

Nicole Witte

Ärztliches Handeln im Praxisalltag

Eine interaktions- und
biographieanalytische Studie

Biographie- und
Lebensweltforschung

campus

Inhalt

1. Einleitung	9
1.1 Vorbemerkung	9
1.2 Die Forschung.....	11
1.2.1 Das Forschungsinteresse.....	11
1.2.2 Der Forschungsverlauf.....	13
1.3 Aufbau der Arbeit.....	21
2. Stand der Forschung.....	24
2.1 Vorbemerkung	24
2.2 Die ambulante ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.....	25
2.3 Die Arzt-Patient-Interaktion als Forschungsgegenstand.....	29
2.3.1 (Allgemein-)medizinische Forschung zur Arzt-Patient- Interaktion	31
2.3.2 Weitere Forschungsaktivitäten zur Arzt-Patient- Interaktion	35
2.4 Die Biographie des Arztes als Forschungsgegenstand.....	37
2.4.1 (Allgemein-)medizinische Forschung zur ärztlichen Biographie.....	37
2.4.2 Weitere Forschungen zur (ärztlichen) Biographie	39
2.5 Zur Zusammenführung beider Fallebenen	40

3. Methodisches Vorgehen	41
3.1 Vorbemerkung	41
3.2 Methodologische Anmerkungen	41
3.3 Forschungsmethoden.....	48
3.3.1 Feldzugang und Sampling	49
3.3.2 Biographieanalytische Perspektive.....	53
3.3.3 Interaktionsanalytische Perspektive.....	64
3.4 Zur möglichen Kombination der Ergebnisse	77
4. Empirische Untersuchungen.....	79
4.1 Überblick.....	79
4.2 Eike Fink: Macht als Schutz.....	80
4.2.1 In der Gegenwart – Aus der Gegenwart heraus	80
4.2.2 Die Fallgeschichte Eike Fink.....	83
4.2.3 Sequenzielle Videoanalyse im Fall Eike Fink.....	128
4.3 Dr. Andrea Sperber: Voran, nie zurück	187
4.3.1 Vorbemerkung.....	187
4.3.2 Die Fallgeschichte Dr. Andrea Sperber	189
4.3.3 Sequenzielle Videoanalyse im Fall Dr. Andrea Sperber	243
4.4 Dr. Bernd Zeisig: Schuld und Sühne.....	287
4.4.1 Vorbemerkung.....	287
4.4.2 Die Fallgeschichte Dr. Bernd Zeisig.....	289
4.4.3 Sequenzielle Videoanalyse im Fall Dr. Bernd Zeisig	344

5. Empirische Ergebnisse.....	380
5.1 Überblick.....	380
5.2 Die Fallebene Biographie	381
5.2.1 Funktion der Berufswahl.....	381
5.2.2 Etablierung von professionellen Handlungsmustern	385
5.2.3 Biographische Strukturierungen.....	390
5.2.4 Sozialisation als Arzt, ärztliches Selbstbild, WIR Ärzte	401
5.3 Die Fallebene Interaktion.....	412
5.3.1 Bedeutung der Kontextfaktoren	413
5.3.2 Strukturierte und strukturierende Handlungsmuster.....	417
5.3.3 Wenige Variationen des Handelns.....	421
5.3.4 Krisen in der Interaktion.....	424
5.3.5 Reproduktion oder Transformation von Handlungs mustern?	429
5.3.6 Interaktionsbestandteile und ihre Wirkungen.....	431
5.4 Verknüpfung der Fallebenen	436
6. Fazit und Ausblick: Was bleibt und was folgt?	441
Abbildungsverzeichnis.....	457
Literatur.....	458
Anhang: Verwendete Transkriptionszeichen.....	475

struktivistischen Handlungstheorie unter Anwendung interpretativer Methoden der Sozialforschung sowohl ein Beitrag zur *Soziologie in der Medizin* als auch innerhalb der *Soziologie der Medizin*³ geleistet werden.

1.2 Die Forschung

1.2.1 Das Forschungsinteresse

Schon lange vor Beginn meiner Forschungsbemühungen in den Themenbereichen ›ärztliches Handeln‹ oder ›Arzt-Patient-Interaktion‹ und damit vor dem Beginn meiner wissenschaftlichen Arbeit insgesamt hat mich die Frage beschäftigt, warum es manchen Ärztinnen und Ärzten⁴ gelang, mich in einer Weise anzusprechen, die bei mir als Patientin den Eindruck von Verständnis und Empathie (und damit häufig auch medizinisch angemessener Behandlung) hinterließ. Konsultationen bei anderen Mediziner/-innen verliefen demgegenüber ganz anders, irritierten mich teilweise, machten mich unzufrieden oder manchmal sogar wütend.

In Gesprächen im Familien- oder Bekanntenkreis wurde dann regelmäßig deutlich, dass diese von mir wahrgenommene Varianz im Handeln verschiedener Ärztinnen und Ärzte keineswegs nur meine individuelle Erfahrung war.⁵ Darüber hinaus wurden mir von meinen Gesprächspart-

³ Die *Soziologie in der Medizin* (*sociology in medicine*) versucht durch Einbeziehung soziologischer Erkenntnisse in die Medizin beispielsweise zur Erweiterung von Wissen über die Entstehung von Krankheiten oder auch die Optimierung therapeutischer Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung beizutragen. Die *Soziologie der Medizin* (*sociology of medicine*) beschäftigt sich mit der Analyse des medizinischen Systems auf unterschiedlichen Ebenen. Dies reicht vom internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen bis hin zur Analyse der Rollenstruktur der medizinischen Berufsposition und der Analyse des einzelnen medizinischen Handelns (vgl. Straus 1957).

⁴ Bei dem Bemühen um eine geschlechtergerechte Sprache war ich vielfach mit dem Problem konfrontiert, dass eine flüssige Lesbarkeit des Textes dadurch teilweise erschwert wird. Mein Kompromiss zwischen Lesbarkeit und Geschlechtergerechtigkeit sieht deshalb vor, dass ich, wann immer möglich, im Plural eine Form mit dem Anhang ›/-innen‹ verwende (mit Ausnahme der Plurale von ›Partner‹ und ›Akteur‹). Im Singular nutze ich demgegenüber – bis auf seltene Ausnahmen – das generische Maskulinum.

⁵ Jede Leserin und jeder Leser kann an dieser Stelle vielleicht einmal kurz innehalten und sich zu Bewusstsein kommen lassen, welche Erfahrungen sie/er bisher mit Ärztinnen oder Ärzten gemacht hat. Ich bin mir sicher, dass die Anmutung von Varianz nachvollzogen werden kann.

nern stets Erklärungsmodelle dafür präsentiert, warum der eine Arzt sympathisch und zugewandt agiert, der andere hingegen sachlich und wenig empathisch und der dritte gar elementare Regeln der Höflichkeit außer Acht lässt und beispielsweise die Begrüßung des Patienten zu Beginn einer Konsultation offenbar für einen überflüssigen Luxus hält. »Der ist eben so«; »Der ist nett« oder »Die ist immer sehr ernst« waren zu hörende Erklärungen der Menschen, mit denen ich im Alltag über ihre Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten gesprochen habe.

Diese alltagsweltlichen Sinndeutungen korrespondieren mit psychologischen Annahmen, dass Konzepte wie *Selbst*, *Einstellungen*, *Fähigkeiten*, *Motive*, *Gefühle*, aber auch beispielsweise *Geschlecht* psychische oder gar physische Merkmale eines Individuums sind und in der wissenschaftlichen »Übersetzung« damit unabhängige Variablen darstellen, die selbstverständlich im Vorfeld der Untersuchung genauestens festzulegen sind. Eine Vorstellung dieser Konzepte als »diskursiv hergestellt« und damit eher als »Attribute von Konversationen und nicht als mentale Einheit[en]« (Harré 1992: 526) war mir zu Anfang meiner Forschung noch fremd.

Erste mehr alltagsweltliche Deutungen vor diesem Hintergrund und die genannte methodische Ausbildung führten mich zu einem zunächst noch wenig elaborierten Erklärungsmodell für meine Fragestellung, welches »Talent« (der Ärztinnen und Ärzte) im Umgang mit den Patientinnen und Patienten als wichtigste (unabhängige) Variable für Patientenzufriedenheit oder eine gelingende Interaktion enthielt, jedoch noch der Operationalisierung bedurfte.⁶

⁶ Bestandteil dieses »Talents« war für mich zu diesem Zeitpunkt auch der Umgang mit dem, was im folgenden Kapitel (Kap. 2) als »Trilemma der modernen Medizin« (Bauer 2001) zwischen Kundendienst, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung eingeführt werden wird. Verwiesen doch auch die o.g. Gesprächspartner aus Familien- und Bekanntenkreis bereits häufig auf einen (von ihnen vermuteten) Einfluss des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks, der auf den Ärztinnen und Ärzten zweifellos lastet, auf die konkrete Interaktionssituation, im Sinne eines erklärenden oder auch entschuldigenden »Der muss viele Patienten durchschleusen, damit er genug Geld verdient« oder auch »Ausführliche Konsultationsgespräche bringen eben nicht (mehr) genügend Geld ein«. Die in den letzten Jahren deutlich veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für eine ärztliche Selbstständigkeit, die Ressourcen der Ärztinnen und Ärzte binden und ihre Arbeit erschweren, waren und sind den Patientinnen und Patienten (und auch mir als Forscherin) selbstverständlich bekannt. Ob der Umgang damit nun jedoch vom »Talent« des einzelnen Arztes abhängig ist und ob und wie er in die einzelne Arzt-Patient-Interaktion hineinwirkt, wurden Fragen, die im Folgenden zu beantworten sind.

Die Vorstellung von ›Talent‹ als zentraler Variable wurde noch durch mein Literaturstudium über die standardisierte ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland im Vorfeld der Untersuchung gestützt. Diese Ausbildung in Vorklinik und Klinik erschien offenbar nicht besonders geeignet, die unterschiedlichen persönlichen Fähigkeiten der einzelnen Studierenden durch entsprechende curriculare Maßnahmen zumindest annähernd einander anzugleichen bzw. auch zu verbessern, was ich zunächst sowohl auf die im medizinischen Studium eher randständige Gesprächs- oder Interaktionsausbildung als auch auf die Bedeutsamkeit der ›Talent-Variable‹ zurückführte. Gäbe es sonst nicht weniger Varianz im ärztlichen Handeln und damit auch weniger Forschungsbedarf?

Der Skizzierung meiner Ausgangsposition nachfolgend soll nun die Entwicklung meiner Forschung dargestellt werden, die mit der Öffnung der Forschungsfrage, der Änderung der theoretischen Perspektive auf den Forschungsgegenstand und der Änderung des methodischen Vorhabens einhergeht. Führte mich der Weg doch zu einer Untersuchung unter Anwendung einer methodischen Triangulation, angesiedelt im interpretativen Paradigma auf der Grundlage der bereits angedeuteten sozialkonstruktivistischen Handlungstheorie, und entfernte ich mich damit sehr weit von meinem oben ausgeführten Ausgangspunkt.

1.2.2 Der Forschungsverlauf

Im Zuge der Konkretisierung meines Promotionsprojektes zu ärztlichem Interaktionshandeln mit Patientinnen und Patienten stellte sich für mich zunächst (vor dem vollständigen Perspektivenwechsel) die Frage nach den Bestimmungsgründen dieser Art ›Talent‹, deren Messbarkeit und Auswirkungen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Hier noch einen positivistischen Ansatz verfolgend, war ich auf der Suche nach operationalisierbaren Variablen zur Bestimmung von Patientenzufriedenheit als möglicher abhängiger Variable, in der Logik eines ›wenn der Arzt Handlung A vornimmt, dann folgt daraus für den Patienten mit der Wahrscheinlichkeit p Zufriedenheit des Grades x ‹. Wie das Kapitel zum Stand der Forschung (Kap. 2) zeigt, befand ich mich mit einem solchen Ansatz in zahlreicher – vor allem medizinischer, aber auch psychologischer und soziologischer – Gesellschaft.

Durch die wissenschaftliche Lektüre zur Vorbereitung meiner empirischen Forschung wurde mir jedoch immer deutlicher, welche Bedeutung