht stoppen:

„Paradoxerweise vollzieht sich die Hinwendung zu alternativer Medizin in einer Ära, in der die wissenschaftliche Medizin mehr anzubieten hat als je zuvor. In einem Zeitalter medizinischer Wunder findet ein wahrer Ansturm auf exotische und unbewiesene Behandlungsformen statt. Stellt dies den Ausdruck eines fehlenden Vertrauens in die Wissenschaft dar, eine Suche nach Werten, die vom modernen Arzt nicht vermittelt werden, Misstrauen dem ärztlichen Beruf gegenüber, eine Unzufriedenheit mit einem chaotischen und unpersönlichen Gesundheitssystem?

Oder gibt es etliche andere tiefer liegende Gründe, die mit einer Suche nach dem Sinn in einem wahnwitzigen Dasein in Verbindung stehen? Es scheint, als ob ein zweischichtiges Gesundheitssystem entstünde: Eines, das fest in der Wissenschaft verankert ist und immer stärker fordert, dass jegliche Behandlung oder Prozedur auf präzise durchgeführten Studien mit solidem Nachweis von Wirksamkeit und Sicherheit basiert; wohingegen das andere auf subjektiven Erfahrungen beruht ohne definierte Standards oder Richtlinien außer den beruhigenden Zuspruch des speziellen Heilpraktikers.“ (Lown 2002: 127ff)

Heute stehen sowohl technikzentrierte und wissenschaftlich anerkannte als auch menschnahe, zum Teil strittige Behandlungsweisen zur Verfügung, die deutliche Unterschiede innerhalb des medizinischen Umgangs mit den Patienten aufweisen.

Die moderne Medizin stellt sich als exemplarischer Fall für die Untersuchung komplexer sozio-technischer Konstellationen heraus (Schubert 2006b). Cornelius Schubert von der TU Berlin weist in jüngsten medizinsoziologischen Untersuchungen auf die Eigenheiten des Technikeinsatzes im medizinischen Kontext hin. Besonders hervorzuheben ist hierbei die Aufmerksamkeitsverschiebung vom Patienten zur Technik (vgl. von Grote-Jan, Weingarten 1983). Bezüglich der Medizintechnik wiesen bereits Strauss et al (1985) darauf hin, dass Krankenhäuser sehr rasch von der Maschinerie abhängig wurden. Diese Entwicklungen verfehlten jedoch die Bedürfnisse der Kranken; Kritiken bezüglich der Inhumanität und der Fragmentierung der medizinischen Versorgung und der Pflege blieben nicht aus (vgl. Stollberg 2001: 17). Der Einsatz von medizinischer Technologie, besonders unter dem Aspekt der Technisierung des Patientenkörpers führe zur Dehumanisierung der Patientenversorgung (vgl. Schubert 2006b: 83). Durch den Einsatz der Technik wird unmittelbare zwischenmenschliche Interaktion ausgedünnt, was für den Patienten eine Vernachlässigung psychosomatischer Aspekte während seiner Versorgung bedeutet. Von der Öffentlichkeit wird die Forderung nach einer patientenorientierten und nicht fallorientierten, apparativen Medizin immer lauter (vgl. Badura et al 1994). Die Patienten wollen nicht als Krankheitsfall, sondern als Menschen mit körperlichen und seelischen Problemen gesehen werden. Siegrist (1995) stellt fest, dass eine Behandlung kranker Menschen in einem „psychozialen“ Kontext nicht nur das Befinden der Kranken oder ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Ärzten beeinflusst, sondern sich auch auf den Krankheitsverlauf und das Behandlungsergebnis selbst positiv auswirken kann (Siegrist 1995: 2).

Resultierend hat sich innerhalb der Medizinsoziologie die Arzt-Patient-Beziehung zu einer dominierenden Forschungsrichtung entwickelt. Im Folgenden werden die Facetten der Beziehung zwischen Arzt und Patient im medizinischen Setting genauer betrachtet.

2.1. Ärzte und Patienten als Akteure der Medizinsoziologie

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient stellt den Dreh- und Angelpunkt in der medizinischen Diagnostik, Behandlung und Betreuung dar. Die Erforschung der beziehungsausfüllenden interaktiven Vorgänge zwischen Arzt und Patient hat bisher einige hundert empirische Studien in Deutschland hervorgebracht (vgl. Menz et al 2008). Traditionell wird das kommunikative Verhalten von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten untersucht. Hauptgegenstand der Analysen ist das Glücken bzw. Missglücken der Kommunikation (vgl. Kaupen-Haasin 1997: 105).

Bereits Parsons fasste die Arzt-Patient-Beziehung als ein komplementäres Rollengefüge, in dem der Arzt die Leistungs- oder Expertenrolle und der Patient die Publikums oder Laienrolle einnimmt (vgl. Myerscough, Ford 2001: 17, Stollberg 2001: 57). Hauptsächlich führt die unterschiedliche Wissensverteilung der beiden Interaktionspartner dazu, dass der Arzt als Experte Handlungsmacht in der Situation besitzt, der Patient hingegen nur als kranker Laie agiert (vgl. Schuller et al 1992: 119). Diese unterschiedliche Verteilung von Spezialwissen ist ein Produkt der Moderne. Die soziologische Untersuchung der daraus resultierenden Veränderungen, Spannungen und Konflikte zwischen diesen zwei Wissenssystemen ist zentrales Thema der Medizin- und Wissenssoziologie der letzten 50 Jahre⁵.

Es wird zwischen einer Laienkonstruktion und einer professionellen Konstruktion der Krankheit unterschieden (Lachmund, Stollberg 1995: 12). Die Verständigungslücke zwischen der Laienwelt des Patienten und der Welt der Fachleute, der Ärzte, vergrößert sich durch die raschen Fortschritte der naturwissenschaftlichen Kenntnisse fortlaufend (vgl. Dürholz 1993: 6). Trotz alledem sind die Patienten durch die vorherrschende Medialisierung mündiger und wissen sehr wohl über ihre Krankheit und deren Therapiemöglichkeiten bescheid.

2.1.1. Die Arzt-Patient-Beziehung als asymmetrische Beziehung

In den meisten Ländern, so auch in Deutschland, besteht das Prinzip der freien Arztwahl. Damit wird das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt am besten garantiert, das heißt jedoch nicht, dass dieses einfach herzustellen ist (vgl. Völkel 1991: 4).

⁵Die Analyse der Arzt-Patient-Interaktion stellt eine Mischung von Aspekten aus unterschiedlichen Forschungsdisziplinen dar. So sind Aspekte der Medizingeschichte, Soziologie, Psychologie und Sprachwissenschaft bedeutend für das Verständnis des Forschungsgegenstandes (vgl. Stollberg 2001: 55ff).

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist in ihren Dimensionen multifunktional, beeinflusst aber insbesondere die „Compliance“, d.h. die Befolgung von ärztlichen Anweisungen, und damit die therapeutische Komponente (Faller, Hermann 1998: 295).

Aus soziologischer Sicht wird das Zusammentreffen von Arzt und Patient als eine strukturell asymmetrische soziale Beziehung zwischen dem Experten und Laien definiert. Unterschiedliche soziale Rollen bedingen die gesellschaftliche Definitionsmacht des Arztes in seiner Expertenrolle. Er ist zur Diagnosestellung befugt, weil er den Patienten als „krank“ erklären kann und besitzt Verfügungsmacht über den Patienten wenn er die Krankschreibung ausstellt. Funktional-spezifische Kompetenz und Imperative geben ihm in der konkreten Interaktionssituation auch Steuerungsmacht: Er definiert Beginn, Verlauf und Ende des Kontakts. Der Patient nimmt als Laie eine dem Arzt untergeordnete Rolle ein. Er besitzt in seiner Krankenrolle als Hilfesuchender die Verpflichtung zur Inanspruchnahme eines Arztes und zur Befolgung der ärztlichen Anordnungen (Schuller et al. 1992: 103, Siegrist 2005: 251).

Es gibt zusätzliche Bedingungen, die diese Rollenbeziehung verschärfen oder abmildern können. Zu den wichtigsten gehören die organisatorisch-institutionellen Rahmenbedingungen der Arzt-Patient-Beziehung sowie die sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Merkmale der Patienten (Siegrist 2005: 251). Geringes persönliches Engagement der Ärzte im institutionalisierten Krankensystem führt zu erhöhter Unzufriedenheit der Patienten, die häufig zu vermehrter Inanspruchnahme anderer Ärzte innerhalb des Systems führt. Dadurch wird die allgemeine Arbeitslast der Ärzte erhöht und die beschriebenen Distanzierungstechniken verstärken sich (Siegrist 2005: 252).

Der soziokulturelle Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung wird vorwiegend durch die Sprachcodes gesteckt. Ärzte verwenden im Allgemeinen einen elaborierten Sprachcode. Patienten die diesen Sprachcode nicht beherrschen, erfahren im Durchschnitt mehr Erwartungsenttäuschungen bei der Inanspruchnahme des Arztes; ihnen gelingt es weniger gut, ihre Absichten und Informationsbedürfnisse sprachlich angemessen zu artikulieren (Siegrist 2005: 247, 253). Ferber fasst die Sprache des Arztes als technische Sprache auf, die der Student während seines langen medizinischen Studiums erlernt und mit den damit verbundenen Kriterien verinnerlicht und während der Assistenzzeit weiter fixiert werden. Der Patient verwendet in den meisten Fällen eine kommunikative Sprache, in der er seine Beschwerden anbietet, ohne die klinische Systematik zu kennen oder berücksichtigen zu können (Dürholz 1993: 175). Immer wieder wird die fehlende kommunikative Kompetenz der Ärzte beklagt (vgl. Goetz 2005). Siegrist stellt fest, dass sich mit sinkender sozialer Schichtzugehörigkeit der Patienten die Dauer und Konsul-

tation sowie die Zahl der ungefragt und freiwillig gegebenen Informationen von Seiten des Arztes verringern (vgl. Siegrist 2005: 253).

Es wird deutlich, dass die Arzt-Patient-Beziehung durch ihre soziale Asymmetrie nicht frei von kommunikativen Problemen ist, die durch das Rollengefüge noch weiter verstärkt werden.

2.1.2. Die professionelle ärztliche Rolle

Ärzte sehen ihre Rolle in zwei praktischen Aufgaben: Erkrankungen zu diagnostizieren und zu behandeln (vgl. Schuller et al 1992: 103). Die Rolle des Arztes ist dabei die eines versierten Übersetzers: „Das Finden einer gemeinsamen Wirklichkeit ist bei der Betreuung von Patienten mit funktionellen Beschwerden und bei der Betreuung chronisch Kranker von Bedeutung. Die therapeutische Funktion des ärztlichen Gespräches besteht darin, mit Metaphern Brücken zu bauen - Brücken zum Leibverständnis, zum Selbstverständnis und zum Weltverständnis des Patienten. Die Rolle des Arztes bei der Betreuung chronisch Kranker ist mehr die eines Moderators, Motivators und Begleiters“, so Leiß (2007). Die eigentlichen performativen Aspekte ärztlicher Tätigkeit hat Saake (2003: 456) als „Zauberei des Heilens“ bezeichnet. Diese Begrifflichkeit mag insofern irritieren, weil es sich um eine moderne und keine traditionelle professionelle Heilkunst handelt (vgl. Strauss 1980).

Von modernen Ärzten wird erwartet, dass sie das medizinische Gespräch leiten und in der Lage sind, ihren Patienten zu helfen. Wesentliche ärztliche Aufgaben sind die Anamneseerhebung, die Mitteilung von Information über die Krankheit und ihrer Behandlung („Aufklärungspflicht“), die Beratung der Patienten und die Motivation zur Mitarbeit sowie das Aussprechen von Trost und Mitgefühl. Deren Erfüllung hängt von der Bereitschaft und Befähigung zur Kommunikation der Ärzte mit ihren Patienten ab. Leider birgt die Form bisheriger Arbeitsorganisation wie auch die durchschnittliche Ausbildung von Ärzten diesbezüglich deutliche Defizite (vgl. Siegrist 2005: 250). Zum einen lässt die professionelle ärztliche Rolle ein bestimmtes Mitgefühl zu, zum anderen gilt gleichzeitig eine gewisse Förmlichkeit und distanzierte Korrektheit im Verhalten als angemessen. Einer professionellen Beziehung fehlt die Offenheit und Herzlichkeit einer normalen zwischenmenschlichen Begegnung (vgl. Myerscough, Ford 2001: 19). Jaspers (1986: 45) merkt an, dass auch ein autoritärer Umgang des Arztes mit dem Patienten wohl­tätig wirksam sein kann. Auf die Bedeutung des aktiven Zuhörens und die Erkennung aller Botschaften, der verbalen und der körpersprachlichen, wird ausdrücklich hingewiesen. Die Fähigkeit zur Empathie wird als notwendige Brücke zur Erkenntnis

der Gefühle und der Innenwelt des Patienten dargestellt (vgl. Leiß, O. 2007). Die dominierende Kultur, in die der Arzt eingebunden ist und die er in seiner Rolle verkörpert, ist die der Wissenschaft (Lown 2002: 125), nicht die des Psychotherapeuten und Lebenshelfers. Die Domäne der Wissenschaft und der damit verbundene Handlungsanteil der Ärzte werden sich in Zukunft weiter ausweiten. Der „Kunst des Heilens“ (Lown 2002: 125), welche für den vollen Erfolg der Wissenschaft unabdingbar ist, kann der Arzt in seiner Rolle eher weniger nachkommen (ebd.). Die von den Patienten benannten Defizite der kommunikativen Kompetenz auf Seiten der Ärzte beziehen sich auf den mangelhaften Umgang mit den emotionalen Aspekten von Gesundheit und Krankheit, deren Bedeutung für ihre persönlichen Beziehungen und der Angst vor Behinderung, Schmerz, Arbeitslosigkeit oder Tod (vgl. Myerscough, Ford 2001: 15).

2.1.3. Die Rolle des kranken Patienten

Die meisten Menschen, die sich krank fühlen, bitten ihren Arzt um Hilfe, Rat und Beistand. Sie nehmen so eine abhängige Rolle ein. Krankheit ist demütigend und nagt am Selbstwertgefühl. Sie macht die Patienten ganz besonders verwundbar gegenüber den Worten des Arztes, von dem ihre Gesundheit abhängt (vgl. Lown 2002). Erschwerend hinzu kommt, dass der Patient im Behandlungsraum seine normale soziale Rolle und Stellung verliert, er ist beispielsweise nicht mehr Amtsrat sondern nur noch Patient (vgl. Schuller et al. 1992: 79).

Stollberg (o.J.) definiert die Rolle des Patienten in Anlehnung an Goffman als eine Publikumsrolle in dem Sinne, dass sie jeder einnehmen kann. Allerdings führt auch dieser Begriff irre: Im Theater erlebt das Publikum die Performanz der Leistungsrollenträger auf der Bühne. In der Medizin erleben die Inhaber der Publikumsrolle die Performanz der Leistungsrollenträger an ihrem eigenen Körper. Sie sind bisweilen Koproduzenten, Mitspieler im Stück, Mittägige des „trajectories“ (Strauss 1980).

Die gesteigerte Aufklärung, u.a. durch frei zugängliche Informationen in den Medien, erhöht die aktive Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit. Im sozialen Umfeld des Erkrankten mit nicht-professionellen Bezugsgruppen, d.h. in seinem Familien-, Nachbarschafts- und Freundeskreis, findet eine erste Interpretation subjektiver Beschwerden statt. Hier werden Ratschläge für den weiteren Umgang mit der Krankheit erteilt, die dann auch dem Arzt gegenüber thematisiert werden (vgl.: Thoma et al. 1975: 31f). Der Patient bringt in die ärztliche Sprechstunde eine Art Laienkonzept mit, worin sich sehr häufig nicht nur ungefähre Vorstellungen finden, sondern ganz ausgefeilte Krankheitstheorien. Arzt- und Patientenkonzept sind hierbei inkompatibel

(vgl. Zellmann, o.J.: 19). Kranke Menschen wollen heutzutage in Entscheidungen, die ihren Körper und ihr Wohlergehen betreffen, einbezogen werden und während ihrer Behandlung eine aktive Rolle spielen.

2.2. Ärzte und Patienten im Wandel der Zeit

Im Folgenden werden die soziologisch relevanten Facetten der Arzt-Patient-Beziehung beleuchtet, die sich aus dem historischen Wandel ergeben.

Besondere Bedeutung haben hierbei die Faktoren der emotionalen und körperlichen Nähe zum Patienten. Treffend beschreibt Lown (2002) in seiner Einleitung:

„In unserem Zeitalter einer sich rasch entwickelnden Technologie wird leicht vergessen, dass ein ganz wesentliches Element der ärztlichen Betreuung noch von einer Kunst herrührt, die in den allerersten Anfängen der menschlichen Zivilisation entstanden ist. Vor 2500 Jahren wies Hippokrates darauf in: „Manche Patienten werden – obgleich sie sich des Ernstes ihrer Lage bewusst sind – allein schon durch ihr gutes Einvernehmen und die Zufriedenheit mit ihrem Arzt wieder gesund.“ Im 16. Jahrhundert bezog Paracelsus, der große deutsche Arzt jener Zeit, Intuition, die nötig ist, um den Patienten, seinen Körper, seine Krankheit zu verstehen, in die grundlegenden Qualifikationen eines Arztes mit ein. Ein Arzt muss über Wahrnehmungsvermögen wie gutes Zuhören und Tastsinn verfügen und auch dem Unausgesprochenen gegenüber aufmerksam sein, die es ihm ermöglichen, sich in die Befindlichkeit des Patienten einzufühlen. Diese Prinzipien haben keineswegs an Gültigkeit verloren, selbst nicht in unsrem Zeitalter einer stark wissenschaftlich ausgerichteten Medizin. Viele Ärzte praktizieren noch heute nach diesem Vermächtnis.“ (Lown 2002: 1, 22, 25)

So wie die verbale Interaktion im medizinischen Gespräch ein wechselseitiger Prozess ist, werden auch bei der körperlichen Untersuchung Botschaften in beide Richtungen übermittelt. Die Art und Weise, wie der Arzt den Patienten bei einer einfachen Basisuntersuchung wie der Messung des Blutdrucks berührt, übermittelt eine bestimmte Botschaft, die nur dann beruhigend wirken kann, wenn Sensibilität und Umsicht dabei die wichtigsten Grundregeln sind (vgl. Myerscough, Ford 2001: 64). Im Wandel der Zeit hat sich der Anteil von Nähe und Zuwendung vom Arzt zum Patienten verändert.

2.2.1. Traditionelles Arzt-Patient-Verhältnis: Nähe zwischen Arzt und Patient

Der traditionelle Arzt der Moderne bis ins 19. Jahrhundert nahm sich viel Zeit für die „Geschichte der Beschwerde“ seines Patienten. Die um Konsultation bittenden Patienten wurden vom Arzt aufgefordert, möglichst genaue Beschreibungen des Krank-

heitsverlaufes zu liefern (vgl. Horter 1991: 18). Ihm lag viel daran, das Krankheitsbild mit den klassischen Beschreibungen des Hippokrates u.a. zu vergleichen, um zu den Weisheiten der Jahrhunderte Zuflucht zu nehmen. Der Arzt musste eine gewisse psychologische Feinfühligkeit besitzen, er konnte ja nichts anderes für seine Kranken tun. Eine Medikamentenauswahl wie heute gab es nicht (vgl. Horter 1991: 41). Allein sein Prestige gab ihm die Macht, die meist psychosomatischen Krankheiten wirkungsvoll zu behandeln (vgl. Horter 1991: 41). Natürlich gab es im Hinblick auf diese psychologischen Fähigkeiten große Unterschiede zwischen den einzelnen Ärzten. Aber die Tendenz der modernen Konsultation zog das psychosoziale Leben des Patienten mit in Betracht und thematisierte Stress-Faktoren. Der Patient wurde als Ganzes behandelt. Durch die zusätzliche körperliche Berührung des Patienten hatte der Arzt ein Mittel mit dem er wichtige Einblicke in die Krankheit des Patienten gewinnen konnte. Bereits im Mittelalter legten Ärzte ein Ohr auf den Bauch oder den Brustkorb eines Patienten, um Darmgeräusche oder Herzschläge zu lauschen (vgl. Lown 2002: 19).

2.2.2. Ärzte und Patienten in der Postmoderne: Distanzierung durch Technik

1819 stellte der französische Arzt René Laennec ein zusammengerolltes Stück Pappe vor, das später zum Stethoskop wurde und das Arzt-Patient-Verhältnis verändernd prägte. Eine genaue klinische Differenzierung von Brustkrankheiten wurde von nun an möglich. Die Folge des Abhorchens aller möglichen körperlichen Geräusche mit Hilfe des Stethoskops war die Fundierung der Medizin auf einer wissenschaftlichen Basis (Horter 1991: 29). Ab 1850 galt der Arzt als Naturwissenschaftler, als „man of science“ oder Naturforscher (ders.: 40). Folge dieser neuen Biologisierung der medizinischen Tätigkeit war der Verlust der „Patient-als-Person“-Orientierung. Es war dem Arzt nicht mehr therapeutisch nötig, sich um das psychosoziale Leben des Patienten zu kümmern, da jetzt wissenschaftliche Diagnosen und immer mehr wirklich heilbringende Medikamente vorhanden waren. Das Händeanlegen als Ausdruck als Zeichen des „Carings“ war von nun an überflüssig (ders.: 52f). Eine Verbindung des intimen Kontaktes zerriss und wissenschaftlicher Fortschritt und technologische Neuerungen der Postmoderne schränken die enge Konsultation zwischen Arzt und Patient stark ein (ders.: 34). Die Diagnostik geschieht durch immer zahlreicher werdende Apparate und Laboruntersuchungen. Neue Untersuchungsmethoden wie Computer-Tomographie sind viel ergiebiger als das Betasten und die Perkussion. Der Kranke sieht sich nun in einer Welt von Apparaturen, in der er verarbeitet wird, ohne dass er den Sinn der über ihn verhängten Vorgänge versteht. Er sieht sich Ärzten gegenüber, deren keiner sein Arzt ist. Der Arzt selber scheint damit

zum „Techniker“ geworden (vgl. Jaspers 1986: 45). In der inneren Medizin beschränkt er sich bei der Visite auf die Analyse der Labor- und Röntgenergebnisse im Krankenblatt. Die Patienten bewerten diese Entwicklung als medizinische Gleichgültigkeit (vgl. Horter 1991: 48). Die aus den Behandlungstechniken und Medikamenten gewonnene therapeutische Zuversicht lässt das traditionelle Arzt-Patient-Verhältnis überflüssig erscheinen (ders.: 46).

2.2.3. Folgen der Postmoderne

Es gibt keinen Zweifel, dass ein grundsätzlicher Wandel im Verhältnis zwischen Arzt und Patient eingesetzt hat. Besonders die Kommunikation wird von den Patienten häufig als unbefriedigend empfunden (vgl. Myerscough, Ford 2001: 11): „Ein Arzt muss über Wahrnehmungsvermögen und Tastsinn verfügen, die es ihm ermöglichen, sich in die Befindlichkeit des Patienten einzufühlen.“⁶ Diese Prinzipien haben in unserem Zeitalter einer stark wissenschaftlich ausgerichteten Medizin nicht an Gültigkeit verloren, so Bernard Lown (2002: 1). Der Ärztestand hat seine Fähigkeit verloren, Patienten zu beruhigen und ihnen glaubhaft zu machen, sie hätten die gefürchtete „Krankheit X“ nicht. Folge ist ein Vertrauensverlust in den Ärztestand (vgl. Horter 1991: 57). Patienten finden die Massenmedien glaubwürdiger als Ärzte (ders.: 62). Der Einfluss verschiedener Ratgebersendungen im Fernsehen oder das Internet als verfügbare Ressource beeinflusst den Laien-Wissensstand des Patienten und somit das Arzt-Patienten-Verhältnis⁷. Das früher vorwiegend paternalistische System - also auf der einen Seite die Autorität des Arztes, an dessen Anordnungen nicht gerüttelt werden durfte, auf der anderen der passive Patient - hat sich zu einem eher partnerschaftlichen hin verändert. So werden Informations- und Kommunikationstechniken wie E-Mail zunehmend in die Arzt-Patient-Beziehung integriert (Andreassen et al. 2006). Unser Gesundheitssystem zwingt die Patienten in vielen Fällen dazu, ihre Rolle als Partner tatsächlich wahrzunehmen, das heißt, über ihr gesundheitliches Problem und ihre Situation so gut Bescheid zu wissen, dass ein echter Dialog mit dem behandelnden Arzt möglich wird. Ein heutiger Patient ist „mündig“ wenn er ein Mitspracherecht über die optimale Behandlung seiner Krankheit in Anspruch nehmen kann. Patienten informieren sich über die für sie relevanten Therapieformen und deren Nebenwirkungen und suchen sich unter

⁶Die allererste Berührung bei der Begegnung von Arzt und Patient sollte der Händedruck sein – ein Willkommensgruß, eine Geste der Gastfreundschaft und ein Signal der Bereitschaft, jemanden als ein verwandtes menschliches Wesen zu akzeptieren. Für den Arzt ist der Händedruck eine wahre Fundgrube an Informationen. Man könnte eine Abhandlung über den diagnostischen Wert eines Händedrucks schreiben (vgl. Lown 2002: 19).

⁷vgl. zur Gesundheitskommunikationsforschung Fromm 2003.

den Anbietern medizinischer Dienstleistungen die für ihre Bedürfnisse am besten geeigneten aus und bitten um Zustimmung der ausgewählten Behandlung (vgl. van den Brink-Muinen et al 2002).

Die medizinsoziologische Argumentation interpretiert den Wandel der Rolle des Arztes im Allgemeinen als Abkehr von paternalistischen Konzepten zu egalitären Umgangsformen. Während der paternalistische Arzt noch in der Lage war, die Gültigkeit seiner Interpretation der Situation durch Autorität sicherzustellen, werden nun zunehmend konkurrierende Erklärungsmuster sichtbar. Reischle und Hedda (2001) umschreiben den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung in der reflexiven Moderne nach Giddens - dabei spielt vor allem die Fehlbarkeit und Kurzlebigkeit von Expertenwissen eine Rolle. Laien müssen sich für eine Expertenmeinung unter vielen entscheiden. Durch Kontrollmechanismen wird versucht, die Sicherheit zu erhöhen und Bildung von aktivem Vertrauen zu ermöglichen (vgl. Reischle, Hedda 2001).

Schwerpunkte der bisherigen Ausführungen zu einer Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung sind die Kommunikation und Interaktion sowie die Erörterung von Konflikten und klinischer Entscheidungsfindung. In der modernen, hochspezialisierten und technisierten Medizin geht auch ein bedeutender Einfluss des instrumentellen Handelns des Arztes auf den Patienten aus. Instrumentell meint ein Handeln, das in seinem Ablauf am Einsatz technischer Geräte oder Apparaturen orientiert ist und von dessen Einsatz wesentlich bestimmt wird. Instrumentelles Handeln zeichnet sich durch hohe Zweckrationalität, in der Regel auch durch hohe Qualifikationsanforderungen an den Ausübenden, sowie durch tendenziell hohe Manipulation des Objektes aus, zu dem der Patient durch die angewandten Verfahren gemacht wird (Lown 2002: 269). Eingeengter Spielraum für Kommunikation, Vereinnahmung des Patienten durch die Technik, Dominanz von Anweisung und Kontrolle und hohe Konzentration sowie mehrgleisige Aufmerksamkeit auf Seiten des Arztes kennzeichnen den medizinischen Arbeitsprozess in zunehmendem Maße (ders.: 270). In diesem Zusammenhang wird von einem Dilemma zwischen instrumentellem und kommunikativem Handeln gesprochen. Ein großes Kommunikationshindernis ist die entstandene Zeitknappheit. Zwar lässt sich kaum vermeiden, dass der meist eng gesteckte Zeitplan auf den Gesprächsverlauf Einfluss nimmt, doch sollte der ärztliche Gesprächsstil auf keinen Fall von Zeitdruck geprägt sein (Myerscough, Ford 2001: 83). Personenbezogenen, individualisierenden Leistungen der Zuwendung müssen sich heute immer schwerer gegen den Strom der Routinebildung durchsetzen (vgl. Siegrist 1995: 13). Zwischen der Patientenerwartung an persönlicher Zuwendung und Hilfestellung sowie den ärztlichen Handlungsrouninen, die sich an Ökonomisierung

von Zeit und Energie ausrichten, wird es immer einen Konflikt geben. Je mehr die Behandlung von Patienten durch bürokratische Organisationen geregelt und durchgeführt wird und um so mehr die ärztlichen Arbeitsorganisation auf eine maximale Auslastung von Geräten abzielt, desto größer sind die Gefahren weitreichender Enttäuschungen darüber, zum Gegenstand unpersönlicher Verfahren geworden zu sein (Lown 2002: 21). Mit normalem Verschleiß mentaler Fähigkeiten des Arztes und dem technischen bzw. organisatorischen Wandel allein ist das Phänomen nicht zu erklären. Schon weit besser damit, dass der Arzt in der zunehmenden Single-Gemeinschaft und bei weitestgehender Ausgrenzung der „Alten“ in die Rolle des Seelsorgers und Sozialarbeiters gerät und Anlaufstelle jeglicher Missbefindlichkeit und Irritation wird, ohne Rücksicht darauf, dass weder genug Sprechstundenzeit noch adäquate Gebührenpositionen zur Verfügung stehen, um ein gesellschaftspolitisches Problem jenseits ärztlicher Machbarkeit zu lösen. In der heutigen Zeit folgt die Arztpraxis aber auch Gesetzen des freien Marktes, um bei zunehmenden Konkurrenten „am Kunden“ zu bleiben. Bei sichtbar wachsender Arztdichte, wo der ärztliche Mitbewerber nur ein paar Häuser weiter sitzt, herrschen oft harte Gesetze und in gewisser Weise auch natürlich die Marktmechanismen von Angebot und Nachfrage, so dass sich Gesundheitseinrichtungen vermehrt der Kundenmeinung widmen (vgl. Zellmann o.J.: 51). So gibt es mittlerweile die spezialisiertesten Allgemeinärzte: mit besonderer Orientierung auf HIV-Patienten, auf Vegetarier oder – besonders beliebt – mit homöopathischer und naturheilkundlicher Qualifikation.

Warum ist die Hervorhebung der psychologischen Seite bei der Konsultation so wichtig, da wir doch wirksame Heilmittel besitzen und kranke Menschen wirklich heilen können? (vgl. Wolfram 2002) – „Sie ist es, weil ein bis zwei Drittel aller in der Primärpflege auftauchenden Patienten psychosomatisch sind. [...] Somatisierenden ist oft mit der Katharsis einer weitschweifenden Anamnese (sich aussprechen lassen) sehr geholfen. Das wird aber in der Postmoderne nicht mehr geduldet. [...] In der Regel laufen diese Patienten von Arzt zu Arzt, in der Hoffnung, jemanden zu finden, der sie wirklich „versteh“, so Horter (1991: 61). Alternative Medizin und Bäderheilkunde an Kurorten sind oft die einzigen Auswege (ders.: 55). Die Förderung der Gesundheit, die dem Reflexivwert des Systems der Krankenversorgung entspricht, wird den Gesundheitswissenschaften und auf der professionellen Ebene überwiegend den Nicht-Ärzten überlassen. Reflexive Mediziner (vgl. Hitzler, Pfadenhauer 1999) bleiben eher die Ausnahme.

3. Zahnmedizin unter sozialwissenschaftlichem Blickwinkel

Der Besuch des Kranken in der Zahnarztpraxis ist eine Entwicklung der Zeit. An die Stelle der früheren Zahnextraktion, die meistens flüchtig auf den Marktplätzen vorgenommen wurde und mit einem kurzen intensiven Schmerz verbunden war, trat im Laufe der letzten Jahrhunderte der oft sehr lange andauernde Bohrschmerz in den Zahnarztpraxen. Diesen zu ertragen, hilft dem Patienten der Traum von ewiger Jugend und Schönheit mit dem dazugehörigen makellosen Gebiss (vgl. Horter 1991: 54).

Der lange Aufenthalt beim Zahnarzt ist nach Goffman (1996) wichtig, um die Voraussetzungen für den Eindruck aufzupolieren, den der Mensch auf der Bühne der Gesellschaft machen muss oder machen möchte. An der äußerlichen Zahnbeschaffenheit kann die Schichtzugehörigkeit erkannt werden. Schnell wird hier deutlich, dass zahnmedizinische Problembereiche, die den einzelnen Patienten betreffen, wie die Zahngesundheitsförderung, Angst und Schmerz in einem sozialen Kontext stehen. Makrosoziologisch festhalten lässt sich, dass sich Patient-, Zahnarzt-, Versorgungs- und Finanzierungssystem in einem dynamischen Prozess der gegenseitigen Beeinflussung befinden (Schuller et al 1989: 13).

Die Forschungsfragen der Dentalsoziologie reichen von Problemen des Sozialstaats, in den der Zahnarzt eingebettet ist, bis hin zu Problemen des sich rapide wandelnden Krankheitspanoramas, die ihrerseits vermittelt sind über Probleme der Arbeitsteiligkeit und der Praxisorganisation. Es leuchtet ein, dass diese Situation nicht ohne Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung sein kann. Um zu einem ausgewogenen und für alle Seiten positiven Arzt-Patient-Verhältnis zu gelangen, ist es notwendig, soziologische Probleme, die beim Zahnarzt auftauchen, zu untersuchen (vgl. Krahl, Schmelz 1989). Von besonderem Interesse ist hierbei die Arbeit des Zahnarztes in einem der intimsten Körperbereiche des Patienten. Die Kunst besteht darin, einen Patienten erfolgreich zu behandeln, der schlechtesten Falls um keine weitere Ablenkung auf dem Zahnarztstuhl weiß, als sich ängstliche Gedanken zum eventuell gleich eintreffenden Schmerz zu machen. Der Beruf des Zahnarztes im Spannungsfeld von Ökonomie, Technik und Patientenzufriedenheit ist folglich kein leichter. Studien bestätigten unlängst, dass die Patientenzufriedenheit einen direkten Einfluss auf die Verbesserung der objektiven Zahngesundheit aufweist (vgl. Schuller, Witt 1989: 15f, Zimmerman 1988).

3.1. Die Geschichte der Zahnmedizin: Aberglaube, Zahnreißer und Wissenschaft

Seit Beginn unserer Zeitrechnung sind Zahnschmerzen sicher bekannt. Die Leiden wurden zu früheren Zeiten versucht mit primitiven, abergläubischen Mitteln und Zeremonien zu bekämpfen ohne über Ursachen der Zahnschmerzen im Klaren zu sein. Entweder führten die Menschen ihre Zahnschmerzen auf einen „bohrenden Wurm“ im Inneren des Zahnes zurück, oder vermuteten den Grund in „schädlichen Säften“ innerhalb des Körpers (Gabka 1970: 61).

Bereits im Mittelalter hatten sich die europäischen Barbierärzte auf Zahnbehandlungen spezialisiert. Die Anfänge der Zahnbehandlung sind durch Extraktionen gekennzeichnet, die zunächst durch wandernde Zahnreißer öffentlich, meist auf dem Marktplatz, vorgenommen wurden. In anderen Fällen kam der Arzt, der auch Zähne ziehen konnte oder musste, als Leib- oder Hausarzt zu den Kranken nach Hause (Hortor 1991: 55). Erst im 18. Jahrhundert gelang der Zahnheilkunde ihr Durchbruch zur selbständigen Wissenschaft, die sich auf solide rationale und wissenschaftliche Prinzipien gründete und nicht länger im Sumpf von Aberglauben und Unwissenheit steckte (vgl. Ring 1997: 8). Dabei erwarb sich vor allem Pierre Fauchard (1690-1762), Zahnarzt in Paris, große Verdienste. Er schrieb das erste umfassende Lehrbuch der Zahnheilkunde, „Le chirurgien dentiste“ (vgl. Baur 1989: 12).

Auch heute noch wird gegen die negativen Assoziationen zahnärztlicher Behandlungen vergangener Zeiten angekämpft. Nur ein historischer Rückblick auf die Entwicklung der zahnärztlichen Kunst bis zum heutigen Stand kann dabei helfen, diese Ängste zu erhellen.

3.1.1. Historische Anfänge bis zum Ende des 18. Jahrhunderts

Die Zahnmedizin machte in ihrer Anfangszeit nicht gerade wissenschaftliche Fortschritte. Sie steht in ihrer langen historischen Entwicklung deutlich im Zeichen des Rückgriffs auf das Wissen der mediterranen Antike und der arabischen Medizin. Viele Therapieansätze trugen auch Merkmale des Aberglaubens.

Hildegard von Bingen (1098-1179) glaubte an die Existenz von Zahnwürmern. Sie vertrat die Auffassung, es entstünden in den Zähnen Würmer, wenn zu wenige Spülungen mit kaltem Wasser betrieben wurden; so schwelle das Zahnfleisch an und der Mensch habe Schmerzen. Gegen Zahnwürmer wurde von ihr das Ausräuchern mit Kräutermischungen empfohlen (vgl. Will 2001: 121, Baur 1989: 20).

Einen speziellen Zahnarzt gab es nicht. Jeder konnte diese Tätigkeit verrichten: Schmie-

de, Barbieri, Apotheker, Quacksalber und „gute alte Frauen“. Diese Umstände waren bis weit in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts anzutreffen (vgl. Will 2001: 164). Im Mittelalter war die Zahnmedizin ein Anhängsel der akademisch gelehrten Chirurgie und keine selbständige Schulmedizin, die dem Wissen ihrer Zeit entsprach und weiterhin von Schmieden, Badern, Barbieren und Zahnbrechern ausgeübt wurde. Bei der letztgenannten Gruppe handelt es sich meist um vagabundierende Scharlatane mit geringen medizinischen oder zahnmedizinischen Kenntnissen. Sie betrieben die Geschäfte ihrer „Schau-Behandlungen“ öffentlich auf Märkten um für ihre „Künste“ Werbung zu machen. Die Auftritte mit Musikanten, Harlekinen und Komödianten hatten zum Teil einen ablenkenden psychologischen Effekt, um die panische Angst der Patienten zu verdrängen (vgl. ders.: 139, 155). Frühe Zahnextraktionen glichen eher einer Tortur mit barbarisch aussehenden Instrumenten (Hillam 1990: 13). Wegen des Fehlens jeglicher Anästhesie hätte der Zahnarzt ohne die gehörige Portion „Showbusiness“ nicht arbeiten können. Auf Bildern der Zeit wird deutlich, wie viel Mühe damals auf diese Art der Überzeugungskraft als Ablenkungsmanöver für die schmerzgeplagten Patienten verwandt wurde (vgl. Scheuble 1994: 3). Die Wundchirurgen hingegen verwiesen auf die Schnapsflasche, später benutzten sie Opium.

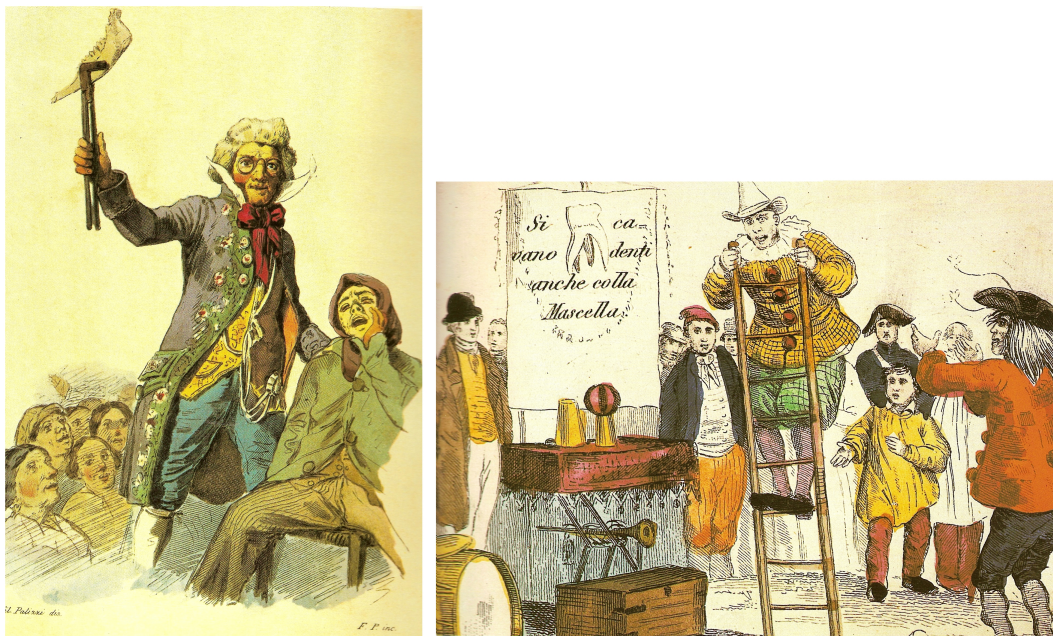


Abbildung 1: Zahnbrecher auf Marktplätzen (Eckard 1998)

3.1.2. Zahnmedizin im 19. Jahrhundert

1846 betäubte der Amerikaner William Thomas Green Morton seine Patienten mit Äther. Es ist das erste Mal, dass ein Dentist das Gas zu medizinischen Zwecken benutzt. Die Einführung der Anästhesie war die bedeutendste Erfindung in der Zahnheilkunde. Neben Äther wurden im 19. Jahrhundert auch Lachgas und Chloroform verwendet (vgl. Hillam 1990: 27). Zu dieser Zeit wurden Zahnbehandlungen auf vier unterschiedliche Arten durchgeführt, diese wiesen große Qualitätsunterschiede auf. Auf der untersten Stufe stand die Selbstbehandlung. Damals verließen sich die Menschen vor allem auf sich selbst. Die Zahnbehandlung wurde zu Hause praktiziert. Volkstümliche Bücher mit Hausmitteln und Almanachs lieferten vielfältige Ratschläge, aber die Ergebnisse dürften den Erwartungen oft nicht entsprochen haben. Nur wenige hatten den Mut, die Zahnzange zu nehmen und sich bei einem schmerzenden Zahn ans Werk zu machen. Die meisten Leute wandten sich daher an den ortsansässigen Arzt, zu dessen Fähigkeiten einfaches Zahnziehen, die Arbeit mit der Lanzette und der Aderlaß zählten. Es gab natürlich auch Spezialisten, die Zahnheilkunde hauptberuflich ausübten. Einige hatten ihre Lehrjahre bei einem etablierten Zahnarzt verbracht um danach eine eigene Praxis zu eröffnen. Bis etwa 1850 waren nahezu alle bekannten Dentisten praktische Ärzte, die Zahnheilkunde der Allgemeinmedizin als Beruf vorgezogen hatten. Und natürlich gab es noch immer die fahrenden Ärzte, die Zähne zogen, Zahnpulver und andere Spezialmittel verkauften und hin und wieder kariöse Zähne mit fragwürdigen Materialien füllten. Sie hatten alle, wenn überhaupt, nur eine schlechte Ausbildung (vgl. Ring 1997: 203).

3.1.3. Die Zahnmedizin professionalisiert sich

Von Beginn des 19. Jahrhunderts an hat die Zahnheilkunde unter schwerer Schizophrenie gelitten. Einige ihrer Vertreter sahen sie als Zweig der Medizin an, andere als separaten und unabhängigen Wissenschaftsbereich (vgl. Ring 1997: 284). Die von soziologischer Sicht ausgehende Professionalisierungsdiskussion der deutschen Zahnärzteschaft wird von Dominik Gross (1994) in „Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919)“ behandelt. Das Fehlen einheitlicher Prüfungsanforderungen, eine nichtakademische und in weiten Teilen unzureichende Ausbildung, eine geringe soziale Geltung, ein kaum ausgeprägtes zahnhygienisches Bewusstsein in der Bevölkerung und die begrenzte Nachfrage nach zahnärztlicher Behandlung ließen noch um die Mitte des vorigen Jahrhunderts die Zukunft der Zahnärzte nicht sehr vielversprechend erscheinen (vgl. Groß 1994: 375).

Wenn sich auch die ersten Anzeichen eines wissenschaftlichen Charakters schon im

18. Jahrhundert bemerkbar machten – vor allem durch Fauchard und Pfaff, so erschien erst 1825 in Preußen die erste zahnärztliche Prüfungsordnung als äußeres Zeichen dafür, dass die Zahnärzte als Heilpersonen neben den Ärzten als selbständige Berufsgruppe anerkannt wurden (vgl. Gabka 1970: 59). Die Professionalisierung der Zahnärzte hebt sich in mancher Hinsicht vom Aufstieg der Ärzte zur Profession ab. Der Rückgang des ärztlichen Einflusses auf die Zahnheilkunde war letztlich eingebettet in den gesellschaftlichen Prozess der zunehmenden Verwissenschaftlichung und damit ein Zeichen der Zeit. Zudem führten die allmähliche Akademisierung der Zahnheilkunde sowie die Einführung eines speziellen Dokortitels faktisch zu einer annähernden sozialen Gleichstellung von Zahnärzten und Ärzten (vgl. Groß 1994: 380). Berufspolitische Gesetze und Vereinsgründungen von Seiten der praktizierenden Zahnärzte unterstützten diesen Prozess. Eine Erweiterung des zahnärztlichen Berufsmarktes unter dem Einfluss steigenden wissenschaftlichen Fortschritts und gesellschaftlichen Wandels sowie der Einfluss des Krankenkassenwesens trieb die berufliche Entwicklung von Dentisten zum heutigen Stand. Der erreichte Stand der Anästhesie bietet die bisher umfassendste und schonendste Schmerzabklärung seit ihrer Einführung in der Zahnheilkunde (Küver 1992: 38).

3.2. Dentalsoziologie: Zahnmedizin in den Sozialwissenschaften

Der Gesundheitszustand bzw. die Anzahl und die Art der zu behandelnden oralen Erkrankungen ist multikausal und sozial bestimmt, dazu gehören die Selbstwahrnehmung der Zahngesundheit, das Wissen um die Möglichkeit der Entstehung von Zahnkrankheiten und deren Verhütung, die durch die soziale Umwelt vermittelte Einstellung gegenüber privaten Maßnahmen und schließlich das tatsächlich vorgenommene Mundhygieneverhalten selbst (Schneller 1989: 40).

Während in Deutschland die „Dentalsoziologie“ das mehr oder weniger esoterische Interesse einiger weniger darstellt (vgl. Nippert 1986), hat die sozialwissenschaftliche Erforschung der Zahnärzte und Zahnarztpraxen u.a. in den USA den qualitativen Sprung zu einer anerkannten Disziplin längst hinter sich⁸. Das Interesse der Zahnmedizin an den Sozialwissenschaften, aber auch das der Soziologen an der Zahnmedizin ist gering. In der Bundesrepublik Deutschland wird Zahnmedizin überwiegend als operatives Fach gesehen, in dem der Zahnarzt kurativ reparierend eingreift, während in anderen Industrienationen die Primärprävention und auch die Verlagerung von Tätigkeiten auf Hilfspersonal zugenommen haben. Aufgrund der internationalen Entwicklung erwartet

⁸Einen historischen Überblick über Zahnmedizin und Sozialwissenschaften liefern der Amerikaner Lois K. Cohen (1981) und Peter Davis (1981).

Nippert (1986) eine baldige Integration der Dentalsoziologie in die zahnmedizinische Ausbildung; die entsprechenden personellen Ressourcen sollten rechtzeitig herausgebildet werden.

Die Forschungsfragen der Dentalsoziologen reichen von Problemen des Sozialstaats, in den der Zahnarzt eingebettet ist, bis hin zu Problemen des sich rapide wandelnden Krankheitspanoramas, die ihrerseits vermittelt sind über Probleme der Arbeitsteiligkeit und der Praxisorganisation. Es leuchtet ein, dass diese Situation nicht ohne Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung sein kann. Patient-, Zahnarzt-, Versorgungs- und Finanzierungssystem befinden sich in einem dynamischen Prozess der gegenseitigen Beeinflussung (Schuller et al 1989: 13). Das Patientenverhalten spielt hierbei eine besondere Rolle, einschließlich der Angst vor dem Zahnarzt und dem empfundenen Schmerz bei der Behandlung (Schuller et al. 1989: 7). Auch der Zahnarzt von heute befindet sich im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach möglichst hoher zeitlicher Ökonomie und der Forderung nach patientengerechter Behandlung (ders.: 15).

Die Relevanz soziologischer Beobachtung wird praktisch verwendbar bei der Beratung der Steuerung von Entwicklungs- und Veränderungsprozessen auf der Ebene der Organisation als Organisations-Entwicklung, aber auch auf der Makroebene als Steuerung und Selbst-Steuerung sozialer Reformen und gesellschaftlicher Transformation, Qualitätssicherung – ja bis zur Frage, wie die paritätische Finanzierung der Kassenbeiträge zukünftig gestaltet werden soll (vgl. Pankoke 2007: 58, Trojan, Döhner 2002: 43).

3.2.1. Zahnmedizin und makroökonomische Entwicklungen

Gegenwärtig sieht sich vor allem der selbständig tätige Zahnarzt einem steigenden wirtschaftlichen Druck sowie zunehmender Konkurrenz ausgesetzt. Bei der Zahnärztdichte in der Bundesrepublik Deutschland kann derzeit von einem Verhältnis *Zahnarzt : Einwohner entspricht 1 : 1700* ausgegangen werden. Die Zahl der Zahnärzte wird sich allerdings in naher Zukunft erheblich vergrößern, was das Verhältnis von Bedarf und Nachfrage deutlich verändern wird (vgl. Schuller et al 1989: 61). Wenn sich auch in Deutschland der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) prognostizierte Trend zur Kariesreduktion einstellen sollte, so ist besonders unter der Zunahme der Zahnarztzahlen mit einer künftigen Überversorgung zu rechnen, was zu einem Konkurrenzkampf grade unter den jungen Zahnärzten führen könnte (vgl. Hanedoes 1986, Schuller et al. 1989: 13, Bägrie 1986, Funk et al 2007). Die zahnärztliche Versorgung in den Industrieländern befindet sich zurzeit in einer Umbruchsituation, ein Überschuss an zahnärztlicher Behandlungskapazität beginne sich deutlich abzuzeichnen. In der Ver-

gangenheit sind als Reaktion auf hohe Erkrankungsraten die zahnärztlichen Versorgungskapazitäten ausgedehnt worden. Zukünftig käme es auf „[...] eine Konsolidierung, wenn nicht auf eine Schrumpfung der Behandlungskapazität an.“ (o.A. 1986).

3.2.2. Sozialstrukturelle Faktoren: Die Mesoebene

Zahnverhältnisse und Sozialstruktur stehen im direkten Verhältnis zueinander. Zahnkrankheiten sind typisch für viele chronische Krankheiten, weil sie durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst werden. Sie lassen sich weitgehend verhüten, beginnen langsam und sind reversibel (vgl. Schuller et al 1989: 82). An keinem anderen äußerlichen Merkmal ist besser die Schichtzugehörigkeit zu erkennen, selbst in schönen Kleidern ist sie schwer zu verstecken. Körperliche Merkmale wie schlechte Zähne führen nach Einschätzung des Kasseler Soziologen Heinz Bude zunehmend zur Ausgrenzung in der Gesellschaft. „Das äußere Erscheinungsbild wird immer wichtiger, auch in Berufen oder Gesellschaftsgruppen, die damit bislang nichts zu tun hatten.“ (Bude 2006, zit. nach dpa) Es wird zunehmend auf ein „ansprechendes Äußeres“ geachtet (ebd.).

Die Inanspruchnahme allgemeiner zahnmedizinischer Leistungen wird durch sozioökonomische und soziokulturelle Variablen beeinflusst, so Gift (1989). Dazu zählen prädisponierende Faktoren wie z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Lebensstil, Bildung⁹ und die ethnische Zugehörigkeit. Faktoren wie z.B. Einkommen, Versicherungsart, Verfügbarkeit der Leistungen und den subjektiv empfundenen Bedarf, also das Behandlungsbedürfnis bestimmen die Nachfrage an zahnmedizinischen Leistungen. So erkennen Angehörige der Unterschichten Symptome weniger leicht, worin sich deren Bildungsstand sowie ihr subkulturelles Wertesystem widerspiegeln (Gift 1989: 98). Die andere wichtige Gruppe von Einflussfaktoren, die eine Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen bestimmen, sind die Kontext-Merkmale. Darunter werden jene Variablen verstanden, die entscheidend für die Möglichkeit des Einzelnen sind, medizinische Versorgung auch zu bekommen. Kann der potentielle Patient mit den ihm zur Verfügung stehenden Verkehrsmitteln eine zahnärztliche Praxis erreichen? Verfügt er über ein Einkommen? Muss er immer dann arbeiten, wenn der Zahnarzt Sprechstunde hat? Alle Faktoren dieser Art bestimmen die Inanspruchnahme von Leistungen generell oder von konkreten Leistungen, die möglicherweise zeitraubend oder teuer sind (ders.: 88). Zusätzlich bestimmen die jeweiligen Erfahrungen der Patienten mit ihren Zahnärzten die Bereitschaft, zahnmedizinische Behandlungen nachzufragen (ders.: 92).

Durch sozialwissenschaftliche Untersuchungen kann zuverlässig festgestellt werden, wel-

⁹Generell nimmt die Inanspruchnahme mit steigendem Bildungsniveau zu (Gift 1989: 100.)

che Maßnahmen für unterversorgte Bevölkerungsgruppen entwickelt und angeboten werden müssen (Schneller 1989: 42).

3.2.3. Das Zahnarzt-Patient-Verhältnis als asymmetrische Beziehung: Mikrostudien in der Zahnarztpraxis

Um zu einem ausgewogenen und für alle Seiten positiven Arzt-Patient-Verhältnis zu gelangen, ist es notwendig, soziologische Probleme, wie die Arzt-Patient-Beziehung zu betrachten (vgl. Krahl Schmelz 1989). Zur Untersuchung der Arzt-Patient-Beziehung in der Medizin und Zahnmedizin sind einige Studien bekannt (vgl. Seltrecht 2002).

Basenheart (1975) untersuchte die unterschiedlichen Anteile verbaler und der non-verbaler Kommunikation in der Zahnarzt-Patient-Beziehung. Nur etwa 35% des Gesprächsinhaltes werden über das Verbale, aber 65% über das Nonverbale vermittelt. Zu diesem Bereich gehören Körper- und Augenbewegungen, Gestik, Mimik, Qualität und Schnelligkeit der Sprache und der Umgang mit der Räumlichkeit, also der Proxemik (vgl. Ruhna 1994: 41).

Eine Zahnarzt-Patient-Beziehung wird nach Buddenberg (1980) im Wesentlichen durch drei sich wechselseitig beeinflussende Faktoren bestimmt: dem Patienten (mit seiner Persönlichkeit, seiner Krankheit und seinem Krankheitsbild), dem Zahnarzt (seiner Persönlichkeit, seinem Krankheitsverständnis, seiner Berufsmotivation) und der sich entfaltenden Interaktion zwischen den beiden (vgl. Krahl, Schmelz, 1989). Die subjektive Seite dieser Beziehung basiert einerseits auf der Anerkennung und Akzeptanz der Arztpersönlichkeit durch den Patienten und ist zum Teil abhängig von Erscheinungsbild, Mimik, Ausdruck und den verbalsuggestiven Fähigkeiten des Behandelnden. Andererseits basiert die Arzt-Patienten-Beziehung auf der individuellen Einbeziehung der Persönlichkeit des Patienten in den Behandlungsprozess durch den Arzt (vgl. Schmidmaier 1990: 16f).

Fresser (1992) weist darauf hin, dass der Behandlungserfolg nicht nur von der psychologischen Komponente abhängt, sondern auch von der technischen. Je technisierter die Zahnmedizin wird („Apparatemedizin“), desto mehr kann der Patient sich hilflos ausgeliefert fühlen (Hortner 1991: 54). Das kommt schon allein durch die Tatsache zum Ausdruck, dass der Patient im Liegen behandelt werden muss, was die asymmetrische Beziehung zum Zahnarzt verstärkt (vgl. Coleman, Burton 1985).

Der Patient kommt zum Zahnarzt als Hilfe- oder Ratsuchender, als Nachfrager. Ihm tritt der Zahnarzt als Fachmann mit all seinem Wissen und Können, als kompetente Autorität mit einem deutlich größerem Redeanteil gegenüber (Hortner 1991: 53; vgl.

auch zur Zahnarzt-Patient-Beziehung: Sondell, Söderfeldt 1997). Die Medizinsoziologie spricht hier von einer strukturellen Perspektivendifferenz, was u.a. beinhaltet, dass der Zahnarzt als Professioneller, als Überlegender eine besondere Verantwortung für die Beziehungsgestaltung trägt (Horter 1991: 54). Diese ist in der täglichen Umsetzung auf Grund von sich verhärtenden Kommunikationsbarrieren gefährdet. Im Laufe der Berufstätigkeit kann ein Zahnarzt allgemeine Einstellungen zum Patienten entwickeln. Es entstehen typisierte Kommunikationsabläufe. Dabei kann der Zahnarzt der Individualität des einzelnen Patienten nicht genügend Rechnung tragen (vgl. Löpeltmann 1987: 33).

3.3. Ein Besuch beim Zahnarzt - wie er normaler Weise abläuft

„Viele Patienten haben Angstgedanken in der Nacht. Sie schleppen sich mit letzter Kraft in die Praxis, dann sitzt da einer, der nur komisch guckt und man hört ein undefinierbares Bohreräusch aus dem Behandlungsraum.“
(Inge Alberts)

Der Zahnarztbesuch ist für die meisten Menschen immer noch ein sehr unangenehmes Ereignis. Schon der Gedanke an die bevorstehende Behandlung oder sogar schlechter Schlaf in der Nacht vor dem Termin belasten viele Patienten (vgl. Schmierer 2001: 626). Ausgelöst werden diese Angstreaktionen durch frühere Erfahrungen beim (Zahn-)Arzt, die durch Vorstellungsbilder geradezu mittelalterlicher Horrorszenarien verstärkt werden. Es genügen die mitgebrachten Fantasien, selbst die sanfteste Behandlung zum Stress werden zu lassen. Auch ohne entsprechende Ängste ist die Situation unangenehm, mit weit geöffnetem Mund dazuliegen und einem fremden Menschen ausgeliefert zu sein, der so nahe herankommt, dass sein Atem hörbar und sein Geruch wahrnehmbar ist. Aufgrund mangelnder visueller Ablenkungsmöglichkeiten wird der liegende Patient seine Aufmerksamkeit noch stärker auf die Behandlung konzentrieren (Küver 1992: 67). Deshalb sind Zahnärzte ständig mit bewusstem oder unbewusstem Ablehnungsverhalten konfrontiert. Dieses „hoffentlich tun sie mir nicht weh“, das Hochdrehen der Schulter, das Anspannen der Lippen sind nonverbale Signale der Patienten, mit denen sie eigentlich sagen wollen: „Ich hasse es, dass ich zu ihnen kommen muss, ich habe Angst und hoffentlich sind sie bald fertig und ich überlebe diese Tortur.“ Eine klassische Anekdote lässt sich an dieser Stelle einbringen: „Der Patient bekommt eine lokale Anästhesie gespritzt und hat trotzdem Schmerzen bei der Behandlung des Zahnes. Als er die Praxis verlässt, spürt er wie die Spritze wirkt und der anästhesierte Bereich taub wird. Die Erleichterung, es hinter sich gebracht zu haben, begünstigen eine Öffnung

der Gefäße und die damit verbundene Wirkung des Schmerzmittels“, so die Zahnärztin Ute Neumann-Dahm auf der 15. Hypnosetagung der DGZH.

Der Zahnarzt kann diese Umstände übergehen, durch Professionalität verdrängen, er wird sie dennoch im ganzen Körper spüren: Mit dem Hochgehen der Schulter des Patienten geht auch seine Schulter hoch, Anspannung wird übertragen, der Patient bemerkt diese Steigerung der Anspannung und reagiert mit noch mehr Spannung. Ein Teufelskreis, der zu kleinen Ringkämpfen führt, die eine schonende und präzise Behandlung unmöglich machen. Der Patient entflieht erleichtert nach der Behandlung aus der Zahnarztpraxis, der Zahnarzt spürt seinen Rücken und klagt über zunehmenden Stress (DGZH Pressemappe: 13).

Die zahnärztliche Tätigkeit ist körperlich anspruchsvoll. Huppmann und Windels (1990) untersuchen Problemfelder der praktizierenden Zahnärzte, wie Arbeitszufriedenheit und Berufsschwierigkeiten, die der Beruf mit sich bringt. Die berufstypischen Belastungen und Beanspruchungen des Bewegungs- und Stützapparates des behandelnd tätigen Zahnarztes wurden von Rohmert et al. (1986) herausgearbeitet. Die Ergebnisse sind eindeutig: Über 60% der Zahnärzte empfinden die eigene Tätigkeit im Vergleich zu anderen Berufen als besonders stressintensiv und die Behandlung ängstlicher Patienten als den intensivsten Stressfaktor in ihrer zahnärztlichen Praxisroutine. Im Rahmen einer deutschen Studie zum Thema „Stressmanagement“ gaben 81% der befragten Zahnärzte an, dass sie der tägliche Umgang mit Angstpatienten belaste (vgl. Hermes, Rauch 2009).

3.3.1. Der ideale Zahnarzt: Ein schwerer Beruf

Zwischen Karies und Mundgeruch bewegt sich viele Stunden am Tag ein höchst differenzierter medizinischer Fachmann, dem Perfektion mit Genauigkeiten im Hundertstelmillimeterbereich abverlangt wird: Der Zahnarzt. Löpelmann (1987) beschreibt den idealen Zahnarzt folgendermaßen:

„Der Zahnarzt hat sich nicht nur mit seinem Gerät und seinen Behandlungsmethoden der neuen Zeit angepasst. Er kann auf modernste Erkenntnisse der Medizin und der angewandten Psychologie zurückgreifen und wird die Ängste und Schmerzen seiner Patienten vor der Behandlung kennen und berücksichtigen. Die Persönlichkeit des Zahnkranken findet stärkere Beachtung, er wird weder zum Schauobjekt noch wird er bloßgestellt. Einige der früher vorhandenen Ansatzpunkte für Lächerlichkeit seiner hilflosen Lage entfallen damit.“ (Löpelmann 1987: 5)

Die Holländer van Groenestijn et al. (1980) haben herausgefunden, dass fachliches Können, die Fähigkeit, den Patienten zu beruhigen und Freundlichkeit als positive

Eigenschaften des Zahnarztes den höchsten Stellenwert aufweisen. Hohe Behandlungskosten, Rauheit und Schmerzen sind demgegenüber die drei am häufigsten genannten negativen Vorkommnisse beim Zahnarzt.

Das Studium der Zahnmedizin trägt den psychologischen Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung jedoch nur in sehr geringem Umfang Rechnung, sodass sich viele Zahnärzte gerade in schwierigen Gesprächssituationen mit Patienten als unzureichend ausgerüstet fühlen¹⁰.

Es ist eine große Herausforderung für den Zahnarzt im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach möglichst hoher zeitlicher Ökonomie und der Forderung nach dennoch patientengerechter Behandlung standzuhalten (Schuller, Witt 1989: 15f). Um wettbewerbsfähig bleiben zu können, muss die Praxis ausgelastet sein, das heisst, es ist täglich eine möglichst große Anzahl an Patienten zu behandeln. In dieser Situation bleibt dem Zahnarzt für jeden einzelnen seiner Patienten nur ein Minimum an Zeit. Um den Zeitaufwand pro Patient so gering wie möglich zu halten, werden z.B. häufig Parallelbehandlungen durchgeführt, in denen der Patient zwischendurch im Behandlungsstuhl alleingelassen wird, weil der Zahnarzt noch einen zweiten Patienten im Nebenzimmer behandelt. Um eine Behandlung unverzüglich beginnen zu können, lassen manche Zahnärzte ihre Patienten von einer Helferin bereits in Positionen fahren, bevor eine Begrüßung stattgefunden hat. So liegt der Patient dann bereits in ausgestreckter Haltung, bevor er den ersten Kontakt zum Zahnarzt aufnehmen kann. Solche Verhaltensweisen zeigen u.a. auf, dass der Patient nicht in seiner Ganzheit wahrgenommen, sondern auf das ärztlich zu versorgende Körperteil reduziert wird (Küver 1992: 97).

3.3.2. Die Untersuchung des Mundes in unausweichlicher intimer Distanz

Die sterile Arbeitsweise mit Handschuhen und Instrumenten über dem Kopf des Patienten in seinem intimen Mundraum ist ein Widerspruch in sich. Doch macht erst die Sterilität das Eindringen möglich und legitim. Die ganze Praxisgestaltung ist auf diesen Moment ausgerichtet: Das Design des Mobiliars, die Sauberkeit und Ordnung in den

¹⁰Als ich bei einer Supervision auf der 15. Jahrestagung der DGZH in die Runde fragte, ob „menschnahe Techniken“ wie Patientenkommunikation in der Zahnarztpraxis auch im Zahnmedizinstudium gelehrt und gelernt wurden, brachen die Teilnehmer in ein Gelächter aus und riefen mir wie aus einem Munde ein übereinstimmendes „Nein!“ entgegen. Themenschwerpunkte wie Personalführung, Praxismanagement oder Existenzgründung fanden eben sowenig Beachtung wie das Arzt-Patienten-Verhältnis. Der Schwerpunkt eines Zahnmedizinstudiums läge auf der Vermittlung der therapeutischen Möglichkeiten. Eine Helferin berichtete, dass zu früherer Zeit der Zahnarzt fast 100 Zähne innerhalb seiner Ausbildung zog und sie vor kurzem erlebte, wie ein „frischer Zahnarzt“ unter Anleitung der Helferin während der Anfangszeit seiner Praxistätigkeit den ersten Milchzahn zog.

Praxisräumen, der Geruch der Desinfektionsmittel, die Berufskleidung der Zahnärzte und ihren Helferinnen sind ein bekanntes Konstrukt der modernen Zahnarztpraxis¹¹. Zahnärztliche Eingriffe in einen unnatürlich weit geöffneten Mund in einer zurückgelagerten, überstreckten Position, stellen für jede Person eine besondere Situation dar. Die Behandlung außerhalb des Sichtfeldes ohne optische Kontrolle wird besonders unangenehm empfunden (Ruhnau, 1994: 5, Küver 1992: 66). Im Liegen ist der Patient aufgrund mangelnder Ablenkungsmöglichkeiten einer starken Reizarmut ausgesetzt. Die modernen Behandlungsliegen, die größtenteils ohne Arm- und Fußstützen ausgestattet sind, bieten dem Liegenden kaum noch Möglichkeiten, Halt zu finden und die aufgestauten inneren Sensationen abzuleiten oder der gesteigerten Konzentration auf die Behandlungsvorgänge entgegenzuwirken (Küver 1992: 86f).

Jeder Mensch ist von einer unsichtbaren Pufferzone umgeben, die sein ganz persönliches Umfeld darstellt. Im alltäglichen Umgang miteinander werden diese Bereiche streng eingehalten, das Durchbrechen oder Missachten gewisser Abstände wird als Aufdringlichkeit empfunden und löst unangenehme Gefühle bis hin zu lebhaften Angstzuständen aus.

Die Mundhöhle als sensible Körperöffnung nimmt den Stellenwert einer intimen Zone ein, die normalerweise dem Sexualpartner oder nächsten Familienangehörigen vorbehalten ist (vgl. Horter 1991: 41, Bier-Katz, Lockot 1983). Gleichzeitig bedingt die direkte Sicht auf das Arbeitsobjekt ein näheres Heranrücken des Zahnarztes (und der Helferin) an den zu Behandelnden, d.h. die zahnärztliche Arbeit ist nur durch einen engeren Körperkontakt zwischen den Beteiligten möglich. Beim flach gelagerten Patienten betrifft dies besonders dessen Kopfbereich. Der Kopf des Patienten befindet sich vorwiegend in dem engen Raum zwischen den Oberschenkeln und Armen seines Behandlers, der sich von oben über ihn beugt (vgl. Küver 1992: 17). Bereits beim Heranrücken an den Patienten dringt der Zahnarzt in den persönlichen Raum des Patienten ein, ohne dabei die gesellschaftlichen Normen einzuhalten¹².

Der amerikanische Soziologe und Ethnologe Edward T. Hall (1964) fand bei der Erforschung des menschlichen Raumverhaltens (Proxemik) vier Distanzzonen unterschiedlicher Größe heraus, innerhalb derer die meisten Menschen agieren und miteinander in

¹¹Es gibt Möglichkeiten, diese Sterilität zu durchbrechen und die Praxisräume menschenfreundlicher zu gestalten. Es werden beruhigende Bilder an der Wand gesetzt (- nicht an die Decke). Manche Praxen achten auch darauf, Poster zur Anatomie des Zahnes, möglichen Zahnkrankheiten und dessen Behandlungsmethoden verschwinden zu lassen, da sie den Patienten „abschrecken“ könnten. Der Geruch von frischen Schnittblumen, das Angebot eines kostenlosen Apfels für die Patienten, sollen den Patienten hingegen mit einem angenehmen Gefühl die Praxis betreten lassen und mental vom Bevorstehenden ablenken.

¹²Die „sozial-konsultative“ Distanz von ein bis drei Metern wäre eigentlich ein geeigneter Abstand.

Kontakt treten. Deshalb definiert Hall Distanzbereiche, in denen soziale Interaktionen stattfinden können, und versieht sie mit metrischen Angaben über ihr Ausmaß:

- a) Die intime Distanz: von 0 bis 60 cm
- b) Die persönliche Distanz: von 0,60 bis 1,5 m
- c) Die gesellschaftliche Distanz: von 1,50 bis 4 m
- d) Die öffentliche Distanz: von 4 bis 8 m (vgl. Küver 1992: 69)

Ruhnau (1994) merkt an, dass das Ausmaß von Ängsten und Kommunikationsschwierigkeiten bei den Patienten mit dem räumlichen Abstand zum Behandelnden veränderbar sind, d.h., die Patienten reden freier und ausführlicher über ihre ureigenen Wünsche und Nöte in einer kulturell angepassten Distanz als in einer nicht angepassten (vgl. Ruhnau 1994: 41f).

Der Proxemik wurde in der Zahnheilkunde bisher keine besondere Bedeutung beigegeben, obwohl sie Einfluss auf eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patient-Beziehung, die Compliance und den Behandlungserfolg ausübt (vgl. Ruhnau 1994: 48). Die Horizontalagerung unterstützt das bereits durch die räumliche Situation gegebene Machtgefälle indem das Unterlegenheitsgefühl des zu Behandelnden gegenüber seinem Zahnarzt weiter verstärkt wird (vgl. Küver 1992: 64).

3.3.3. Angst und Schmerz: Soziale Phänomene in der Zahnarztpraxis

„Mitunter sitzt die ganze Seele in eines Zahnes kleiner Höhle!“ (Wilhelm Busch)

In der modernen zahnärztlichen Praxis gibt es nach wie vor Schmerzen und Angst (vgl. Löpelmann 1987: 5, Gift 1989; Micheelis, Bauch 1993), sie werden in der Literatur als häufigste Gründe für das Vermeiden der eigenen Zahnbehandlung genannt (Jöhren, Sartory 2002). 60% - 80% der Menschen haben ein angespanntes Gefühl vor dem Zahnarztbesuch, 20% der Bevölkerung leidet an so großer Zahnarztangst, dass sie einen regelmäßigen Zahnarztbesuch vermeiden, wobei Frauen (21%) dies häufiger berichten als Männer (14%). Je nach Autor und Studie leiden zwischen 5% und 11% aller Zahnarztbesucher unter einer manifesten Zahnbehandlungsphobie¹³ (vgl. Hermes, Rauch 2009). Jöhren und Sartory (2002) gehen davon aus, dass lediglich 20 -30% aller Patienten angstfrei zu einer zahnärztlichen Behandlung erscheinen.

¹³Z.B. gibt es Patienten, die ca. zwischen zehn und 20 Jahren keinen Zahnarzt aufgesucht haben, in seltenen Fällen sogar 40 Jahre nicht. Es kam schon vor, dass sich der Patient die Zähne mit der Kombizange selbst herausgezogen hat, so Wolfgang Kuwatsch auf der 15. Jahrestagung der DGZH.

Schmierer (1993) benennt u.a. als Angstausröser in der Zahnarztpraxis einen groben Zahnarzt, die Injektion der lokalen Betäubung, den Bohrer und andere Behandlungsinstrumente im Blickfeld des Patienten sowie traumatische Erlebnisse bei einer zahnärztlichen Behandlung in der Vergangenheit. In 50% der Fälle ist die Zahnarztangst in der Kindheit entstanden (Schmierer 1993: 126f).

Wesentliches wie die Praxisgestaltung, Organisation von Praxisabläufen und Zusammenspiel des Praxisteams haben ebenfalls einen Einfluss auf die Zahnbehandlungsangst der Patienten (Jöhren, Sartory 2002, Völkel 1991: 58). Ein Faktor, der die Angst weiter steigern kann und von den Patienten auch dafür gehalten wird, ist die Wartezeit¹⁴. Ein zeitlich längeres Ausgesetztsein der Atmosphäre des Wartezimmers, den Geräuschen und Gerüchen, die aus dem Behandlungszimmer dringen, die den Patienten eine Behandlung gedanklich nachvollziehen lassen, geben Anlass zu ängstlichen Gedanken. Verstärkt wird dieser Zustand noch, wenn der Patient nicht informiert wurde, welche Behandlung vom Zahnarzt geplant wurde oder wenn er nicht abschätzen kann, wie schmerzhaft die Behandlung sein wird (vgl. Völkel 1991). Auch mangelnde Information über Behandlungsalternativen können die Angst schüren (Schmierer 1993: 126f).

Über das Angst- und Schmerzerleben von Patienten in zahnärztlichen Behandlungen gibt es bereits eine Vielzahl von Untersuchungen. Die meisten empirischen Arbeiten befassen sich mit dem Angstniveau der Probanden und dessen Veränderung im Laufe der Zeit (Jöhren, Sartory 2002, Lechner 2007). Auch das Schmerzerleben und die Schmerzverarbeitung dieser Personengruppe wurden vielfach untersucht.

Eigentlich sollte es die heute fast schmerzfreie Behandlung mit lokalen Anästhesien und ggf. Vollnarkose möglich machen, die immer noch vorhandene Angst bei den Patienten abzubauen. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass trotz erhöhtem Einsatz von Anästhetika die Angst vor dem Zahnarzt nicht reduziert werden konnte (Fresser 1992: 106). Ein Lokalanästhetikum führt oftmals zur Angstminderung und trägt zur Beruhigung bei, dennoch darf dieses Mittel nicht überschätzt werden. Eine Behandlung in Vollnarkose verstärkt sogar die Angst und das weitere Vermeidungsverhalten. Der Patient weiß im Nachhinein nicht, was während der Behandlung geschehen ist.

Die Zahnarztangst wird zum Beispiel durch Erzählungen anderer hervorgerufen, die die Fantasie mit falschen Vorstellungen und Vorurteilen beleben (Scheuble 1994: 3). Der Patient entwickelt Erwartungsangst, so wird er mit großer Wahrscheinlichkeit auch eher

¹⁴Unser Zeitempfinden erscheint gedehnt oder gestaucht, je nach Lebenssituation, in der wir uns gerade befinden. So erleben wir ihren Ablauf etwa beim Warten, bei körperlichen Schmerzen oder in einer Prüfungssituation als quälend langsam, während Momente der Freude nur allzu rasch verstreichen (vgl. Schnettler 2004: 54f).

Schmerzen empfinden. Erwartungsangst führt zur Aufmerksamkeitswendung hin zum Schmerz und zu muskulärer Anspannung. Anspannung verstärkt die Schmerzwahrnehmung, Schmerzen wiederum lassen die Angst größer werden. Es handelt sich hierbei um einen *circulus vitiosus*, einem sich selbst aufschaukelnden Regekreis.

Eine Möglichkeit, den o.g. „*circulus vitiosus*“ zu unterbrechen, besteht in psychologischen Verfahren zur Verminderung der Anspannung. Entspannungsverfahren, die in eigener Regie durchgeführt werden können, vermitteln dem Patienten ebenfalls eine Kontrolle über die Schmerzen. Sie können ihn in einen bewusstseinsähnlichen Zustand versetzen, der im EEG durch Theta-Aktivität gekennzeichnet ist. Die psychologischen Schmerzbehandlungsverfahren sind: Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training, Meditationsverfahren, Hypnose oder Biofeedback (Lang, Faller 1998: 51).

Verhaltensmuster wie Selbstbeherrschung, Affektkontrolle bezüglich Schmerzempfindungen u.a., demonstrieren die Abhängigkeit von kulturellem Milieu und der Zugehörigkeit einer sozialen Gruppe. In diesem Zusammenhang kann der Schmerz als ein sozial beeinflusstes Phänomen betrachtet werden (Fresser 1992: 88; Greifeld et al 1989: 7). Mit dem Wort „Schmerz“ bezeichnen die Menschen subjektive und völlig verschiedenartige Phänomenkomplexe (vgl. Figge 1989: 23)¹⁵.

Die oft benutzte Aufforderung des Zahnarztes „Heben Sie die Hand, wenn ich stoppen soll“ kann dem Patienten Sicherheit und Beruhigung vermitteln sowie seine Erwartungsangst reduzieren (vgl. Lang, Faller 1998: 50f). „Erwachsene haben beim Zahnarzt keine gewohnte Kontrolle über ihre Situation, sie gehen zurück in ein kindliches Verhalten“, so Ute Neumann-Dahm auf der 15. Jahrestagung der DGZH. „Dem Patienten wird daher vermittelt: Wir werden es zusammen schaffen, dann schaffen wir es auch.“, so Neumann-Dahm weiter. Dem Patienten wird auf diese Weise sein Bedürfnis nach Sicherheit, einem Grundbedürfnis, befriedigt. Der Zahnarzt kann hier während der Interaktionsbeziehung auf dieses Sicherheitsbedürfnis einwirken. Angst und Schmerz sind hierbei die Indikatoren für ein glückendes soziales Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient.

¹⁵Lang und Faller weisen darauf hin, dass es interindividuell unterschiedliche Formen der Schmerzwahrnehmung und Schmerzäußerung gibt. Diese Formen werden im Verlauf der individuellen Entwicklung gelernt. Hierbei spielen Einflüsse der Erziehung, des elterlichen Vorbilds und der kulturellen Umgebung eine Rolle. Es ist bekannt, dass Kinder von Müttern mit starker Zahnarztangst sich beim Zahnarzt ängstlicher verhalten als solche, die in der Beziehung zu ihrer Mutter diese Erfahrung nicht gemacht haben (Lang, Faller 1998: 98).

4. Medizinische und zahnmedizinische Hypnose

Hypnose ist ein sehr altes und zugleich modernes Heilverfahren. Sie verbindet Körper und Seele wie keine andere Therapieform und leistet gleichzeitig eine einzigartige Brückenfunktion zwischen den im Laufe der Jahrhunderte sich auseinander entwickelnden Wissenschaften der Medizin und der Psychotherapie (Revenstorf 2001: Vorwort).

Die Worte „Hypnose“ und „Hypnotismus“ prägte der Engländer Braid im Jahre 1847, die von „Hypnos“, dem griechischen Gott des Schlafes und dem Bruder des Todes „Thanatos“ abgeleitet werden. Der Franzose Liebeault hatte Braids Schriften studiert und angefangen, in seiner Arztpraxis Hypnose auszuüben. Liebeault war ein bekannter Landarzt in der Nähe von Nancy, doch seine Arbeit „Le sommeil provoqué et les états analogues“, die Ende des 19. Jahrhunderts erschien, erregte kaum Aufmerksamkeit. Erst als sich Bernheim, Professor der Medizin in Nancy, auf seine Seite stellte, gab es eine Wendung: Liebeault und Bernheim gründeten die sogenannte Nancy-Schule. Zur gleichen Zeit arbeitete Charcot mit Hypnose an Patienten des Saltpêtière-Krankenhauses in Paris (vgl. Winnberg, Forbreger 1992: 75).

Hypnose ist ein auf künstliche Weise hervorgerufener, temporär umgewandelter Bewusstseinszustand, wobei die Suggestibilität des Betreffenden stark erhöht ist. In diesem „vertieften Bewusstseinszustand“ (Freigang, Schütz 2006: 13), der Trance, wird das Unbewusste des Hypnotisierten direkt angesprochen und aktiviert. In der Hypnose ist es möglich, mehr von der Bandbreite der physiologischen, emotionalen und kognitiven Reaktionsmöglichkeiten zu nutzen, als es im Alltagsbewusstsein möglich ist (Revenstorf 2001: 4).

Als Hypnose wird streng genommen nur der Zustand hypnotischer Trance und der Vorgang vom Wachzustand in den Trancezustand zu kommen, bezeichnet. Die Technik der Hypnose ist rein verbal und der angenommene Prozess mental: Suggestion und Imagination (Revenstorf 2001: 2). Als Suggestion (von lat.: suggerere) wird die Präsentation einer Anregung oder eines Vorschlages bezeichnet, mit dem Ziel, eine Person zu einem bestimmten Verhalten oder zur Übernahme einer Meinung zu bewegen (Schütz, Freigang 2008: 9).

Die Anwendung der Hypnose stellt eine Kommunikationsform zwischen Therapeut und Patient dar, in der beide in ihrer Grundpersönlichkeit mit ihren Erwartungen und Bedürfnissen agieren und sich in der jeweiligen (definierten) Rolle begegnen. Revenstorf beschreibt Hypnose als Ritual und außergewöhnlichen Rahmen, der dazu beiträgt, die Selbstheilungskräfte zu mobilisieren, indem die Aufmerksamkeit des Patienten stark

fokussiert wird (vgl. Revenstorf 2001: 95, 2f)¹⁶.

Der Wirkmechanismus der Hypnose ist noch nicht vollständig erforscht – dass sie jedoch ein gutes Beeinflussungsinstrument darstellt, ist unbestritten. Durch Hypnose lässt sich die Verarbeitung der Realität stark verändern, angstauslösende Reize können sogar umgeformt werden, so dass sie nicht mehr die Aufmerksamkeit des Patienten belasten. Es entsteht eine Dissoziation, das heißt, der Patient wird mittels geeigneter Suggestionen in ein Aufmerksamkeitspanorama geführt, in dem er sich gelassen einer (zahn-)ärztlichen Behandlung unterziehen kann (vgl. Freigang, Schütz 2006: 13).

4.1. Traditionelle und moderne Hypnose

Ist Hypnose ein naturwissenschaftliches Verfahren oder entstammt sie dem Bereich der magisch-mystischen Rituale?

Die historischen Wurzeln der Hypnose werden zunächst als rituelle Heilverfahren ausgewiesen, die sich im Sinne einer psychosomatischen Ganzheit mit verschiedensten körperlichen und seelischen Beschwerden befasst. Damit gehörte Hypnose im weitesten Sinne zu jenen Heilritualen, wie sie auch im Schamanismus ausgeübt werden (vgl. Revenstorf 2001: 2). In Europa befasste sich kaum jemand mit dem Phänomen der Hypnose, bevor Franz Anton Mesmer (1734–1815) in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts durch seinen animalischen Magnetismus bekannt wurde (vgl. Winnberg; Forberger 1992).

In Anlehnung an Gerl (1998) kann die historische Entwicklung der Hypnose wie folgt zusammengefasst werden:

- **Prä Hypnose (5000 v. Chr. - ?):** Trancezustände durch Rituale zur geistigen Vorbereitung auf die Jagd (dokumentiert in Höhlenmalereien), religiösen Heilbehandlungen und Orakeln.
- **Autoritäre Hypnose oder Mesmerismus (bis Anfang des 20. Jahrhunderts):** Entscheidende Rolle des Hypnotiseurs, der den Hypnotisierten in eine

¹⁶Die Verwendung symbolischer und ritueller Kommunikation kennzeichnet medizinhistorisch die Uranfänge therapeutischer Heilkunst und lässt sich bis zu den archaisch-magischen Kulthandlungen vieler spiritueller Traditionen zurückverfolgen (vgl. Revenstorf 2001: 285). Der Kontext des Besonderen ist wichtiger Bestandteil vieler Heilrituale. Rituale schaffen einen Kontext der Faszination und des Außergewöhnlichen. Sie fokussieren die Aufmerksamkeit der Beteiligten, aktivieren intensive Vorstellungen, innere Bilder, intensiver Gefühle und Emotionen (ders.: 95). Schamanische Heilungen basieren sowohl auf dem Hervorrufen von Erwartungen bei den Patienten und den Beteiligten als auch der Erzeugung eines außergewöhnlichen Rahmens, in dem die Heilung stattfindet.

bestimmte Richtung lenkt, charakterisiert durch direktes verbales oder nonverbales Vorgehen.

- **Standardisierte Hypnose (bis Anfang des 20. Jahrhunderts, teilweise noch heute als Suggestibilitätstests gebräuchlich):** Suggestibilität als Voraussetzung für erfolgreiche Hypnose und vorwiegender Gebrauch von Standardsuggestionen.
- **Kooperative Hypnose (ab Mitte de 20. Jahrhunderts):** Betonung der Besonderheit eines jeden Menschen und Entwicklung einer individuellen Trancearbeit unter Einsatz eines flexiblen Repertoires an Suggestionen.
- **Experimentelle Hypnose (ab Mitte des 20. Jahrhunderts):** Insbesondere im amerikanischen Raum entwickelte theoretische Fundierung der Hypnose und Erfassung der hypnotischen psychometrischen Erscheinungsformen, wobei Hypnose teilweise als Sonderzustand des Bewusstseins oder als sozialpsychologische Verhaltensweise aufgefasst wird.
- **Neurobiologisches Verständnis der Hypnose (Anfang des 21. Jahrhunderts):** Zunehmende Erkenntnisse über die neurobiologischen Grundlagen der Hypnose aufgrund bildgebender Verfahren und Verknüpfungen mit soziobiologischen Erklärungsmodellen. (vgl. Schulz-Stübner 2007: 6)

Als Hypno- oder Hypnosetherapie wird die inzwischen entwickelte Therapieform bezeichnet, mit der psychische, psychosomatische oder somatische Leiden geheilt oder gelindert werden (vgl. o.A. 2003).

Circa 10% der Bevölkerung sind besonders gut hypnotisierbar, 80% normal und 10% eher schlecht; zurzeit wird untersucht, ob das genetisch bedingt ist (vgl. Schmierer 2007: 36).

4.1.1. Traditionelle Hypnose

Magisch-suggestive Praktiken dienten den Menschen einst zur Bewältigung ihrer Urangst. Neben Alkohol und Opium gehört Hypnose mit deutlich zeitlichem Abstand zu den ältesten „Schmerzmitteln“ der Menschheit (vgl. o.A. 2003).

Die Kunst, Trancezustände durch hypnotische Induktionen herbeizuführen und zu nutzen, ist in vielen älteren Kulturen bekannt. Babylonische Arztpriester und ägyptische Zukunftsdeuter bedienten sich um ca. 5000 v. Chr. nahezu identischer hypnotischer Techniken - die einen zum Heilen von Krankheiten, die anderen zur Austreibung von

Dämonen. Die Ägypter nutzten die Hypnose außerdem für den sogenannten Tempelschlaf.

Auch die Priester vieler alter Völker des Orients waren mit dem Hypnotismus vertraut (vgl. Winnberg, Forbreger 1992: 75). Die Hinduisten praktizierten bestimmte Trancetechniken für Zustände der inneren Versenkung. Techniken wie Augenfixation und Handauflegen in Kombination mit verbalen Suggestionen wurden von den keltischen Druiden ebenso verwandt.

Die römischen Kaiser Claudius und Vespasian sollen manches Leid ihrer Untertanen mit bloßem Handauflegen geheilt haben.

Bei den Indianerstämmen Nordamerikas und den Inkas wurde hypnotische Trance in Verbindung mit bestimmten religiösen Zeremonien und als eine weitere Maßnahme zur Heilung von Krankheiten angewendet.

Es ist anzunehmen, dass während des extatischen Zustandes eine Blockierung des Schmerzerlebnisses stattfindet, welches in Verbindung mit den dabei durchgeführten Zeremonien und Initiationsriten entsteht. Nur die Medizinmänner (Schamanen) beherrschten die therapeutisch wirksame Kunst der Suggestion, mit deren Hilfe sie bestimmte psychische und physische Reaktionen hervorrufen konnten.

Asiatische Versenkungsmethoden durch Autosuggestion, wie beispielsweise Yoga, werden seit etwa dreieinhalb Jahrtausenden ausgeübt und erfahren in der heutigen Zeit einen großen Aufschwung (Schmierer 1993: 24).

4.1.2. Geschichte der Hypnose in Deutschland: Vom Mesmerismus zur Psychotherapie

Der Pfarrer Johann Joseph Gaßner stellte um 1774/75 fest, dass bei seinen Teufelsaustreibungen auch körperliche Leiden wie Kopfschmerzen oder psychovegetative Störungen behoben wurden. Franz Anton Mesmer hingegen hielt Gaßners Exorzismus seine eigene physikalische Theorie des „Animalischen Magnetismus“ entgegen, der auf eine Harmonisierung von Körperenergien und Körpersäften abzielte, von denen man annahm, dass sie aus dem Gleichgewicht geraten waren und Krankheiten verursachten. Er beschrieb hypnotische Phänomene als Auswirkungen eines innerhalb und außerhalb des Körpers befindlichen, physikalischen „Fluidums“ (eine Art von allumfassender Energie). Er glaubte an ein magnetisches Fluidum das durch bestimmte Menschen oder Gegenstände reflektiert und verstärkt wird und so eine therapeutische Wirkung entfalten konnte. Beim „Mesmerisieren“, spielte bestimmter physischer Kontakt eine wichtige Rolle, die sogenannten „passes“, d.h. Striche vom Kopf bis zu den Händen, zum Bauch,

oder zu den Beinen knapp über der Kopfoberfläche ohne direkte Berührung. Hierdurch wurde allem Anschein nach ein tranceähnlicher Zustand hervorgerufen. Mesmer war es auch, der die ersten Gruppenthypnosentage veranstaltete, weil sich die große Nachfrage nach seiner Behandlungsform anders nicht mehr befriedigen ließ. Dabei konnte er sensationelle Heilerfolge vorweisen, die ihm den Weg in die höchsten Etagen der Gesellschaft eröffneten. Weil Mesmer Pfarrer Gaßner mit „naturwissenschaftlichen“ Argumenten in die Schranken der Unwissenschaftlichkeit verwiesen hatte, wird er mit seinem „Animalischen Magnetismus“ als Begründer der modernen Hypnose und damit der Psychotherapie angesehen. Nichtsdestotrotz wurde Mesmers Theorie 1784 in Paris mit einer Interpretation abgelehnt, die heute als genuin psychologisch gilt: Alles beruhe auf Imagination und Imitation.

Im späten 19. Jahrhundert war Sigmund Freud (1856-1939) ein prominenter Hypnotiseur in der Psychoanalyse. Für die moderne Hypnose nachhaltig prägend aber war Milton H. Erickson (1901-1980). Seit etwa 1940 arbeitete der amerikanische Psychiater an einer differenzierten und stark auf die subjektive Realität des Patienten zugeschnittenen Form der Hypnotherapie. Er sieht die Hypnose als eine Veränderung des Bewusstseinszustandes mit gleichzeitiger Entspannung, bei der die Aufmerksamkeit des Patienten fokussiert wird und innere Suchprozesse eingeleitet werden können, die Ressourcen im Unbewussten freimachen. Er spricht in diesem Zusammenhang meist von einem „Trancezustand“, der fremdsuggestiv, autosuggestiv, durch Meditation, rhythmische Bewegung, Musik oder Rituale erreicht werden kann (Schulz-Strübner 2006: 5). Erickson hatte aus eigener Erfahrung die Wirksamkeit der Selbsthypnose zur Schmerzbewältigung gelernt¹⁷ und machte daher die Auffassung populär, dass hypnotische Trance ein Zustand selbstbestimmter Potenz des Individuums sei. Die therapeutische Kunst bestehe darin, dem Patienten den Zugang zu seinen Selbstheilungskräften zu eröffnen (vgl. Revenstorff 2001: 6). Erickson wird Hypnose-„Papst“ genannt weil er während seiner Laufbahn ca. 30.000 Patienten hypnotisierte.

Die Entwicklung der klinischen Hypnose hätte sicherlich einen anderen Verlauf genommen, wären nicht Mitte des 19. Jahrhunderts, gerade als einige Ärzte beeindruckende Operationserfolge mit Hypnose vorzuweisen hatten, die chemischen Anästhetika erfunden worden (Schmierer 1993: 21)¹⁸. Die Erfindung von Chloroform, Lachgas und anderen chemischen Anästhetika verdrängte die Hypoanästhesie in den Hintergrund des

¹⁷Er erkrankte an Kinderlähmung und litt die letzten Jahrzehnte seines Lebens daher unter chronischen Schmerzen, die er mit Selbsthypnose behandelte.

¹⁸Vor der Entdeckung des Äthers im Jahre 1846 wurden Operationen ohne Narkose durchgeführt.

Geschehens (Revenstorf 2001: 4).

Heute hat die Wissenschaft wieder Interesse an der Hypnose gefunden. Die moderne Hypnotherapie entwickelt sich besonders in den deutschsprachigen Ländern zu einer eigenständigen Psychotherapieform. Sie hat nicht nur eine Vielzahl von Techniken herausgebildet, ein praktisches Handwerkszeug zum Erreichen medizinischer und psychotherapeutischer Ziele, sondern sie ist auch auf dem Weg, eine spezifische Ätiologie- und Veränderungstheorie zu entwickeln (vgl. Revenstorf 2001: 688). 1982 wurde die Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH) gegründet, unter ihren Mitgliedern befinden sich Zahnärzte, Psychologen, Mediziner und Onkologen. Etwa 10 000 Psychologen und Mediziner praktizieren die Hypnose aktuell in Deutschland.

4.1.3. Therapeutischer Wert der klinischen Hypnose

Die Schulmedizin stößt an ihre Grenzen wenn psychische Faktoren die Heilung fördern bzw. behindern. Die Anwendung der medizinischen Hypnose erfreut sich einer stetig wachsenden Beliebtheit weil nahezu allen Krankheitsbildern eine psychische Komponente zugewiesen werden kann (vgl. Schmierer 1993: 199). Hypnotherapie ist mehr an Problemlösung und Mobilisierung von Ressourcen als an Ursachenforschung und Diagnostik orientiert (vgl. Revenstorf 2001: 694).

Da die Wirksamkeit und Patientenakzeptanz der klinischen Hypnose mit unzähligen Untersuchungen belegt wurde (u.a. Sigmund 2006, Hermes et al. 2007, Hermes et al. 2003, Nyssen 2008), hat ein Gutachtergremium im Jahr 2006 den Einsatz der Hypnose bei bestimmten Krankheitsbildern anerkannt (Suchterkrankungen, psychosomatische Störungen). Trancezustände lassen sich in vielen Gebieten der Psychotherapie, Medizin und Zahnmedizin anwenden. Während der psychologischen Behandlung kann Hypnose vielfältig zum Einsatz kommen: bei Therapie vieler Symptome neurotischer (Ängste und Phobien, Depressionen, post-traumatische Störungen) und psychosomatischer Natur (Reizdarm, Blut-Hochdruck, Neurodermitis, Allergien, Kopfschmerzen, Migräne, Schlaflosigkeit, chronischen Schmerzen¹⁹ (vgl. o.A. 2009: 17-23), als begleitende Hilfe bei Krebserkrankungen sowie bei manchen Verhaltensstörungen wie z.B. Ess- und Schlafstörungen oder Raucherentwöhnung. Weiterhin kann der Einsatz von Hypnose positiv bei der Vorbereitung zur Geburt, der Therapie zur Flugangst sowie zur Effektivierung anderer Therapien wie z. B. Verhaltenstherapien wirken. Auch in der Notaufnahme und in Notfallsituationen und wird Hypnose erfolgreich eingesetzt.

¹⁹Bei Nikotinsucht, Migräne, Schlaflosigkeit und bei chronischen Schmerzen gibt es Hypnose auf Krankenschein.

Hypnose bietet sich besonders als Mittel zur Motivation und Behandlung ängstlicher Patienten an.

In der Zahnmedizin dient Hypnose zum Abbau von Ängsten, um insbesondere längere Behandlungen angenehmer zu gestalten. Außerdem lässt sich Hypnose hier zur schmerzarmen oder sogar schmerzfreien Behandlung - ohne chemische Anästhesie - einsetzen.

Nach Schulze (2005) werden in einem normalen Bewusstseinszustand verschiedene Reize gleichzeitig wahrgenommen. Dahingegen ist in Hypnose oder Trance die gesamte Aufmerksamkeit (oder zumindest ihr größter Teil) auf eine bestimmte Sache gerichtet, so dass die restliche Umgebung mehr oder weniger aus dem Auge verloren wird. In Hypnose erfolgt dadurch eine rasche Dissoziation weg von Schmerz und Angst. Auch eine Amnesie durch Suggestionen zum Vergessen des Schmerzes ist möglich (vgl. Schmierer 2007: 39). Sogar bei fast allen Personen lässt sich der affektive Anteil der Schmerzen reduzieren (vgl. o.A. 2003). Kuntner (1989) stellte fest, dass sich bei 94,2% (n=195) aller Eingriffe intraoperativ deutliche Entspannung, Distanzierung, Angstminderung und Zeitverzerrung hervorrufen ließen (vgl. Kuntner 1989).

Was aber geschieht genau im Körper des Patienten während der Trance? Die Erklärung von Trancezuständen beschäftigt zurzeit die Neuropsychologen. Es werden mit Hilfe von bildgebenden Verfahren wie SPECT oder PET die Hirnaktivitäten unter Hypnose analysiert, was jedoch noch keine eindeutigen Ergebnisse gebracht hat. Eindeutig messbare vegetative Veränderungen des Körpers in Hypnose sind zahlreiche vom Nervensystem gesteuerte Funktionen wie eine Herabsetzung der Herzrate, des Blutdrucks, der Atemfrequenz, des Muskeltonus sowie eine verringerte Ausschüttung von Stresshormonen. Es konnte bewiesen werden, dass die Immunbereitschaft des Organismus in hypnotischer Trance erhöht ist (Revenstorf 2001: 15).

Während der Hypnose erfolgt eine verbesserte Kontrolle über das autonome Nervensystem, das die Blutung während chirurgischer Eingriffe reduzieren und die Durchblutung zur postoperativen Heilung wieder steigern kann, sowie für die rasche Wiederaufnahme normaler physiologischer Reaktionen sorgt (vgl. Revenstorf 2001: 605).

4.2. Hypnose: Fremd- oder Selbstsuggestion?

Wurde in den vorausgegangenen Kapiteln die Behauptung aufgestellt, dass nahezu alle Krankheitsbilder mit Hypnotherapie angegangen werden können, so sei hier an die allgemein bekannte Tatsache erinnert, dass der Wunsch und Wille des Patienten gesund zu werden, eine notwendige Voraussetzung für jeden Heilungsprozess ist (Schmierer 1993: 199).

Während sozialpsychologisch beeinflusste Ansätze davon ausgehen, dass es sich bei der Hypnose vor allem um das Resultat einer erfolgreichen Rollenübernahme handelt (der Hypnotisierte agiert hoch compliant wie ihm suggeriert wurde), betrachten andere Ansätze die erfolgreiche Suggestion von Schmerzfreiheit vor allem als Resultat einer hypnotisch induzierten Aufmerksamkeitsablenkung oder als Folge dissoziativer Vorgänge (vgl. Miltner 2004).

Der Arzt ist nur der Instrukteur und der hypnotische Zustand wird vom Patienten selbst hervorgerufen. Um diesen Zustand zu erreichen, muss der Patient zur Zusammenarbeit mit dem Hypnotiseur bereit sein und seinen Suggestionen und Instruktionen folgen (vgl. Winnberg, Forbreger 1992: 75, 83). Sich in Trance zu begeben und wieder aus ihr herauszukommen ist ein vollkommen freiwilliger Vorgang. Der Patient kann die Trance jederzeit eigenständig zurücknehmen, wenn die Umstände es als angemessen erscheinen lassen (Schmierer 2007: 36). Die medizinische Hypnose wird daher als Hilfe zur Selbsthilfe gesehen.

4.2.1. Hypnose als Konstruktion der Wirklichkeit: Des Hypnotiseurs oder des Hypnotisierten?

Hypnose ist nicht nur die älteste, sondern auch eine der potentesten psychologischen Methoden – von psychoaktiven Drogen abgesehen – die Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen zu verändern (Revenstorf 2001: 35).

Kenzeichnend für die Hypnose sind typische Veränderungen der normalen Alltagserfahrungen und im Alltagsverhalten, hypnotische Phänomene genannt. Diese werden in der Phänomenologie grob eingeteilt in sensorische und affektive Phänomene (sehen, hören, schmecken, fühlen), kognitive Phänomene (z.B. Amnesie) motorische und kinästhetische Phänomene (z.B. Katalepsie) (ders.: 45). „Echte“ Hypnose unterscheidet sich von „bloßer“ Vorstellung dadurch, dass das suggerierte Ereignis als wirklich vorhanden erlebt wird (ders.: 35).

Ärzte wissen per definitionem nie, wie ein Patient ad hoc die gegebenen Suggestionen inhaltlich interpretiert. Es ist wichtig, die Bedeutung einer gegebenen Suggestion mit dem Patienten gemeinsam festzulegen und den Wirklichkeitsgehalt dieser Suggestion gemeinsam zu konstruieren. Die Wirklichkeit verändert sich durch Aktion und Interaktion (vgl. Peter 2001: 43). Die These des radikalen Konstruktivismus dient als theoretische Grundlage dafür, dass mit hypnotischen Mitteln die Wirklichkeit eines Patienten überhaupt verändert werden kann (ders.: 33f). Hypnose wird im Idealfall als die Kunst, eine alternative Wirklichkeit zu konstruieren, verstanden, welche die hypnotisierte Per-

son so lange und so intensiv als ihre „wirkliche“ Wirklichkeit erlebt, bis sie in ihr genug neue Erfahrungen macht und diese so in ihre „normale“ Wirklichkeit implementieren konnte, so dass von bedeutsamen (therapeutischen) Veränderungen gesprochen werden kann. Je eher es gelingt, mit dem als bedeutungsvoll wahrgenommenen Objekt in der hypnotisch halluzinierten Szene eine Handlung zu vollziehen, je mehr mit ihm – wenn es sich um eine Person handelt – interagiert werden kann, umso wirklicher wird die Person es erfahren (ders.: 41).

Goffman (1977) definiert Hypnose als eine Art der Selbsttäuschung: „Wenn man unter einem Täuschungsmanöver die absichtliche Erzeugung eines falschen Eindrucks der Leute versteht, die sich von diesem ihrem Machwerk nicht selbst beeindrucken lassen, und man unter einem Irrtum eine Täuschung versteht, die sich aus einer von niemandem absichtlich hervorgerufenen Fehldeutung ergibt und unter den gegebenen Umständen verständlich ist, dann kann man unter einer Selbsttäuschung (oder Wahnvorstellung) eine Abwegigkeit verstehen, die von dem Betroffenen selbst aktiv unterstützt, wenn nicht ausschließlich hervorgebracht worden ist.“, hierzu zählen: Traum, Sonderzustände, psychotische Produktionen, hysterische Symptome und Hypnose. Trotz Mitarbeit des Hypnotiseurs „dürfte ein gewisses Maß an Selbsttäuschung im Spiele sein.“ (Goffman 1977: 130f, 134)

4.2.2. Hypnose als Anleitung zur Selbsthilfe

Die Auffassung von Hypnose suggeriert einen Veränderungsprozess im Individuum, der von außen gesteuert ist. Diese Steuerung kann vom Individuum selbst übernommen werden, wie etwa im autogenen Training, bleibt aber sinngemäß eine Befehlsbefolgung, auch wenn die Anweisungen vom Bewusstsein des Individuums selbst gegeben werden (Revenstorf 2001: 4). Die eigentliche Leistung bringt der Patient selber: In 50% der Fälle besteht die Hypnose darin, den Patienten für Stresssituationen eine Anleitung zur Selbsthypnose zu geben. Viele Fallbeispiele aus der psychologischen Praxis demonstrieren, dass es Suggestionen für sich genommen nicht gibt. Eine Suggestion ist vielmehr eine Botschaft, aus der ein Empfänger eine Suggestion macht. Es kann auch gesagt werden: Jede Hypnose ist letztendlich Selbsthypnose (Revenstorf 2001: 93).

Der Patient ist auf angenehme Vorstellungsbilder eingestellt. Falls Schmerzreize durchdringen, erhält er die Suggestion, durch vertieftes Ausatmen tiefer in Trance zu gehen. Er wird aufgefordert, sich auf die Eindrücke, Bilder, Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu konzentrieren, die in der Trance aus seinem Unbewussten aufsteigen (Schmierer 2007: 39). Gerade weil Hypnose ein kommunikativ-interaktives Phänomen

ist, können Schwierigkeiten mit Übertragung und Gegenübertragung auf Seiten der Therapeuten als Kontraindikatoren wirken (vgl. Revenstorf 2001: 127). Anspannung oder Stress von Seiten des Behandelnden übertragen sich auf den Patienten (vgl. Schmierer 2007: 53).

Hypnose entsteht durch gezielte, aber beiläufig stressfreie Anwendung von Kinästhetik, von Spiegeltechniken, über liebevolles Einfühlen, über Murmeln, Lachen, Nicken, Rhythmus und sanfte Körperberührung (vgl. Schmierer, Schmierer 2004). Die „naheliegende“ Möglichkeit am Patienten durch nonverbale Techniken Trance zu induzieren, wird noch selten genutzt, so Schmierer (2007). Die suggestive Kommunikationsform ist eine „Du-Sprache“, die das emphatische Eingehen auf den Patienten unterstützt. Die Vermeidung von bezugsgeladenen Worten und Ausdrücken (*nicht*: „eine Spritze geben“ *sondern*: „den Zahn betäuben“ (Winnberg, Forbreger, 1992: 75)) versteht sich von selbst. Große Vorteile der Ausübung der Hypnose bei der Behandlung von Schmerzen liegen in ihrem integrativen Ansatz, der sich auf die Arzt-Patient-Beziehung bezieht und dem Gefühl der Kontrolle, die der Patient erhält. Prof. Dirk Revenstorf, klinischer Psychologe und Pionier der Hypnoseforschung in Deutschland dazu: „Man muss eine Ebene finden, wo man Personen anspricht, ohne dass man ihnen direkt sagt, was sie machen sollen. Sie sollen eher intern auf Suchprozesse geschickt werden, wo sie zu ihren Ressourcen finden.“ (vgl. Revensdorf 2009)

4.2.3. Ethische Grundsätze

Hypnose wird in der Öffentlichkeit als magische, unseriöse Manipulationsmethode wahrgenommen. Noch immer weckt der Begriff Hypnose die wildesten Fantasien aus Disco-Shows oder Fernsehsendungen, in denen ein Showhypnotiseur scheinbar willenlose Menschen peinliche Befehle ausführen lässt. Mit ihr werden Assoziationen wie Macht über andere und unseriöses Handeln verbunden, so Schmierer (1993: 28). Manche Menschen fürchten sich sogar vor der Hypnose, weil sie glauben, sich in diesem Zustand dem Hypnotiseur absolut auszuliefern und einen Kontrollverlust erleben (vgl. Freigang, Schütz 2006: 10, Le Ker 2009: 34). Leider kann klinische Hypnose tatsächlich wie keine andere Therapie von Scharlatanen missbraucht werden. Daher bestehen viele Vorurteile, die die deutschen Fachgesellschaften ausräumen müssen. Mit Hilfe von Aufklärungsarbeit in den Medien ist mittlerweile viel vom falschen Nimbus des Mystischen und Magischen verschwunden. Ein positives Image baut sich auf. „Die medizinische Hypnose hilft den Patienten, ihren Wunsch nach einer angstfreien, entspannten und schmerzlosen Zahnbehandlung zu verwirklichen.“, so die Zusicherung der Ärzte. Dies ist allerdings nur auf

Basis einer Kooperation zwischen Arzt und Patient möglich, niemals gegen den Willen des Patienten (DGZH Pressemappe).

4.3. Hypnose in der Zahnmedizin

Der Einsatz hypnotischer Techniken in der Zahnheilkunde wurde bereits 1763 dokumentiert (Rauch 2006: 20). Einen Aufschwung erlebte sie jedoch erst im 19. Jahrhundert, als der Bericht vom französischen Zahnarzt Jean-Victor Oudet, der 1837 in Paris erstmals eine Zahnextraktion unter Hypnose vornahm, Aufsehen erregte (vgl. Burk 1986). Obwohl die Anwendung der Hypnose im zahnmedizinischen Bereich bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht, sind die ersten Schritte in der zahnärztlichen Hypnoseforschung in das 20. Jahrhundert zu setzen.

Erst in jüngster Gegenwart wird der zahnmedizinischen Hypnose gegenüber wieder Interesse bekundet. Für ihre Effektivität wurden umfangreiche empirische Belege geliefert (Revenstorf 2001: Vorwort). Die vollständige wissenschaftliche Anerkennung der *Hypnodentologie*, wie die Anwendung der Hypnose in der Zahnmedizin von Schmierer und Kunzelmann (1990) mitunter bezeichnet wird, lässt noch auf sich warten (Fábián et al 2009: 9). In Schweden ist bereits die Hälfte der Zahnmediziner in Hypnose ausgebildet, in den USA ein Drittel.

Bei zahnärztlich-psychologischen Problemen kann die Hypnose u.a. zur Entspannung, Angstabbau, Motivation und einer Relaxation der Gesichtsmuskeln des Patienten eingesetzt werden. Diese Effekte tragen wiederum zur Schmerzreduktion bei (Fresser 1992: 93). Hypnose kann bei den meisten Patienten wirkungsvoll die Angst vor Zahnbehandlungen reduzieren.

4.3.1. Die zahnmedizinische Hypnose: Erfolge in ausgedehnter Behandlungszeit

Durch moderne medizinische Hypnose wird der Patient in einen entspannten Trancezustand versetzt, in dem er sich auf angenehme Vorstellungsbilder konzentriert. Er befindet sich mental an seinem Ruheort und hat „den Mund zur Reparatur abgegeben“. Ein entspannter Patient kann ohne Ermüdungszeichen den Mund über längere Zeit geöffnet und den Kopf in der für den Operateur günstigen Stellung halten. Dadurch wird ängstliche Verkrampfung vermieden, der Zugang zum OP-Gebiet erleichtert und der Zahnarzt kann an einem entspannten Patienten präzise, zügig und konzentriert arbeiten. Toleranz für fremde Gegenstände im Mundraum sowie eine nur geringe Salivation treten auf (DGZH Pressemappe). Dies wiederum erleichtert den zahnärztlichen Alltag und schützt den Zahnarzt vor Stress (Schmierer 1993: 25). Ziel der zahnärztlichen

Hypnose ist es, dem Patienten nach einer langen Behandlung das Gefühl zu geben, sich erholt zu haben (DGZH Pressemappe). Durch die angenehme Erfahrung einer entspannten Behandlung verstärkt sich das Vertrauen in Zahnarzt und Praxis sowie die Mitarbeit (Compliance) des Patienten (Schmierer 1993: 25). Der Patient in Hypnose nehme potentiell schmerzvolle Eingriffe eher als dumpfen Druck, als Berührung oder als Temperaturunterschied wahr (vgl. Freigang, Schütz 2006: 11).

Zahnärztliche Hypnose wird erfolgreich eingesetzt bei ausgeprägter Dentalphobie, Spritzenangst, Würgereflex, Kinderbehandlung, Speichelfluss und Blutungskontrolle, Entspannung bei Langzeitbehandlung und bei Versagen von Lokalanästhetika. Oft müssen solche Patienten in Vollnarkose behandelt werden, zum Teil mit hohem Aufwand und gravierenden Risiken. Hier bietet sich die Anwendung der zahnärztlichen Hypnose als sanfter, aber sehr effektiver Ausweg an (Schmierer 2001: 638, DGZH Pressemappe). Hypnosezahnärzte arbeiten nach einer Umfrage der DGZH (1997) fast nie ohne chemische Anästhesie, können aber die Dosis bis auf etwa ein viertel der üblichen Menge reduzieren. Durch den herabgesetzten Gebrauch chemischer Anästhetika während einer hypnotischen Behandlung entstehen weitere Vorteile wie eine schnelle Wundheilung sowie kaum Nachbeschwerden, Nachblutungen und Schwellungen. Der Eingriff wird vom Patienten meistens „schnell vergessen“ (Amnesie) und kann somit psychisch leichter verarbeitet werden. Die postoperative Patientenzufriedenheit steigt (vgl. Hermes 2006). Es gibt auch einige Gründe warum Hypnose in der Zahnmedizin bei uns nur sporadisch verbreitet ist. Das wichtigste Argument gegen die Anwendung von Hypnose im zahnärztlichen Bereich ist der erhebliche Zeitaufwand, den die sorgfältige Anwendung von Hypnose braucht. Das Vorgespräch, die Induktion, das schonende Vorgehen und die Rückkehrphase benötigen insgesamt mindestens den doppelten Zeitaufwand einer zahnärztlichen Routinebehandlung. Die Kosten für eine Behandlung in Hypnose (80-150 EUR pro Sitzung) kann sich nicht jeder Patient leisten. Vorurteile und Ängste halten Patienten ab, sich beim Zahnarzt unter Hypnose behandeln zu lassen. Eine Mitarbeit des Patienten ist für eine Hypnosebehandlung unabdingbar. Bei skeptischen Patienten gelingt die Einleitung der Hypnose nicht immer.

4.3.2. Die deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose

Die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose e.V. (DGZH) wurde vom bis heute tätigen Präsidenten Dr. Albrecht Schmierer im Jahr 1994 gegründet. Seither findet eine rege Ausbildungstätigkeit der praktizierenden Zahnärzte in Form zahlreicher Seminare und größerer Kongresse statt. In den vergangenen Jahren besuchten über 1000

Zahnärzte und zahnärztliche Assistentinnen die Ausbildungsseminare der DGZH. Ein ganzheitliches Praxiskonzept ist das Ziel vieler Kollegen, die einen Wandel in der Zahnmedizin bekunden. Hypnose macht es möglich, auf die Ängste und Erwartungen der Patienten individuell einzugehen. Mit dem Ziel der sanften Zahnheilkunde und weiterer Verbreitung von Hypnose und Entspannungstechniken in der zahnärztlichen Praxis, arbeitet die DGZH nach den Verfahrensmodellen der modernen klinischen Hypnose nach Milton Erickson.

Die über 1600 Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose, überwiegend Zahnärzte, halten sich an strenge ethische Vorschriften, wie sie z.B. in der Satzung der International Society of Hypnosis (ISH) festgelegt sind (vgl. Le Ker 2009: 34). Eine Anwendung von Hypnose zu Unterhaltungszwecken ist untersagt. Die suggestive Beeinflussung eines Patienten ist dann berechtigt, wenn er das Ziel, sich selbst helfen zu können, aus eigener Kraft zunächst nicht erreichen kann. Alle Zahnärzte, die Hypnose anwenden, sind zur Supervision verpflichtet (Schmierer 1993: 18). Jeder Zahnarzt der seine Patienten hypnotisiert und jede Hypnosehelferin müssen ein Stundenkontingent an Supervisionen ansammeln um eine entsprechende Zertifizierung zu erlangen. Besprechungen der eigenen Hypnosetätigkeit mit erfahrenen und psychologisch ausgebildeten Fachmännern, den sogenannten Zahnärzten mit Supervisor-Erlaubnis, werden zum Beispiel in Seminarform von der DGZH angeboten oder auch auf der regelmäßig stattfindenden Jahrestagung.

Ein breites Themenspektrum lud auf der 15. Jahrestagung 2009 die Mitglieder ein, die klinischen Wirkmechanismen der zahnärztlichen Hypnose kennenzulernen. Darüber hinaus gab es Seminare zu folgenden Themen: Beeinflussung des Schmerzempfindens der Patienten und des Würgereizes, Beeinflussung des Immunsystems, Raucherentwöhnung, Methoden aus der Psychologie, die sich gut mit der Hypnose kombinieren lassen, neuen Erkenntnissen aus der Bindungs- und Hirnforschung über die Spiegelneurone, Möglichkeiten der emotionalen Heilung und die Reorganisation des Selbst mit den unbewussten Affekten in verschiedenen hypnotischen Kontexten, Selbsthypnose, Neuro-linguistisches Programmieren (NLP) und Hypnolinguistik. Besondere Aufmerksamkeit wird bei der Ausbildung auf den Umgang mit psychisch erkrankten Patienten (Depression, Persönlichkeitsstörungen) und der Behandlung von Kindern mit Hypnose gelegt²⁰.

²⁰Im Gegensatz zu Erwachsenen, bei denen die Hypnose hauptsächlich auf angeleiteten, formalen Konzentrationsprozessen beruht, werden Kinder anders in Trance geführt. Da kleinere Kinder nicht über das Konzentrationsmaß verfügen, sich auf Entspannung oder innere Ruhe zu besinnen, sind anschaulichere Formen hypnotischer Induktion notwendig. Die Kinder werden mit Puppen, Zaubertricks oder Späßen fasziniert und anschließend in Trance geführt. Erst Kinder ab dem zwölften Lebensjahr sind mit den gleichen formalen Induktionsmethoden, mit denen Erwachsene in Trance

Psychologie und Kommunikation für den Praxisalltag, sowie „Verkaufstraining für Zahnärzte!!?“ sind für die praktizierenden Hypnosezahnärzte ebenso wichtig und werden gelehrt, da Hypnose eine private Leistung ist, die von den Krankenkassen nicht bezahlt wird²¹. Die zahnärztliche Hypnose befindet sich gegenwärtig auf dem Weg von der reinen Erfahrungsmedizin zu einer wissenschaftlichen Anerkennung ihrer Wirkungsweise. Im dritten Wissenschaftssymposium der DGZH Jahrestagung 2009 wurden Studien zur therapeutischen Wirkung von Hypnose bei Rhinitis allergica (Schnurre) und Hyposmie (Ritthaler) vorgestellt und diskutiert. Desweiteren wurden die Ergebnisse der kooperativen Studie von Dettmar und Jilg zu verschiedenen Hypnoseformen bei der Zahnbehandlung von Kindern vorgestellt. Zahnärztin Ute Stein promovierte zum Thema „Veränderungen der subjektiven Befindlichkeit nach Sprach- und Musikinduktion während einer zahnmedizinischen Behandlung.“ Bei allen Studien handelte es sich um qualitative Forschungsdesigns, die die Körperfunktionen während der Hypnose (Dettmar/Jilg, Stein) und auch ihre nachhaltigen Effekte (Schnurre, Ritthaler) untersuchten. Der Wirkungsnachweis der Hypnose soll durch diese Studien gestützt werden und helfen, sie auf ein wissenschaftliches Fundament zu stellen.

4.3.3. Hypnose in der Zahnarztpraxis – wie sie normaler Weise abläuft

Die erste Kontaktaufnahme zur Hypnosezahnarztpraxis kann über unterschiedliche Kanäle erfolgen. Die Informationssuche nach einem geeigneten Zahnarzt geschieht häufig über Mundpropaganda, das Internet, die Presse (Zeitungsartikel) oder die Ärztekammer. Auch ein interessantes Schild an der Tür der Zahnarztpraxis kann Patienten auf eine Hypnosbehandlung aufmerksam machen. Manche Patienten schicken auch eine E-Mail am Abend in der sie ihr Zahnleiden niederschreiben. Hier muss entsprechend reagiert werden und ein Termin zum persönlichen Gespräch, nicht zur Behandlung(!), vorgeschlagen werden. Eine Praxis, die Hypnose anbietet, bekommt dazu durchschnittlich einen Anruf am Tag. Die Helferin am Telefon muss über die potentiellen Hypnosepatienten „eingeweiht sein“, um kompetent und verständnisvoll mit dem Patienten kommunizieren zu können²².

geführt werden, erreichbar (Schmierer 1993: 137f).

²¹ „Hypnosezahnärzte verdienen nicht an der Hypnose, sondern an der Möglichkeit, die Patienten endlich behandeln zu können nachdem sie mehrere Jahre gar nicht beim Zahnarzt waren.“, so die Praktizierenden über ihr Selbstverständnis (vgl. Tagungsprotokoll 15. Jahrestagung DGZH 2009).

²² „Die Helferinnen, die eine Hypnoseausbildung haben, kommunizieren anders mit den Patienten. Sie nehmen „mehr und anders“ wahr als die Helferinnen ohne Hypnoseausbildung. Das Tätigwerden der Hypnoseschwester am Telefon ist besonders wichtig: Sie kann heraushören um was für einen Patiententypus es sich handelt. Eine ungelernete Schwester kann hier beim Erstkontakt schon viel kaputt machen.“ (Protokoll 15. Jahrestagung DGZH).

Das erste Zusammentreffen zwischen der Praxis bzw. dem Behandelnden und dem Patienten beeinflusst wesentlich das zukünftige Arzt-Patientenverhältnis. „Die Hypnose beginnt schon an der Praxistür“, so Wolfgang Kuwatsch auf der 15. Jahrestagung der DGZH. „Wie riecht es in der Praxis? – Bei uns riecht es nach Äpfeln und nicht nach Zahnarzt und wir haben auch keine blutigen Bilder von Wurzelbehandlung an der Wand, aber auch keine schamanische Musik und Kissen auf dem Boden liegen“, so Kuwatsch weiter.

Im Aufklärungsgespräch, das mit deutlich zeitlichem Abstand vor dem geplanten Eingriff erfolgt, wird der Patient nicht nur wie gewohnt über Risiken, Nebenwirkungen und das Verhalten nach der Behandlung, sondern auch über die Hypnose im Allgemeinen, die dadurch entstehenden Kosten und die Videodokumentation der Behandlung informiert. Dazu wird dem Patienten eine Informationsbroschüre mit nach Hause gebracht. Für dieses Vorgespräch sind 15-20 Minuten vorgesehen. Eine Musterunterbrechung gehört zu diesem ersten Kontakt dazu: Anamnese und die Behandlungsplanung der zahnärztlichen Hypnose werden in einem neutralen Zimmer besprochen, nicht auf dem Zahnarztstuhl. Ein erstes nonverbales Pacing und Leading findet von Seiten des Zahnarztes statt um einen Angstabbau zu erreichen. Während der Hypnosevorbehandlung erlebt der Patient meistens das erste Mal, dass ihm Zeit gewidmet wird, dass der Zahnarzt auf seine Ängste und Befürchtungen eingeht und ihm Wege zeigt, wie er sich in der Zahnarztpraxis entspannen kann. Es wird ihm erklärt, wie er sich dissoziieren kann, d.h. wie er sich in seiner Fantasie irgendwo anders aufhalten kann, während er seinen „Mund zur Reparatur abgegeben“ hat.

Rapport, Pacing und Leading als Grundbausteine einer erfolgreichen Hypnose

Rapport als Kontaktaufnahme bereits im Wachzustand des Patienten und das Folgen und Führen („pacing“ und „leading“) als aktive Prozesse sind die Basis der Tranceeinführung und damit unabdingbar für eine erfolgreiche Hypnose.

Um eine Person in Trance zu führen, ist es zunächst erforderlich, eine vertrauliche Beziehung, *Rapport*, aufzubauen. Dies geschieht durch die Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Gegenübers. Der hypnotisierende Zahnarzt überprüft, in welchem Erleben und Zustand sich der Patient befindet, und „holt ihn dort ab“, so Ute Neumann-Dahm auf der 15. Jahrestagung der DGZH: „Der Patient möchte beim Hypnosezahnarzt seine Litanei loswerden. Manchmal erzählt er 15 Minuten lang von seinen Ängsten und seiner Scham; vor der Verwandtschaft wurde dieses Thema bisher verschwiegen. Ein aktives Zuhören ist gefragt. Der Patient wird vom Zahnarzt mental gestärkt, so dass er sich von ihm angenommen fühlt: „Wir vermitteln ihm, dass wir ihn so annehmen, wie er

ist und er mit seinen Gefühlen genau hier richtig ist.“, so Neumann-Dahm weiter. Der Zahnarzt nimmt seine eigenen Emotionen und Gefühle zurück und hört dem Patienten aktiv zu. Erzählt der Patient von seinen Behandlungsmisserfolgen, stimmt der Zahnarzt auch fachlich zu. Zusätzlich spiegelt der Zahnarzt einen Teil des Verhaltens oder des Erlebens des anderen in verbaler oder nonverbaler Weise. So kann der Zahnarzt eine ähnliche Sprachlautstärke und -rhythmik wie sein Gegenüber nachahmen oder auch die Körperhaltung spiegeln. Die Körpersprache und das nonverbale Verhalten macht nach Angaben der Hypnosezahnärzte über 50% der gelungenen Kontaktaufnahme aus. Auf dieser Ebene besteht das geeignete Pacing im Allgemeinen darin, die Reaktionen des Gegenübers symmetrisch zu erwidern und ihm damit zu signalisieren, dass seine Bedürfnisse respektiert werden. „Nimmt etwa der Patient eine legere Haltung ein, dann respektiert der Zahnarzt dies am besten dadurch, dass er ebenfalls – wenn auch nicht in exaktem Mimikry – eine legere Haltung einnimmt. Den anklagenden Typen wird man „pacen“, indem man sich von seinen kritischen Fähigkeiten beeindruckt zeigt und seine Eigeninitiative für die Trancegestaltung nutzt.“ (Revenstorf 2001: 65)

Beim Leading übernimmt der Hypnotiseur die führende Rolle und kann zum Beispiel durch eine Verlangsamung der eigenen Atmung, die Atmung des Gegenübers beeinflussen (vgl. Revenstorf 2001: 36f, 65). „Ich glaube, wir sind auf dem Weg in eine andere Ära der Zahnärzte. Es geht darum, Unbewusstes bewusst zumachen.“, so Horst Freigang, Vizepräsident der DGZH in einem Interview (Interview Horst Freigang, Z. 37f). „Die Blickdiagnostik und die Empathie des Arztes sind durch kein noch so aufwendiges technisches Verfahren zu ersetzen: Die Wahrnehmung des Anderen, Nachahmen, Hinhören und Hinsehen sind wichtige Tätigkeiten im Dialog mit dem Patienten.“, so Freigang weiter (Interview Horst Freigang, Z. 17-19).

Hypnoseinduktion: Die sanfte Tranceeinleitung

Die Einleitung einer hypnotischen Trance durch den Hypnotiseur wird als *Induktion* bezeichnet. Dabei handelt es sich um einen mehrstufigen Prozess, der die Rapportaufnahme, die Entspannung des Patienten und den Übergang in den Trancezustand beinhaltet.

Meist wird die Hypnose durch das Auflegen der Hände auf die Schultern des Patienten von Zahnarzt und Helferin eingeleitet, ihrem beruhigenden Sprechen²³ und entspannender Musik, die im Hintergrund leise von einer CD abspielt. Der Patient wird angehalten, sich zu entspannen. Hierzu eignen sich zum Beispiel Urlaubsszenen, die der Patient als

²³Die hypnotische Sprache zeichnet sich durch eine fließende Gleichförmigkeit mit Pausen, gedehnten Silben und *geschleiften* Wortendungen aus. (Schütz, Freigang, 2008: 7)

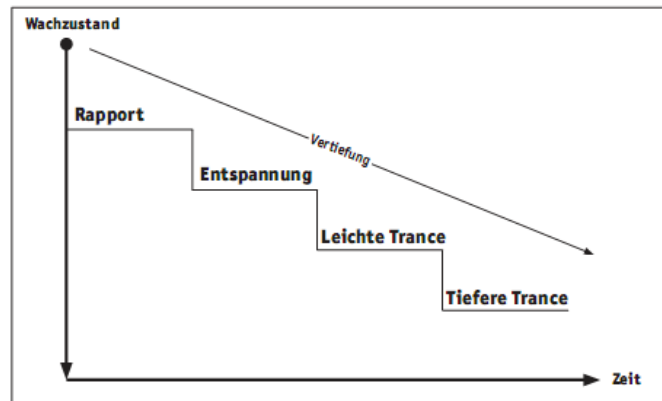


Abbildung 2: Stufen der Tranceeinleitung (Schütz, Freigang 2008)

angenehm empfindet oder leeryhypnotische Phrasen wie „Ruhe“, „Entspannung“, „Loslassen“ usw. (vgl. Freigang, Schütz 2008).

Das Ziel besteht darin, den Patienten über den Zwischenschritt der Entspannung in Trance zu führen. Manchmal wird der Patient auch dazu aufgefordert, einen Punkt mit den Augen zu fixieren und sich auf diesen Punkt zu konzentrieren, bis sich die Lider schließen. Oft reden auch Zahnarzt und Helferin gemeinsam („Doppelinduktion“), so dass der Patient nicht mehr weiß, wem er zuhören soll und schließlich diese verwirrende Situation dadurch beendet, dass er einfach „in Trance geht“ (vgl. Freigang, Schütz 2006).

Die ersten Anweisungen können sehr rasch eine tiefe Trance herbeiführen woraufhin direktere Suggestionen gegeben werden können, um die Hypnose zu vertiefen und entsprechende Bereiche anästhetisch werden zu lassen (vgl. Revenstorff 2001: 61). Eine dazu in der Zahnmedizin häufig angewendete Methode ist die Handschuhanästhesie. Der Patient auf dem Zahnarztstuhl wird gebeten, seine Aufmerksamkeit auf seine linke Hand zu richten und sie so intensiv wie möglich zu spüren. Nach einer Weile werden Kälte- oder Taubheitssuggestionen über das Bild eines Handschuhes vermittelt, der über die Hand gezogen wird. Danach wird in Form einer Suggestion formuliert, dass die Hand von allein nach oben steigen soll. Je höher sie steige, so wird suggeriert, desto kälter und tauber werde sie, bis sie schließlich den Mund berührt und dadurch die Kälte und Taubheit auf den Mund- und Kieferbereich übertragen wird. Während die Hand nun langsam nach oben steigt, fließt das Blut auf natürliche Weise aus dem Arm in den Körper zurück und verstärkt so die Kälteempfindung des Patienten. Dieser Prozess kann manchmal mehrere Minuten in Anspruch nehmen. Um Gewissheit über die Stärke

der suggestiv erzeugten Taubheit zu erlangen, kann der Zahnarzt nachfragen oder sich ein Körperzeichen, zum Beispiel das Heben eines Fingers, vom Patienten geben lassen, dass nun der Mund taub und kalt ist, sodass mit der Behandlung begonnen werden kann (vgl. Schütz, Freigang 2008: 128ff). Ein weiteres Beispiel für eine häufig in der Praxis eingesetzte Einleitung einer Analgesie ist die schnelle Induktionstechnik, „Turboinduktion“ genannt (durchschnittlicher Zeitaufwand von Beginn der Induktion bis zum Eingriff ca. 10 min) (Schmierer 2001: 638).

Durch eine sanfte Berührung am Kinn signalisiert der Zahnarzt dem Patienten, dass die Behandlung nun beginnt. Nach der Mundöffnung wird, ohne weites Eingehen auf die folgenden Handlungen, mit der Tranceinduktion weiter fortgefahren (vgl. Rauch 2008). Wenn es besonders geschickt gemacht wird, passen die Suggestionen genau zu dem, was gerade im Mund passiert: „So muss die Kälte des Saugers integriert sein, das wechselnde Körpergefühl von Druck und Entlastung, das wechselnde Geräusch von Turbine und Sauger sowie eventuelle kleine Unannehmlichkeiten, die man aber gleich wieder vergisst.“ (Schmierer 1993: 35) „Auch Störungen im Behandlungsablauf sind toll“, so Wolfgang Kuwatsch. Er berichtet auf der 15. Jahrestagung der DGZH 2009 von seinen Lieblingsstörungen: „Die Tür öffnet sich – „... und du kannst in eine neue Dimension gehen.“; eine Schale ist heruntergefallen – „... und wie im echten Leben bringen Scherben Glück, sammel sie auf, ja sammel sie auf.“ Befehle hingegen, wie „Zange, Skalpell“ können die Hypnose beeinträchtigen. Zahnarzt und Helferin sollten fließend zusammenarbeiten und sich über Fingerzeichen oder Nicken verständigen, notfalls kann der Helferin leise ins Ohr geflüstert werden (vgl. Schmierer 2007: 55).

Nach erfolgreicher Behandlung bekommt der Patient ausführliche posthypnotische Suggestionen. Die sogenannte „Desensibilisierung im Behandlungsstuhl“ durch hypnosuggestive Kommunikation ist ein Teil der verhaltenstherapeutischen Betreuung durch den Zahnarzt (vgl. Quaty 2009: 20). Sie erfolgt nach Nutzung der Trance in der „Erleichterungsphase“ unmittelbar nach dem Eingriff, weil hier der geringste Widerstand auftritt und die endorphinbedingte Hochstimmung die Bereitschaft zum Annehmen von Suggestionen stimuliert (Schütz, Freigang 2008: 54). Folgende Suggestionen kommen nach dem Eingriff zur Anwendung: Lob und Anerkennung der Leistung, rasche Heilung, Schmerzkontrolle, Kontrolle der Sekretion, Kontrolle der Durchblutung, Egostärkung, Ankern der Hypnosefähigkeit um schnell wieder in Hypnose gehen zu können, Ankern der Fähigkeit zur Schmerzkontrolle, Amnesiesuggestionen (vgl. Schmierer 2007: 55).

Bei Folgebehandlungen dient der Zahnarztstuhl als Anker. Sie finden im gleichen Zimmer statt, weil der Patient den Raum schon kennt und sich dort sicher fühlt.

Trancephänomene und Trancestadien

Trance ist ein alltägliches Phänomen, das jeder Mensch vom Übergang vom Schlaf zum Wachzustand und vom Wachzustand zum Schlafzustand kennt. Die Trancefähigkeit ist angeboren: Kinder spielen mit einem Stock und stellen sich dabei ein Flugzeug oder ein Schiff vor. Ohne dass bislang eine abschließende wissenschaftliche Erklärung für das Zustandekommen von Trancezuständen gefunden werden konnte, lassen sich durch die von Erickson formulierten Techniken bei bis zu 90% der Patienten unterschiedlich tiefe Trancezustände induzieren (vgl. Rauch 2008).

Fälschlicherweise wird Trance oft nur mit Entspannung gleichgesetzt. Tatsächlich finden wir Trancezustände in vielen Alltagssituationen, die nichts mit Entspannung zu tun haben. Am Computer oder bei der Betrachtung eines Films oder einer spannenden Sequenz eines Sportereignisses geraten Menschen in Trance, vergessen ihre Umgebung und verlieren jegliches Zeitgefühl. Marathonläufer laufen sich, Derwische tanzen sich in Trance. Es gibt sogar eine Musikrichtung die „Trance“ heißt²⁴. Trancephänomene wie Zeitverzerrung, positive und negative Halluzinationen, Dissoziation, Altersregression oder Amnesie sind Potentiale und Erscheinungsformen des menschlichen Geistes, die in bestimmten Situationen – auch ohne Induktion von Hypnose – spontan auftreten, um spezielle Lebenssituationen besser bewältigen zu können. All diesen verschiedenen Trancezuständen gemeinsam ist die fokussierte Aufmerksamkeit (vgl. Revenstorf 2001: 96). Die Fähigkeit, dabei Schmerzen auszublenden ist nichts Magisches oder Geheimnisvolles sondern eine natürliche Fähigkeit des Menschen. Berichte aus Kriegszeiten, von Unfällen oder Menschen, die über Feuer laufen können, bestätigen das. Gerhard Schütz (2004) präsentiert in „trance-parent“ eine doppelte Perspektive auf die hypnotische Trance und die stattfindenden Trancephänomene sowohl aus der Sicht des behandelnden Therapeuten als auch aus der subjektiven Innensicht der mitarbeitenden Patientin. Mit Hypnose kann ein erstaunlicher Einfluss auf das vegetative Nervensystem genommen werden. Mit der durch den Hypnotiseur eingeleiteten Trance geht eine mehr oder weniger tiefe körperliche Entspannung einher. Der Puls ist ruhig, die Muskeln entspannen sich, eine tiefe Bauchatmung sorgt für Wohlbefinden. Der Körper wird zudem gut durchblutet, da sich die Gefäßmuskeln entspannen. Daraus resultiert ein Gefühl der Wärme (vgl. Kujath 1993: 18). In Trance empfindet der Patient weniger Schmerzen. Grundsätzlich gilt: Je tiefer die Trance ist, umso weniger bekommt der Patient mit und umso weniger Schmerzen hat er (Schmierer 2007: 38).

²⁴Außerdem: Buchstaben verschwimmen beim Lesen, Trance beim Autofahren, beim Putzen, beim Garten umgraben – die typische Arbeitstrance

Die Sinuskurve ist ein typisches Trancezeichen, - mal ist der Patient sehr tief in Hypnose, plötzlich wieder im Geschehen, dann wieder in Hypnose usw. Drei verschieden tiefe Stadien können einen hypnotischen Zustand anzeigen.

Die *leichte Trance* zeichnet sich durch einen langsamer schlagenden Puls aus, die Atmung wird tiefer und ruhiger, der Patient fühlt sich schläfrig. Oft schließen sich die Augen von selbst und die Lider flackern stark. In der leichten Trance bekommt der Patient noch alles mit, doch können sich manche Patienten bereits hier so gut dissoziieren, dass sie wenig Schmerz empfinden.

Die *mittlere Trance* lässt den Patienten das Gefühl entwickeln, vollkommen in seiner inneren Welt, in seiner Fantasie aufgehen zu können. Die äußeren Geschehnisse werden so unwichtig, dass sie kaum bemerkt werden. In diesem Stadium ist der Hypnotisierte fähig, seinen Fantasien wie im Film zu folgen.

Die *tiefe Trance* ähnelt einem tiefen und festen Schlaf. Das Empfindungsvermögen des Körpers ist derart herabgesetzt, dass vollkommene Schmerzunempfindlichkeit auftreten kann (vgl. Freigang, Schütz 2006: 14).

Nach Erfahrung der mit Hypnose arbeitenden Zahnärzte sind Patienten mit ausgeprägter Zahnbehandlungsangst weniger gut für eine Behandlung ohne Spritze geeignet, da sie durch ihren hohen Adrenalinspiegel nur eine leichte Trance erreichen. Erst nach erfolgreichem Angstabbau mit Hypnose, was einige Zeit und mehrere Sitzungen erfordert, können sie auch ohne Spritze zahnärztlich behandelt werden (Schmierer 2007: 38).

<u>Äußerliche Trancezeichen</u>	<u>Beispiele für Trancephänomene</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Abnahme des Liedschlags • Flackern der Augenlider • Tunnelblick • Pupillendilatation • Bewegung der Augäpfel (auch bei geschlossenen Lidern sichtbar) • Fehlende Körperbewegung (sich faul fühlen, man bekommt die Beine gar nicht hoch, Faulheit und Schwere in Armen und Beinen) • Muskelentspannung • Unwillkürliches Muskelzucken • Veränderung des Atemrhythmus und der Atemtiefe (ruhige Atmung) • Pulsfrequenz (zuerst atmet der Patient schnell und hat einen hohen Puls, weil er sehr aufgeregt ist) • Klosiges Schlucken • Ideomotorische Bewegungen (Zucken der Finger, Füße) • Armlevitation • Katalepsie (Starre von Körperteilen), Blitzableiter: Kinder und Alte machen es automatisch • Zeitverzerrung (die Zunge ist locker) • Schwindelgefühle • Gefühl der Leichtigkeit und Schwere (Losgelöst von Raum und Zeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Levitation (nicht willentliches Heben, z. B. eines Armes) • Katalepsie (muskuläre Starre) • Ideomotorik (z. B. unwillkürliche Fingerbewegungen, die eine gute Kommunikationsmöglichkeit bieten) • Erweiterung der Vorstellungswelt und Nutzung der Kreativität • Hypnotische Träume • "Kommunikation mit dem Unbewussten" • "Unbewusste" Problemlösungsfähigkeiten • Altersregression und Hypermesie (Zurückschreiten in "alte Zeiten", bzw. intensivere Erinnerung daran) • Lösen emotionaler Blockaden • Wahrnehmungsveränderungen • Erinnern und Vergessen (Amnesie) • Dissoziation (Trennen von Bewusstseinsinhalten) • Gefühl der Zeitverzerrung • Assoziation (Zusammenbringen von zuvor getrennten Bewusstseinsinhalten bis hin zum vollständigen Erlebnis) • Veränderungen in der Zeitwahrnehmung • Analgesie und Anästhesie (Schmerzbeeinflussung und Empfindungslosigkeit) • Blutungskontrolle • Muskuläre Entspannung • Regulation vegetativer Funktionen (z. B. im Magen- Darmbereich, Herz- Kreislauf, Speichelfluss) • Beeinflussung der Stressreaktion

Abbildung 3: Trancezeichen (Schmierer 2001)

5. Methodologisch und methodisches Vorgehen zur Erkenntnisgewinnung innerhalb der qualitativ-empirischen Sozialforschung

In der Wissenschaftssprache werden im Allgemeinen die beiden Begriffe Methodologie und Methode unterschieden. Mit Methodologie ist die Lehre von den allgemeinen Regeln des wissenschaftlich-empirischen Erkenntnisgewinns gemeint und mit Methode die Technik zur Erhebung der Daten.

Die qualitative Forschung widmet sich der Untersuchung der sinnhaften Strukturierung von Ausdrucksformen sozialer Prozesse. Es geht darum zu verstehen, was Menschen in einem sozialen Kontext dazu bringt, in einer bestimmten Weise zu handeln, welche Dynamik dieses Handeln im sozialen Umfeld auslöst und wie diese auf die Handlungsweise zurückwirkt (Froschauer, Lueger 2003: 17). Wissenschaftstheoretisch basieren die Grundlagen der qualitativen Sozialforschung auf den Traditionen der verstehenden Soziologie Webers (1972), der phänomenologischen Soziologie Husserls (und deren Weiterentwicklung zur Lebensweltanalyse von Schütz (1932), Schütz, Luckmann (1979) sowie Berger, Luckmann (1969)), der Wissenssoziologie Mannheims (1964), dem Symbolischen Interaktionismus und der Chicago School (Thomas, Znaniecki 1927).

Verwendete Methoden in der qualitativ-empirischen Sozialforschung sind die verschiedenen Formen der hermeneutischen bzw. textinterpretativen Ansätze. Sie sind geleitet von der Erkenntnis, dass ihre Anstrengungen auf „symbolisch vorstrukturierte Gegenstände“ (also auf sprachlichen Äußerungen), nach Habermas, gerichtet sind, sowie den Niederschlag menschlichen Tuns in institutionalisierter Weise erklären zu können. Es geht bei einer wissenssoziologisch angelegten Hermeneutik nach Soeffner um eine rationale Rekonstruktion des Typischen, das im Besonderen zum Ausdruck kommt und sich nur im Einzelfall zeigt: „Es findet eine idealtypische Rekonstruktion des typischen subjektiv gemeinten Sinns statt“ (Hitzler, Honer 1997: 113). Solche Ausdrucksformen erlauben in der Regel keinen forschersichen Zugang der von außen und in vorgefertigten Kategorien operiert. Da der wissenschaftliche Interpret (genauso wie der Alltagsmensch) keinen direkten Zugriff auf die Bewusstseinsleistungen des Handelnden hat, ist er bei seiner Annäherung an den Handlungsentwurf auf die Objektivationen angewiesen, in denen der Entwurf jeweils zum Ausdruck kommt (ders.).

Mein Vorgehen stützt sich auf ein ethnographisches und phänomenologisches Forschungsparadigma. Die folgenden kurzen Umriss der Forschungstradition der Phänomenologie und der Methode der Videoanalyse mögen genügen um darauf hinzuweisen, dass sich

die beiden Verfahren methodisch fruchtbar miteinander kombinieren lassen und sich durch die verschiedenen Formen der Ergebnisproduktion Möglichkeiten einer wechselseitigen Ergänzung bieten.

In der Analyse der Daten wurden Methoden der qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung angewandt. Diese stützen sich auf eine Kombination von Feldbeobachtungen, vor allem mit der Videokamera, Sequenzanalysen der Videos und Interviews mit Patienten und Zahnärzten, die auf Grundlage der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik²⁵ behandelt werden.

5.1. Ethnographische Herangehensweisen in der Soziologie

Ursprünglich ist die Ethnographie ein Forschungszweig der Ethnologie und der Kulturanthropologie, die von bekannten Feldforschern wie Malinowski oder Mead zur Beschreibung der sozialen Strukturen und Prozesse in fremden Gesellschaften benutzt wurde. Malinowski wollte damit die bis dahin in den wissenschaftlichen Salons gepflegte ethnologische Forschung aus dem Lehnstuhl hinein ins Feld holen, um so den Alltag der Untersuchten mittels teilnehmender Beobachtung rekonstruieren zu können. Mead, der selbst auch fremde Kulturen untersuchte, plädierte später ebenso für eine Ethnographie der eigenen Kultur und des Lebens in den industriellen Großstädten wie auch in abgelegenen Gebieten (Mead 1975). Die ethnographische Beschreibung von gesellschaftlichen Subgruppen in der Soziologie wurde insbesondere von der Chicago School vorangetrieben (Thomas, Znaniecki 1918, Park et al. 1925, Whyte [1943] 1955).

Im Unterschied zur ethnologischen Ethnographie zeichnet sich die soziologische Ethnographie dadurch aus, dass sie in der eigenen Gesellschaft durchgeführt wird (vgl. Knoblauch 2001: 124). Der Ethnograph der „eigenen“ Gesellschaft muss sich der Fremdheit des Bekannten und Vertrauten durch eine artifizielle Einstellungsänderung erst wieder bewusst werden. Er muss in nächster Nähe jene „Fremde“ überhaupt entdecken, die der ethnologische Ethnograph gemeinhin fast zwangsläufig „existentiell“ erfährt, weil und indem seine alltäglichen Routinen „im Feld“ oft ziemlich brachial erschüttert

²⁵Die Hermeneutik hat die Auswertung sinnhafter Dokumente – insbesondere Texte – zum Ziel. Allerdings geht es ihr nicht um die systematische Identifizierung von Aussage-Elementen und deren Zuordnung zu vorher festgelegten Kategorien, wie bei der empirischen Inhaltsanalyse. Die Erkenntnisabsicht bei hermeneutischen Verfahren ist vielmehr das „Verstehen des Sinns“, die „Auslegung“ oder „deutende Interpretation“ von Aussagen, von Dokumenten, historischen Quellen, etc. Die Bedeutung einer Botschaft soll nachvollzogen und gedeutet werden, indem versucht wird, sich das zu erschließen, ggf. sich dazu in den Autor des Textes und die Situation der Entstehung hineinzudenken (Kromrey 2002: 312.) Das konkrete Auslegungsverfahren der hermeneutischen Wissenssoziologie ist die Sequenzanalyse. Die sequenzanalytische Interpretation durchläuft den gleichen Gang der gegliederten, sinnkonstituierenden Abfolge der Handlung: „In der Linie des Geschehens“ (Dilthey 1976: 214.) rekonstruiert sie den Handlungsprozess und die sequentielle Sinnkonstitution.

werden (vgl. Honer 1997: 196). Durch den „fremden Blick“ auf das interessierende Phänomen ersetzt sich der soziologische Ethnograph in die Lage, sein eigenes, fragloses (Hintergrund-)Wissen darüber zu explizieren und gegebenenfalls zu klären, woher dieses Wissen stammt, um es dann aus methodischen Gründen zu modifizieren oder zu suspendieren (vgl. Honer 1997: 197).

Die Anstrengung der ethnographischen Forschung besteht aber nicht nur im Zugang und in der Teilnahme an den Ereignissen, sondern auch – und vielleicht sogar in erster Linie – im möglichst unvoreingenommenen Einlesen auf die Wirklichkeit der hier handelnden Personen. Die Grundintention der Ethnographie besteht in der rekonstruktiven Erfassung der in Sinnbezügen konstituierten sozialen Wirklichkeit. Das Interesse des Forschers ist hierbei nicht hypothesengeleitet sondern konzentriert sich auf die vorfindlichen Situationsdefinitionen und -interpretationen (Schröder 1994: 99). Für die Datengewinnung bedeutet dies, Strategien und Methoden zu finden, die geeignet sind, soziale Lebenswelten gleichsam von Innen aufzuhellen (Karmasin, Höhn 2002: 56). Die Ethnographie ist grundsätzlich für alle Forschungsmethoden offen. Neben der teilnehmenden Beobachtung in einer Vielzahl von Kontexten, werden Interviews unterschiedlicher Art geführt, quantitative Daten erhoben und eingesammelt, Gespräche mit natürlichen Gruppen arrangiert, historische und aktuelle Dokumente aller Art gehortet, die Alltagspraxis zu unterschiedlichen Formen der Selbstdarstellung angeregt, Videos aufgenommen, Fotoserien erstellt und in vielfältigster Form Recherchen angestellt (Lüders 2007: 394). Der Ethnograph nimmt an den Aktivitäten und Ritualen des täglichen Lebens, der Arbeit, des Essens und der Freizeit teil und wird langsam in die fremde Gesellschaft aufgenommen. Er lernt deren Sprache, Sitten, Gebräuche und Verhaltensmuster kennen. Dieser Prozess kann einige Monate in Anspruch nehmen. Während ihrer non-invasiven Herangehensweise machen sie sich detaillierte Notizen, stellen aber auch regelmäßig Foto- und Videoaufzeichnungen von ihrem Feld her oder führen Interviews. Audiovisuelle Aufzeichnungstechniken erlauben hierbei einen stärkeren kommunikations- und identitätstheoretischen Blickwinkel. Die Präsenz vor Ort ermöglicht dem Forscher, umgehend Nachfragen zu bestimmten Aktionen oder Vorfällen zu stellen und in kurzen situativen Interviews tiefere Erkenntnisse über die Vorgänge zu erhalten (Schubert 2006b: 132).

Diese Methoden haben Nachteile wenn es darum geht, die Bedeutung der Orte in der Alltagserfahrung zu rekonstruieren. Was andere im Einzelnen wahrnehmen und tun, und was ihre situierten Erfahrungen und Handlungen letztendlich bedeuten, bleibt oft ihr Geheimnis – selbst wenn sie von Ethnographen beobachtet werden, die vollwertige Mitglieder des erforschten sozialen Umfelds sind (Kusenbach 2007: 351).

Durch weitaus kürzere Zeiträume als die traditionelle Ethnographie, weist sich eine weitere Form aus, die Huges et al. (1994) „quick and dirty ethnography“ nennen. Dieser Titel klingt pejorativer als das, was er bezeichnet: Kurzfristige ethnographische Studien, mit denen der Forscher sich rasch allgemeine Informationen über den Bereich verschafft, in dem z.B. ein zu entwickelndes System eingesetzt werden soll (vgl. Knoblauch 2001: 128).

Mit der „Lebensweltlichen Ethnographie“²⁶, als besondere Form der Ethnographie, hat sich daher eine Verknüpfung von praktischen Insider-Erfahrungen mit feldrelevanten Daten aller Art herauskristallisiert (Schröer 1994: 90). Die neuen Herangehensweisen der Ethnographie arbeiten daran, eine engere Beziehung zwischen Forschungsprozess und Repräsentation der Forschungsergebnisse zu etablieren, um so eine hohe Reflexivität (gleich der geschriebenen Texte) zu erreichen, so Pink (2006).

Visuelle Methoden wie die Malerei, Videofilme(n), Fotografie und das Internet offerieren neue Ressourcen und Möglichkeiten für den ethnographischen Forschungsprozess (Pink 2006: 4), auch um ethnographisches Wissen zu repräsentieren. Hubert Knoblauch entwickelte einen neuen Forschungstypus der Ethnographie, der mit seinen kurzen aber besonders intensiven Feldaufenthalten an die „quick and dirty ethnography“ anknüpft: Die „fokussierte Ethnographie“, die vorrangig mit Video arbeitet.

Videoaufzeichnungen erlauben es, Daten im Feld zu erheben, die aufgrund ihrer Fokussierung, ihrer Komplexität und ihrer Intersubjektivität eine neue methodische Qualität besitzen (Knoblauch, Schnettler 2007: 585). Sie ermöglichen erst eine Fokussierung der Ethnographie (Knoblauch 2001). Auch wenn die fokussierte Ethnographie (vor allem durch den Einsatz der zeitintensiven Datensitzungen und der Anfertigung von genauen Transkripten) in die Nähe einer „textwissenschaftlichen“ Vorgehensweise rückt, so darf hier nicht übersehen werden, dass sie grundsätzlich die für alle Ethnographien typische Mischung aus verschiedenen Datensorten aufweist. Mit Hilfe des Hintergrundwissens hinsichtlich des Ausschnitts, der von den aufgezeichneten Daten abgesteckt wird, kann die Analyse von Strukturen und Mustern von Interaktion, Kommunikation und Situationen erfolgen (Knoblauch 2001: 132f).

In den letzten Jahren hat die Zahl ethnographischer Studien, aber auch methodologisch und konzeptionell angelegter Arbeiten zum Thema „Ethnographie“ im deutsch-

²⁶Unverzichtbar dafür, dass wir von einer lebensweltanalytisch orientierten Ethnographie sprechen können, erscheint, dass wir das Geschehen aus der Perspektive des (typischen) Teilnehmers beschreiben, unsere Kommentare daraufhin überprüfen, auf welche Relevanzsysteme sie sich jeweils beziehen, und unsere Analysen als Produkte einer theoretischen Einstellung reflektieren. Da man aber nur über Erfahrungen reflektieren kann, die man (gemacht) hat, muss man stets bedenken, welche (Art von) Erfahrungen man – bezogen auf eine bestimmte Thematik – und jeweils tatsächlich selber (gemacht) hat (Honer 1993: 201).

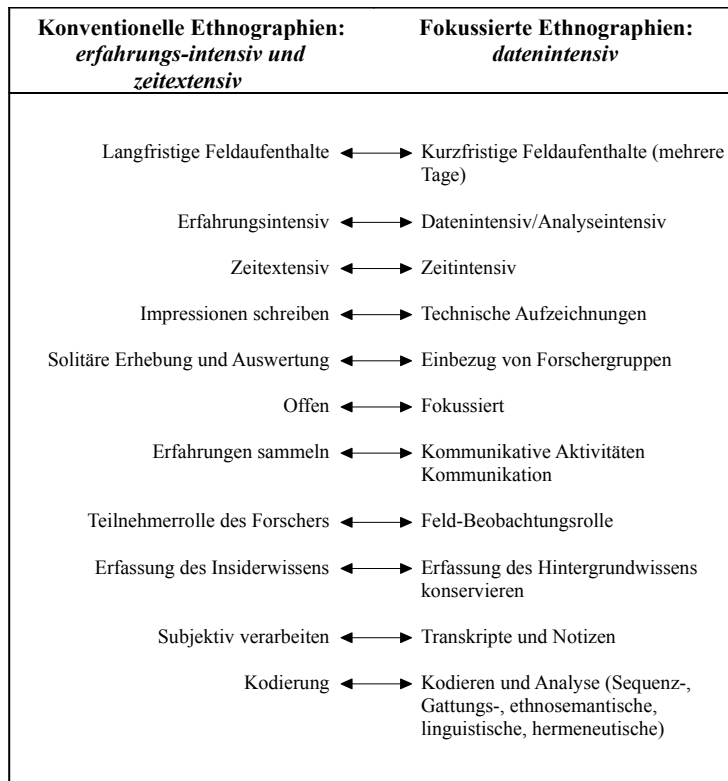


Abbildung 4: Konventionelle Ethnographien und fokussierte Ethnographien im Vergleich (Knoblauch 2001)

sprachigen Raum erheblich zugenommen. Mit den Sammelbänden von Hirschauer und Amann (1997) und Knoblauch (1996) ist das hiesige Spektrum von Themen und Studien zugänglich. Empirische Beispiele für Analysen kleiner sozialer Lebenswelten finden sich bei Knoblauch (1988, 1992) Hitzler, Pfadenhauer (1998) und Soeffner (1992).

5.2. Videographische Herangehensweisen in der Soziologie

Die Analyse von audiovisuell aufgezeichneten sozialen Interaktionen und Verhaltensvorgängen haben in der Soziologie bereits Tradition. Der Einsatz der Videotechnik als Beschreibung gesellschaftlicher und sozialer Wirklichkeiten wird in den qualitativen Sozialwissenschaften bereits ein knappes Jahrhundert praktiziert. In den Jahren 1923/24 fertigte der Sozialpsychologe Kurt Lewin einige Filmsequenzen vom Verhalten seiner Versuchspersonen an. Lewin analysierte diese Sequenzen unter dem Gesichtspunkt des Verhaltenskonflikts. Er war einer der ersten Wissenschaftler, der mit Film arbeitete.

Damals kostete es rund 30.000 Mark etwas zu filmen und mit den Daten weiterzuarbeiten, daher wurde diese Methode in den folgenden Jahren eher selten bis gar nicht eingesetzt. Heute können Forschungseinrichtungen für wenige Hundert Euro Einstiegersets erwerben (Knoblauch et al. 2006: 17). Der Forschungszweig, der sich mit der Analyse visueller Repräsentationen befasst, hat in den letzten Jahren genauso wie die visuelle Repräsentation in der Gesellschaft selbst einen großen Aufschwung erfahren. Obwohl Videoaufzeichnung mittlerweile zu einer in der qualitativen Forschung häufig genutzten Datensorte zählen, befindet sich die Methodenentwicklung erst in einem Anfangsstadium. Nur wenige Forscher stellen konkrete Fragen danach, wie der Umgang mit diesem neuen Medium in der Sozialforschung adäquat gestaltet werden kann (vgl. Knoblauch, Schnettler 2007: 584, Raab 2008).

Videoanalysen werden mittlerweile in einer Reihe von soziologischen Forschungsfeldern eingesetzt²⁷, so z.B. in der visuellen Ethnographie von Arbeit und Technologie (Knoblauch 2000), für Studien in hochtechnologisierten Arbeitsumgebungen wie Flughäfen (Goodwin und Goodwin 1996)²⁸, Notdienstzentren (Whalen 1997) oder U-Bahnen und Kontrollzentren, wie sie die angelsächsischen „workplace-studies“ (Luff et al. 2000, Heath et al. 2004) bedienen. Hier finden vor allem Videoaufzeichnungen ihre Verwendung, wenn es um die Beobachtung interaktiver Arbeitsvorgänge mit technischen Systemen geht, die ein genaues Verstehen der Menschen in ihren interaktiven Handlungsvollzügen erfordern. Die Workplace Studies zeichnen sich durch eine besondere Anwendung der Ethnographie aus, die auch als „fokussierte Ethnographie“ (Knoblauch 2001) bezeichnet wird. Weil die Fokussierung häufig mithilfe von audiovisuellen Aufzeichnungen vorgenommen wird, haben die Workplace Studies auch einen sehr wichtigen Beitrag zur Fortentwicklung der Videographie und Videoanalyse geleistet (Knoblauch 2004), die auch andere Forschungsbereiche beflügelte, wie z.B. die Museumsforschung (vom Lehn 2006, Heath et al. 2001, Heath/Hindenmarch 2002) (vgl. Rammert, Schubert 156). Außerdem findet Video auch in so diversen Feldern Verwendung, wie der Religionsforschung (Luckmann, Soeffner 1993, Schnettler 2001), in der Schulforschung (Aufschnaiter, Welzel 2001), in den Bereichen der Medizinischen- und Gesundheitsversorgung (Atkinson 1995), der Arzt-Patienten-Forschung (Kissmann 2009, Heath 1989, Ten Have 1990, Wodak 1985, Bahrs/Matthiessen 2007 und Heath 2002), der Medi-

²⁷Sammlung der Vorschläge für das Feld der Video Analyse in den Sozialwissenschaften befindet sich in: Kissmann 2009

²⁸Eine deutschsprachige Darstellung der Ergebnisse findet sich in Hubert Knoblauch: Kommunikationskultur. Die kommunikative Konstruktion kultureller Kontexte. Berlin 1995, S. 238-243.

zinsoziologie (Heath 1989²⁹, Schubert 2006, Hindmarsh und Pilnick 2002, Hirschauer 1991, Berg/Bowker 1997) oder der Technik- und Innovationsforschung (Rammert und Schubert 2006), um nur einige Beispiele für dieses rasant wachsende Anwendungsfeld qualitativer Forschung zu nennen (vgl. Knoblauch, Schnettler 2007).

Hubert Knoblauchs Herangehensweise mit Videodaten zu arbeiten, ist eine kombinierte fokussierte Ethnographie mit der anschließenden mikroskopisch genauen Analyse der sichtbaren interaktiven Vorgänge, die er Videointeraktionsanalyse³⁰ nennt. Er hat diesen Begriff vorgeschlagen, um in Abgrenzung zur sprachbasierten Konversationsanalyse einen spezifisch videographischen Methodentypus zu charakterisieren und ihn gegenüber standardisierten Formen der Videoanalyse anderer Disziplinen zu unterscheiden (vgl. Pernack 2007: 18). Die Videointeraktionsanalyse ist aus der Konversationsanalyse, der Ethnomethodologie und den Workplace Studies hervorgegangen. Sie versteht sich durchaus als hermeneutisches Verfahren, da sie bei der Rekonstruktion umfassender Handlungszusammenhänge dem für die Interpretation audiovisueller Daten sich stellenden methodischen Problem von Simultanität und Sequentialität begegnet, das heißt sowohl die visuell zeitgleich gegebenen Handlungen wie auch deren zeitliche Abfolge berücksichtigt (Knoblauch 2004, Raab 2008: 103). Mittels Videoanalyse wird es möglich, nonverbale Kommunikation in den Blick zu bekommen. Darüber hinaus geht es bei der Videointeraktionsanalyse um die Bestimmung von Ressourcen, des Wissens und den praktischen Überlegungen, die von den Handelnden selbst bei der Hervorbringung ihrer in situ stattfindende sozialen Handlungen und Aktivitäten verfolgt werden; ferner um die Erforschung und Ausnutzung der sequentiellen Struktur, mit dem Ziel herauszufinden, wie sich die Handelnden aneinander orientieren und sie mithilfe der Handlungen anderer koordinieren sowie um die Einbettung beobachtbarer Handlungsvollzüge in umfassendere Handlungszusammenhänge (vgl. Heath 1997). Die Beobachtung von Routinen und ihren Störungen sowie die Fokussierung auf ihre Handlungsvollzüge rückt die Bedeutung der jeweiligen Situation in den Vordergrund. Die interpretativen Analysen betonen dabei die performativen Aspekte der beobachteten Phänomene (vgl. Knoblauch 1998a). Videointeraktionsanalysen nutzen natürliche Situationen, gehen sequentiell vor und bewegen sich bei der Interpretation der Da-

²⁹Heath beschäftigt sich seit Jahrzehnten mit medizinsoziologischen Fragestellungen im Sinne ethnomethodologischer Studien von Arzt-Patient Interaktion oder dem Umgang mit Akten im Krankenhaus (vgl. Heath et al. 1992, Heath et al 1993 Heath, Luff 1996a), vgl. auch die „Work, Interaction & Technology Research Group am King’s College London, die mit Videoanalytischen Methoden arbeitet

³⁰Die Begriffe „Videographie“, „Videsequenzanalyse“, „Videoperformanzanalyse“ und „Videointeraktionsanalyse“ werden gelegentlich synonym verwendet. Eine Regelung dazu bleibt bisher unangestellt.

ten in einem intrinsischen Zusammenhang (Knoblauch 2004: 132). Sie basieren auf der konversationsanalytisch orientierten Analyse audiovisueller Aufzeichnungen natürlicher Situationen, in deren Fokus die Interaktionen zwischen Menschen steht. Die Analyse der Videodaten geschieht in der Reihenfolge: Selektion aus den Rohdaten, Transkription, Analyse und Interpretation (Knoblauch, Schnettler 2007).

Ein Vorteil der „registrierenden Konservierung“ (Bergamann 1985) besteht darin, dass mit der Aufzeichnung ein wiederholtes Abspielen der Daten möglich wird. Das heißt, dass die Daten auch in Forschergruppen analysiert werden können. Konserviertes, audiovisuelles Datenmaterial erlaubt diachrone und synchrone Strukturanalysen der verschiedenen Sequenzen³¹. Wiederholtes Abspielen um Details im Zeitraffer, im Standbild, im Vergleich oder in Vergrößerung anzusehen, ist möglich. So kann das Videoband Zusammenhänge zwischen Details aufdecken, die ohne diese Genauigkeit nicht aufgefallen wären und Bestandteile von Verhaltensabläufen beobachtbar machen, die von den Abgebildeten niemals selbst expliziert werden können (vgl. Knoblauch 2004: 131). Kein anders Aufzeichnungsmedium bietet Interpretieren eine vergleichbare Fülle von Wahrnehmungsaspekten (z.B. Sprache, Gestik, Mimik, Prosodie, Körperformationen). Mit Video ist folglich das perfekte Medium für detailgenaue Analysen der Interaktion und Interaktivität gefunden (Jordan, Henderson 1995, Ruhleder/Jordan 1997, Hindmarsh/Heath 1998, Knoblauch 1998b, Schubert 2002). Es schafft eine Transparenz, die andere Erhebungsmethoden nicht erreichen können.

Der Einsatz von Video hat allerdings auch den entscheidenden Nachteil, dass die Analyse des Bandmaterials sehr zeitaufwendig ist³². Neben dem reinen Volumen des Videomaterials (es kommen pro Feldstudie mehrere Stunden Bandmaterial zusammen) sind die Unstrukturiertheit der Daten und der sequentielle Charakter des Mediums die Hauptprobleme bei der Datenauswertung. Die feinanalytischen Analysen, d.h. ob sich die ad-hoc Interpretationen belegen und ausdifferenzieren lassen, brauchen ihre Zeit. Die audiovisuelle Aufzeichnung bringt in der Regel auch forschungstechnische Schwierigkeiten mit sich (Aufnahmegenehmigung, Feldmanipulation), die ihren Einsatz fast

³¹Die Sequenzanalyse in der Version, wie sie von der objektiven Hermeneutik vertreten und praktiziert wird, hofft noch darauf, dass sich durch die Anwendung einer bestimmten Prozedur das Material selbst zum Sprechen bringen lässt. Dabei geht es nicht einfach um die Rekonstruktion der den Handelnden als subjektiv unterstellten Motive, sondern – sie überschreitend – um die Rekonstruktion des historisch geprägten und den Handelnden verbindlich vorgegebenen Handlungstyp spezifischen Orientierungsrahmens, in dem der subjektiv gemeinte Sinn eingelassen und in bezug auf die objektiven Sinnstruktur des (fallspezifisch charakteristischen) Handelns, den dem Handelnden fraglos selbstverständlich vertraut und von daher tentativ (immer schon) vergessen ist, bestimmbar werden (vgl. Schröder 1994: 76).

³²Kuhlmann und Herrmann geben eine Rate von 5:1 zwischen Analysezeit und Beobachtungslänge an. (Kuhlmann, Herrmann 2000: 2)

unmöglich macht oder nicht ratsam erscheinen lässt (Schröer 1994: 63).

Videoanalyse vereint Traditionen der Linguistischen Anthropologie, der Konversationsanalyse, der soziologischen Hermeneutik, der Ethnographie, der Phänomenologie und der fokussierten Ethnographie. Sie zeigt, dass die Forschungstraditionen überlappen können wenn es darum geht, eine „Videoanalyse“ durchzuführen (Kissmann 2009: 9). Ulrike Kissmann (2009) analysiert Videodaten hinsichtlich Missverständnisse in Arzt-Patient-Gesprächen. So führte sie mit dem Arzt im Anschluss ihres ethnographischen Feldaufenthaltes ein biographisches Interview, das sie anschließend mit Hilfe der soziologischen Hermeneutik auswertete. Schubert (2006a) diskutierte seine Videoaufnahmen aus Operationssälen im Nachhinein mit den operierenden Ärzten.

5.3. Phänomenologische Herangehensweisen in der Soziologie

Der Begriff „Phänomenologische Soziologie“ wird verwendet, um jene soziologischen Ansätze zu bezeichnen, die sich in der Betrachtungsweise ihres Gegenstandes der Phänomenologie Edmund Husserls und deren Varianten (M. Scheler, M. Merlau-Ponty, J.P. Satre, M. Heidegger) orientieren. Im Unterschied zum verbreiteten Begriff der Phänomenologie, der häufig die Einteilung von Phänomenen aufgrund ihrer oberflächlichen Erscheinung bezeichnet, hat Husserl eine strenge Methode im Sinn, mit der die Voraussetzungen für Erfahrungen, die in Erfahrung gemachten Phänomene und das damit verbundene Wissen erforscht werden sollen. Im Vordergrund stehen dabei die willkürlichen und vor allem die unwillkürlichen Bewusstseinsaktivitäten und ihr Beitrag zu dem, was wir als erfahrbar, wirklich und seiend betrachten. Husserls Phänomenologie war wie ein Paukenschlag, der die moderne Philosophie entscheidend prägte (Knoblauch 2005: 140).

Phänomenologie bezeichnet hier eine analytische Beschreibung der eigenen Erfahrung, wobei vom Gegenstand der Erfahrung so abgesehen werden soll, dass die Leistungen des erfahrenen Bewusstseins bei der Konstitution von Erfahrungsgegenständen aufgezeigt werden können (Schnettler 2004: 151). Unsere Erfahrungswelt, die wir immer schon als strukturiert und mit Sinn besetzt wahrnehmen (Ereignisse, Erscheinungsbilder, Sinneseindrücke, Gestaltwahrnehmungen, Empfindungen, Assoziationen, Relationen, Typen, Kategorien), ist das Resultat intentionaler Bewusstseinsakte. In der Aufdeckung dieser Akte und ihrer Zusammenhänge mittels besonderer phänomenologischer Reflexion werden Strukturen und Prozesse sichtbar, die die Sinnhaftigkeit und die Geltung der Welterfahrung konstituieren. Für diese Orientierung sind vor allem folgende Thesen Husserls ausschlaggebend: „Alles Denken und Handeln erfolgt innerhalb

derart konstituierter Sinnhorizonte. Die soziale Wirklichkeit wird also als sinnhafter Handlungszusammenhang betrachtet, dessen Regulative aus dem Handeln selbst hervorgehen. Aufgrund dieser Bestimmung des Forschungsgegenstandes sind es vor allem Prozesse alltäglicher Interaktion, Kommunikation und Wissenskonstitution, die im Interessenzentrum der phänomenologisch orientierten soziologischen Forschung liegen.“ (Reinhold 2000) Im Gegensatz zum üblichen objektivistischen und induktiven Wissenschaftsverständnis geht die Phänomenologie von den Erfahrungen des Einzelnen aus und bearbeitet diese in reflexiver Form (Hitzler, Eberle 2007: 110).

Alfred Schütz gilt als praktischer Umsetzer der phänomenologischen Forschung. Sinn und Handeln bilden für ihn eine untrennbare Einheit, die der Wirklichkeit zugrunde liegt und Ausgangspunkt für den „sinnhaften Aufbau der sozialen Welt“ bilden, so der Titel seines ersten Buches. Empfehlenswert um das Thema zu vertiefen, ist die Lektüre von Raab et al. (2007) – „Phänomenologie und Soziologie“, insb. Pfadenhauer (2007) – „Doing Phenomenology“.

Wenn wir Erfahrungskorrelate anderer Menschen zum Gegenstand unseres wissenschaftlichen Interesses machen, wird das Problem methodologisch virulent, inwieweit und wie es gelingen kann, diese zu sehen (Plessner 1983), das heißt, den – typisch gemeinten – subjektiven Sinn ihrer Erfahrungen zu rekonstruieren (Honer 1997: 195). Was daher die eigentliche soziologisch-phänomenologische Analyse betrifft, befindet sie sich in einem Dilemma verschiedener Positionen (vgl. Bühl 2002: 21), die in der Phänomenologiedebatte ausgetragen wird. Brühl postuliert, dass die Phänomenologie keinen „kurzen Weg der Erkenntnis“ bietet, sondern dazu zwingt, sich auf die prinzipielle Unabschließbarkeit dieses Weges als Methode der Erkenntnis einzulassen. An dieser Stelle wird die Debatte nicht weiter ausgeführt, nur auf die Bücher von Walter L. Bühl (2002) und Jürgen Raab et al (2008) verwiesen.

In der Forschung wurde bislang übersehen, dass die von außergewöhnlichen Erfahrungen Betroffenen diese nicht nur naiv und narrativ wiedergeben, sondern sich ihnen auch reflexiv zuwenden können, so Schnettler (2004). Diese reflexive Zuwendung wird als Ethnophänomenologie bezeichnet (Schnettler 2004: 152). Die Ethnophänomenologie schließt an die ethnomethodologische Prämisse an, die Strukturen der Handlung und Erfahrung der Gesellschaftsmitglieder selbst zum Gegenstand zu machen. Damit ist eine Akzentverschiebung verbunden, welche eine weitere Erhellung der Sinnprovinzen nicht im Expertenwissen sucht, sondern in den Wissensformen und Äußerungen der Alltagsmenschen. Sie schließt in theoretischer Hinsicht an die oben skizzierte Denktradition in der Nachfolge von Husserl, Schütz und Luckmann an. Erstmals systematisch analysiert wurde die Ethnophänomenologie in der Studie zu Visionserfahrungen in der

Gegenwart, die auf Interviews und fokussierten ethnographischen Feldbeobachtungen beruht (Schnettler 2004).

Eine phänomenologisch fundierte und anthropologisch orientierte Soziologie des Körpers und der Sinne wird in jüngerer Zeit – etwa mit Beiträgen zum Riechen (Raab 2001) oder zur Raumorientierung Blinder (Saergerg 2006) weiter forciert. Anne Honer (2008) beschreibt ihre Krankengeschichte und ihren persönlichen Umgang im Alltag mit der Erkrankung ihres Auges, der verordneten Einschränkungen und den stattfindenden Gesprächen mit ihrem Augenarzt.

Magarethe Kusenbach (2007) betont in diesem Zusammenhang, dass die phänomenologischen Strukturen der Alltagserfahrung durchaus legitime Gegenstände empirischer – und besonders ethnographischer Untersuchungen werden können. Sie versucht, eine phänomenologische Ethnographie zu entwickeln, um zu klären wie die phänomenologischen Strukturen der Alltagserfahrungen empirisch untersucht werden können. Sie stellt dazu ihre Methode des Go-Along vor (Kusenbach 2007: 351).

Es wird deutlich, dass sich auch die Phänomenologie an anderen methodischen Ansätzen bedient und Mischformen entstehen.

5.4. Videoethnographisch-phänomenologische Herangehensweise zur Untersuchung von Hypnose in der Zahnarztpraxis

Der Untersuchung der Zahnarzt-Patient-Interaktion liegt ein qualitativ-exploratives Forschungsdesign zugrunde, was allerdings nicht bedeutet, dass das Vorgehen nicht auch von der vorhandenen Theorie geleitet wurde. Vielmehr entwickelte sich die Exploration der Praktiken und Aktivitäten im Forschungsfeld aus einem Zusammenspiel von theoretischen Grundlagen (Fachliteratur, DIMDI-MEDLINE, SOLIS, SOFIS, Sociological Abstracts, Psychdex) und den empirischen Beobachtungen, die sich im Verlauf der Forschung im Sinne einer pragmatischen Forschungslogik (vgl. Srübing 2002b: 248) wechselseitig stützten.

Die Methoden der teilnehmenden Beobachtung, der Videointeraktionsanalyse, der Selbstversuche und der Interviews mit Patienten und Experten werden im Sinne eines videoethnographisch-phänomenologischen Forschungsparadigmas zu einem Komplex von Erhebungswerkzeugen zusammengeführt, die den Bedürfnissen der theoretischen Fragestellung nach den interaktiven Vorgängen zwischen Zahnarzt und Patient Genüge tun.

Die Sichtbarmachung der Phänomene hängt von dem jeweils eingesetzten Erhebungsinstrument ab. Mit Hilfe der entstandenen Beobachtungsprotokolle werden andere Phä-

nomene zu Tage befördert als mit der fokussieren Analyse der Videoaufnahmen. In den Interviews kommen wiederum andere Ausschnitte der Zahnbehandlung zum Vorschein, die eine Außenperspektive niemals hervorbringen würde. Auch die Einnahme einer theoretischen Perspektive zur zahnärztlichen Hypnose und die Verfolgung der spezifischen Fragestellung nach den interaktiven Vorgängen am Zahnarztarbeitsplatz formen die erhobenen Datenbestände (vgl. Schubert 2006b: 140).

Der größte Anteil des Datenkorpus basiert auf acht Feldaufenthalten bei insgesamt sieben verschiedenen Zahnärzten, bei denen Videoaufnahmen entstanden sind³³ :

- Vier Zahnbehandlungen ohne Hypnose: Weisheitszahnoperation, Paradontalbehandlung, Füllung, Implantatoperation
- Vier Zahnbehandlungen mit Hypnose: Weisheitszahnoperation, Paradontalbehandlung, Füllung, Implantatoperation

Die ethno-und insbesondere videographische Erschließung des Feldes ist vorteilhaft, um die Besonderheiten des Feldes zu zeigen: Das äußere Erscheinungsbild der unterschiedlichen Zahnarztpraxen und die interaktiven Vorgänge zwischen Arzt und Patient. In „Datensitzungen“ mit Professoren und wissenschaftlichen Mitarbeitern des Lehrstuhls für Allgemeine Soziologie an der TU Berlin wurden die Videos und die dazu vorliegenden Transkripte sequenzanalytisch ausgewertet. Der „soziologische Blick“ auf das Videomaterial von Experten ist bei der Arbeit mit visuellem Material üblich (vgl. Pink 2001: 144f). Schrittweise erfolgte eine gemeinsame Rekonstruktion der Geschehnisse, eine erste Interpretationen der interaktiven Vorgänge und eine erneute Überprüfung der Thesen an anderen Stellen des Materials. Durch das wiederholte Testen der aufgestellten Theorien am Material wurde es möglich, geeignete Sequenzen für eine feinere und offenlegbare Analyse herauszufinden (vgl. Froschauer, Lueger 2003: 111).

Eine wesentliche Strategie zur Entdeckung neuer Theorie besteht in der komparativen Analyse (Glaser, Strauss, 2005: 11). Hierzu mussten zusätzlich geeignete Vergleichseinheiten in den Videos von den Zahnbehandlungen mit und ohne Hypnose ausgewählt werden, theoretisches Sampling genannt. Der sequenzanalytische Vergleich der Behandlungsabläufe gestattet es möglicherweise, ähnliche oder divergente Eigenschaften der Interaktion zwischen Zahnarzt und Patient während Behandlungen mit und ohne Hypnose zu erklären.

³³Da ein Datenmanagement von acht Videos im Rahmen einer Diplomarbeit noch einen menschenmöglichen Überblick erlaubt, verzichtete ich auf ein elektronisches Datenarchiv.

Dieses Vorgehen entspricht den Grundsätzen der fokussierten Ethnographie und der Videographie.

Das videographisch erhobene und ausgewertete Datenmaterial weist nichtsdestotz einen schwierigen Charakter auf. Die Interaktion in einer sehr intimen Distanz wird neben der Verbalisierung auch über die Körperlichkeit gesteuert. Die Videos enthalten Informationen vor. Der Zahnarzt kann relevante Veränderungen an der Haut oder am Muskeltonus des Patienten fühlen, die im Video nicht sichtbar werden. So sind sicherlich auch nicht abgestimmte Zungenbewegungen für den Interaktionsfortgang wichtig. Es ist gelungen, Patienten mit einem positiven Verhältnis zu ihrem Arzt und gegenseitiger Sympathie vor die Kamera zu bekommen. Andernfalls hätten sich beide Parteien nicht dazu bereit erklärt, an der Erhebung teilzunehmen. Die Behandlungen bzw. die Hypnosen sind stets geglückt. Interessant hinzuzuziehen wären Sonderfälle, zu denken ist an Störungen der Hypnose oder Situationen die einen Abbruch der hypnotischen Behandlung erfordern.

Mit sechs unterschiedlichen Patienten wurden Interviews zeitnah nach ihren Behandlungen geführt, die das visuelle Material ergänzen. Im Zentrum des Erhebungsansatzes stand ein teilstrukturiertes Interview, das mit folgender Aufforderung eröffnet wurde: „Würden Sie mir bitte erzählen, wie es bei Ihrem letzten Zahnarztbesuch war (und Sie dabei hypnotisiert wurden.)“ Es wurden u.a. folgende Fragestellungen untersucht: Was wissen Sie noch vom Behandlungsablauf? Hatten Sie Schmerzen? Hatten Sie Angst? In diesen Interviews geben die Befragten Auskünfte über die Erfahrungsform, d.h. die leiblichen, kognitiven und emotionalen Vorgänge, die ihre (hypnotischen) Erfahrungen beim Zahnarzt begleitet haben. Die Interviews sind besonders von Vorteil, da sie eine genauere Rekonstruktion der intimen sozialen Interaktionen und Beziehungen erlauben, die in der Situation dominieren und die videoethnographische Vorgehensweise nicht zu Tage befördern kann.

Die nichtsprachlichen Interaktionen und die transkribierten Konversationen zwischen Zahnarzt und Patient wurden sequenzanalytisch zusammenhängend analysiert.

Besonders bei den zwei Zahnbehandlungen (Weisheitszahnoperation mit Hypnose und Füllung ohne Hypnose) die von der Autorin Claudia Rühle persönlich als „Selbstversuch“ durchgeführt wurden, zeugen von großer Tiefenschärfe für das Ergebnis der vorliegenden Studie. Die Verschriftlichung der persönlichen Eindrücke und die Reflexion in den Datensitzungen eröffneten neue Zugänge zum vorliegenden Videomaterial und erlauben eine tiefergehende Analyse der interaktiven Vorgänge zwischen Zahnarzt und Patient.

Um Zusatzinformationen zum Aktionsrahmen, des Settings, der Atmosphäre vor und während der Zahnbehandlung zu bekommen, waren Beobachtungen des Feldforschers auch ohne Kamera gefragt. Wie immer ist es das Wichtigste, Notizen und Erinnerungen der Feldaufenthalte so schnell wie möglich hinterher in vollständige „Feldnotizen“ zu verwandeln. Zu einigen Zahnarztpraxen sind solche entstanden, die mit in die Datenauswertung eingehen konnten. Ein Protokoll der Kongressteilnahme der 15. Jahrestagung der DGZH enthält wertvolle Informationen über die Arbeit und das Selbstverständnis der DGZH, die in den theoretischen Teil eingeflossen sind.

Die ausgewählten Text-, Transkriptpassagen und Interviewausschnitte beschränken sich auf die wesentlichen Erkenntnisse, die im videosequenzanalytischen Vorgehen in den Datensitzungen und der Interviewanalyse getroffen wurden.

Nach der Darstellung des Datenerhebungs- und Auswertungsverfahrens bleibt noch ein letztes Problem zu lösen; das Darstellungsproblem: Der Interpret mag nämlich noch so sehr um die methodische Sauberkeit seiner Untersuchungsdurchführung und dessen Darstellung für Dritte bemüht sein, der Weg zu den Ergebnissen selbst ist letztlich nicht darstellbar (Schröder 1994: 78). Im Anschluss an die schriftliche Ausformulierung der vorliegenden Forschungsarbeit ist daher ein kurzer Film „Soziologie der zahnärztlichen Hypnose“ (29 min.) entstanden, der versucht, das „Darstellungsproblem“ der sozialwissenschaftlichen Forschung in Teilen zu fixieren. Seit Erfindung der Fotografie, der Entwicklung von Film und Fernsehen und dem globalen Siegeszug des Internets leben wir in einer Epoche, die dem Visuellen immer mehr eine vorrangige Stellung einräumt. Bilderwelten nehmen in Alltag und Wissenschaft zu. Von einem „soziologischen Film“ kann aber noch kaum die Rede sein. Die Weiterführung einer soziologischen Videographie nach Pernack (2007) als Anwendung in einer filmischen Dokumentation als soziologisch narrative Methode wird somit vorgenommen. Neben der interpretativen Analyse wird auf diese Weise das Medium Film zur weiteren Veranschaulichung und Beweisführung der Forschungsergebnisse eingesetzt (Reichert 2007). Anhand eines praktischen Beispiels in Form eines „soziologischen Films“ im Anhang versteht sich die vorliegende Arbeit als weiteres Plädoyer für die Generierung filmisch dokumentarischen Materials in der Soziologie (vgl. Pernack 2007).

6. Fallstudien

Um Antworten zum Wesen und der Wirkungsweise der zahnmedizinischen Hypnose unter videoethnographisch-phänomenologischer Betrachtungsweise innerhalb der Soziologie zu finden, ist es gelungen, acht Feldaufenthalten mit Videokamera beizuwohnen und anschließend Interviews mit den behandelten Patienten zu führen.

Zur gezielteren Erfassung der relevanten interaktiven Vorgänge zwischen Zahnarzt und Patient wird im Folgenden eine komparative Videosequenzanalyse von jeweils vier Behandlungen ohne Hypnose und vier Behandlungen mit Hypnose durchgeführt.

Zum besseren Überblick wird der Ablauf einer Zahnbehandlung in einzelne Phasen (Vorbereitungsphase, Vorphase, Behandlungsphase, Behandlungsabschluss) eingeteilt. Es wird dabei auf die Beschreibung der Übergänge zwischen den einzelnen Phasen verzichtet. Diese kleinen Untersuchungseinheiten ermöglichen eine feine sequentielle Betrachtung der Besonderheiten der in den Phasen stattfindenden Interaktionen der jeweils ausgewählten, typischen Beispiele.

Diese Art der Untersuchung soll keine allgemeingültige Typik der verschiedenen Behandlungsabläufe hervorbringen. Vielmehr ist die Untergliederung in Phasen und Sequenzblöcke ein Instrument zur Veranschaulichung der Strukturen, die für den Behandlungstypus Hypnose bzw. Nicht-Hypnose charakteristisch sein können.

In den feinen Videointeraktionsanalysen wird deutlich, wie sich Zahnarzt und Patient im Behandlungszimmer verhalten. Die ethnographischen Beschreibungen legen Zeugnis der beobachteten Auffälligkeiten der unterschiedlichen Fallstudien-Settings ab und ermöglichen dem Leser ein besseres Einfinden in die einzelnen Fallbeispiele mit ihren abwechselnden Patienten und Zahnärzten. Die phänomenologische Perspektive der Patienten gestattet Einblicke in das persönliche Erleben der Behandlung, die eine Videoanalyse nicht gewährleisten kann.

6.1. Erste Phase: Vorbereitungsphase - Intimität und Profession

Jede Behandlung erfordert die Vorbereitung des Zahnarztbestecks. Sterile Utensilien wie Spiegel, Sonden, Zangen, Bohreraufsätze usw. sowie der Spülbecher für den Patienten werden vor der Zahnbehandlung von der Helferin bereitgestellt.

Auch der Arzt muss sich vorbereiten: Die Behandlungen erfordern z.B. das Anziehen eines sterilen Kittels, das Aufsetzen einer Lupenbrille oder eines Mundschutzes. Während einer Zahnbehandlung geschehen diese vorbereitenden Schritte in der ersten Phase (möglich ist es auch schon vorher). Der Patient ist im Behandlungsraum und

kann manchmal sogar zusehen, wie sich der Zahnarzt anzieht, während die Helferin das Besteck bereitlegt und die am Zahnarztstuhl befestigte Lampe für die Behandlung mit Alufolie sterilisiert.

Während der Hypnosebehandlung ist aufgefallen, dass die Vorbereitung des Operationsbestecks abgeschlossen ist, bevor der Patient das Zimmer betritt. Die Vorbereitung des Arztes geschieht erst, wenn der Patient bereits in Trance ist. Der Patient hat die Augen geschlossen und kann nicht sehen wie sich der Zahnarzt den Mundschutz und die Schutz- bzw. Vergrößerungsbrille aufsetzt.

Die ersten Themenschwerpunkte, die zwischen Zahnarzt und Patient besprochen werden, sind der Behandlungsvorbereitung gewidmet. Der Zahnarzt schaut in der Regel in die (elektronische) Patientenakte und teilt dem Patienten mit, welche Behandlungsschritte beim hiesigen Termin vorgenommen werden. Der Patient auf dem Zahnarztstuhl hat die Möglichkeit von Beschwerden und Schmerzen sowie seinen Ängsten bezüglich der bevorstehenden Behandlung zu sprechen. Zwischen Zahnarzt und Patient muss in dieser Phase eine Übereinstimmung darüber hergestellt werden, dass die folgenden Behandlungsschritte vom Patienten gewünscht sind. Der Patient muss der zahnärztlichen Behandlung zustimmen.

In dieser Phase findet eine körperliche Annäherung zwischen Zahnarzt und Patient statt. Der Zahnarzt führt das Gespräch zumindest teilweise von Angesicht zu Angesicht mit dem Patienten. Dazu setzt er sich in der Regel neben den auf dem Behandlungstuhl gelagerten Patienten. Das Vortasten in die intime Distanzzone des Patienten wird auf diese Weise professionell hergestellt.

Diese Phase füllt in einer Hypnosebehandlung einen deutlich größeren Zeitraum aus als bei der alltäglichen Zahnarztbehandlung. Auch hier muss der Patient das Einverständnis über die folgenden Behandlungsschritte geben. Zusätzlich muss die Eingliederung der Hypnose in den Behandlungsablauf besprochen werden. Der Patient kann auch hier Fragen zur Behandlung und zur Hypnose stellen, von seinen Beschwerden und Ängsten erzählen. Der Hypnosezahnarzt nutzt diese Phase aktiv um mit dem Patienten „Rapport“ aufzunehmen und erste Schritte des „pacing und leading“ einzuleiten. Er wird in dieser Phase bereits zum Patienten vorsichtigen aber direkten Körperkontakt aufnehmen. Es konnte beobachtet werden, dass der Zahnarzt während des Gespräches kurz die Hand auf die Schulter des Patienten legt, persönlich die bequeme Ausrichtung auf dem Behandlungstuhl steuert oder das Schutz Tuch sorgfältiger als die Helferin in Position bringt.

Der professionelle Ablauf der Kommunikation mit dem Patienten ist erlernt und vorgeschrieben. Alle Zahnärzte richten sich bei der Vermittlung der Gesprächsinhalte an ge-

lernte Vorgaben der Gesprächsführung (Befund, Behandlungsumfang, Anästhesiegabe). Die Art und Weise des Vordringens in die intime Distanzzone des Patienten ist jedoch je nach Behandlungstypik Hypnose/Nicht-Hypnose verschieden.

Die erste Phase einer zahnärztlichen Behandlung, die Vorbereitungsphase, wird anhand eines komparativen Studiums zweier Paradontalbehandlungen vorgenommen.

Im Folgenden wird versucht, eine psychologisierte Interaktion zwischen der Hypnosezahnärztin und der Patienten Anita B. herauszuarbeiten. Als Vergleich dazu dient der „technische Typus“ des schulmedizinischen Zahnarztes von Aaron O..

6.1.1. Ethnographische und phänomenologische Betrachtungen beim Zahnarzt und der Hypnosezahnärztin – Beispiel Paradontalbehandlung von Aaron O. und Anita B.

Die Zahnarztpraxis der Hypnosezahnärztin befindet sich auf einem Privatgrundstück. Ein dicker Kater begrüßt mich im Vorgarten bevor ich eintrete. Da es bei meinem Besuch Hochsommer ist, steht die Tür zur Praxis offen. Mit Teppich und einer Sitzbank im Wartezimmer bot sich mir eher eine wohnliche als eine sterile Zahnarztatmosphäre. Die Mitgliedschaft in den Hypnosegesellschaften wird mit Zertifikaten, die wie Urkunden an den Wänden platziert sind, bestätigt: Die Zahnärztin ist Mitglied in der Milton Erikson Gesellschaft für klinische Hypnose e.V. und besitzt außerdem ein Zertifikat für zahnärztliche Hypnose und Kommunikation. Anstelle von Bohrgeräuschen vernehme ich die Musik einer bekannten Sinfonie aus dem Behandlungszimmer. Ich erhasche einen Blick hinein: An der Zahnarztlampe hängen ein Zappelfisch und bunte Mobiles. Viele Kinderzeichnungen sind an den Wänden des Behandlungszimmers befestigt.

Anita B. (47 Jahre) sitzt bereits im Wartezimmer und liest ein Buch, keine Anspannung oder Nervosität sind für mich äußerlich sichtbar. Die Hypnosezahnärztin kommt aus der Tür und begrüßt uns, sie zieht sich einen Stuhl heran und formt so einen kleinen Kreis mit Anita B. und mir. Wir besprechen die Behandlung, dann betreten wir gemeinsam das Behandlungszimmer. Die Fürsorglichkeit der Zahnärztin und die psychologisierte Form der Interaktion werden schon im Wartezimmer deutlich. Es ist ungewöhnlich, dass sich die Zahnärztin schon im Wartezimmer bewusst Zeit für ihre Patienten nimmt. Die Patientin fühlt sich wohl: „Ich mag meine Zahnärztin. Sie zieht nicht am Mund und trägt vor jeder Behandlung Vaseline auf meine Lippen auf. Andere Zahnärzte hingegen ziehen einem den Mund sehr weit auseinander. Der Mund ist ein sensibler und intimer Bereich, da sollte man vorsichtig sein.“ (phänomenologisches Interview Anita B., Z. 19-21)

Die Zahnärztin erklärt der nun skeptisch schauenden Anita B. und mir, dass sie die bevorstehende Paradontalbehandlung der betroffenen Zähne in allen vier Quadranten des Mundes als systematische Behandlung ohne gezielte Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie durchführen wird. Von Vorteil dabei ist die geringere Blutungsneigung des Zahnfleisches, so die Hypnosezahnärztin. Hinterher habe der Patient ein angenehmeres Gefühl als nach der Behandlung mit einer lokalen Anästhesie.

Nach diesen fachlichen Erklärungen nimmt die Hypnosezahnärztin Rapport auf. Sie begibt sich dazu körperlich näher an die Patientin heran, fährt den Hocker auf ihre Höhe hinunter und berührt die Patientin an der Schulter.

Die umfangreiche Paradontalbehandlung in Hypnose verläuft erfolgreich und ohne Zwischenfälle. Ich beobachtete, dass die Gesichtszüge der Patientin nach der Paradontalbehandlung unter Hypnose entspannt sind. Sie sieht sogar frisch und erholt aus, ihr skeptischer Gesichtsausdruck ist gewichen.

Als ich Aaron O. (30 Jahre) zu seiner Paradontalbehandlung begleitete, wurden wir nach ca. fünf Minuten Wartezeit im leeren Warteraum vom Zahnarzt persönlich in das Behandlungszimmer gerufen. Danach ging alles sehr schnell. Im Gegensatz zu Anita B. wurde auch nur ein Zahn behandelt: „Der Zahnarzt hat die Paradontalbehandlung schnell durchgezogen. Es war für mich kein Problem, das er auf meine Erzählungen nicht genau eingegangen ist – vielleicht wäre er sonst noch auf die Idee gekommen, die andere Seite zu machen.“ (phänomenologisches Interview Aaron O., Z: 11-13) Aaron mag seinen Zahnarzt: „Bis ich zum Zahnarzt vertrauen aufbaue, dauert es 'ne Weile. Bei meinem aktuellen Zahnarzt ist das der Fall. Er zieht sein Ding durch und ist dabei sehr erfolgreich. Er macht stets gute Arbeit, da kann er nebenbei reden, was er will. Ich würde da nicht nochmal hingehen, wenn ich das Gefühl hätte, er macht Quatsch.“ (phänomenologisches Interview Aaron O., Z: 15-18)

„Der Zahnarzt hat sehr viel gesprochen bei der Behandlung und mir erklärt, was er nun machen wird. Ich finde gut, wenn man weiß was er macht, das nimmt die Angst. Am unangenehmsten ist das Warten, dass es wehtut, da ist man sehr angespannt.“ (phänomenologisches Interview Aaron O., Z: 7-9) Aaron O.'s Zahnarzt erscheint als professioneller Techniker: Er nimmt genaue Messungen der Taschentiefe vor, danach stellt er eine Diagnose zur folgenden Behandlung. Die Paradontalbehandlung verläuft für Aaron O. und seinen Zahnarzt komplikationslos.

Beide Videos bilden ab, wie Zahnarzt und Patient auf gleicher Höhe vor dem Behandlungsplan sitzen, der das Gebiss und die gemessene Taschentiefe der von Parodontitis betreffenden Zähne anzeigt. Die Körperformation Zahnarzt-Patient orientiert sich

während der Vorphase der Paradontalbehandlung an dem vor ihnen aufgestellten Behandlungsplan und schaut sich nicht gegenseitig an.



Videosegment 0.1: Zahnarzt und Patient Aaron O., Orientierung am Behandlungsplan



Videosegment 0.2: Hypnosezahnärztin und Patientin Anita B., Orientierung am Behandlungsplan

Die Veränderung dieser Körperformationen während der Vorbereitungsphase ist kennzeichnend für die Abstimmung über die folgenden Behandlungsaktivitäten und damit für den Behandlungstypus Hypnose bzw. Nichthypnose. Während die interaktiven Vorgänge von Seiten der Hypnosezahnärztin psychologisiert werden, werden sie beim anderen Zahnarzt technisiert. Was das bedeutet, zeigen die Sequenzanalysen.

6.1.2. Sequenzanalysen: Psychologisierte vs. technisierte Interaktion

Die vorliegenden Feintranskripte legen genaueres Zeugnis von den interaktiven Vorgängen während der Vorbereitungsphase der Paradontalbehandlungen von Aaron O. und Anita B. ab.

Entscheidungsfindung und Zustimmung

Die Art der Zahnbehandlung (z.B. Paradontalbehandlung, Weisheitszahnoperation) wird in der Vorbereitungsphase erörtert. Die Vorbereitungsphase dient auch der Entscheidungsfindung. Während dieser Phase muss der Patient den vom Zahnarzt angeordneten Behandlungsschritten zustimmen. Die Zustimmung über die folgende Behandlung vor dem Behandlungsstart ist eine rechtliche Angelegenheit. Die Zustimmung muss nicht direkt verbalisiert werden, ein Kopfnicken oder ein stilles Einverständnis reicht aus. Im Beispiel von Aaron O. stimmt der Patient der erneuten Messung der Taschentiefe des paradontitisbefallenden Zahnes mit einem Kopfnicken zu:

„Patient und Zahnarzt schauen sich gemeinsam den Behandlungsplan an.

Zahnarzt: Ok. Das war ja hier ein Befund der ein halbes Jahr länger her ist und da hatten wir auch genau das gleiche gemessen. Und auch wieder hier fünf Millimeter sieben Millimeter, ob nun ein Millimeter weniger, das ist jetzt auch so eine Messungenauigkeit, das ist jetzt auch nicht so ausschlaggebend, das ist ein relativ stabiles Ergebnis, ich glaub nicht, das die Prophylaxe da jetzt soviel gebracht hat. Aber wir gucken mal.

Patient nickt zustimmend.“ (vgl. Basistranskript Aaron 0.)

Auch Anita B. gibt ihr „OK“ für die folgende Behandlung (Transkript 2, Zeile 25-28). Die Hypnosezahnärztin thematisiert im Prozess der Entscheidungsfindung Anita B. gegenüber nicht nur die bevorstehende Behandlung, sondern auch die Vorstellungen und Ängste der Patientin:

Zahnärztin: <<Zahnärztin rückt das Hygienetuch der Patientin zurecht>> Was sind denn ihre Vorstellungen? Also haben sie jetzt Fragen <<Ärztin streckt ihre gefalteten Hände der Patientin kurz entgegen>> hinsichtlich der Behandlung? <<Ärztin gestikuliert mit den Händen> Wir hatten es ja schon besprochen, aber jetzt so konkret, für jetzt? > Ist da nochwas was sie so besonders interessiert? (Transkript 2, Zeile 8-12)

Die Zahnärztin sagt nicht, was die Patientin über die bevorstehenden Behandlungsschritte wissen *muss*, sie fragt und erklärt nur, was sie wissen *will*. Sie erfragt auch, was nicht direkt mit den Zähnen zu tun hat: Sie thematisiert die innere Gedankenwelt der Patientin. Diese Kategorie gibt es in bei der „technischen“ Behandlungsvorbereitung nicht. Die Hypnosezahnärztin nennt dabei keine Fachbegriffe der bevorstehenden Paradontalbehandlung, sie richtet sich mit ihren zur Zustimmung nötigen Erklärungen nach den Vorgaben ihrer Patientin. Anita B. will „gar nicht unbedingt wissen“, was gemacht wird (vgl. Transkript 2, Zeile 14f), erkundigt sich aber nach der „Betäubung“ und stimmt ihr zu (Transkript 2, Zeile 14ff).

Auch die Hypnose wird bei der Hypnosebehandlung thematisiert. Über die hypnotischen Interventionen während der Behandlung muss das Einverständnis der Patientin vorliegen.

Transkript 1: Raumverortung von Intimität

Patient Aaron O.: weil äh=m eigentlich=m, alles äh hat sich <<gestikuliert vor seinem Mund>> super verbessert>

eigentlich ist das immer schön nach der Reinigung (--) äh <<wird unterbrochen>>

Zahnarzt: <<wendet seinen Blick ab vom Patienten >> Ich mess das sowieso vorher mal nach, wenns blutet, spricht das dafür, dass es noch entzündet ist dass wir das mal sauber machen <<bewegt sich mit dem Stuhl etwas nach hinten >> und ähm, wenn ich merke, dass die Taschentiefe zurückgegangen ist, was ich aber allerdings nicht glaube, nach so kurzer Zeit, wann war die Prophylaxe, vor zwei Wochen, oder? <<Fährt mit dem Stuhl zurück um die Patientenakte zu greifen>>



Videosegment 1.1, 1.2, 1.3 (Aaron gestikuliert, Zahnarzt wendet seinen Blick zum Behandlungsbogen)

Raumverortung von Intimität

Bei jeder Zahnbehandlung muss der Zahnarzt alle Distanzzonen des Patienten durchbrechen um eine Behandlung der Zähne vorzunehmen zu können. Bevor der Zahnarzt in den Mund eindringen kann, wird über die zu behandelnden Zähne geredet. Wie reden Zahnarzt und Patient über die Zähne, die sich im intimen Mundraum befinden? Die Verortung des betroffenen Mundraumes durch Aaron O. erfolgt durch eine äußere Verortung. Aaron O. nimmt eine leibliche Übersetzung der Zahnarztterklärungen vor, indem er im äußeren Bereich um den Mund herum mit dem Finger bzw. mit der Hand die betroffenen Stellen andeutet. Ein direktes Anfassen des Zahnes durch den Patienten und Näherherantreten des behandelnden Zahnarztes ist noch nicht gestattet. Eine Identifizierung der zu behandelnden Stellen erfolgt von Außen in einem sicheren Abstand als indirekte Repräsentation (vgl. Transkript 1, Zeile 3-5, Videosegment 1.1-1.3). Das Fallbeispiel der Paradontalbehandlung birgt darüber hinaus eine zeichenhafte Symbolisierung des intimen Körperraumes: Die dem Zahnarzt vorliegende Abbildung des Gebisses mit den dazugehörigen Taschentiefenmessungen in der Funktion des Behandlungsplanes für den Zahnarzt ist auch ein Mittler in der Kommunikation zwischen Zahn-

1 **Transkript 2: Raumverortung von Intimität, Entscheidungsfindung und Zustimmung**

- 2 *Patientin sitzt mit ihren Händen im Schoß auf dem Behandlungsstuhl. Die Zahnärztin rückt einen*
3 *Zettel am Pult zurecht.*
4 **Zahnärztin:** So also wir wolln (-) diese <<Zahnärztin fährt mit ihrem Stuhl hinunter auf Höhe der
5 *Patientin > Zahnfleischbehandlung heute machen (-) >*
6 **Patientin Anita B.:** hm
7 **Zahnärztin:** <<Zahnärztin rückt das Hygienetuch der Patientin zurecht > Was sind denn ihre
8 Vorstellungen? Also haben sie jetzt Fragen <<Ärztin streckt ihre gefalteten Hände der Patientin
9 kurz entgegen>> hinsichtlich der Behandlung? <<Ärztin gestikuliert mit den Händen> Wir hatten
10 es ja schon besprochen, aber jetzt so konkret, für jetzt? > Ist da nochwas was sie so besonders
11 interessiert?
12 <<Die Zahnärztin sitzt auch mit gefalteten Händen neben der Patientin.>>
13 **Patientin Anita B.:** Eigentlich möchte ich gar nicht so unbedingt wissen, was sie da machen. Aber
14 sie betäuben das?
15 **Zahnärztin:** <<Ärztin nickt die ganze Zeit zustimmend.>Ja.>
16 **Patientin Anita B.:** Das ist wichtig für mich.
17 **Zahnärztin:** Genau, sie gehen in Trance, wir betäuben das <<Ärztin nickt zustimmend und zeigt
18 auf ihren eigenen Mund> mit dem Spray ja.>
19 **Patientin Anita B.:** Oberflächlich betäubt?
20 **Zahnärztin:** Ja.
21 **Patientin Anita B.:** <<gestikuliert am Mund> Und immer wieder dann Stück für Stück, dann
22 gehen sie einmal rum, erst oben dann unten?>
23 **Zahnärztin:** äh (-) <<Ärztin schüttelt mit dem Kopf> das seh ich dann ja.>
24 **Patientin:** Ok.
25 **Ärztin:** Also Oberkiefer wird getrennt betäubt, also zeitlich getrennt. <<Ärztin nickt zustimmend
26 mit dem Kopf>>
27 **Patientin Anita B.:** Ok. <<Patientin nickt.>>



Videosegment 2.1: Zahnärztin und Patientin orientieren sich am Behandlungsplan



Videosegment 2.2: Zahnärztin faltet die Hände im Schoß und imitiert damit die Patientin



Videosegment 2.3: Zahnärztin richtet das Hygienetuch der Patientin



Videosegment 2.4: Zahnärztin erklärt die stattfindende Zahnbehandlung



Videosegment 2.5: Patientin nimmt eine Verortung ihrer zu behandelnden Zähne vor

arzt und Patient während der Vorbereitungsphase. Beide Interaktionspartner blicken auf den Plan.

In der vorliegenden Sequenz wird nicht ganz deutlich, ob die Außenraumverortung mittels der Hand am Mund nur die intime Zone kennzeichnet. Möglich ist auch, dass der Patient das Zeigen vor dem Mund als redebegleitende Geste nutzt, um sich dem Zahnarzt mit Nachdruck mitzuteilen.

In der Vorbereitungsphase zeigt sich der behandelnde Zahnarzt von Aaron O. besonders interessiert an einem Vergleich der zurückliegenden Messungen der Taschentiefe mit den aktuellen Tiefen der Zahntaschen um einen korrekten Behandlungsverlauf gewährleisten zu können. Während Aaron O. von seinen Befindlichkeiten berichtet, ist der Zahnarzt bereits auf die technischen Ergebnisse und Behandlungsabläufe konzentriert. Er schaut auf den Behandlungsplan (Transkript 1, Zeile 6-9, Videosegment 1.3). Es findet von seiner Seite keine dialogische Weiterführung der subjektiven Befindlichkeiten des Patienten statt (Transkript 1, Zeile 1-5), er unterbricht sogar die Ausführungen des Patienten um die erforderlichen Messungen zu beginnen. Seine Vorbereitung der Behandlung ist technisch ausgerichtet.

Auch in der Vorbereitungsphase der Paradontalbehandlung von Anita B. wird eine äußerliche Verortung der paradontitisbefallenden Zahnbereiche von Seiten der Patientin vorgenommen. Die Zahnärztin ist der Patientin sehr stark zugewandt und nimmt ebenfalls redebegleitend (Transkript 2: Zeile 18f) vor ihrem Mund eine Verortung der thematisierten Zähne vor. Warum macht sie das? Eine mögliche Interpretation ist, dass sie während der Rapportaufnahme der Patientin gegenüber sehr viel Empathie zeigt und durch diese Geste auch anerkennt, dass der Mund ein intimer Bereich ist, dessen Inneres normalerweise nicht direkt offenbart wird.

Durch die äußerlichen Repräsentationen des Mundraumes drückt sich in den Gesten eine Art der Raumvorstellung aus, die sich als generelle Vorstellungen über den Körperraum wirklich eingehender Betrachtung verdienen, deren Weiterverfolgung in den vorliegenden Fallstudien deren Rahmen sprengen würde.

Während der Zahnarzt von Aaron O. die Formation am Behandlungsplan unterbricht um seine Messungen im Hintergrund vorzubereiten, bleibt die Hypnosezahnärztin an der Seite der Patientin Anita B. sitzen und führt das Gespräch fort.

Psychologische vs. technische Behandlungsvorbereitung

Bei den beiden unterschiedlichen Behandlungsstilen Hypnose und Nicht-Hypnose fiel bereits der verschiedene Gesprächsinhalt auf. Bei Anita B. wird über die Hypnose und über die Vorstellungen der Patientin gesprochen, bei Aaron O. über die paradontitis-

befallenden Zähne, deren Taschentiefe noch gemessen werden muss.

Bei der Betrachtung der Körperformationen verschärft sich die Annahme, dass es sich um einen technischen bzw. psychologisierten Behandlungstypus handelt. Die Hypnosezahnärztin fährt mit dem Stuhl hinunter auf Höhe der Patientin (Transkript 2, Zeile 5), sie zupft das Hygientuch über der Brust ihrer Patientin zurecht (Transkript 2, Zeile 8) und faltet ihre Hände um so eine ähnliche Körperhaltung wie ihre Patientin einzunehmen (Transkript 2, Zeile 13). Zwischen Hypnosezahnarzt und Patientin ist während der Vorbereitungsphase die Körpernähe wichtig. Ein erstes Berühren am Hygientuch (in anderen Fallbeispielen wurde ein Berühren der Schulter beobachtet) leitet die bevorstehende intime Behandlung ein.

In der Vorbereitungsphase muss die Hypnosezahnärztin aus psychologischen Gründen wissen, wie sich die Patientin fühlt: „Was sind ihre Vorstellungen?“ (Transkript 2, Zeile 8-12) Das Vorgehen der Ärztin dabei ist emphatisch, eine psychologisierte Behandlungsvorbereitung wird an dieser Stelle sichtbar.

Der technische Typus imitiert nicht unbedingt die Gesten des Patienten. Der Zahnarzt von Aaron O. schaut weiter auf den Behandlungsplan und bereitet die Messung vor den Augen des Patienten vor.

6.2. Zweite Phase: Vorphase - Rahmung und Konventionen

Nach der Behandlungsvorbereitung werden situative Konventionen zwischen Zahnarzt und Patient in der Vorphase getroffen. Zahnarzt und Patient vereinbaren Zeichen zur Kommunikation während der Behandlung. Der Zahnarzt, der nicht hypnotisiert, spritzt in dieser Phase die chemische Anästhesie um das Schmerzempfinden des Patienten zu betäuben und teilt ihm mit, dass der Patient als bewusster Akteur seine Hand heben kann, wenn er Schmerzen verspüren sollte. Die Hypnosezahnärztin und ihre Patienten Elisa S. treffen diese Konventionen während der in dieser Phase stattfindenden Tranceeinleitung. Hierbei werden Teile des Körpers als Agenten aufgebaut. Nicht die Patientin selbst wird sich der Zahnärztin mitteilen, sondern nur ihr Unterbewusstes in Form ihrer Hand. Oder: nicht die Anästhesie wird ihren Mundraum betäuben, sondern das Gefühl der Kühle.

Die Agentenschaft wird hier auf Körperteile verschoben, die nicht der bewusste Akteur sind, der auf dem Zahnarztstuhl liegt. Die Patientin selbst soll an ihren „Safeplace“ gehen, das Unterbewusste übernimmt die Kontrolle und Agenten, z.B. die Hände, teilen sich der Zahnärztin mit.

Diese Phase weist den größten zeitlichen Unterschied zwischen der Hypnose- und der

Nichthypnosebehandlung auf. Während der Tranceeinleitung muss die Zahnärztin sehr viel Reden um die Bedeutungen der Zeichen herbeizureden. Eine neue „Konstruktion der Wirklichkeit“ (Berger, Luckmann) beginnt in der Tranceeinleitung während der nichthypnotisierende Zahnarzt deutlich macht, dass sich der Patient beim Zahnarzt befindet und es unter Umständen Schmerzen geben wird, bei denen er aber bewusst die Hand heben kann um sich mitzuteilen.

Die Untersuchung der zweiten Phase wird anhand eines komparativen Studiums zweier kleiner Kariesfüllungen vorgenommen. Hypnosepatientin Elisa S. befindet sich kurz vor einer Zahnsteinentfernung und einer kleinen Plastefüllung. Ich selbst bekam eine kleine Plastefüllung am oberen Zahnhals ohne hypnotische Intervention.

6.2.1. Ethnographische und phänomenologische Betrachtungen beim Zahnarzt und der Hypnosezahnärztin – Beispiel einfache Zahnfüllung von Elisa S. und Claudia Rühle

Wir befinden uns noch immer in der gleichen Praxis der Hypnosezahnärztin. Die junge Patientin Elisa S. (18 Jahre) hat nie im Leben eine andere Zahnarztpraxis betreten. Sie geht seit ihrer Kindheit zur Hypnosezahnärztin und bekommt bei umfangreicheren Behandlungen auch eine Hypnose. Sie erzählte mir, dass sie deswegen keine Angst vor dem Zahnarzt hat. Sie war auch nie Angstpatienten – was auch bei den regelmäßigen Hypnosen auf dem Zahnarztstuhl sehr erstaunlich wäre. Sie sagt, sie hatte auch noch nie Schmerzen bei ihren vergangenen Zahnbehandlungen verspürt und freue sich auf ihre entspannten Zahnbehandlungen. Sie besitzt Routine in Hypnosebehandlungen. Nicht alle Patienten sind so entspannt und sicher bei der Einleitung einer zahnärztlichen Hypnose wie Elisa S.. Obwohl manche Hypnosepatienten Angstgedanken während der Tranceeinleitung haben, überwinden sie diese soweit, dass sie die Behandlung durchstehen und auch für die Suggestionen des Zahnarztes empfänglich werden.

Welche interaktiven Interventionen des Zahnarztes tragen dazu wohl bei, dass der Übergang in den Hypnosezustand glückt und auch die Angstpatienten entspannen können? Welche Eigenleistung muss der Patient aufbringen können?

In der Vorphase einer hypnotischen Behandlung findet die Tranceeinleitung statt. Der ganze Körper der Patientin steht im Fokus der Hypnoseärztin. Die Patientin redet nicht mehr. Die stark gesammelte Körperhaltung der Hypnosezahnärztin fällt auf, während sie fast schon meditativ auf die Patientin einredet. Dabei hat sie ihre Hand auf die Schulter der Patientin gelegt. Doch nicht nur dort, auch die Hände, die Stirn, die Beine, die Wangen können während der Tranceeinleitung berührt werden. Der ganze Körper ist

im Fokus der Zahnärztin, nicht nur der Mund. Die Orientierung vom Mund weg zu anderen Körperbereichen unterstützt die ersten Suggestionen.

Die phänomenologische Reflexionen zur Tranceeinleitung von anderen Patienten zeugen von großen Unsicherheiten ihrerseits ob sie den in der Vorphase definierten Konventionen zustimmen und somit die Hypnosebehandlung annehmen können:

„Ich saß auf dem Zahnarztstuhl und dachte: „jetzt geht’s los.“ Beim Runterzählen machte ich mir darüber Gedanken, ob ich überhaupt schon soweit bin. „Hoffentlich klappt’s, es MUSS JETZT klappen.“ (phänomenologisches Interview Anita B.: Z. 1-3)

„Die Zahnärztin musste mich sehr lange in Trance führen. Das erste Mal hatte ich Probleme, in Hypnose zu gehen. Ich hatte noch zu viele Sorgen rund um die Behandlung: Wie viel Zeit hat sich die Ärztin für die Behandlung genommen, wartet draußen nicht schon der nächste Patient? Wann hat sie ihn bestellt? Um 12, um 13 Uhr? Macht sie erstmal Pause nach der anstrengenden Operation? Was ist, wenn es bei mir länger dauert als geplant – das ist ja jetzt schon der Fall, ich bin ja noch gar nicht bereit? Aber sie macht gar keinen Anschein, dass sie mich drängen will.“ (phänomenologisches Interview Claudia Rühle, Z. 53-59)

„Irgendwann kommt denn der Punkt an dem ich mich fallen lasse und ich denke sie macht das schon, sie weiß was sie tut. Ich könnte ja auch meckern; ich könnte ja auch sagen ‚Nein‘, aber ich kann’s auch lassen, geschehen lassen. Dieses Scheißegalgefühl gehört für mich zur Hypnose.“ (phänomenologisches Interview Anita B., Z. 4-8)

Ich selbst musste für eine einfache Füllung am Zahnhals einen Zahnarzt aufsuchen. Eine Hypnose für eine kleine Füllung kam für mich nicht in Frage. Ein fähiger Zahnarzt der die Füllung gewissenhaft anfertigt war die Entscheidung meiner Wahl. Ich hatte mit meinem Zahnarzt bisher sehr gute Erfahrungen gemacht. „Als ich die Praxis betrat, sah ich schon den Arzt im Wartezimmer wie er mit einem anderen Mann redete, nachdem er ihn aus dem Wartezimmer abholte. [...] Das war mir sympathisch. Die Schwester begleitete mich in ein Behandlungszimmer, in dem ich auf den Arzt warten sollte. Ich sah ihn im Nebenzimmer, wie er einen anderen Patienten behandelte. Die Schwester schloss die Tür und band mir das Hygienetuch um. Dann ging sie raus. (phänomenologisches Interview Claudia Rühle, Z. 3-8) Plötzlich stand der Zahnarzt im Raum.“ [ebd. Z. 10f] „Ich konnte bei Bohrschmerz die linke Hand heben. Davon machte ich auch zwei Mal Gebrauch. Im Gegensatz zu anderen Zahnarztbesuchen war es das erste Mal, dass mir dieses Angebot gemacht wurde.“ (dies., Z: 54-56)

6.2.2. Sequenzanalysen: Rituelle Rahmungen und situative Vereinbarungen

Die vorliegenden Auswertungen der Feintranskripte legen genaueres Zeugnis von den interaktiven Vorgängen während der Vorbereitungsphase der einfachen Zahnfüllungen von Elisa S. und Claudia Rühle ab.

Transkript 3: Rituelle Rahmungen und situative Vereinbarungen

<<Die Zahnärztin berührt knapp das „dritte Auge“ der Patientin. Patientin Elisa S. hat noch die Augen geöffnet.>

Zahnärztin: Und wen ich von eins nach drei Zähle, werden sich die Augen schließen und in Tiefe angenehme Entspannung gehen. Eins. (---) Zwei (---) Drei.>

Die Augen der Patientin schließen sich als die Ärztin ihre Hand mit einer Entfernung über den Augen geleiten lässt. Ärztin berührt vorsichtig die Wange der Patientin, dann nochmal das „dritte Auge“.

[...]

Zahnärztin: Und du kannst dich von außen nach innen orientieren. (3) Im gesamten <<Die Zahnärztin fasst an beide Beide, an den rechten Arm der Patientin> Körper spüren, wie du dich tief, tief entsannst.>

Die Zahnärztin berührt die Wange und das „dritte Auge“ der Patientin.



Videosegment 3.1:
Zahnärztin berührt das
„dritte Auge“ der Patientin



Videosegment 3.2:
Zahnärztin fährt über die
Augen der Patientin



Videosegment 3.3: Patientin
schließt die Augen

1 Transkript 4 : Rituelle Rahmungen und situative Vereinbarungen

2 Patientin Elisa S. befindet liegt während der Tranceeinleitung mit geschlossenen Augen auf dem

3 Behandlungsstuhl, ihre linke Hand ist aufgestellt.

4

5 Die Zahnärztin besprüht die Patientin mit Luft an beiden Händen.

6 **Zahnärztin:** <<Zahnärztin richtet die Lampe direkt auf die Patientin aus und lässt das Licht über

7 ihren Körper kreisen> Es können die Möwen sein, die du hörst, das Licht spürst, hell und dunkel.

8 (5)> <<Zahnärztin berührt Schulter und das „dritte Auge“ der Patientin> Und sich einfach treiben

9 lassen. (3.0) Diese Kühle und völlige Unempfindlichkeit > <<Zahnärztin klopft sanft den

10 gesamten Unterkiefer der Patientin ab und danach ihre linke Hand> unterstützt von deiner Hand>

11 (3.0) <<Zahnärztin hält die rechte Hand der Patientin> sehr schön. (2.0) <<Zahnärztin hält die

12 rechte Hand der Patientin > Völlig gleichgültig, (2.0) andere Wahrnehmung (2.0) alles zum

13 Nutzen loszulassen (2.0) und sich tiefer und tiefer entspannen zu lassen. (2.0)> <<Zahnärztin

14 klopft behutsam am Unterkiefer der Patientin> Und für sich (2.0) ohne Bewusstes Zutun>

15 <<Zahnärztin fasst an die rechte Schulter der Patientin> während du dich an einen Ort der

16 Sicherheit und Geborgenheit umschaust (2.0)>

17 Die Patientin atmet tief in den Bauch

18 **Zahnärztin:** [...] <<Zahnärztin berührt beide Beine der Patientin> und wie sich das anfühlt, dort

19 zu sein.> (2.0) Ein Ort, der für dich ganz stimmig ist. [...] <<Zahnärztin berührt die linke Hand

20 der Patientin und danach ihren Unterkiefer> (2) Und diesen Handschuh der völligen

21 Unempfindlichkeit, (--) Taubheit und (--) Kälte.>



Videosegment 4.1: Zahnärztin besprüht die Patientin mit Luft



Videosegment 4.2: Zahnärztin bestrahlt die Patientin mit Licht



Videosegment 4.3: Zahnärztin berührt das dritte Auge



Videosegment 4.4: Zahnärztin beklopft den Kiefer



Videosegment 4.5: Zahnärztin beklopft die aufgestellte Hand



Videosegment 4.6: Zahnärztin streicht über die rechte Hand

Rituelle Rahmungen der Zahnbehandlung

Die rituellen Rahmungen, die während der Tranceeinleitung getroffen werden, ermöglichen das geplante Eindringen in den Mundraum.

Den Sprung in Trance inszenieren die Zahnärzte und schaffen so für den Patienten einen neuen Deutungsrahmen während der Situation.

Die Hypnosezahnärztin fordert Elisa S. während der Tranceeinleitung auf, ihre Augen zu schließen. Es geschieht genau in dem Moment, als die Zahnärztin ihre Hand über die Augen fahren lässt, so als könnte die Hand die Augen schließen (vgl. Transkript 3). Es erscheint fasst schon als magische Praxis. Dieser Umschaltpunkt dient als Rahmen (Goffman). Ohne passenden bzw. erlernten Rahmen, ist die Situation nicht sinnhaft begreifbar (Willems 1997). Der Rahmenbegriff erlaubt es, Handlungen von beiden zu koordinieren. Der Mensch versucht, jede Situation in seine bestehenden Erfahrungsschemata einzuordnen. Das bedeutet, dass der hypnotisierte Patient Erfahrungen in ähnlichen Situationen gemacht haben muss, zum Beispiel im Yoga, einer Entspannungssituation oder mit der im Hintergrund laufenden Musik (klassische Musik oder New Age Musik) verknüpfen. Ein Motiv, das nicht aus der Zahnheilkunde stammt, wird als gemeinsames Hintergrundwissen aktiviert und ermöglicht die Trance.

Es kann beobachtet werden, dass die Hypnoseärzte den Chakrapunkt („drittes Auge“) zwischen den Augen am Stirnansatz des Patienten am Beginn und Ende einer Hypnose berühren ohne es zu thematisieren. Diese Geste wird als ein Symbol gedeutet, das die hypnotische Zahnbehandlung rahmt und die Zahnbehandlung in Hypnose erlaubt.

Während der Tranceeinleitung wird das Eindringen in den intimen Mundraum weiter ausgebaut. Die Hypnosezahnärztin berührt erst die Schulter und die Hände der Patientin, dann vorsichtig die Wangen und die Stirn, später die Lippen (Transkript 4, Zeile 6ff). Erst danach wird von ihr formuliert, dass sich der Mund „weich und weit öffnen kann“ bzw. wie es mir meine Hypnosezahnärztin sagte: „Sich einfach überraschen lassen wie der Mund sich wie von selbst öffnet.“ (Basistranskript Claudia Rühle)

Bei der herkömmlichen Zahnbehandlung konnte derartiges nicht beobachtet werden, der Patient öffnet seinen Mund ohne umfangreiche Aufforderung oder vorangehende Entspannungsphase. Er weiß einfach, dass er ihn öffnen *muss*, ansonsten würde die zahnärztliche Behandlung in der er sich befindet, nicht erfolgreich durchgeführt werden können.

Reden und Schweigen

In dieser Feinanalyse der ausgewählten Sequenzen soll es nicht direkt um das Werk „Reden und Schweigen“ von Niklas Luhmann (1989) gehen, sondern um die kommuni-

kativen Merkmale zwischen Zahnarzt und Patient während ihrer Interaktion, die in der Vorphase besonders deutlich werden. Die Hypnosezahnärztin hat in der Tranceeinleitung einen Redeanteil von 100%. In der Regel redet sie zehn Minuten auf den Patienten ein.

Ihre Stimme ist ruhig, sie redet fast schon meditativ. Sie verwendet dabei eine indirekte Imperativform und gibt „deskriptive Befehle“ von sich: „Und wenn ich von 1 nach 3 zähle, werden sich die Augen schließen“ (Transkript 3 Zeile 4f) Die Augen schließen sich tatsächlich. Es ist ein Befehl, jedoch antiimperativisch formuliert, was seine Intonation sanft, nicht herrisch, macht.

Das besondere an der Hypnosensprache sind ihre semantischen Merkmale. Im gesprochenen Text verbergen sich kulturelle Muster und Gattungsanspielungen, die der Verortung des subjektiven Erlebens des Patienten in eine Richtung weisen, die er je nach seinen Vorerfahrungen deuten kann.

„Es können die Möwen sein, die du hörst, das Licht spürst, hell und dunkel. [...] Völlig gleichgültig, (2.0) andere Wahrnehmung (2.0) alles zum Nutzen loszulassen (2.0) und sich tiefer und tiefer entspannen zu lassen.“ (Transkript 4, Zeile 7-13)

Vergleiche und Methaphern sollen dem Patienten helfen, in Trance zu gehen.

Die Häufigkeit der Pausen wird in Transkript 4 sichtbar. Für die Lehrstelle des Schweigens des Zahnarztes wird die Aktivität des Patienten erwartet. Es handelt sich um eine Pseudointeraktion. Das Schweigen wird sequentiell als Handlungsbeteiligung für den Patienten gebaut. Er hat in dieser Sequenz die Möglichkeit, sich die gegebenen Suggestionen auf seine Art und Weise zu imaginieren. Der Hypnosezahnarzt gibt dem Patienten so genügend Raum, sich seine positive Innenwelt zu schaffen.

Situative Zeichenvereinbarungen

Während der Tranceeinleitung werden situative Konventionen zwischen der Hypnosezahnärztin und der Patientin getroffen. Dabei werden Teile des Körpers der Patienten als Agenten definiert.

So wird bei der Handschuhanästhesie (Transkript 4) das Empfinden der „Taubheit und Kühle“ in der aufgestellten Hand von der Zahnärztin herbeigeredet, die sich auf den Kiefer übertragen sollen (Transkript 4, Zeile 9ff). Der Arm fungiert als Stellvertreter für den zurechnungsfähigen Akteur, der an der Zahnbehandlung teilnimmt und sich bei Schmerzen verbal mitteilen könnte. Wenn irgendwas als störend empfunden wird, müssen Patienten aus rechtlichen Gründen auch in Hypnose ein Zeichen geben können.

Sollte etwas Unangenehmes in der Zahnbehandlung auftreten, kann die Hand sprechen, aber nicht der bewusste Akteur:

„Daumen und Zeigefinger werden von der Ärztin aufgefordert zu zeigen, ob „etwas stört oder ob es stimmt“. Die Patientin streckt den Zeigefinger [und teilt so mit, dass etwas stört], Ärztin testet mit dem Testpapier und schließt noch etwas von den neuen Füllungen ab.“ (Basistranskript Elisa S.)

Alles was die Hypnosezahnärztin am Körper anspricht, repräsentiert nur einen kleinen Teil der Person, die sich beim Zahnarzt befindet. Der ganze Mensch mit seinen Gefühlen, Ängsten und Vorurteilen wurde verbal ausgeschaltet. Der Fokus wird auf die Körperteile gelegt, diese sollen sich entspannen oder eine Antwort geben, „ob etwas stört“. Die Agentenschaft wurde auf etwas verschoben, das nicht der bewusste Akteur ist.

Die Zahnärztin gestaltet den Körper des Patienten als Zeichensystem für die stattfindende Zahnbehandlung in Hypnose. Sie trifft zu einer Regelung für die subjektive Wahrnehmung des Patienten während der Behandlung und zum anderen führt sie neue Kommunikationszeichen ein, die übliche Möglichkeiten der Kommunikation während der Hypnose außer Kraft setzen. Die normalen Aufmerksamkeitszeichen des bewussten Redens und Kommentierens der Situation werden bewusst ersetzt. Neue Interaktionszeichen werden am Körper der Patientin vorgeschlagen und vereinbart. Die Zahnärztin ist fähig, ihn im Laufe der Behandlung mit ihren Augen und Händen zu interpretieren. Der Patient wird dazu aufgefordert, Fokus auf seine Körperteile zu legen und nicht auf die Umgebung und seine Zähne. Das hilft dem Patienten, zu den Geschehnissen die nötige Distanz zu bewahren. Die Ärztin redet herbei, wie der sich die Behandlungssituation im Idealfall wünscht, zusätzlich suggeriert sie eine Urlaubssituation. Sie konstruiert dadurch einen Aufenthaltsort, an dem sich der Patient einfühlend soll. Das Ansprechen des Patienten erfolgt, als wäre er nicht die Person, die sich gerade auf dem Zahnarztstuhl befindet. Die „innere Welt“ wird fokussiert:

„Und während sie auf Mallorca oder wo auch immer dahinwandern oder still sind kann ein kleiner Teil von ihnen hier sein und aufpassen ... oder alles von ihnen kann in die innere Welt immer tiefer abtauchen ... so wie die letzten Male, wie sie das so prima gemacht haben. Und du Unbewusstes kannst Frau Rühle dabei helfen, sich auszubreiten und sie in diesen angenehmen Zustand zu begleiten für den zeitlosen, wohligen schweren Zustand, wie kurz vorm Einschlafen wo man sich einfach hingibt und weiß, der Körper wird es schon machen, das Unbewusste ist immer dabei.“ (Basistranskript Claudia Rühle, S. 3)

Der bewusste Akteur Patient soll nicht bei der Zahnbehandlung anwesend sein, nur das Unterbewusstsein soll aufpassen und die vereinbarten körperlichen Agenten können Auskunft über das Befinden geben. Diese Konstruktion und Interpretation eines Dritten Akteurs ist die Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient, die während der Tranceeinleitung vor der Behandlungsdurchführung getroffen und während der Behandlung aufrechterhalten werden.

Beim Zahnarzt, der ohne Hypnose behandelt, werden Zeichenvereinbarungen im Vergleich sehr spät getroffen. Im vorliegenden Fallbeispiel, wenn sich der Bohrer bereits im Mund der Patientin befindet. Die Patientin hat den Zugang zum Mund erlaubt. Sie stimmt den Konventionen des Zahnarztes zu: „Wenn etwas wehtut, linke Hand heben“ (Transkript 5, Zeile 7). Diese einfache Zeichenvereinbarung unmittelbar beim Behandlungsstart ist wichtig, in ihr wird eine wichtige Regel zur Kommunikation während der Behandlungsphase getroffen. Hier soll die Patientin bewusst ihre Hand heben.

„Machen sie sich keine Sorgen, das ist nur ganz klein. Ich werde versuchen, dass das Zahnfleisch nicht blutet.“ (Transkript 5, Zeilen 4f) Hier gibt der Zahnarzt eine positive Vorausschau für den Behandlungsablauf, der sich auf seine Arbeit sowohl für das Sicherheitsempfinden und das Entspannen des Patienten auswirken soll. Diese Suggestion für eine komplikationslose Durchführung der Zahnbehandlung wird auf die real stattfindenden technischen Behandlungsschritte bezogen – von Urlaub, Strand und Möwen ist hier keine Rede.

1 Transkript 5: Zeichenvereinbarungen

- 2 *Der Zahnarzt hat den Spiegel zur Mundöffnung bereits angesetzt und hält Bohrer in der Hand. Er fährt den Behandlungsstuhl noch etwas höher. Der Mund der Patientin Claudia Rühle ist geöffnet.*
- 3 *fährt den Behandlungsstuhl noch etwas höher. Der Mund der Patientin Claudia Rühle ist geöffnet.*
- 4 **Zahnarzt:** Machen sie sich keine Sorgen, das ist nur ganz klein. Ich werde versuchen, dass das
- 5 Zahnfleisch nicht blutet.
- 6 **Patientin Claudia R.:** Hm.
- 7 **Zahnarzt:** Wenn etwas wehtut, linke Hand heben, <<Patientin zuckt mit der linken Hand> dann
- 8 hör ich sofort auf>
- 9 **Patientin Claudia R.:** Hm.
- 10 **Zahnarzt zur Helferin:** Kannst du nochmal das Licht ein bisschen besser einstellen?
- 11 **Zahnarzt:** Ist ok?
- 12 **Patientin Claudia R.:** hmhm.
- 13 <<Zahnarzt schüttelt mit dem Kopf> Sie merken gar nichts.> [--]
- 14 **Patientin Claudia R.:** ehmmh
- 15 (3)
- 16 **Zahnarzt:** Das ist hier ein Rosenbohrer, der nimmt nur das Weiche weg, nur die gelöste
- 17 Zahnschubstanz, er raut die Oberfläche nur etwas an.



Videosegment 5.1: Zahnarzt setzt zur Behandlung an

6.3. Dritte Phase: Behandlungsphase – Arbeit und Spiel

Die Ausrichtung der Praxisräume, die kommunikativen und interaktiven Begegnungen zwischen dem Praxispersonal und dem Patienten – alles was bisher geschah dient eigentlich nur einer Sache: Der Behandlung der Zähne. Während der Behandlung geht es zur Sache: Es wird gebohrt, gesaugt, geschnitten und gezogen.

Der Patient befindet sich durch die Tranceeinleitung während der Behandlung in Hypnose. Während der Zahnbehandlung redet der Zahnarzt in der Regel nicht mehr soviel wie in den vorangehenden Phasen. Er muss sich bei den erforderlichen Arbeitsschritten konzentrieren, sein handwerkliches Geschick ist gefragt. Nur vereinzelt und besonders in Behandlungspausen gibt der Zahnarzt hypnotische Interventionen.

Der schulmedizinische Zahnarzt gibt dem Patienten deutliche Ankündigungen zu den in situ folgenden Behandlungsschritten wie dem Auseinanderbrechen des Zahnes oder eintretenden Schmerzen. Der Hypnosezahnarzt hingegen redet die eventuell schmerzbelasteten Schlüsselmomente innerhalb der Behandlung mit positiven Suggestionen schön. Erlebt der Hypnosepatient tatsächlich die schmerzhafteste Behandlung? Der ohne Hypnose behandelte Patient ist während der Behandlung körperlich und mental anwesend und spürt die Arbeit, die der Zahnarzt leistet, er unterstützt ihn sogar aktiv dabei. Vom Hypnosepatienten wird diese Art von Arbeit nicht gewünscht. Natürlich ist er dabei, unterstützt den Zahnarzt auch – indem er ganz still liegt und sich den Suggestionen hingibt. Je nach persönlicher Wahrnehmung des Patienten kann er Schmerzen spüren und erlebt die Behandlungsschritte. Im phänomenologisch-videographischen Vergleich zweier Weisheitszahnoperationen wird deutlich, dass die unterschiedlichen Behandlungstypen (Hypnose, Nicht-Hypnose) und das kommunikative Einwirken der Zahnärzte sich im Erleben und den Reaktionen der Patienten widerspiegeln.

6.3.1. Ethnographische und phänomenologische Beschreibungen beim Zahnarzt und bei der Hypnosezahnärztin – Kommunikative Konstruktionen während der Weisheitszahnoperation von Michael O. und Claudia Rühle

Beim Patienten Michael O. wird eine komplizierte Entfernung zweier nebeneinanderliegender Zähne vorgenommen. Weisheitszahn und kariöser Backenzahn werden in einer Operation unter örtlicher Anästhesie entfernt.

Der Patient liegt auf dem Stuhl, krampfhaft unbewegt. Ein besonders großes Hygienetuch wird ihm von der Helferin mit einem Mal umgelegt, ohne es schön gerade zu zupfen, wie es bei Anita B. geschehen ist. Der Zahnarzt betritt das Behandlungszimmer, zieht sich die Handschuhe an, setzt sich die Brille auf und beginnt unmittelbar

mit der Behandlung des Mundes.

Der Patient benutzt selbständig seinen Atem als Mittel zur Beruhigung. Oft atmet er tief ein und aus. Manchmal schluckt er auch verstärkt. Beruhigende Worte wie in der Hypnosebehandlung gibt es nicht. Der Patient ist auf sich gestellt. Die Kommunikation am zahnärztlichen Arbeitsplatz wirkt souverän und professionell. Der Zahnarzt bereitet den Patienten auf in situ folgende Behandlungsschritte und damit verbundenen Unannehmlichkeiten verbal vor. So gab es im Laufe der Behandlung mehrere Vorankündigungen zu nachfolgenden Behandlungsschritten: „Jetzt gibt es gleich Bohrergeräusche“, „Jetzt gibt’s einen Knacks und der vordere Zahn zerbricht in zwei Teile“, u.a. Der Patient wird auf mögliches Erleben vorbereitet, - es soll verhindert werden, dass er erschrickt. „Nichts ist schlimmer, als wenn der Patient plötzlich unvorbereitet einen Bohrer im Mund hat“, so der Zahnarzt im Gespräch mit mir nach der Behandlung.

Der Patient „war aktiv“ bei der langen Behandlung anwesend und hat sogar „mitgemacht“. Er sagt, dass es für ihn und den Zahnarzt „harte Arbeit“ war. Der Patient befand sich „im Geiste“ auf dem Zahnarztstuhl und bei den Zähnen in seinem Mund, die der Zahnarzt nur schwer herausoperieren konnte:

„Ich habe alle Behandlungsschritte mitbekommen, - auch dass der Bohrer kaputt ist und ich auch am Körper nass werde. Aber das war mir egal. Ich habe gemerkt, dass der Zahnarzt immer versuchte etwas vom Zahn zu greifen, aber es brach immer weg. Ich habe versucht loszulassen. Im Geist gehe ich zu der Stelle im Mund und zum Zahn und versuche ihn loszulassen. Es war schon krasse Arbeit und sehr anstrengend für mich. Ich war aktiv dabei und habe mitgemacht. Auch für den Zahnarzt war die Arbeit anstrengend, das habe ich gemerkt. Es kam mir so vor, als wenn es für uns beide harte Arbeit war. In meinem Geiste war ich auch beim Zahnarzt und fokussierte sein Handeln und seine Arbeit, um sie möglichst positiv zu beeinflussen.“ (phänomenologisches Interview Michael O., Z. 1-8)

Der Patient auf dem Behandlungsstuhl kann nicht reden, er kann nur mental und körperlich mit dem Zahnarzt mit“arbeiten“. Der Zahnarzt spricht während der Behandlung sehr wenig. Hauptthemen sind Kopfbereich und der Mund des Patienten („Mund weiter öffnen“, „Kopfdrehen“) oder die wichtige Gabe einer weiteren Spritze mit einem lokalen Anästhetikum nachdem der Patient stark zusammengezuckt ist (vgl. Basistranskript Michael O.).

Während einer konservativen Zahnbehandlung findet eine kommunikative Konstruktion des in situ realistisch Erlebten statt. Geräusche, Schmerzen und andere Unannehmlichkeiten im Behandlungsablauf werden vom Zahnarzt ebenso verbalisiert wie technische

Verhaltensanweisungen für den Patienten. Der Patient ist aktiv dabei. Ich konnte beobachten, dass der Patient nach der langen Behandlung sehr entkräftet dreinschaute. Es war ganz offensichtlich „harte Arbeit“ für ihn.

Ganz anderen Charakter weist die Entfernung meiner eigenen Weisheitszähne auf:

„Ich sagte mir zur Beruhigung immer wieder selbst, dass meinen Freund und mich nur die dünne Wand trennt und dass er ja bei mir ist. Zusätzlich musste ich mir erstmal ganz viel Mühe geben und mich anstrengen, mir Bilder zu ihren Suggestionen vorzustellen. Die anderen Gedanken lenkten mich immer wieder von den Worten der Zahnärztin ab. Ich versuchte es aber weiterhin, mit der Gewissheit und dem Gefühl: Wenn es nicht funktioniert und die Behandlung zu unangenehm ist, kann ich jederzeit vom Stuhl aufstehen und die Praxis verlassen.“ (phänomenologisches Interview Claudia Rühle, Z. 59-64)

„Ich liege aber während der ganzen Behandlung still auf dem Behandlungsstuhl. Regungen zeigen sich nur, wenn die Zahnärztin passende Suggestionen gibt. So knete ich die Kuscheltiere als sie mir etwas vom Teigkneten erzählt. Den Schmerz lasse ich über mich ergehen. Bei vergangenen Zahnbehandlungen kam es durchaus vor, dass ich bei zu starkem Schmerz die Hand des Zahnarztes mit dem Bohrer aus dem Mund geschlagen habe.

Als die Zahnärztin den Bohrer ansetzt um den Zahn zu zersägen und zu brechen höre ich nichts mehr: weder die Musik noch die Worte der Hypnoseschwester und der Zahnärztin. Es ist sehr unangenehm, tut weh und zieht im ganzen Kopf. Aber während dieses Behandlungsschrittes suggerierte mir die Ärztin Urlaubserinnerungen und erzählt etwas von Motorbooten. Manchmal hörte ich doch Wortfetzen, als sie kurz den Bohrer absetzte. Ich dachte auch an meine Freundin, dass sie ja jetzt auch bei mir sein kann. Ich dachte dann an Boote am Hafen von Andratx, die ich bei einer Fahrradtour besuchte. Der erste Zahn war schnell entfernt. Ich fragte die Ärztin ob der Zahn raus sei. Die Zahnärztin fragte, ob wir den anderen auch noch machen sollen. Ich muschelte, dass ich das noch überlegen möchte. Dann fragte sie noch einmal und ich sagte, dass ich noch ein bisschen am Hafen von Andratx bleiben möchte. Sie gab mir eine Spritze auf der anderen Seite.“ (phänomenologisches Interview Claudia Rühle, Z. 70-101)

Meine Zahnärztin und ich betrieben radikal gesagt eine kommunikative Konstruktion von imaginären Welten. Diese anderen Welten waren nicht die ganze Zeit während der Behandlung vordergründig. Ich habe durchaus mitbekommen, dass der Zahn durchgebrochen wurde und etwas in meinem Mund geschah wobei die Zahnärztin viel Kraft aufwenden musste. Auch wie mir unmittelbar vor der Zahnentfernung ein großer Hygieneumhang umgelegt wurde, war mir bewusst. Doch ich konzentrierte mich dabei auf

die Suggestionen der Ärztin. Ich mache bei der Hypnose während der Zahnbehandlung Überdeckungs- und Ablenkungserfahrungen, so ist es gewollt: Ein Teil meines Bewusstseins soll während der Behandlung aufpassen. Ich nutzte die Visualisierungstechniken, die ich in früheren Hypnosebehandlungen gelernt habe und versuche selber bewusst zu fantasieren und die Inhalte zu visualisieren, die mir die Zahnärztin vorgibt.

Auch andere Patienten empfanden die Hypnose während der Zahnbehandlung ähnlich:

„Ihr Druck strömt auf den ganzen Körper.“ Das ist irre, fühlte ich. Ich merkte es. [...] Meine innere Stimme sagte mir: „Es ist nur Verarschung wie kann man so eine Situation genießen?“ (phänomenologisches Interview Anita B., Z. 3f) Ich habe keinen speziellen Ort an den ich in der Hypnose gehe. Ich bin schon noch dort, auf dem Zahnarztstuhl und passe genau auf. Ich sitze auf meiner Schulter und schaue zu.“ (phänomenologisches Interview Anita B., Z. 9-11)

„Das mit der Hypnose ist so ein Auf und Ab: Man ist mal tiefer in der Hypnose und mal leichter. Bei einem Zahn war ich sogar ganz weg, - das die Setzung des dritten oder vierten Implantats habe ich gar nicht mitbekommen! Auch den dabei stattfindenden Musikwechsel habe ich gar nicht mitbekommen. [...] In diesem Moment habe ich bewusst mitbekommen, dass Dr. Freigang etwas sagt, nämlich: „Wir fahr'n jetzt über ne Huckelstraße.“ Innerlich habe ich gelacht, „Haha.“, aber ohne Angst, dass ich da innerlich etwas davon mitbekommen könnte.“ (phänomenologisches Interview Carmen S., Z. 94-97)

„Ich habe mitbekommen, dass der Zahnarzt meine Hände und Füße angefasst hat. Als ich sehr angespannt war, hab ich sehr gezittert. Dann kam er zu mir und streichelte meine Hand. Vom inneren Gefühl her waren diese Situationen wie ein um mich schlagen, nicht vor Schmerzen sondern wegen den Gedanken und Träumen die ich so hatte. Wenn ich mich erinnere habe ich das Gefühl, als wenn ich sehr viel gezuckt und gewackelt habe. Zwischendurch als er sehr viel redete, hatte ich das Gefühl „laber mal“, ich kann dir jetzt sowieso nicht folgen. Das war mir zu viel, in der Situation bin ich ja mit mir selbst beschäftigt und ganz in der Praxisrealität und nicht in irgendwelchen schönen Orten.“ (phänomenologisches Interview Carmen S., Z. 75-91)

Carmen S. kann sich nach der Hypnose nicht mehr an alle Behandlungsschritte erinnern, weil sie die ihr imaginierte Welt bewusster spürte.

Die Hypnose stellte sich als ein Wechsel der Orte (Fantasiewelt, Zahnarztstuhl) heraus, doch die Patienten wissen noch, dass sie sich körperlich beim Zahnarzt befinden.

6.3.2. Sequenzanalysen: Kommunikative Konstruktion von Schmerz und imaginären Welten im Spiel

Die vorliegenden Feintranskripte legen genaueres Zeugnis von den interaktiven Vorgängen während der Weisheitszahnentfernung von Michael O. und Claudia Rühle ab. Es handelt sich bei beiden Patienten nicht um die erste Weisheitszahnbehandlung. Michael O. hat bereits die Erfahrung der operativen Entfernung von Weisheitszähnen gemacht. Auch ich selbst habe mir bereits zu einem früheren Zeitpunkt Weisheitszähne in Hypnose entfernen lassen, es handelt sich um meine dritte Hypnose beim Zahnarzt.

Patient Michael O.: Kommunikative Konstruktion des Schmerzes

Während der Behandlungsphase ohne Hypnose ist der Patient mit all seinen Sinnen anwesend und als aktiver Interaktionspartner am Behandlungsablauf beteiligt. Der Patient folgt bewusst den behandlungsablaufgestaltenden Anweisungen des Zahnarztes: „Kinn zur Brust nach vorne“ (Transkript 6, Zeile 19), „Kopf nach rechts drehen, bitte“ (Transkript 6, Zeile 21), „Kopf weiter nach links“ (Transkript 6, Zeile 26). Der Zahnarzt kommentiert die in situ folgenden Behandlungsschritte:

„Jetzt nochmal Bohrgeräusche.“ (Transkript 6, Zeile 5)

„Jetzt gibt's einen Knacks, der vordere Zahn zerbricht in zwei Teile.“ (Transkript 6, Zeile 8)

„Heftige Geräuschkulisse. Wir nehmen jetzt erstmal den vorderen Zahn raus und dann den anderen.“ (Transkript 6, Zeile 9f)

Der Patient wird auf diese Weise über die Vorgänge in seinem Mund informiert. Er soll sich nicht erschrecken und kann sich auf die Geräte und Vorgänge in seinem Mund einstellen um dabei auftretende Schmerzen auszuhalten. Der Zahnarzt lenkt den Patienten bei den schwierigen Behandlungsschritten nicht ab, er sagt, was auf ihn zukommt. Die gesamte Zahnbehandlung wird durch den Zahnarzt nicht nur handwerklich vorgenommen sondern auch kommunikativ konstruiert. Dieses Vorgehen hat direkten Einfluss auf das Erleben des Patienten: „In meinem Geiste war ich auch beim Zahnarzt und fokussierte sein Handeln und seine Arbeit.“ (phänomenologisches Interview Michael O.) Michael O. erzählte mir, dass er die Behandlung anstrengend empfand. Einmal zuckte er auch vor Schmerzen zusammen.

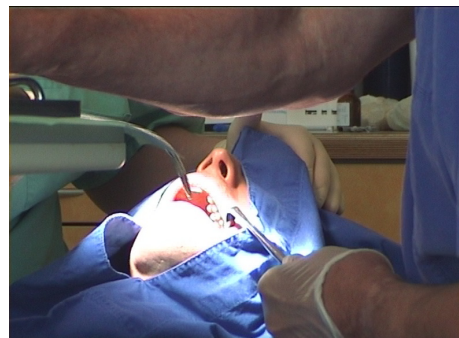
1 **Transkript 6: Kommunikative Konstruktion des Schmerzes**2 **Zahnarzt:** „Geht’s? Oder tut was weh?“3 *Zahnarzt gibt noch eine Betäubungsspritze. Patient Michael O. atmet tief in den Bauch ein.*4 *(30 sek.)*5 **Zahnarzt:** „Jetzt nochmal Bohrgeräusche.“6 *(1 min.)*7 *Kommunikation zwischen Zahnarzt und Assistentin.*8 **Zahnarzt:** Jetzt gibt’s einen Knacks, der vordere Zahn zerbricht in zwei Teile. [...] und jetzt fest

9 zusammenbeißen, fest, fest zusammen beißen. Alles soweit Ok? [...] Heftige Geräuschkulisse. Wir

10 nehmen jetzt erstmal den vorderen Zahn raus und dann den anderen. [...]

11 *Schwester holt eine große Zange aus dem Schrank. Der Arzt versucht damit, den Zahn zu ziehen.*12 *(1 min.)*13 **Zahnarzt:** „Der Zahn ist sehr spröde, jetzt gibt’s wieder Bohrgeräusche.“14 *Arzt bohrt, Schwester saugt weiterhin den Speichel ab, Arzt versucht nacheinander mit*15 *verschiedenen Geräten den Zahn zu entfernen.*16 *(3 min.)*17 *Schwester saugt Zahnstück mit dem Sauger an, legt es auf das Tablett, der Arzt nimmt es in die*18 *Hand um es zu überprüfen.*19 **Zahnarzt:** „Kinn zur Brust nach vorne nehmen, genau.“ *Arzt bohrt wieder.*20 *(2,30 min)*21 **Zahnarzt:** „Kopf mal nach rechts drehen, bitte.“22 *Arzt dreht den Kopf des Patienten nach rechts.*23 *(30 sek.)*24 **Zahnarzt:** „Den Vorderen haben wir, ja, jetzt geht’s an den Weisheitszahn.“25 *(1 min.)*26 **Zahnarzt:** „Kopf weiter nach links... ja gut, danke.“

Videosegment 6.1: Zahnarzt bohrt



Videosegment 6.2: Helferin hält Kopf des Patienten

Patientin Claudia Rühle: Kommunikative Konstruktion von imaginären Welten

„Und während sie auf Mallorca oder wo auch immer dahinwandern oder still sind kann ein kleiner Teil von ihnen hier sein und aufpassen.“ (Basistranskript Claudia Rühle)

Diese bereits beschriebene Konstruktion der Abwesenheit während der Hypnose in der Zahnarztpraxis und der Anwesenheit in der imaginären Urlaubswelt der Patientin wird von der Zahnärztin angeleitet. Besonders hervorzuheben ist dabei die Koordination der Fantasien, die die Zahnärztin in schwierigen Behandlungssituationen vollbringt:

<<Die Zahnärztin sägt oder bohrt den oberen Weisheitszahn lose> Und diese kleinen Motorboote, die da am Meer entlang knattern, [...] die einem entfernt entgegen kommen [...] mit ihrem Außenbordmotor.> (Transkript 7, Zeile 2-4)

Während sie einen schmerzhaften Operationsschritt vollzieht, leitet sie die Patientin zu passenden Fantasien an. Sie redet, während sie operiert und befähigt die Patientin zu ihren Ablenkungserfahrungen. Der Zahnarzt von Michael O. redet hingegen nur in den Abschnitten der Behandlung, in denen er gerade keinen Eingriff mit einem zahntechnischen Gerät in den Mundraum des Patienten verrichtet.

Das Spiel

Sobald „das Spiel“ beginnt, ist, wie Erving Goffman so oft gezeigt hat, nichts mehr sicher: Ist es wirklich? Ist es vorgetäuscht?

Zahnärztin: Wollen wir die andere Seite auch machen? (...) Wenn ja, dann heben sie die linke Hand.

Patientin Claudia Rühle: (...) und zu genießen dass ich am Hafen bin von Andratx.

Zahnärztin: Lassen sie einfach ihr Unbewusstes entscheiden ob wir die andere Seite noch machen.

Patientin Claudia Rühle: Ja, ich will noch'n bisschen dableiben. (Transkript 7, Zeile 8-18)

Die Erzählungen der Patientin über ihren Ort, an den sie sich in Hypnose begeben hat (Andratx), während die Zahnärztin eine Entscheidung über den Behandlungsvorgang verlangt, sind sequentiell besonders eindrucksvoll: Soll der andere Weisheitszahn ebenfalls gezogen werden? Ist die Patientin dazu bereit, eine weitere Entfernung des Zahnes durchzustehen?

1 **Transkript 7: Das Spiel**

- 2 <<Die Zahnärztin sägt oder bohrt den oberen Weisheitszahn lose> Und diese kleinen Motorboote,
 3 die da am Meer entlang knattern, [...] die einem entfernt entgegen kommen [...] mit ihrem
 4 Außenbordmotor.>
 5 <<Die Zahnärztin hebt den rechten oberen Weisheitszahn heraus> genau, immer näher. Genau.>
 6 Die Schwester saugt den Zahn ab, die Zahnärztin greift sich vom Hintertisch das Nähzeug.
 7 **Patientin Claudia R.:** <<undeutlich>> Ist er raus? (3)
 8 **Zahnärztin:** Hmm. <<bejahend> Wollen wir die andere Seite auch machen?>
 9 **Patientin Claudia R.:** Ich überlege, weil
 10 <<Zahnärztin näht> Wenn ja, dann heben sie die linke Hand.>
 11 <<Patientin erzählt von ihren Hypnosevorstellungen sehr undeutlich> [...] und zu genießen dass
 12 ich am Hafen bin von Andratx.>
 13 **Zahnärztin:** Lassen sie einfach ihr Unbewusstes entscheiden ob wir die andere Seite noch machen.
 14 **Zahnärztin entfernt das untere Ende des Hygienetuches von den Kuscheltieren der Patientin.**
 15 **Der Speichelsauger wird ausgeschaltet aus, die Zahnärztin näht weiter, die Helferin schneidet den**
 16 **Faden ab.**
 17 (6)
 18 **Patientin Claudia R.:** <<deutlich>> Ja, ich will noch'n bisschen dableiben.



Vidosegment 7.1: Zahnärztin zieht den Weisheitszahn



Vidosegment 7.2: Zahnärztin greift Nähzeug



Vidosegment 7.3: Zahnärztin schiebt Hygienetuch beiseite

Die hypnotisierte Patientin antwortet, dass sie in ihrer imaginierten Welt bleiben will. Sie zeigt an, dass sie die Hypnose aufrecht erhalten kann, obwohl sie verstanden hat, dass ihr die Entscheidung abverlangt wird, ob während der laufenden Operation noch ein zweiter Zahn gezogen werden soll. Diese Frage reißt sie aus der von der Zahnärztin imaginierten Welt hinaus.

Es wird an diesem Szenario deutlich, dass sich die Patientin nicht in einer anderen Welt befindet, wie es z.B. die Showhypnose verspricht, sondern dass sie sich noch in der Zahnarztpraxis befindet. Das ist ethisch erlaubt und sogar gewünscht.

Das Fallbeispiel zeigt eindeutig: Zahnärztin und Patientin spielen zusammen. Das Dreieck „Patient-Arzt-Hypnose“ wird von ihnen nicht unterbrochen, sie bleiben beide im Spiel. Würde es unterbrochen werden, wäre die Hypnose gescheitert. Die Zahnärztin schlägt vor, dass das Unbewusste der Patientin antworten soll. Die Patientin zeigt, dass sie die Hypnoseraumung mit ihrer Antwort aufrechterhalten kann. Ein Spiel in der doppelten Ebene kommt zum Ausdruck: Die phänomenologische Typologie der Patientin und die Handlungen von Zahnärztin und Patientin sind miteinander verbunden. Die Patientin bemüht sich während der bewussten Behandlungssituation den Urlaubssuggestionen zu folgen.

Was bedeutet die verwendete Spielmetapher? Ist die Hypnose in diesem Fallbeispiel nicht echt, sondern nur „vorgespielt“? Ist die Hypnose ein systematisch betriebener Selbstbetrug der Patientin unter konstruktivistischer Anleitung der Zahnärztin? Diese aufgeworfenen Fragen bedürfen einer genaueren Prüfung, die den Rahmen der vorliegenden Fallstudien sprengen würde.

6.4. Vierte Phase: Abschlussphase – Reflexion und Doppelter Abschluss

Die Zahnbehandlung ist zu Ende, der letzte Faden abgeschnitten, die letzten Tupfer entfernt. Die Helferin räumt schon langsam die benutzten Instrumente auf den dafür vorgesehenen Platz. Akustische und gefühlte Reize lassen den Patienten wissen, dass die Behandlung beendet ist und der Zahnarzt nun ganz bestimmt nicht noch einmal auf die Idee kommt, den Bohrer anzusetzen. Der Patient ist in dieser Phase sehr erleichtert: „Meine Anspannung war erst richtig weg, als er das Licht weggemacht hat. Dann meinte er: Bleiben sie noch einen Moment sitzen und dann sehen wir uns morgen.“ (Interview Stephan B., Z. 37f)

Der Patient springt nach dem Behandlungsende nicht sofort vom Stuhl – weder nach einer normalen Behandlung noch nach einer Behandlung in Hypnose. Die kommunikative Konstruktion des Behandlungsabschlusses erzeugt den abschließenden Rahmen zur vorangegangenen Behandlung. Im Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient erfolgt eine Reflexion der vorangegangenen Behandlung.

Die Hypnose verlängert die Abschlussphase deutlich durch die Tranceausleitung und die umfangreiche Reflexion der Behandlung. In einer Zahnbehandlung mit Hypnose sind zwei Abschlüsse erkennbar, die zeitlich versetzt erfolgen: Der Behandlungsabschluss und der Hypnoseabschluss.

Die folgende Betrachtung der Abschlussphase wird anhand eines komparativen Studiums zweier erfolgter Implantatsetzungen zeigt auf, welche Inhalte beim Abschluss der Implantatoperation von Carmen S. in Hypnose gegenüber einer standardisierten Zahnbehandlung zwischen Zahnarzt und Patient Bodo M. reflektiert werden.

6.4.1. Ethnographische und phänomenologische Beschreibungen von Implantatsetzungen – Carmen S. in Hypnose und Bodo M. ohne Hypnose

Carmen S., ihr Freund ich sitzen im Wartezimmer, die Helferin kommt herein und duzt uns alle. Wir bekommen ein Getränk angeboten. Die anderen Helferinnen passieren auch das Wartezimmer, das an ein Wohnzimmer erinnert. Eine Couch und zwei Sessel stehen darin. Auch der Arzt kommt herein und sagt, er muss noch die Kameratechnik aufbau-

en, es dauert noch etwas. Er fragt die Patientin, wann ihre Prüfung ist und welche Inhalte darin abgefragt werden. Er will während der Hypnose eine Prüfungsvisualisierung vornehmen. Ich trinke meinen Tee und frage die Patientin über ihre Zahnarztvorgeschichte vorsichtig aus. Ich will sie vor der bevorstehenden Setzung von vier (!) Implantaten nicht allzu sehr ins Verhör nehmen und gehe deshalb behutsam vor. Sie erzählt mir offen, dass sie nach einem schlechten Erlebnis bei einer Zahnärztin, einige Jahre nicht zum Zahnarzt gegangen ist. Eine Zahnärztin drängte sie, unvorbereitet eine Wurzelkanalbehandlung machen zu lassen. Carmen S. lehnte das mit der Begründung ab, sie müsse am selben Tag noch nach Köln zur Arbeit fahren. Die Zahnärztin ignorierte die Bedenken der Patientin und hielt mit den Händen auf dem Behandlungsstuhl fest. Carmen S. fühlte sich so gedrängt, dass sie aufstand und die Praxis verließ. Ihre Zahnschmerzen bekämpfte sie fortan mit Tabletten. Die maroden Zähne waren nach den vergangenen Jahren nicht mehr zu retten und mussten gezogen werden. Carmen S. saß bei ihrem ersten Zahnarztbesuch sechs Jahre später eine halbe Stunde weinend im Wartezimmer. Ihr Hypnosezahnarzt überredete sie, sich noch am selben Tag zwei Zähne ziehen zu lassen. Sie sagt, sie verließ damals ganz freudig die Praxis und kam auch weiterhin zu allen Terminen.

Bei der Setzung der vier Implantate der 27-jährigen Patientin hat der Hypnosezahnarzt als behandelnder Zahnarzt nur hypnotisiert. „Ich habe mich für die Hypnose entscheiden, weil ich die Geräuschkulisse nicht mitbekommen wollte. Ich habe auch nichts gehört und keine Schmerzen gespürt als etwas am Knochen gemacht wurde.“ (phänomenologisches Interview Carmen S., Z: 75f) Die Implantatsetzung an sich hat der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg durchgeführt, der ebenfalls eine Hypnoseausbildung besitzt. „Ich wollte aber die ganze Zeit, dass mein behandelnder Zahnarzt dabei sein wird, weil er ja mein Vertrauenspartner ist.“ (ders.: Z. 61f)

Obwohl sich die Patientin in Hypnose befand, hat sie bemerkt, dass die Operation vorüber ist:

„Ich habe mitbekommen, dass der Chirurg dann irgendwann mit seiner Assistentin rausgegangen ist, dann fing der Zahnarzt mit der Lockerung an. [...] Ich spürte den Cut: das mit den Zähnen ist vorbei, jetzt kommt noch Prüfung. Das habe ich aber nicht als schlimm oder langwierig empfunden. Beim Auszählen ist man voll da, man denkt, eigentlich könnte ich schon die Augen auf machen. Ich hätte das schon bei sechs oder vier gekonnt. Aber ich wollte es bis zum Letzten hinauszögern. Dann musste ich weinen weil ich emotional so gerührt war, endlich diese Hürde genommen zu haben. Nach so vielen Jahren habe ich es endlich durchgezogen. Das waren Glückstränen. „Jetzt hast du es wirklich gemacht.“ - Ich habe heute immer wieder das Gefühl, das man das dort Erlebte gar nicht so richtig verarbeitet hat,

obwohl es ja wirklich passiert ist. Manchmal fühlt es sich an, als ob ich es noch vor mir hätte, alles ist noch immer sehr unwirklich. Nur weil ich unten mit der Zunge über die Implantatspitzen fahren kann, weiß ich, dass es schon geschehen ist.“ (phänomenologisches Interview Carmen S., Z. 99-111)

Das langsame Verlassen des Trancezustandes und das Empfinden von Freude und Erleichterung ist ein wiederkehrendes Erlebnis der in Hypnose behandelten Patienten:

„Als die Zahnärztin begann, raus zuzählen, dachte ich: Nein ich will jetzt gar nicht die Hypnose verlassen. Ich will hierbleiben. [...] Dann habe ich Freude darüber, dass es geschafft ist und spüre die Erleichterung, dass alles geklappt hat.“ (phänomenologisches Interview Anita B., Z. 14-16)

„Ich fühle mich trotz Operation und Betäubungsspritze freudestrahlend und dynamisch.“ (phänomenologisches Interview Claudia Rühle: Z: 79-80)

Diese Interviewsequenzen verdeutlichen einen positiven Behandlungsabschluss für die Patienten, die in Hypnose behandelt wurde.

Die erste Implantatsetzung des 67jährigen Patienten Bodo M. (ohne Hypnose) verlief komplikationslos. Der behandelnde Zahnarzt wurde von zwei Helferinnen unterstützt. Während der Operation erkundigten sich die Helferinnen und der Zahnarzt mehrmals um das Befinden des Patienten. „Die Nachfrage ob es gut geht, war sehr nett. Es wurde zwei Mal gefragt, das wurde angenehm empfunden. Es ist ja beim Zahnarzt auch eine Fürsorgesituation. [...] Das Nachfragen ist fürsorgend“ (phänomenologisches Interview Bodo M., Z.: 1ff) Die Fürsorge des Praxispersonals hat der Patient als angenehm empfunden. Am Ende der Behandlung wurde Bodo M. auf dem Behandlungsstuhl in eine aufrechte Lage gebracht. Im Gesprächsfokus mit dem behandelnden Zahnarzt standen der Bohrschmerz und der Schmerz beim Eindrehen des Implantats. Bodo M. spürte nur beim Eindrehen des Implantats Schmerzen.

6.4.2. Sequenzanalysen: Reflexion und doppelter Behandlungsabschluss

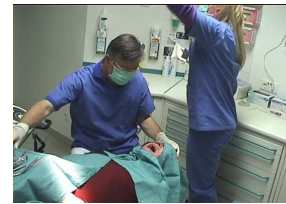
Die vorliegenden Feintranskripte legen genaueres Zeugnis von den interaktiven Vorgängen zwischen Zahnarzt und Patient während der Abschlussphase der Implantatoperationen von Carmen S. und Bodo M. ab.

Bodo M.: Behandlungsabschluss und Reflexion

Der Patient „kann den Mund schließen“ – die Behandlung ist vorüber (Transkript 8, Zeile 3). Der Behandlungsabschluss und das abschließende Gespräch gehen am Ende

1 **Transkript 8: Behandlungsabschluss und Reflexion**

- 2 *Der Zahnarzt säubert den Mund des Patienten.*
 3 **Zahnarzt:** So, das war alles, sie können den Mund schließen.
 4 *Der Zahnarzt schiebt den Behandlungstisch beiseite, fasst dann an die Kopfkrone des Patienten,*
 5 *der Patient schließt daraufhin seinen Mund.*
 6 **Patient Bodo M.:** hmhm.
 7 *Zahnarzt entfernt den Hygieneumhang, die Helferin säubert das Gesicht des Patienten.*
 8 **Zahnarzt:** Augenblick, Augenblick, geht alles von alleine. Sie brauchen nicht aufstehen.
 9 *Zahnarzt zieht die Handschuhe aus und sitzt neben dem liegenden Patienten.*
 10 **Zahnarzt:** So, wie war's?
 11 **Patient Bodo M.:** Naja,
 12 **Zahnarzt:** Schon etwas anstrengend, oder?
 13 **Patient Bodo M.:** Geht eigentlich, es war zum Schluss schon ein Schmerz da beim Eindrehen.
 14 <<Zahnarzt nickt zustimmend> Beim Eindrehen.>
 15 **Zahnarzt:** <<undeutlich>> Ja, beim Eindrehen und bei der großen Bohrung.
 16 **Patient Bodo M.:** Ja, bei der große Bohrung war schon ein Schmerz da. Sonst war's nicht so
 17 furchtbar.
 18 **Zahnarzt:** So, ich richte sie auf.
 19 *Arzt fährt Behandlungsstuhl in aufrechte Position.*
 20 **Zahnarzt:** Wir möchten jetzt nur noch ne Kontrollröntgen machen.
 21 **Patient Bodo M.:** Ja.
 22 *Der Zahnarzt nimmt seinen Mundschutz ab. Der Patient verlässt das Behandlungszimmer.*



Videosegment 8.1: Zahnarzt sagt: „Sie können den Mund schließen.“



Videosegment 8.2: Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient



Videosegment 8.3: Patient steht auf, Zahnarzt entfernt seinen Mundschutz

der Implantatoperation von Bodo M. fließend ineinander über. Bodo M. wird vom behandelnden Zahnarzt persönlich angesprochen. Der Zahnarzt will die Innenperspektive des Patienten erfahren. Der Zahnarzt setzt die Fähigkeit zur Reflexion des Erlebten beim Patienten voraus:

Zahnarzt: „So, wie war's?“ (Transkript 8, Zeile 10)

Zahnarzt: „Schon etwas anstrengend, oder?“ (Transkript 8, Zeile 12)

Patient Bodo M.: „Geht eigentlich. Es war zum Schluss schon ein Schmerz da beim Eindrehen.“ (Transkript 8, Zeile 13)

Bodo M. ist eine kompetente Auskunftsperson über seinen Körper, der die voran gegangenen Erlebnisse faktisch und gefühlt wiedergeben kann. Der Zahnarzt zeigt auch Mitgefühl:

<<Zahnarzt nickt zustimmend> Beim Eindrehen.>

Zahnarzt: <<undeutlich>> Ja, beim Eindrehen und bei der großen Bohrung.

Patient Bodo M.: Ja, bei der große Bohrung war schon ein Schmerz da. Sonst war's nicht so furchtbar. (Transkript 8, Zeile 13-16)

Die schmerzhaftesten Momente der Behandlung werden vom Zahnarzt nochmal angesprochen, um eine kathartische Reinigung beim Patienten zu bewirken. Das gefühlsintensive

Erlebnis wird noch einmal ins Bewusstsein gebracht und reflektiert. Auf diese Weise erfolgt eine Entmachtung der schmerzhaften Bohrung und ein Konsens über die Erträglichkeit solch anstrengender Momente einer Zahnoperation wird getroffen.

Beim Behandlungsabschluss verlässt der Patient in der Regel selbständig das Praxiszimmer nach der Verabschiedung. (Transkript 8, Zeile 21)

Carmen S. : Behandlungsabschluss als erster Abschluss einer Zahnbehandlung in Hypnose

Carmen S. weiß nach ihrer zweieinhalbstündigen Implantatssetzung von vier Implantaten in Hypnose, dass die Operation nun beendet ist und zeigt dieses Wissen auch nach außen. Die Umgebungsgeräusche könnten ihren Alltagswissensschatz aktiviert und sie zur Reaktion veranlasst haben:

„Der Chirurg prüft den Sitz der Implantate, Helferin räumt lautstark Instrumente vom Rumpf der Patientin auf den Arbeitstisch hinter sich. Die Patientin lockert ihre linke Hand und lässt sie auf ihre Oberschenkel hinab.“ (Transkript 9, Zeile 2-6)

Die Patientin lässt ihre linke Hand, die während der gesamten Dauer der Behandlung (2,5 Std.) aufgestellt war, hinab. Ihre Handlung ist perfekt auf die Situation abgestimmt. Die Hand wurde als Konvention zwischen dem Hypnosezahnarzt und ihr am Anfang der Behandlung während der Tranceeinleitung vereinbart. Beim Behandlungsabschluss verliert dieses Zeichen seine Relevanz. Carmen S. zeigt Interaktionspräsenz in der Aktion, trotz Hypnose ist sie eine kompetente Akteurin, aber sie bleibt noch in Hypnose, die Augen geschlossen, still und regungslos auf dem Behandlungsstuhl sitzen. Sie weiß, dass es noch einen zweiten Behandlungsabschluss geben wird, der auch die Hypnose beenden wird.

Transkript 9: Behandlungsabschluss als erster Abschluss einer Zahnbehandlung in Hypnose

Der Hypnosezahnarzt streichelt die rechte Hand der Patientin.

Hypnosezahnarzt: Schritt für Schritt kommt man seinem Ziel näher.

Chirurg prüft den Sitz der Implantate, Helferin räumt lautstark Instrumente vom Rumpf der Patientin auf den Arbeitstisch hinter sich.

Patientin lockert ihre linke Hand und lässt sie auf ihre Oberschenken hinab.

Hypnosezahnarzt: Einfach gescheh'n lassen, einfach zurücklehnen. (2) Weiterhin immer mehr und mehr, (2) immer mehr und mehr entspannter.

<<Hypnosezahnarzt schließt den Mund der Patientin> Manchmal können sich Dinge öffnen und sich gleichzeitig auch wieder schließen.>

Helferin entfernt den Hygieneumhang.



Videosegment 9.1: Chirurg prüft den Sitz der Implantate



Videosegment 9.2: Patientin lässt selbständig ihre Hand hinunter



Videosegment 9.3: Hypnosezahnarzt schließt den Mund der Patientin

Carmen S.: Hypnoseabschluss als zweiter Abschluss einer Zahnbehandlung in Hypnose

Der zweite Behandlungsabschluss beginnt, wenn der Hypnosezahnarzt das Erwachen aus der Hypnose einleitet (Transkript 10, Zeile 2-10). Er steuert auch das abschließende Gespräch. Es werden keine Rückblenden zu den Empfindungen der Patientin bei der vorangegangenen Behandlung aufgebaut so wie bei Bodo M.. Der Zahnarzt will wissen, wie es der Patientin „jetzt“ im Moment geht. Da der bewusste Akteur in der Hypnose nicht direkt bei der Zahnbehandlung anwesend war, kann auch nicht über das Körperbewusstsein während der Behandlung geredet werden. Die Hypnoserahmung der Zahnbehandlung wird konsequent bis zum Ende der Behandlung durchgehalten, so dass es nicht erlaubt ist, zu fragen, ob Schmerzen während eines Behandlungsdetails im Bewusstsein der Patientin geblieben sind. Carmen S. wird vom Zahnarzt nicht als kompetente Auskunftsperson über ihren Körper während der Hypnose angesprochen, es geht in dem Gespräch um die aktuellen Gefühle und Emotionen.

Hypnosezahnarzt: Gut, wie geht's dir jetzt. (Transkript 10, Zeile 17f)

Hypnosezahnarzt: Dir ist ganz komisch. Willst du mir mitteilen, wie es dir ist.
(Transkript 10, Zeile 25)

Hypnosezahnarzt: Zufrieden, nicht zufrieden? Zufrieden. (Transkript 10, Zeile
27)

Als die Patientin vom Zahnarztstuhl aufsteht, nimmt der Hypnosezahnarzt sie an der Hand um mit ihr das Behandlungszimmer zu verlassen.

- 1 **Transkript 10: Hypnoseabschluss als zweiter Abschluss einer Zahnbehandlung in Hypnose**
- 2 **Hypnosezahnarzt:** Mit jeder Zahl wirst du immer mehr ins hier und jetzt zurück kehren wohl
3 temperiert, als wenn du mehrere Stunden geschlafen hast. (-) Eins. (-) Du wirst meine Stimme
4 immer lauter hören.(-) Zwei. (-) Du wirst hier schon etwas mehr wahrnehmen. [...] (-) Drei. (-) Bei
5 der Zahl vier wirst du schon deine Füße spüren. Bei der Zahl Vier ist alles Wohl temperiert, deine
6 Arme und Beine alles wieder gut eingestellt. (-) Fünf. (-) Ja, bei sechs kannst du schon richtig tief
7 durchatmen und bei sieben öffnet man die Augen und - *Der Hypnosezahnarzt streckt sich.*
- 8 *Carmen S. öffnet die Augen.*
- 9 **Hypnosezahnarzt:** Hallo Carmen.
- 10 **Carmen S.:** Hallo.
- 11 *Der Hypnosezahnarzt geht sehr nah an die Patientin heran und legt seinen Arm auf die obere
12 Stuhllehne.*
- 13 **Hypnosezahnarzt:** Wow, da ist dieses Lächeln, du hast es geschafft, super, du hast es ganz toll
14 gemacht. [...]Was meinst du ohne auf die Uhr zu schauen, was meinst du, wie spät wird es jetzt
15 sein?
- 16 **Carmen S.:** Halb 12.
- 17 **Hypnosezahnarzt:** Wann haben wir angefangen. (-) Dreiviertel elf. (-) Geht alles ziemlich schnell.
18 Gut, wie geht's dir jetzt.
- 19 **Carmen S.:** Warm
- 20 **Hypnosezahnarzt:** Warm. Du bist nicht die erste.
21 *Der Hypnosezahnarzt sprüht mit der Luftdüse auf die Patientin um sie zu erfrischen.*
- 22 **Hypnosezahnarzt:** Ah, Carmen, ich fahr dich jetzt erstmal anders hin. [...]
- 23 *Carmen S. streckt die Arme. Der Hypnosezahnarzt streichelt sie auf der Schulter.*
- 24 **Carmen S.:** Mir ist ganz komisch grad.
- 25 **Hypnosezahnarzt:** Dir ist ganz komisch. Willst du mir mitteilen, wie es dir ist.
- 26 **Carmen S.:** Komisch. Wees ick nich.
- 27 **Hypnosezahnarzt:** Zufrieden, nicht zufrieden? Zufrieden.
- 28 **Carmen S.:** Ja.
- 29 [...]
- 30 **Hypnosezahnarzt:** Weisste, was wir jetzt machen, wir gehen jetzt zu deinem Mann, da ist kühler,
31 und wer denn noch ne Frage hat und wer den noch was mitteilen will, der kommt dann. Ganz in
32 Ruhe wir haben die Zeit. Ok, ja. Dann werden wir uns hier klimatisieren. Komm mit, ich nehm dich
33 beim Händchen.
- 34 *Der Hypnosezahnarzt nimmt die Patientin an die Hand und geht mit ihr aus dem Raum hinaus.*



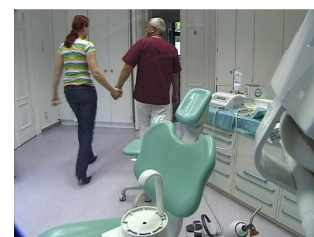
Videosegment 10.1: Carmen S. „erwacht“ aus der Hypnose und öffnet die Augen, der Hypnosezahnarzt streckt sich.



Videosegment 10.2: Gespräch Hypnosezahnarzt Carmen S.



Videosegment 10.3: Frische Luft für Carmen S.



Videosegment 10.4: Gemeinsames Verlassen des Behandlungszimmers

7. Fazit und Ausblick

Das Schlusskapitel dient zur Abrundung der durchgeführten Fallstudien. Eine kurze Erörterung der Ergebnisse schlägt einen Bogen über den eingegrenzten Untersuchungskontext hinaus, um an einen erweiterten Diskussionsrahmen anzuschließen, der wiederum neue Forschungsfragen offeriert.

Die komparative Untersuchung von Zahnbehandlungen mit und ohne Hypnoseinduktion in zahnärztlichen Praxen hat zu einer Reihe anregender Ergebnisse geführt. Besonders faszinierend war zu beobachten, dass entgegen der weitverbreiteten Annahme, dass der Patient in der Hypnose willenlos auf dem Behandlungsstuhl liegt, mit ihm kommuniziert werden kann und er Möglichkeiten hat, an der Interaktion teilzunehmen. Die Untersuchung einer stattfindenden Interaktion konnte erfolgreich durchgeführt werden.

Die Fallstudien boten zunächst die Möglichkeit, soziologische Begrifflichkeiten an das Phänomen Hypnose anzulegen um einen übergreifenden theoretischen Rahmen für die zahnärztliche Hypnose aufzustellen. Die in den Fallstudien gefundenen Auffälligkeiten der Interaktion während Zahnbehandlungen in Hypnose – die *psychologisierte Behandlungsvorbereitung*, das Aushandeln von Konventionen über die Konstruktion der „Agenten“, die Anleitungen der Hypnosezahnärzte zum *Phantasieren*, das Spielen eines *Spiels* mit zwei Mitspielern und die Aufstellung eines die Behandlung umschließenden *Rahmens* – stellen sich zunächst als sichtbare Gesetzmäßigkeiten eines festen Regelkanons der hypnotischen Zahnbehandlung heraus. Die Hypnose weist Strukturen auf, in die die Patienten mit eingebunden und auf besondere Weise während der Interaktion aktiv werden können. Die erlangten Erkenntnisse bergen Potential für tiefere Untersuchungen zur Ergänzung einer Definition zum Wesen der Hypnosebehandlung.

Der Behandlungsstil in schulmedizinischen Zahnarztpraxen wurde in Anlehnung an die bisherige medizinsoziologische Forschung als „technisch“ identifiziert. Der Zahnarzt von heute ist ein „Techniker“. Die Interaktionsvorgänge beziehen sich besonders auf behandlungspraktische Absprachen. Der Körper des Patienten wird während der Fokussierung auf den Mundbereich in ein Arbeitsobjekt transformiert. Subjektive Ängste und Gefühle muss der Patient während einer technisierten Prozedur mit sich selbst ausstehen. Nach der Behandlung folgt eine kathartische Einordnung des Erlebten. Doch auch der „technische“ Zahnarzt zeigt seinen Patienten gegenüber Mitgefühl und gibt sich selbst und dem Patienten positive verbale Suggestionen für den glückenden Behandlungsablauf.

Besonders im Fallbeispiel, in dem der Zahnarzt fast schon beschwörend eine angenehme Behandlung herbeiredet: „Ich werde versuchen, dass es nicht blutet. Sie merken gar nichts“. Hier wird deutlich, dass bereits die „Techniker“ auf das subjektive Befinden der Patienten konstruierend eingehen.

Bei der zahnärztlichen Hypnosebehandlung werden in vorangegangenen Konventionen Körperteile des Patienten als Kommunikationsagenten aufgebaut. Hierbei handelt es sich um eine typische Hypnosepraktik. Der Gebrauch von Hypnose differenziert das Arbeitsobjekt „Mund“ des Zahnarztes auf Bereiche im gesamten Patientenkörper. Dazu muss jedoch von Anfang an der dazugehörige Rahmen geschaffen werden: Im Behandlungszimmer, während der Vorphase durch einen psychologisierten Interaktionsstil und in der Tranceeinleitung durch die hypnotischen Interventionen für die auch der Patient durch seinen Vorwissensstand empfänglich sein muss. Bernt Schnettler weist darauf hin, dass das Erleben bestimmter Emotionen von den Kontextbedingungen abhängig ist. Für das Erleben von Emotionen können nicht allein physiologische Prozesse verantwortlich gemacht werden. Wesentlich ist die Rolle bestimmter Kognitionen, d.h. Wissensprozessen (vgl. Schnettler 2002: 92f) und im erweiterten Verständnis auch Wissenserkennnisprozessen.

Die Schmerzreduktion während einer Zahnbehandlung in Hypnose ist folglich nicht nur ein physiologisches Programm, das durch die schrittweise Entspannung des Körpers funktioniert, sondern auch ein semantisches Programm, das der Zahnarzt mit dem Patienten absolviert, indem er ihn zur Hypnose eine Hilfe zur Selbsthilfe anbietet, die der Patient einordnen kann. Gelingt es dem Patienten, sich durch Imagination vom Behandlungsort wegzubewegen, dann funktioniert auch die Hypnose. Die hypnotischen Interventionen verändern offensichtlich das Erlebnis der Zahnbehandlung. Die Redepausen des hypnotisierenden Zahnarztes sollen als Raum für eine bestätigende innere Antwort des Patienten dienen, doch welcher Film im „Kopfkino“ tatsächlich in situ läuft, konnten die phänomenologischen Interviews aufdecken. Es konnte sichtbar gemacht werden, dass die Suggestionen des Hypnotiseurs einen gewissen Einfluss auf das Denken und Handeln der Patienten nehmen. Bei weiteren Hypnoseforschungen sollte die phänomenologische Perspektive weiterhin verstärkt Anwendung finden, um einen genaueren Anteil des Einflusses bestimmen zu können.

Die Fähigkeit zur erfolgreichen Durchführung einer Hypnose hängt offenbar auch mit sozial bedingten Faktoren wie dem Alltagswissen der Patienten zusammen. Im Untersuchungsfeld der sozialen Ungleichheit ist ein Fragenkomplex bezüglich der zahnärztlichen Hypnose interessant, der in den Fallstudien leider keine weitere Ausarbeitung erlaub-

te: Welche Patienten nehmen eine Zahnbehandlung in Hypnose in Anspruch? Nicht nur Angstpatienten, die bei früheren Behandlungen schlechte Erfahrungen machten, wählen eine Zahnbehandlung in Hypnose. Es lässt sich vermuten, dass neue Elemente der sozialen Ungleichheit, wie z.B. Lebensstile, mit der Entscheidung für eine solche Behandlung zusammenhängen. Die aufgebaute Hypnoserahmung, verbunden mit den symbolischen Gesten und der im Hintergrund ablaufenden Musik, müssen für den Patienten in seine Lebenswelt einzuordnen sein. Nicht jeder kennt diese Gesten und diese Musik, für manche Menschengruppen mögen sie befremdlich sein. Die Hypnose kann in diesem Zusammenhang als ein Segment betrachtet werden, das in einer sozialstrukturellen Wissensklasse bestimmte weltanschauliche Elemente enthält, die es noch genauer zu definieren gilt. Der Bezug zur Wissensklasse spielt hierbei eine Rolle, weil es auch im persönlichen Körperverhältnis und der geistigen Aufarbeitung des Körpers sozialstrukturelle Unterschiede gibt. Es lässt sich mutmaßen, dass die Wissensklasse um alternative Heilverfahren und deren Bedeutung mit dem Anstieg der Absolventen eines erweiterten Bildungs- bzw. Hochschulabschlusses sozialstrukturell wächst. Die Frage, welche Personengruppen sich für eine zahnärztliche Hypnose entscheiden, ist folglich auch eine Frage nach Milieu und Sozialstruktur, die noch genauer geklärt werden muss, um Zeitdiagnosen für die Entwicklung alternativer Behandlungsmethoden stellen zu können.

Die Hypnose zeigte sich als ein kommunikativer Mittler in der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Sie wurde aus soziologischer Perspektive als ein Spiel (vgl. Mead 1978) definiert, als kommunikative Konstruktion von imaginären Welten oder auch als besonderer Kommunikationsstil, auf den sich der Patient einlassen sollte um positive Effekte wie Entspannung, Angst- oder Schmerzreduktion zu erleben. Es geht bei der Untersuchung der Konstruktion sozialer Wirklichkeiten um die Frage, wie die Verbindung zwischen zwei individuellen Wirklichkeiten möglich ist und wie die gemeinsame soziale Wirklichkeit aufgebaut wird (vgl. Berger/Luckmann 1970). Das Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient lässt sich als Methode begreifen, für diese verschiedenen Wirklichkeiten einen gemeinsamen Code und gemeinsame Spielregeln zu finden (vgl. Schuller et.al 1992: 119). Die hypnotischen Interventionen enthalten diese Codes.

Auch die Annahme, dass Schmerz- und Krankheitsempfinden Bestandteil der gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit sind, ist verbreiteter soziologischer Wissensbestand. Ist die Hypnose an sich aus soziologischer Sicht eine Konstruktion der Vollzugs- und empfundenen Wirklichkeit des Patienten? Diese harte konstruktivistische Ansicht sollte weitergehend überprüft werden.

Es lässt sich auf dieser Grundlage mutmaßen, dass verschiedene Schulen der medizinisch angewandten Hypnose existieren. Der in der Psychotherapie angewandte Ablauf der Hypnose unterscheidet sich sicherlich an signifikanten Stellen von der zahnärztlichen Hypnose. Unterschiedliche kommunikative und interaktive Auffälligkeiten lassen sich vermuten, die insgesamt eine andere „Konstruktion“ von Seiten der involvierten Akteure aufweisen.

Wie eingangs bemerkt, dient die Hypnose dazu, eine heilende Verbindung zwischen Geist und Körper des Patienten zu schaffen. Sie greift damit in die fortschreitende Entwicklung der alternativen Medizin und knüpft an althergebrachte spirituelle Praktiken an. Auch die chinesische Medizin, Akupunktur, Hildegard- und Bachblütenmedizin sowie Yoga sind mittlerweile allseits praktizierte Techniken in unserer Gesellschaft geworden. Die Hypnose kann sich hier einreihen. Für die gesellschaftliche Anerkennung der Spiritualität spielt die Medizin eine wichtige Rolle, was angesichts der Bedeutung der Heilung für die Spiritualität, die Körperlichkeit und Erfahrung verknüpft, auch nicht verwundert (vgl. Knoblauch 2009: 166). Die Hypnose ist eine Möglichkeit der „Kunst des Heilens“ (Lown 2002) wieder nachzukommen. Sie verlangt ein emphatisches Eingehen auf den Patienten. Es geht nicht mehr nur um die Behandlung des Mundes, sondern der Zahnarzt nimmt den ganzen Menschen wahr. Der Patient gewinnt deswegen sehr viel Vertrauen zum Zahnarzt und lässt ihn problemlos in eine seiner intimsten Zonen vordringen. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und die Unterbrechung der Angstgedanken erleichtern auch den technischen Arbeitsprozess für den Zahnarzt. Es ist eine interessante Frage, warum sich die Hypnose als Praktik mit spirituellem Hintergrund bei den „Technikern“ durchsetzte und keine weiteren technischen Möglichkeiten entwickelt worden sind, den Patienten für eine auf beiden Seiten angenehme Zahnbehandlung auszustatten. Oder liegt die Erklärung darin, dass die Patienten von heute die Fähigkeit verloren haben, sich bewusst zu entspannen und selbst zu beruhigen?

Die Patienten wollen über ihre Behandlung mitbestimmen und nicht in einem effizient-technisch-rationalisierten Gesundheitssystem „abgefertigt“ werden. Die Hypnose ist als sanfte Praktik mit dem Wunsch nach Autonomie und Mitbestimmung des Patienten im medizinisch-technischen Gefüge verbunden und damit mit der Aufhebung der bestehenden Rollengefüge zwischen Arzt und Patient. Die vollständige Autonomie des Patienten schließt das Grundverständnis der Hypnose aus. Der Zahnarzt besitzt als Hypnotiseur weiterhin eine dem Patienten übergeordnete Rolle und Definitionsmacht über die Behandlung. Doch fungiert er in seiner Rolle aktiv als Konstrukteur der *patientengewünschten* Behandlung. Die hypnotisierten Patienten sind in ihrem „Unterbe-

wusstsein“ aktiv, sie passen auf und können während der zahnärztlichen Hypnose als kompetenter Interaktionspartner mit den vorher aufgebauten Agenten auftreten. Die Befürchtung, dass der Patient in der zahnärztlichen Hypnose dem Hypnotiseur ausgeliefert ist, lässt sich entkräften: Der in Hypnose kompetente Akteur hat Alltagswissen über vorherige Zahnbehandlungen, er kennt die Behandlungsschritte und ist handlungsfähig. Die Fallstudien weisen die gewünschte ethische Komponente des Selbstverständnisses nach.

Hypnose erscheint als Gegenmodell zur heutigen technikzentrierten zahnmedizinischen Behandlung und kann historisch als Weiterentwicklung der zahnärztlichen Behandlung gesehen werden. Es stellt sich daher auch die Frage, wer die zahnärztlichen Hypnosen anbietet. Was ist das für ein neuer Zahnärztypus, der sich alternativer Heilmethoden verschreibt und sich für die Behandlung seiner Patienten viel Zeit nimmt? Solche Entwicklungen der Akteure im Gesundheitssystem haben übergreifende Relevanz. Inwiefern können sich solche neuen Behandlungsmethoden im Gesundheitssystem durchsetzen und mit welcher Geschwindigkeit geht ihre Institutionalisierung einher? Wieweit kann die Durchsetzung alternativer Behandlungsmethoden den technischen Typus der Postmoderne abdrängen? Sind wir auf dem „Weg in eine neue Ära“, wie Horst Freigang, stellv. Leiter der DGZH behauptet? (vgl. Interview Host Freigang, Zeile 34-38) Inwiefern hierbei eine weltanschauliche Bewegung stattfindet, die auch die Differenz zwischen Medizin und Weltanschauung, Wissenschaft und Nichtwissenschaften verändert, die auch eine Transgression der Grenzen von Wissenschaften bedeutet, lässt sich vorerst nur spekulieren und weiter beobachten.

Die vorliegenden Fallstudien haben hoffentlich nicht nur einen Beitrag zur videoanalytischen Vorgehensweise innerhalb der Soziologie geliefert sondern auch Anregungen für die zukünftige (zahn-)medizinische Hypnoseforschung hergestellt.

Danksagung

Größere wissenschaftliche Arbeiten sind in der Regel nicht gänzlich ohne fremde Hilfe durchzuführen. Es ist mir daher ein Bedürfnis, die an der Fertigstellung der Diplomarbeit beteiligten Personen hervorzuheben, insb. meinen Betreuer Prof. Dr. Hubert Knoblauch und die Patienten vor der Kamera.

Mein besonderer Dank richtet sich an folgende Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihr Praxisteam, die mich bei meiner Diplomarbeit aktiv unterstützt haben. Sie haben es mir ermöglicht, in ihrer Praxis und während ihrer Arbeit Videoaufnahmen anzufertigen.

Dr. Horst Freigang
Lindenallee 21
12587 Berlin

Dr. Ute Stein
Wachsmuthstr. 8
13467 Berlin

Dr.med. Dr. med. dent. Annette Strunz
Hohenzollerndamm 28a
10713 Berlin

Zahnarztpraxis Dr. Dr. Stockhorst,
Dr. Blümel
Schloßstr. 107
12163 Berlin

Dr. Dr. Herbert Kindermann
Markgrafenstraße 20
10969 Berlin

Dr. Mathias Griethe
Markgrafenstraße 20
10969 Berlin

Dr. med. Dr. med. dent Eduard. M. Schmid
Podbielskiallee 89
14195 Berlin

Nicht zu vergessen, die Mitglieder der deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose, die mir durch die Teilnahme an der Jahrestagung im September 2009 in Workshops und Gesprächen Rede und Antwort standen.

Literaturverzeichnis

Andreassen, H.K.; M. Trondsen, P.E. Kummervold, D. Gammon, P. Hjortdahl (2006): Patients who use e-mediated communication with their doctor: new constructions of trust in the patient-doctor relationship, Norwegian Centre for Telemedicine, Tromsø, Norway.

Angello, Mary L. (1990): The Dentist-Patient Relationship: Perceptions of Patient Needs, in: Dissertation Abstracts International: The Humanities and Social Sciences, Vol. 50, No. 8, S. 265ff.

Atkinson, Paul (1995): Medical Talk and Medical Work. The liturgy of the clinic, London: Sage.

Aufschnaiter, Stefan von; Welzel, M. (2001): Nutzung von Videodaten zur Untersuchung von Lehr-Lern-Prozessen, Münster: Waxmann.

Badura, B., G. Feuerstein, T. Schott (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, o.O.: Juventa.

Badura, B.; G. Feuerstein (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung, Weinheim: Juventa.

Bahrs, Ottomar; Peter F. Matthiessen (2007): Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis, Bern: Huber.

Bartsch, Axel; Emil Witt (2003): Patientencompliance in der Zahnheilkunde, o.O.: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Basenheart (1975): o. T., o.O.: o.V.

Bauch, J. (1985): Soziologische und sozialpsychologische Aspekte der Zahngesundheits-
erziehung, in: Schneller, T.; Fleischer-Peters, A. (Hrsg.): Anwendung psychologischer
Methoden in der Zahnmedizin, Frankfurt, Fachhandlung für Psychologie, S. 68-76.

Beagrie, G. S. (1986): Bedarf an zahnärztlicher Behandlungskapazität, in: Zukunftsperspektiven der zahnärztlichen Versorgung, Köln: Dt. Ärzte-Verlag.

Begenau, Jutta; Cornelius Schubert, Werner Vogd (2005): *Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis: Szenarien - Fälle – Theorien*, Bern: Huber.

Berg, Marc; Geoffrey Bowker (1997): *The multiple bodies of the medical record: Toward a sociology of an artefact*, in: *The Sociological Quarterly*, Vol. 38, No. 3, S. 513-537.

Berger, Peter; Thomas Luckmann (1969): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*, o.O.: o.V.

Bergmann, Jörg R. (1985): *Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit. Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie*, in: Bonss, W.; Hartmann, H. (1985): *Entzauberte Wissenschaft, Soziale Welt, Sonderband 3*, Schwarz: Göttingen.

Bergmann-Krauss, B. (1983): *Zahnmedizin und Sozialwissenschaften*. *Deutscher Zahnärztekalendar* 42, S. 1-15.

Berndt, Thorsten (2008): *Das beobachtende Interview. Zur relevanztheoretischen Rekonstruktion und innovativen Ergänzung qualitativer Interviews*, in: Raab, Jürgen; Michaela Pfadenhauer, Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt Schnettler (2008): *Phänomenologie und Soziologie Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 359-368.

Bier-Katz, Gideon; Regine Lockot (1983): *Der Mund als Intimbereich*, in: Lockot, Regine; Hans Peter Rosemeier (Hrsg.): *Ärztliches Handeln und Intimität: eine medizinpsychologische Perspektive*, Stuttgart: Enke, S. 185-195 .

Bircher, Johannes; Karl-H. Wehkamp (2007): *Das ungenutzte Potential der Medizin. Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts*, Zürich: rüffer & rub, elektronisch veröffentlicht unter: <http://www.egms.de/de/journals/zma/2007-24/zma000412.shtml>, vom 25.02.2010.

Brauner, H. (1978): *Die Phänomenologie Edmund Husserls und ihre Bedeutung für soziologische Theorien*, Meisenheim: Hain.

Breen K.J. (2001): *The patient-doctor relationship in the new millennium: Adjusting positively to commercialism and consumerism*, in: *Clinics in Dermatology*, Vol. 19, No. 1, S. 19-22.

Brune, Kai (1986): *Das Phänomen Schmerz in Gesellschaft, Forschung und Therapie*, in: *Erlanger Universitätsrede Nr. 18, 3. Folge*, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg.

Bude, Heiz (2006): Soziologie: Körperliche Merkmale werden immer wichtiger, zit. nach dpa, elektronisch veröffentlicht unter: <http://www.zahn-online.de/presse/presse3323.php>, vom 2010.

Bude, Heinz (2008): Die Ausgeschlossenen. Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft, München: Hanser Belletristik.

Bühl, Walter L. (2002) Phänomenologische Soziologie, Konstanz: UVK.

Cohen, Lois K. (1981): Dentistry and the Behaviora, in: Journal of Behavioral Medicine, Vol. 4, No. 3, S. 247-256.

Coleman, Hywel; Burton, Jill (1985): Aspects of Control in the Dentist-Patient Relationship, in: International Journal of the Sociology of Language, Vol. 51, S.75-104.

Davies, Allyson Ross; John E. Ware (1981): Measuring Patient Satisfaction with Dental Care, in: Social Science and Medicine, Vol. 15A, No. 6, S. 751-760.

Davis, Peter (1981): The Social Sciences and Dentistry: Current Influence and Future Opportunity, in: Social Science and Medicine, Vol. 15A, No. 3, S. 387-395.

Deterling, Sebastian (2008): Introspektion. Begriffe, Verfahren und Einwände in Psychologie und Kognitionswissenschaft, in Raab, Jürgen; Michaela Pfadenhauer, Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt Schnettler (Hrsg.): Phänomenologie und Soziologie. Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 327-338.

Dilthey, Wilhelm (1976): Selected Writings, Cambridge: Cambridge University Press.

Dürholz, Dirk (1993): Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Unterschiedliche Klassifikation und Kognition von Krankheitsbegriffen als Ursache von Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Laien, Frankfurt/Main: Peter Lang.

Ebert, Michael (2002): Talcott Parsons - seine theoretischen Instrumente in der medizinsoziologischen Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung, Dissertation, o.O.: o.V..

Eckard, Wolfgang (1998): Geschichte der Medizin, Berlin Heidelberg New York: Springer.

Fábián, T. K.; L. Gótai, W.-R. Krause, P. Fejérdy (2009): Zahnärztliche Hypnoseforschung an der Semmelweis Universität Budapest, in: Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe 1/2009, S. 9-14.

Fainzang, Sylvie (1989): Der verborgene Sinn des Schmerzes, in Greifeld, Katrin; Norbert Kohlen, Ekkard Schröder (Hrsg.): Schmerz - Interdisziplinäre Perspektiven Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg vom 6.5. - 8.5.1988, Braunschweig: Fried. Vieweg & Sohn, S. 53-55.

Fiedler, S. (2006): Hypnosetherapie zur Behandlung von Dental-Phobikern - Teil 2, in: Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe Mai 2006.

Fiedler, Susann (2005): Hypnosetherapie zur Behandlung von Dental-Phobikern, in: Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe November 2005, S. 50-55.

Figge, Horst H. (1989): Schmerz – Urerfahrung oder kulturspezifisches Konstrukt, in Greifeld, Katrin; Norbert Kohlen, Ekkard Schröder (Hrsg.): Schmerz - Interdisziplinäre Perspektiven Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg vom 6.5. – 8.5.1988, Braunschweig: Fried. Vieweg & Sohn, S. 23-32.

Fischer-Rosenthal, Wolfram; Gabriele Rosenthal (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentationen, in: Hitzler, Ronald; Honer, Anne (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Leske & Budrich.

Fischer-Rosenthal, Wolfram; Gabriele Rosenthal (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentationen, in: Hitzler, Ronald; Honer, Anne (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik, Opladen: Leske & Budrich.

Flick, Uwe; Ernst v. Kardorff, Ines Steinke (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt. Foucault, Michel (1988): Die Geburt der Klinik, Frankfurt/Main: Fischer, S. 19-37

Freigang, Horst; Schütz, Gerhard (2006): Ratgeber zahnärztliche Hypnose, Stuttgart: Hypnos Verlag.

Fresser, Petra (1992): Die Bildergeschichten „The Tooth-Ache“ von George Cruikshank und „Der hohle Zahn“ von Wilhelm Busch, in: Kölner Medizinhistorische Beiträge,

Arbeiten der Forschungsstelle des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität zu Köln, Band 59.

Fromm, Bettina (2003): Das Ende des Arzt-Patienten-Dialogs: Gesundheit und Krankheit als Thema im Fernsehen, in: Forum Medienethik, Nr. 2, S. 50-59.

Froschauer, Ulrike; Manfred Lueger (2003): Das qualitative Interview, o.O.: UTB.

Frost, M.; A. Trojan, O. Knesebeck, T. Schulz, H. Doehner, K. Weidtmann (2005): Arzt-Patient Interaktion als Kerninhalt des Medizinsoziologischen Kurses: Evaluationsergebnisse und Erfahrungen mit einem neuen Konzept seit 2001, in: Das Gesundheitswesen: Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst, Jg. 67 (2005), Heft 7, S. 504-586.

Funk, Walter; Marco Grüninger, Anja Spengler (2007): Zukunft der Praxis - Praxis der Zukunft. Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, BLZK durchgeführten Studie. Hrsg. v. Institut für Freie Berufe (IFB) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Gabka, Joachim (1970): Die erste Zahnung in der Geschichte des Aberglaubens der Volksmedizin und Medizin, Berlin: Lindemann & Lüddecke.

Geissler, Brigitte; Peter Thoma (1975): Medizinsoziologie. Eine Einführung für medizinische und soziale Berufe, Frankfurt am Main New York: Campus-Verlag.

Gerhardt, Uta (1993): Gesundheit - ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health, in: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin.

Gerl, W. (1998): Moderne Hypnose & Hypnotherapie, Mannheim: PAL.

Gift, Helen (1989): Die Nachfrage nach Zahnmedizinischen Leistungen, in: Schuller, Alexander; Barbara Bergmann-Krauss, Emil Witt (Hrsg.): Zahnarzt im Wandel, München Wien: Hanser Verlag.

Glaser, Barney G.; Anselm L. Strauss, (2005): Grounded Theory Strategien qualitativer Forschung, Bern: Hanshuber.

Goetz, Katja (2005): Die Begegnung zwischen Arzt und Patient - eine ethnographische Analyse, Herdeck: GCA-Verlag.

Goffman, Erwing (1977): Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Goffman, Erwing (1996): Wir alle spielen Theater, München: Piper.

Goffman, Erwing (2001): Interaktion und Geschlecht, Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Götze, Hans-Rainer (1991): Zur Geschichte der Zahnpflege und Gesundheitserziehung in der Zahnmedizin mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung in Hamburg, Dissertation an der medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.

Greifeld, Katrin; Norbert Kohlen, Ekkard Schröder (1989): Schmerz - Interdisziplinäre Perspektiven Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg vom 6.5. – 8.5.1988, Braunschweig: Fried. Vieweg & Sohn.

Gross, Dominik (1994): Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919), Frankfurt/Main: Lang.

Gross, Peter; Ronald Hitzler, Anne Honer (1989): Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel, in Wagner, F. (Hrsg.): Medizin: Momente der Veränderung, Berlin: Springer, S. 155-172.

Hanedoes, P. (1986): Das Problem steigender Zahnärztezahlen in Europa, Köln: Dt. Ärzte-Verlag.

Harris, Ruth Roy (1992): Dental Science in a New Age. A History of the National Institute of Dental Research, Iowa: Iowa State University Press.

Heath, Christian (1989): Body Movement and speech in medical interaction, Cambridge: Cambridge University Press.

Heath, Christian (2002): Demonstrative suffering: The gestural (re)embodiment of symptoms, in: Journal of Communication, Vol. 52, S. 597-616.

Heath, Christian; David Greatbatch, Paul Luff, Peter Champion (1993): Interpersonal Communication and Human-Computer Interaction: An Examination of the Use of Computers in Medical Consultations, in.: Interaction with Computers 5(2), S. 193-216.

Heath, Christian; Jon Hindmarsh, Dirk vom Lehn, Jason Cleverly (2002): Creating assemblies: Abord the Ghost Ship, o.O.: o.V.

Heath, Christian; Luff Paul (1996a): Documents and Professional Practice: „bad“ Organisational Reasons for „good“ Clinical Records., o.O.: o.V., S. 354-363.

Heath, Christian; Paul Luff, David Greatbatch (1992): Tasks-in-Interaction: Paper and Screen Based Dokumentation in Colloborative Activity, o.O.: o.V., S. 163-170.

Heath, Christian; Paul Luff, Hideaki Kuzuoka, Keiichi Yamazaki (2001): Creating coherent environments for collaboration, o.O.: o.V.

Hermanns, Harry (1992): Die Auswertung narrativer Interviews: Ein Beispiel für qualitative Verfahren, in: Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P. (Hrsg.): Analyse verbaler Daten: Über den Umgang mit qualitativen Daten, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 110-141.

Hermes, Dirk.; D. Trübger, S.G. Hakim (2007): Patient satisfaction after oral and maxillofacial procedures under clinical hypnosis, in: Mund- Kiefer-, Gesichtschirurgie, Nummer 6: S. 309-315.

Hermes, Dirk (2006): Klinische Hypnoseforschung in Lübeck: Zahnärztliche Hypnoseforschung an der Semmelweis Universität Budapest, in: Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe November 2006.

Hermes, Dirk; Christian Rauch (2009): Hypnose in der Zahnarztpraxis – Was halten Patienten davon?, in: Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe 1/2009, S. 15-2.

Hermes, Dirk; David Hartge, Daniel Trübger, Peter Sieg (2003): Erste klinische Erfahrungen Medizinische Hypnose in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie - Akzeptanz bei Patienten, in: Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe April 2003, S. 15-20.

Hillam, Christine (1990): The Roots of Dentistry, London: British Dental Journal.

Hindmarsh, John; Christian Heath (1998): Video and the analysis of objects in action, in: Communication & Cognition, Vol. 31, No. 2/3, S. 111-129.

Hindmarsh, John.; A. Pilnick (2002): The Tacit Order of Teamwork. Collaboration and Embodied Conduct in Anesthesia, in: The Sociological Quarterly, Vol. 43, No. 2, S. 139-164.

Hirschauer, S.; K. Amann (Hrsg.) (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Hirschauer, Stefan (1991): The Manufacture of Bodies in Surgery, in: Social Studies of Science 21, S. 273-319.

Hitzler Ronald; Michaela Pfadenhauer (1998): Let you body take control! Zur ethnographischen Kulturanalyse der Techno-Szene, in: Bohnsak, R.; Marotzki, W. (Hrsg.): Biographieforschung und Kulturanalyse, Leske & Budrich: Opladen. S. 75-92.

Hitzler, Ronald; Eberle, Thomas (2007): Phänomenologische Lebensweltanalyse, in Flick, Uwe; Ernst v. Kardorff, Ines Steinke (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt, S. 109-118.

Hitzler, Ronald; Michaela Pfadenhauer (1999): „Reflexive Mediziner? Die Definition professioneller Kompetenz als standespolitisches Problem am Übergang zu einer >anderen< Moderne“, in: Maeder, Christoph; Claudine Burton-Jeangros, Mary Haour-Knipe (Hrsg.): Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Zürich: Seismo.

Hohner Anne (2008): Verordnete Augenblicke, in: Raab, Jürgen; Michaela Pfadenhauer, Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt Schnettler (Hrsg.): Phänomenologie und Soziologie. Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Honer, Anne (1993): Lebensweltliche Ethnographie. Ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen, Wiesbaden: DUV.

Honer, Anne (1999): Verordnete Augen-Blicke. Zum subjektiven Erleben des medizinisch behandelten Körpers, in: Honer, Anne; R. Kurt, J. Reicherts (Hrsg.): Disseysreligion. Zur Deutung der Bedeutung moderner Kultur, Konstanz: UVK, S. 275-284.

Honer, Anne (2007): Lebensweltanalyse in der Ethnographie, in: Flick, Uwe; Ernst von Kardorff, Ines Steinke, (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt, S. 194 -204.

Horter, Edward (1991): Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute, Wien: Picus Verlag.

Hughes, John; Val King, Tom Rodden, Hans Andersen (1994): Moving out of the Control Room: Ethnography in System Design, in: Futura, R., Neuwirth, C. (Hrsg.): Transcending Boundaries. Proceedings of the Conference on Computer Supported Cooperative Work, Chapel Hill, S. 429-439.

Huppmann, Gernot; Klaus Windels (1990): Psychosoziale Probleme in der Zahnarztpraxis. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Zahnärzte, in: MMG - Medizin, Mensch, Gesellschaft, Vol. 15, No. 3, S. 165-169.

Jaspers, Karl (1986): Der Arzt im technischen Zeitalter, München: Piper.

Jöhren, P.; Sartory, G.(2002): Zahnbehandlungsangst - Zahnbehandlungsphobie. Ätiologie - Diagnose - Therapie, Hannover: Sültersche.

Jordan B., A. Henderson (1995): Interaction analysis: Foundations and practice, in: The Journal of the Learning Sciences, Vol. 4, No. 1, S. 39-103.

Kallinke, Dieter (1989): „Chronische Schmerzpatienten“ Spekulationen zur Entwicklung eines neuen Patiententypus in den westlichen Industrienationen Fragen an Medizinhistoriker und Ethnomediziner, in: Greifeld, Katrin; Norbert Kohnen, Ekkard Schröder (Hrsg.): Schmerz - Interdisziplinäre Perspektiven, Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg vom 6.5. - 8.5.1988, Braunschweig: Fried. Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH, S. 17-21.

Karmasin, Matthias; Marco Höhn (2002): Die Zukunft der empirischen Sozialforschung, Graz: Nausner & Nausner.

Kaupen-Haasin, Heidrun; Hermann Korte, Bernhard Schäfers (1997): Einführung in die Praxisfelder der Soziologie, Stuttgart: UTB.

Klemperer, David (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation, in: Discussion Papers Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Forschungsgruppe Public Health.

Knoblauch, Hubert (1988) „Wenn Engel reisen...“ Kaffeefahrten und Altenkultur, in: Soziale Welt, Sonderheft 6: „Kultur und Alltag“, S. 397-411.

Knoblauch, Hubert (1991): Die Welt der Wünschelrutengänger und Pendler Erkundungen einer verborgenen Wirklichkeit, Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Knoblauch, Hubert (1996): Kommunikative Lebenswelten. Die kommunikative Konstruktion kultureller Kontexte, Berlin: de Gruyter.

Knoblauch, Hubert (2000): Workplace Studies und Video, in: Götz, Irene; Wittel, Andreas (Hrsg.): Arbeitskulturen im Umbruch. Zur Ethnographie von Arbeit und Organisation, Münster: Waxmann.

Knoblauch, Hubert (2001): Fokussierte Ethnographie, in: Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung, 2. Jg., 1, S. 123-141.

Knoblauch, Hubert (2004): Die Video-Interaktions-Analyse, in: Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung, 5. Jg., 1, S. 123-138.

Knoblauch, Hubert (2005): Focused Ethnography, in: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Research (Online Journal), 6, 3: Art. 44., elektronisch veröffentlicht unter: <http://www.qualitative-research.net/fqs-text/3-05/05-3-44-e.htm>, vom 25.02.2010.

Knoblauch, Hubert (2005): Wissenssoziologie, Konstanz: UVK.

Knoblauch, Hubert (2009): Populäre Religion: Auf dem weg in eine spirituelle Gesellschaft, Frankfurt/Main: Campus.

Knoblauch, Hubert et al. (2006): Video Analysis: Methodology and Methods, Frankfurt/Main: Lang.

Knoblauch, Hubert; Christian Heath (1999): Technologie, Interaktion und Organisation: Die Workplace Studies, in: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 25 (2), S. 163-181.

Knoblauch, Hubert; Bernt Schnettler (2007): Videographie. Erhebung und Analyse qualitativer Videodaten, in: Buber, Renate; Hartmut Holzmüller (Hrsg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen, Wiesbaden: Gabler, S. 583-600.

Koch, Marianne (2005): o.T., in: Stollberg, Gunnar (o.J.): Der Mythos vom mündigen Patienten, elektronisch veröffentlicht unter <http://www.uni-bielefeld.de/soz/pdf/mythospatientsuhrkamp.pdf>, vom 25.02.2010.

Korfmacher, Susanne (2006): Die Generierung von Vertrauen. Eine diskursanalytische Untersuchung der institutionellen Vermittlung von Vertrauenswürdigkeit am Beispiel der Profession der Zahnärzte. Dissertation an der Universität Magdeburg, Fak. für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften, Institut für Erziehungswissenschaft, Lehrstuhl für Allgemeine Pädagogik.

Krahl, Ute; Schmelz, Helga (1989): Untersuchungen zu den gegenseitigen Erwartungen von Zahnarzt und Patient im Behandlungsprozess, Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines doctor medicinae, vorgelegt an der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR.

Kromrey, Helmut (2002): Empirisch Sozialforschung, Opladen: Leske und Budrich.

Kronenfeld, Jacobs (2001): New trends in the doctor-patient relationship: Impacts of managed care on the growth of a consumer protections model, in: Sociological Spectrum, Vol. 21, No. 3, S. 293-317.

Krones, Tanja;Gerd Richter (2008): Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 51, No. 8, S. 818-826.

Kuhlmann, Heiko; Christian Hermann (2000): Computerunterstütztes Logging im Rahmen Ethnographischer Video-Feldstudien, Diplomarbeit vorgelegt an der Universität Hamburg, Fachbereich Informatik, Arbeitsbereich Angewandte und Sozialorientierte Informatik, elektronisch veröffentlicht unter: swt-www.informatik.uni-hamburg.de/publications/papers/Dipl/Hermann.Kuhlmann.pdf, vom 25.02.2010.

Kujath, Frank (1993): Hypnose leichtgemacht, Bergen/Dumme: Kersken-Canbaz-Verlag.

Kuntner, Liselotte (1989): Beeinflussung des Schmerzerlebens durch Veränderung des Bewusstseins mittels Spannungsregulation und Körperwahrnehmung, in Greifeld, Katrin; Norbert Kohnen, Ekkard Schröder (Hrsg.): Schmerz - Interdisziplinäre Perspektiven, Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg vom 6.5. – 8.5.1988, Braunschweig: Fried. Vieweg & Sohn, S. 139- 142.

Kusenbach, Margarete (2008): Phänomenologisch inspirierte ethnographische Forschungspraxis - Mitgehen als Methode. Der „Go-Along“ in der phänomenologischen Forschungspraxis, in: Raab, Jürgen; Michaela Pfaenhauer, Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt

Schnettler (Hrsg.): Phänomenologie und Soziologie. Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 349-358.

Küver, Iris (1992): Das Verhalten des Patienten Der sitzende und der liegende Patient, in: Arbeiten der Forschungsstelle des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität zu Köln, Band 59, Kölner Medizinhistorische Beiträge.

Lachmund, Jens (1992): Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. Zur historischen Soziologie der stehoskopischen Untersuchung, in: Zeitschrift für Soziologie, 21 (4), S. 235-251.

Lachmund, Jens; Gunnar Stollberg (1995): Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Opladen: Leske & Budrich.

Lang, Hermann; Hermann Faller (1998): Medizinische Psychologie und Soziologie, Berlin Heidelberg: Springer. Lechner, S. (2007): Angst- und Schmerzerleben bei zahnärztlichen Behandlungen aus Sicht der Patienten von telefonisches Interview. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Leiß, O. (2007): Die Sprechstunde: Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs, in: Der Anästhesist, Vol. 56, No. 1, S. 78-91.

Levin, Betty Wolder; C.H. Browner (2005): The Social Production of Health: Critical Contributions from Evolutionary, Biological, and Cultural Anthropology, in: Social Science and Medicine 61, S. 745-750.

Le Ker, Heike (2009): Der Duft der Freiheit, in: Der Spiegel Wissen, Ausgabe 4/2009, S. 33-35.

Liddell, A.; C. Ackerman, D. Locker (1990): What dental phobics say about their dental experiences. Journal of the Canadian Dental Association, 56, S. 863-866.

Löning, Petra; Jochen Rehbein (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses, Berlin New York: Walter de Gruyter.

Löpelmann, Jobst (1987): Kein Grund zur Panik“ Ein Zahnarzt als Zeichner. 1946-66, o.O.: o.V..

Lown, Bernard (2002): Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken, Stuttgart: Schattauer.

Luckmann, Thomas (1992): Theorien des sozialen Handelns, Berlin New York: De Gruyter.

Luckmann, Thomas; Hans-Georg Soeffner (1993): Erscheinungsformen von Charisma – Zwei Päpste, in: Gebhardt, A. Zingerle, M.N. Ebertz (Hrsg.): Charisma – Theorie, Religion, Politik, Berlin New York: De Gruyter, S. 121-155.

Luhmann, Niklas (o.J.): Niklas Luhmann: Der Zettelkasten, im Internet abrufbar unter: <http://www.youtube.com/watch?v=uKI92GF45v8>, vom 25.02.2010.

Luhmann, Niklas; Peter Fuchs (1989): Reden und Schweigen, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Lüders, Christiane (2007): Beobachten im Feld und Ethnographie, in Flick, Uwe; Ernst von Kardorff, Ines Steinke (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch; Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt, S. 384-401.

Maeder, Christoph; Claudine Burton-Jeangros, Mary Haour-Knipe (1999): Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Zürich: Seismo.

Maio, Giovanni; Volker Roelcke (2001): Medizin und Kultur: ärztliches Denken und Handeln im Dialog zwischen Natur- und Geisteswissenschaften, in: Festschrift für Dietrich von Engelhardt, Stuttgart: Schattauer. Mannheim, Karl (1964): Wissenssoziologie, Berlin: o.V.

Margraf-Stiksrud, J.(2005): Psychologie in der Zahnmedizin, in: Balck, F. (Hrsg.) Anwendungsfelder der medizinischen Psychologie, Heidelberg: Springer, S. 167-190.

Mazzei, Alessandra; Vincenzo Russo, Alberto Crescentini (2009): Patient satisfaction and communication as competitive levers in dentistry, in: The TQM Journal, Vol. 21, No. 4, S. 365-381.

Mead, George, H. (1978): Geist, Identität und Gesellschaft, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Menz, Florian; Peter Nowak, Anita Rappl, Sabine Nezhiba (2008): Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsdatenbank (API-on) als

Basis für Metaanalysen, in: Gesprächsforschung – Onlinezeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 9, S. 129-163.

Menzel, Karola (1988): Zur Problematik der Compliance unter besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Zahnheilkunde, Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Bayrischen Julius – Maximilians – Universität zu Würzburg.

Meyer, Stephan (2003): Zählt die Zufriedenheit des Patienten? Zur Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten bei der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistung im System der GKV, Frankfurt/Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Micheelis, W.; J. Bauch (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ Survey 1989, in: Deutscher ÄrzteVerlag, IDZ-Materialienreihe, Köln, Band 11.1.

Miltner, Wolfgang H. R. (2004): Gehirn und Hypnose. Wie organisiert das Gehirn hypnotische Zustände? Abstract der Jahrestagung der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose 2004.

Myerscough, Philipp R.; Michael Ford (2001): Kommunikation mit Patienten. Die Chancen des ärztlichen Gesprächs besser nutzen, Bern: Hans Huber.

Nadelson C.;M.T. Notman (2002): Boundaries in the Doctor-Patient Relationship, in: Theoretical Medicine, Vol. 23, No. 3, S. 191-201.

Newton, J. Timothy; Lucy Davenport-Jones, Matthew Idle; Mina Patel,Alex Setchell, Caroline Turpin (2001): Patients' Perceptions of General Dental Practitioners: The Influence of Ethnicity and Sex of Dentist, in: Social Behavior and Personality, Vol. 29, No. 6, S. 601-606.

Nippert, Reinhardt P. (1986): Dentalsoziologie, ein vernachlässigtes Fach in der Bundesrepublik Deutschland?, in: Schuller, Alexander.; Barbara Bergmann-Krauss, Emil Witt (Hrsg.): Zahnarzt im Wandel, München, Wien: Hanser.

Nippert, Reinhardt P. (1986): Dentalsoziologie, ein vernachlässigtes Fach in der Bundesrepublik Deutschland?: Gedanken nach der Lektüre von A. Schuller: "Zahnmedizin und Sozialwissenschaften", in: Medizin Mensch Gesellschaft, Heft 4, Band 11, S. 296-301.

Nyssen, A. (2008): Hypnose et douleur: le paradoxe. Du pouvoir de l'hypnothérapeute au contrôle du patient, in: Douleur et Analgésie, Vol. 21, No. 1, S. 44-47.

o.A. (1986): Zukunftsperspektiven der zahnärztlichen Versorgung, Köln: Dt. Aerzte-Verlag.

o.A. (2003): Heilen in anderen Wirklichkeiten / Das Comeback der Hypnose, in: Gehirn und Geist, Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH, Ausgabe 4/03, S. 88-91.

o.A. (2009): Die Tiefseher, in: Süddeutsche Zeitung Wissen, Ausgabe Mai 2009, S. 17-23.

Pankoke, Eckard (2007): Praxis der Soziologie. 40 Jahre Hochschulsoziologie – von der Arbeits- zur Wissensgesellschaft, in: Breger, Wolfgang; Böhmer, Sabine (2007): Was werden mit Soziologie? Berufe für Soziologinnen und Soziologen – Das BDS-Berufshandbuch, Stuttgart: Lucius und Lucius.

Park, Robert E., Ernest Burgees, Roderic McKenzie (1925): The City, Chicago: University of Chicago Press.

Pernack, Roman (2007): Das Wagendorf "Lohmühle" in Berlin Treptow – eine stadtethnographisch-dokumentarische Untersuchung als Beispiel für Film in der „Visuellen Soziologie“, Magisterarbeit vorgelegt an der TU Berlin, Fak. VI – Institut für Soziologie.

Pernack, Roman (2008): Neue Formen der gesellschaftlichen Kommunikation von Wissen - Ein videographisches Projekt, in: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 9(3), elektronisch veröffentlicht unter: <http://nbn-resolving.org/urn:0114-fqs0803P16>, vom 25.02.2010.

Peter, Burkhard (2001): Hypnose und Konstruktion der Wirklichkeit in Revenstorff, Peter: Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis, Mailand Paris Singapur Tokio: Springer.

Pfadenhauer, Michaela (2008): Doing Phenomenology: Aufgrund welcher Merkmale bezeichnen wir ein Handeln als kompetentes Organisieren? in Raab, Jürgen; Michaela Pfadenhauer, Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt Schnettler (Hrsg.): Phänomenologie und Soziologie. Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 339-348.

- Pfadenhauer, Michaela; Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt Schnettler (2008): Phänomenologie und Soziologie Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pink, Sarah (2001): *Doing Visual Ethnography*. London: Sage.
- Pink, Sarah; Lászió Kürti, Ana Isabel Afonso (2004): *Working Images. Visual Research and Representation in Ethnography*, London New York: Routledge.
- Plessner, Helmuth (1983): Mit anderen Augen, in Plessner, Helmuth (Hrsg.): *Gesammelte Schriften VIII*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 201-240.
- Porter, Roy (2000): *Die Kunst des Heilens*, Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Prinoth, Monika (1985): *Entwicklung qualitativer Tests zur zuverlässigen Überprüfung der Patienten Compliance*, Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften vorgelegt beim Fachbereich Biochemie, Pharmazie und Lebensmittelchemie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Przyborski, A., Monica Wohlrab-Sahr (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. Oldenbourg.
- Quaty, Gerd (2009): Zahnarztangst – Ursachen und Bewältigung, in: *DZzH Mitglie-derzeitschrift "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose"*, Ausgabe 2/2009.
- Raab, Jürgen (2001): *Soziologie des Geruchs. Über die soziale Konstruktion olfaktorischer Wahrnehmung*, Konstanz: UVK.
- Raab, Jürgen (2002): „Der schönste Tag des Lebens“ und seine Überhöhung in einem eigenwilligen Medium. Videoanalyse und sozialwissenschaftliche Hermeneutik am Beispiel eines professionellen Hochzeitsvideofilms, in *Sozialer Sinn*, 3, S. 469-495.
- Raab, Jürgen (2008): *Visuelle Wissenssoziologie Theoretische Konzeption und materiale Analysen*, Konstanz: UVK.
- Raab, Jürgen; Michaela Pfadenhauer, Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt Schnettler (2008): *Phänomenologie und Soziologie. Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rammert, Werner; Cornelius Schubert (Hrsg.) (2006): *Technographie. Zur Mikrosoziologie der Technik*, Frankfurt am Main New York: Campus.

Rauch, Christian (2006): *Geschichte der Hypnose in der Zahnheilkunde*, in: *DZzH Mitgliederzeitschrift "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose"*, Ausgabe 5, S. 16–23.

Reichert, R. (2007): *Im Kino der Humanwissenschaften. Studien zur Medialisierung wissenschaftlichen Wissens*, Bielefeld: transcript.

Reinhold, Gerd (2000): *Soziologie-Lexikon*, München: Oldenbourg Verlag.

Reischle, Hedda (2001): *Der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung in der reflexiven Moderne. Abschlussarbeit an der Universität Regensburg, Philosophische Fakultät 03 - Geschichte, Gesellschaft und Geographie, Institut für Soziologie Lehrstuhl Soziologie, insb. Entwicklungssoziologie und Ethnosoziologie.*

Revenstorf, Dirk; Burkhard Peter (2001): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.

Revenstorf, Dirk (2009): *Heilkraft der Trance*, in: SWF Podcast, elektronisch abrufbar unter: http://www.podcast.de/episode/1308931/Heilkraft_der_Trance, vom 25.02.2010.

Ring, Malvin E. (1997): *Geschichte der Zahnmedizin*, Köln: Könenmann.

Rogers, Wendy Stanton (1991): *Explaining Health and Illness*, New York: Harvester Wheatsheaf.

Rohmert, W.; J. Mainzer, P. Zipp (1986): *Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie: eine Analyse zahnärztlicher Arbeitshaltungen*, Köln: Dt. Ärzte-Verlag.

Ruhleder, K, B. Jordan (1997): *Capturing complex, distributed activities: Video-based interaction analysis as a component of workplace ethnography*, in: Lee, A.S.; J. Libenau, J.I. DeGross (Hrsg.): *Information systems and qualitative research*, London: Chapman and Hall, S. 246-275.

Ruhnau, Winfried (1994): *Die Bedeutung der Proxemik in der Zahnheilkunde*, in: *Kölner medizinhistorische Beiträge, Arbeiten der Forschungsstelle des Instituts für Geschichte der Medizin*, Band 70.

Saake, Irmgard (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion, in: Soziale Welt 54, S. 429-459.

Saerberg, Siegfried (2006): „Geradeaus ist einfach immer geradeaus“: Eine lebensweltliche Ethnographie blinder Raumorientierung, Konstanz: UVK.

Schäfers, Bernhard; Kopp, Johannes (2006): Grundbegriffe der Soziologie, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Schelsky, H. (1985): Die Soziologie des Krankenhauses im Rahmen einer Soziologie der Medizin, in: Der Krankenhausarzt, 31, 7, S. 170-176.

Scheuble, Günter (1994): Zahnbehandlung auf Bildern der Rembrandtzeit, Kölner medizinhistorische Beiträge, Arbeiten der Forschungsstelle des Instituts für Geschichte der Medizin, Band 70.

Schiefenhövel, Wulf (1989): Ausdruck, Wahrnehmung und soziale Funktion des Schmerzes – Eine humanethologische Synopse in Greifeld, Katrin; Norbert Kohlen, Ekkard Schröder (Hrsg.): Schmerz - Interdisziplinäre Perspektiven Beiträge zur 9. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg vom 6.5. – 8.5.1988, Braunschweig: Fried. Vieweg & Sohn, S. 129 – 137.

Schmädel, Dieter von (2002): Nonverbale Signale in der Arzt-Patient-Beziehung. Universität Regensburg, Naturwissenschaftliche Fakultät 03 Biologie und Vorklinische Medizin, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Einheit Medizinische Soziologie.

Schmidmaier, Ruth (1990): Das Arzt-Patienten-Verhältnis unter dem Aspekt der Einflussmöglichkeiten des Zahnarztes auf das Gesundheitsverhalten des Patienten, Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines doctor medicine vorgelegt an der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Berlin.

Schmierer, A; K.-H. Kunzelmann (1990): Hypnose in der Zahnheilkunde, in: Revenstorf, Dirk (Hrsg.): Klinische Hypnose, Berlin: Springer, S. 363-389.

Schmierer, A; Schmierer, G. (2004): Hypnose in der Zahnarztpraxis – eine sichere und schnelle Möglichkeit zum Angstabbau, in: Mitgliederzeitschrift DzzH „Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose“, Ausgabe 3, S. 31-51.

Schmierer, Albrecht (1993): Einführung in die zahnärztliche Hypnose, Berlin: Quintessenz.

Schmierer, Albrecht (2001).Einführung in die zahnärztliche Hypnose, Berlin: Quintessenz.

Schmierer, Albrecht (2007): Zahnextraktion in Hypnose, in: Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe Mai 2007, S. 34-58.

Schmierer, Albrecht (o.J.): Zahnextraktion in Hypnose. Extraktionen von Weisheitszähnen mit Turboinduktion, Stuttgart: Hypnos Verlag. (DVD Video)

Schmierer, Albrecht; Gerhard Schütz (2007): Zahnärztliche Hypnose. Erfolgreiche Hypnose und Kommunikation in der Zahnarztpraxis, Stuttgart: Hypnos Verlag.

Schmierer, Albrecht; Gerhard Schütz (2008): Entspannt zum Zahnarzt: So überwinden sie ihre Angst, Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Schnell, M.W. (2006): Die Unfasslichkeit der Gesundheit, in: Pflege & Gesundheit, Nummer 4.

Schneller, Thomas (1989): Zahnmedizin und Sozialwissenschaften in: Schuller, Alexander.; Barbara Bergmann-Krauss, Emil Witt (Hrsg.): Zahnarzt im Wandel, München Wien: Hanser.

Schnettler, Bernt (2001): Vision und Performanz. Zur soziolinguistischen Gattungsanalyse fokussierter ethnographischer Daten, in: Sozialer Sinn, 1, S. 143-16.

Schnettler, Bernt (2002): Zukunftsvisionen. Untersuchungen zu Transzendenzerfahrung und Alltagswelt. Dissertation an der TU Berlin.

Schnettler, Bernt (2008): Soziologie als Erfahrungswissenschaft. Überlegungen zum Verhältnis von Mundänphenomenologie und Ethnophänomenologie in Raab, Jürgen; Michaela Pfadenhauer, Peter Stegmaier, Jochen Dreher, Bernt Schnettler (Hrsg.): Phänomenologie und Soziologie. Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schröer, Norbert (1994): Interpretative Sozialforschung Auf dem Wege zu einer hermeneutischen Wissenssoziologie, Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Schubert, Cornelius (2006a): Videographie im OP. Wie Videotechnik für technografische Studien genutzt werden kann, in: Rammert, Werner; Cornelius Schubert (Hrsg.): Technografie. Zur Mikrosoziologie der Technik, Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 223-248.

Schubert, Cornelius (2006b): Die Technik operiert mit. Sozio-technische Konstellationen bei der Arbeit. Dissertation Technische Universität Berlin.

Schuller, Alexander (1989): Zahnmedizin und Sozialwissenschaften als neues Forschungsfeld, in: Schuller, Alexander; Barbara Bergmann-Krauss, Emil Witt (Hrsg.): Zahnarzt im Wandel, München Wien: Hanser.

Schuller, Alexander; Barbara Bergmann-Krauss, Emil Witt (1989): Zahnarzt im Wandel, München, Wien: Hanser.

Schuller, Alexander; Nikolaus Heim, Günter Halusa (1992): Medizinsoziologie Ein Studienbuch, Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.

Schulz-Stübner, Sebastian (2006): Medizinische Hypnose. Grundlagen der Behandlungstechnik, Stuttgart: Schattauer.

Schütz, Alfred (1932): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einführung in die verstehende Soziologie, Wien: Springer.

Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas (1979): Strukturen der Lebenswelt, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Schütz, Gerhard (2004): Trance-parent, Stuttgart: Hypnos Verlag.

Schütz, Gerhard (2006): Einfluss der Hypnose auf die Befindlichkeit des Patienten, o.O.: o.V..

Schütz, Gerhard (2008): Peak end rule Oder: Wie wir uns an Schmerzen erinnern, Mitgliederzeitschrift DZzH "Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose", Ausgabe 1/2008, S. 20-21.

Schütz, Gerhard; Horst Freigang (2007): Metaphern, Stellvertretergeschichten und hypnotische Texte. Für den Einsatz in der Zahnmedizin, Stuttgart: Hypnos Verlag.

Schütz, Gerhard; Freigang, Horst (2008): Tausend Trance Tipps Lehr und Übungsbuch der medizinischen Hypnose, Stuttgart: Hypnos Verlag.

Schütz, Gerhard; Freigang, Horst (2006): Ratgeber zahnärztliche Hypnose, Stuttgart: Hypnos Verlag.

Schütz, Gerhard; Anna Serlot (2004): Trance-parent. Eine Therapie unter Hypnose, Stuttgart: Hypnos Verlag.

Seltrecht, Magdalena (2002): Arzt-Patient-Beziehung und Krankheitsbewältigung in Bezug zur zahnärztlichen Behandlung, Dissertation Universität Ulm, Medizinische Fakultät, Abt. Medizinische Psychologie.

Siegrist, Johannes (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern, Stuttgart: Ferdinand Enke.

Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie, München Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Siegrist, Johannes (2006): Ungleiche Gesundheitschancen in modernen Gesellschaften, Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Sigmund, U. (2006): Forschungsbericht zur wissenschaftlichen Studie „über die Wirksamkeit der Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der „Physiologie der Angst“, in: DZzH „Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose“, Ausgabe November 2006, S. 48-51.

Soeffner, Hans Georg (1992): Die Ordnung der Rituale – Auslegung des Alltags 2., Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Sondell, K, B. Söderfeldt (1997): Dentist-patient communication: a review of relevant models. Acta Odontol Scand., 55(2), S. 116-26.

Staats, J; W.-R. Krause (1995): Hypnotherapie in der zahnärztlichen Praxis, Heidelberg: Hüting.

Steinhart, B. (2002): Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship, in: Haemophilia, Vol. 8, No. 3, S. 441-446.

Stevenson, Fione A. (2006): The doctor-patient relationship: interconnections between global processes and interaction, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46/ 2006, S. 224-242.

Stollberg, Gunnar (2001): Medizinsoziologie, Bielefeld: transcript.

Stollberg, Gunnar (o.J.): Der Mythos vom mündigen Patienten. elektronisch veröffentlicht unter: <http://www.uni-bielefeld.de/soz/pdf/mythospatientsuhrkamp.pdf>, vom 25.02.2010.

Strauss, Anselm L. et al. (1985): Social Organization of Medical Work, Chicago: University of Chicago Press.

Tandheelkd, Ned Tijdschr (2006): When talking to the patient is difficult: the physician's perspective, o.O: .o.V.

ten Have, Paul (1990): Und der Arzt schweigt. Sprechstunden-Episoden, in denen Ärzte auf Patienteninformationen sprachlich nicht reagieren, in: Ehlich, Konrad; Angela Redder, Rüdiger Weingarten (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen., Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 103-121.

Thomas, William I.; Znaniecki, Florian ([1918] 1927): The Polish Peasant in Europe and America, Band 1, 2. Aufl., New York: o.V.

Tikvah Kissmann, Ulrike (2009): Video Interaction Analysis: Methods and Methodology, Frankfurt/Main: Peter Lang.

Trojan, Alf; Hanneli Döhner (2002): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin Erkundungen, Analysen und Ergebnisse, Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.

van den Brink-Muinen A., S.M. van Dulmen, H.C. de Haes, A. P. Visser, F. G. Schellevis, J.M. Bensing (2002): Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? Netherlands Institute for Health Services Research.

van Groenestijn, M. A. J.; C. J. Maas-De Waal, P.A. Mileman, J.N. Swallow (1980): The Ideal Dentist, in: Social Science and Medicine, Vol. 14, No. 6A, S. 533-540.

Vogd, Werner (2002): Die Bedeutung von „Rahmen“ (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem „was der Fall ist“ im

gewöhnlichen Krankenhausalltag, in: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS), S. 321-356.

Völkel, Jutta (1991): Untersuchungen zur Kommunikation von Zahnarzt und Patient im ambulanten Sprechstundenbereich, Dissertation zur Erlangung des Doktors eines Wissenschaftszweiges, vorgelegt den Wissenschaftlichen Rat der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden.

vom Lehn, Dirk (2006): Die Kunst der Kunstbetrachtung: Aspekte einer Pragmatischen Ästhetik in Kunstaustellungen, in: Soziale Welt, 57(1), S. 3-100.

von Grothe-Hans, C.; E. Weingarten, (1983): Technikgebundene Handlungsabläufe auf der Intensivstation: Zum Zusammenhang von medizinischer Technologie und therapeutischer Beziehung, in: Zeitschrift für Soziologie, 12, 4, S. 328-340.

Wagner, Gerald (1995): Modernisierung der Modernen Medizin. Die „epistemologische Krise“ der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung, in: Soziale Welt 46(3), S. 266-281.

Weber, Max (1972): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie, o.O.: o.V.

Welz, F. (1996): Kritik der Lebenswelt. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Weng, Hui-Ching; Hung-Chi Chen, Han-Jung Chen, Kang Lu, Shin-Yuan Hung (2008): Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship, in: Medical Education, Vol. 42, No 7, S. 703-711

Wettreck, Rainer (1999): „Arzt sein – Mensch bleiben“: Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin, Münster: LIT-Verlag.

Whalen (1997): o.T., o.O.: o.V.

Whyte, William Foote ([1943] 1955, 1981, 1993): Street Corner Society, Chicago: University of Chicago Press.

Will, Rolf (2001): Zähne, Menschen und Kulturen – Evolution, phylogenetische und kulturhistorische Aspekte, Langenweißbach: Beier und Beran.

Willems, Herbert (1997): Rahmen und Habitus. Zum theoretischen und methodischen Ansatz Erving Goffmans, Frankfurt Main: Suhrkamp-Verlag.

Winnberg, Gösta; Erdmuth Forbreger (1992): Psychologie in der Zahnarztpraxis, Heidelberg: Hüthig.

Wodak, Ruth (1997): Critical discourse analysis and the study of doctor-patient-interaction, in: Gunnarsson, Britt-Louise; Per Linell, Bengt Nordberg (Hrsg.): The construction of professional discourse, London: Longman, S. 173-200.

Wodak, Ruth (1997): Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Special Number of Wiener Linguistische Gazette, Beiheft 4.

Wolfram, Christian (2002): Zum Wandel des Stellenwerts psychischer Faktoren in der ärztlichen Berufspraxis. Dissertation an der Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Zentrum für Nervenheilkunde Institut für Medizinische Psychologie.

Zellmann, J. (o.J.): Compliance, Brücken zwischen Arzt und Patient, o.O.: o.V.

Zimmerman, R.S. (1988): The dental appointment and patient behavior. Differences in patient and practitioner preferences, patient satisfaction, and adherence, Department of Sociology, University of Miami, Coral Gables FL 33124.

Internet:

http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-12200.html, vom 25.02.2010.

<http://www.stern.de/zaehne/ueberblick/:Die-Geschichte-Zahnmedizin-Von-Alraunen-Zahnrei%DFern/607809.html?cp=13>, vom 25.02.2010.

<http://www.youtube.com/watch?v=uKI92GF45v8>, vom 25.02.2010.

A. Anhang

A.1. Agenda: Transkriptionszeichen nach GAT

Agenda:	
Transkriptionszeichen nach GAT	
=	schneller, unmittelbarer Anschluss, Verschleifung
(.)	Mikropause
(-), (--), (---)	kurze, mittlere, längere Pause von ca. 0,25 – 0,75 sek.
(2.0)	geschätzte Pausenlänge
(...)	Auslassung im Transkript
<<hustet>>	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse, interpretierende Kommentare mit Reichweite

A.2. Videosequenzen, Basistranskripte, phänomenologische Interviews und Feldberichte (CD)

Als CD liegen dieser Arbeit die Basistranskripte der vollständigen Videoaufzeichnungen und die phänomenologischen Interviews, die während der acht Feldaufenthalte entstanden sind, bei. Die verwendeten Transkriptauszüge und die dazugehörigen Videosequenzen befinden sich ebenfalls auf der CD. Darüber hinaus sind weitere Interviews, Feldnotizen und der Tagungsbericht der Jahrestagung der DGZH 2009 abgespeichert.

A.3. "Soziologie der zahnärztlichen Hypnose" (Film-DVD)