

Nicole Witte

# Ärztliches Handeln im Praxisalltag

---

Eine interaktions- und  
biographieanalytische Studie

Ärztliches Handeln im Praxisalltag

Reihe »Biographie- und Lebensweltforschung«  
des Interuniversitären Netzwerkes Biographie- und  
Lebensweltforschung (INBL)

Herausgegeben von Peter Alheit, Andreas Hanses und Bettina Dausien

Band 8

*Nicole Witte*, Dr. disc. pol., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Methodenzen-  
trum Sozialwissenschaften der Georg-August-Universität Göttingen.

© Campus Verlag GmbH

Nicole Witte

# Ärztliches Handeln im Praxisalltag

Eine interaktions- und biographieanalytische Studie

Campus Verlag  
Frankfurt/New York

© Campus Verlag GmbH

Ausgezeichnet mit dem Dissertationspreis 2009 des Universitätsbundes Göttingen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-593-39313-1

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2010 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

Gedruckt auf Papier aus zertifizierten Rohstoffen (FSC/PEFC).

Printed in Germany

Besuchen Sie uns im Internet: [www.campus.de](http://www.campus.de)

**© Campus Verlag GmbH**

# 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



# 1. Einleitung

## 1.1 Vorbemerkung

Forschung ist ein dynamischer Prozess, in dem Wissen geschaffen wird. Die Forschenden sind Teil dieses wissenschaftlichen Prozesses, sie gehen den (manchmal verschlungenen) Weg des Erkenntnisfortschritts. Die gewonnenen Erkenntnisse sind damit aber nicht unabhängig vom gewählten Pfad. Aus diesem Grund möchte ich hier auch den von mir in meiner Forschung beschrittenen Weg skizzieren.

Dieser führte nicht nur zu einer Veränderung oder besser gesagt Öffnung meines Forschungsinteresses, sondern brachte auch eine Entwicklung meiner theoretischen Ausgangsposition und daraus folgend des geplanten und dann durchgeführten Forschungsprojektes mit sich.

Ursprünglich noch dem »üblichen objektivistischen und induktiven Wissensverständnis« verpflichtet, wie Ronald Hitzler und Thomas Eberle (2000: 110) große Teile der Wissenschaftslandschaft beschreiben, entwickelte sich meine Forschung und referenziell dazu meine theoretische Perspektive in Richtung eines sozialen Konstruktivismus in der Tradition von Alfred Schütz (1971, 1972 und 1974) und der Weiterentwicklung der Schütz'schen Überlegungen für die Soziologie durch Peter Berger und Thomas Luckmann (1972).

Daraus leitete sich für mich eine Entscheidung für eine rekonstruktiv verfahrenende soziologische Biographieforschung ab, wie sie insbesondere von Fritz Schütze, Peter Alheit, Wolfram Fischer und Gabriele Rosenthal im deutschsprachigen Raum etabliert wurde.<sup>1</sup> Eine Forschung, die den Prozess des Werdens, der Reproduktion und der Transformation eines

---

<sup>1</sup> Mir ist selbstverständlich bewusst, dass eine solche namentliche Aufzählung stets unvollständig bleiben muss. Deshalb soll betont werden, dass hier nur einige wenige wichtige Vertreter/-innen der soziologischen Biographieforschung in Deutschland genannt werden, deren Schriften auch für meine Arbeit relevant waren.

sozialen Phänomens untersucht (vgl. Rosenthal 1995) und darin immanent die »Vielzahl von Formen des Zugangs des Menschen zu sich und zur äußeren gesellschaftlichen Realität« in den Blick nimmt (Marotzki 2000: 184). Zugänge, die sich eben aus den Wissensvorräten, Relevanzen und Bedeutungszuschreibungen zusammensetzen, für die sich Schütz interessierte und die durch ihre soziale Bedingtheit über den betrachteten Einzelfall hinaus theoretische Verallgemeinerungen ermöglichen.

Um der Prämisse von der »Interaktionsbedingtheit individueller Bedeutungszuschreibungen«<sup>2</sup> (Hoffmann-Riem 1980: 342), die sich im Handlungsfluss andauernd vollziehen, gerecht zu werden, richte ich meinen Blick entsprechend meines Untersuchungsthemas auch auf aktuelle soziale Interaktionen der Ärztinnen und Ärzte mit ihren Patientinnen und Patienten. Fokussiert man mit einer Analyse der Biographien bereits die sequenzielle Aufschichtung von Interaktionserfahrungen der Individuen in der Vergangenheit, tritt damit eine Betrachtung der handlungsrelevanten Bedeutungszuschreibungen in der Gegenwärtigkeit der jeweiligen Interaktion hinzu.

Die Anerkennung der oben genannten Prämisse zeigt auch den mit meinem veränderten theoretischen Standpunkt einhergehenden Wandel meiner Perspektive auf Interaktionen von einem Aktions-Reaktions-Verständnis zu einer interaktionistischen Auffassung an, wie sie Norman Denzin (2000: 137) formuliert: »Interaktion [im Sinne des symbolischen Interaktionismus; N.W.] hebt darauf ab, dass Menschen nicht auf ihr Gegenüber hin, sondern in wechselseitiger Beziehung zueinander gemeinsam handeln.«

Sowohl die Erforschung von Biographien als auch die Analyse von Interaktionen im oben skizzierten Sinne lenken den Blick des Betrachters auf das *Wie* der Erzeugung bestimmter Erlebnisse und Erfahrungen (vgl. Marotzki 2000: 184). Nochmals soll dazu Denzin (2000: 141) zitiert werden, der die Fragestellung von »Interaktionisten« folgendermaßen konkretisiert: »Wie [...] ist ein vorliegender Erfahrungsausschnitt strukturiert, wie wird er gelebt, und wie wird ihm Bedeutung verliehen?« Daraus kann unmittelbar ein Forschungsdesign der Verknüpfung von Biographie- und Interaktionsanalysen abgeleitet werden, wie es letztlich innerhalb der vorliegenden Arbeit realisiert wurde. Damit konnte auf der Grundlage einer sozialkon-

---

2 Ausgearbeitet von Herbert Blumer (1969) in der Denktradition von George Herbert Mead (1934/2008). Wie Norman K. Denzin (2000:143) schreibt, machte Blumer aus Mead einen Soziologen.

struktivistischen Handlungstheorie unter Anwendung interpretativer Methoden der Sozialforschung sowohl ein Beitrag zur *Soziologie in der Medizin* als auch innerhalb der *Soziologie der Medizin*<sup>3</sup> 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 Ärzten<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> Darüber hinaus wurden mir von meinen Gesprächspart-

---

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> 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

die Arzt-Patient-Interaktion sowohl in der Sphäre der Alltagswelt als auch in bestimmten wissenschaftlichen Diskursen einnahm (und auch heute noch einnimmt). Wie bereits angedeutet, einerlei mit wem ich über mein Dissertationsthema sprach, jeder konnte eigene (vielfach negative) Erfahrungen beitragen (und tat dies häufig auch ungefragt), was mir die Relevanz für die Akteure im Alltag verdeutlichte. Auch die wissenschaftliche Literatur markiert häufig suboptimale Interaktionsverläufe, je nach fachlicher Provenienz der Autoren mit sehr unterschiedlichen Lösungsvarianten.

Die offene Frage danach, wie und warum sich zwischen dem einzelnen Arzt und seinem Patienten eine konkrete Interaktionssituation herstellt, welches Handeln sich hier in welcher Art sequenziell aufschichtet, verbleibt in einem solchen Untersuchungsdesign vollständig in der ›black box‹. Diese meines Erachtens zentrale Frage nach den Regeln der Erzeugung eines bestimmten Interaktionsablaufes in einer durch die Interaktionspartner erschaffenen und ausgestalteten Interaktionssituation kann so nicht beantwortet werden, ist sie doch innerhalb eines solchen Untersuchungssettings für die Forscher/-innen auch nur von marginalem Interesse. Geht es doch hier nicht darum, Lebenswelten von ›innen heraus‹ zu erforschen, ihre Abläufe und Strukturmerkmale sowie die Deutungsmuster der Akteure zu rekonstruieren, wie es Uwe Flick u.a. (2000: 14 ff.) als Zielstellung für ein interpretatives Vorgehen formulieren, sondern vornehmlich um den Nachweis von im Vorfeld angenommenen (zum Teil überaus komplexen) kausalen Verknüpfungen oder Korrelationen verschiedener Faktoren als Input bzw. Output der ›black box‹. Neues, im Vorhinein nicht in das Modell Eingearbeitetes, kann dabei nicht entdeckt und untersucht werden, verbleibt es doch entweder vollständig im Dunkeln oder lässt es das vorab erdachte Modell scheitern.

Die beschriebenen geschlossenen Forschungsfragen und die von mir erlernten Methoden der Beantwortung hinterließen mich als Sozialforscherin (aber auch als Patientin) unzufrieden. Blicke doch gerade das, was ich herauszufinden wünschte, im Unklaren und wäre nur durch theoretische Reflexionen über das Zustandekommen von beispielsweise Korrelationen zu erhellen gewesen. Der Wunsch nach aussagekräftigen Erkenntnissen und dem Öffnen der ›black box‹ führte mich dazu, nach einer dem Gegenstand und meinem Forschungsinteresse angemessenen Herangehensweise zu suchen, ohne zu diesem Zeitpunkt bereits zu wissen, dass Gegenstandsangemessenheit ein zentrales Kennzeichen qualitativer Forschung darstellt (vgl. Flick u.a. 2000: 22).

Mit der zunehmenden Konkretisierung meines Forschungsprojektes, durch Lektüre beispielsweise der bereits angeführten (proto-)soziologischen Grundlagentexte und eine voranschreitende Methodenausbildung erschien mir der Ausschnitt aus der empirischen Wirklichkeit, den ich erforschen wollte, immer weniger umgrenzt und in seiner Beschaffenheit deutlich komplexer. Allein beispielsweise die Auflösung meiner (und nicht nur meiner) Vorstellung davon, es gäbe einen universell gültigen »Bedeutungskern« jenseits unserer subjektiven, perspektivengebundenen Wahrnehmung (vgl. Husserl u.a. 2004: 308 f.), oder auch das damit unmittelbar in Verbindung stehende Infragestellen eines möglichen vom jeweiligen Kontext unabhängigen quasi »gereinigten Sinns« einer Handlung oder Äußerung (vgl. Garfinkel 1967) brachten sowohl meinen Forschungsplan als auch Teile meiner Weltsicht durcheinander. Dies scheint zunächst übertrieben formuliert, führt man sich jedoch vor Augen, dass die »natürliche Einstellung, wie sie Schütz und Luckmann diskutieren (1975: 23 ff.),<sup>7</sup> gerade die Einstellung des Individuums zur gesamten es umgebenden Alltagswelt beschreibt, nivelliert sich dieser Eindruck. Die »natürliche Einstellung« vereinfacht für den Einzelnen das Wahrnehmen und Agieren unter Handlungsdruck in Interaktionen. Wird jedoch nun das, was man zuvor für »Natur« hielt, zur interaktiven Konstruktion und damit zum Artefakt erklärt, gerät der Boden der vermeintlichen »Tatsachen«, auf dem man agiert, ins Schwanken. Ist doch nun alles, was man natürlich zu wissen glaubte (Routinen, Begriffe, Dinge, Kategorien etc.), plötzlich von Menschen (in seiner spezifischen Bedeutung in der jeweiligen Situation) »hergestellt« und damit relativ – veränderbar – unsicher.

Zurück jedoch zu meinem Forschungsinteresse, hier spiegelte sich mein theoretischer Perspektivenwechsel in Richtung eines solchen sozialkonstruktivistischen bzw. wissenssoziologischen Standpunktes und den sich daraus ergebenden immer differenzierteren und komplexeren Fragestellungen, die über die vorausgegangene nach dem »ärztlichen Talent« im Umgang mit Patientinnen und Patienten weit hinaus reichten, wider: Wie kann ich *erfassen*, wie sich der Interaktionsprozess zwischen Arzt und Patient entfaltet, *verstehen* und *erklären*, warum sich dies in einer konkreten Situation in je spezifischer Art und Weise vollzieht? Welche strukturierenden Regeln liegen dem Handlungsverlauf zugrunde? Wann reproduzieren sich Strukturen? Wann emergiert Neues? Und: Inwieweit kann ich das einmalig Er-

---

7 Auch Pierre Bourdieu (1987: 734) diskutiert diese »natürliche Einstellung« in Anlehnung an Husserl als »Doxa« in ähnlicher Weise, jedoch mit stärkerem politischem Impetus.

fasste *generalisieren*, in anderen Interaktionen, vielleicht sogar zwischen anderen Interaktionspartnern, für gültig erachten?

Die erstgenannten Fragen zeigen meinen Perspektivenwechsel bereits deutlich an, richtet sich ihr Fokus bereits auf die Eigenperspektive der beteiligten Akteure. Um insbesondere die Sinndeutungs- und Sinnsetzungsprozesse der Individuen analysieren zu können, wie es Schütz zentral anstrebte, sind doch sämtliche Sinngebilde für ihn »weiter auflösbar in Sinnsetzungs- und Verstehensprozesse von Handelnden in der Sozialwelt« (Schütz 1974: 19). Diese Sinndeutungen sind jedoch je nach dem Zeitpunkt, zu dem sie erfolgen, dem situativen Interesse »sowie je nach dem biographiespezifischen durch Typisierungs- und Relevanzstrukturen geprägten Wissensvorrat, welcher der Auslegung zugrunde liegt« verschieden (Hitzler und Eberle 2000: 112). Damit einher geht auch die Notwendigkeit zur Wahl einer (oder mehrerer) Methode(n), die es ermöglicht, die genannten Typisierungen und Relevanzen sichtbar zu machen und den interaktiven Prozess des Aufeinandertreffens mehrerer Akteure mit solchen (stets, wenn auch manchmal nur marginal) voneinander verschiedenen Bedeutungsmustern und Typiken zu analysieren.

War mit dem ausgeführten Perspektivenwechsel meine Entscheidung für ein rekonstruktives oder interpretatives Vorgehen bereits gefallen, so musste trotzdem die Auswahl für bestimmte Methoden innerhalb des genannten Paradigmas getroffen werden. Wurde mir doch zunehmend deutlich, dass damit neben der Betrachtung der aktuellen Handlungsabläufe die Rekonstruktion der Genese von Interaktionshandeln prozesshaft nachzuzeichnen sei. Da ich als forschende Betrachterin den Startpunkt dieses Prozesses aber nicht bestimmen kann, wählte ich folgerichtig eine Methode, die die gesamte Biographie in den Blick nimmt. Inhaltlich immer noch an die Frage angelehnt, warum zwischen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten nach (vergleichsweise) standardisierter Ausbildung und in formal sehr ähnlichen Konsultationssituationen eine auffällige Varianz im Handeln und in der Wirkung auf mich als Patientin besteht, sollte das monokausale Erklärungsmodell ›Talent nun also aufgefächert und dynamisiert werden. Woraus sich wiederum die Frage ergab, wie genau sich (ärztliche) Handlungsmuster im Lebensverlauf herausbilden und etablieren.

Um es nochmals zu wiederholen, ist nach Schütz jede scheinbar selbstverständlich gegebene soziale Wirklichkeit eine voraussetzungsvolle Konstruktion der Akteure in dieser Welt. Für die Sozialwissenschaftler/-innen gilt es somit, diese Konstruktionen der Handelnden zu rekonstruieren,

damit werden Konstruktionen über Konstruktionen gebildet (Konstruktionen 1. und 2. Grades). Betrachtet man nun die Biographie eines Menschen, so wird damit – wie oben beschrieben – der Versuch unternommen, die Etablierung bestimmter Typisierungen und Deutungsmuster zu rekonstruieren sowie ihre Weiterentwicklung in Reproduktion und Transformation im sequenziellen Ablauf in den Blick nehmen zu können. Auf diese Weise werden Sinnsetzungs- und Verstehensprozesse umfassend untersucht, Handlungsmuster in ihrem Entstehen sichtbar gemacht.

Die methodologische Fundierung und methodische Ausarbeitung biographieanalytischer Verfahren wird in der einschlägigen Literatur ausführlich geleistet, was sich für die Methodenwahl als sehr hilfreich erwies. Speziell für das von mir verwandte Vorgehen der Biographischen Fallrekonstruktion nach Gabriele Rosenthal wird die Anwendung durch die von Rosenthal selber an verschiedener Stelle publizierte methodologische Grundlegung (vgl. insbesondere 1995) und methodische Anleitung (vgl. insbesondere 2005a) sehr erleichtert.

Lassen sich mit einer Analyse der strukturierenden Muster, deren Etablierung, Reproduktion und Transformation, die in einer Biographie wirksam werden, Handlungen und Entscheidungen des Subjektes in der Vergangenheit nachzeichnen, verstehen und erklären, so bleiben Aussagen über das Agieren (auf der Grundlage von Deutungs- und Relevanzmustern) in einer konkreten Handlungssituation in der Gegenwart jedoch naturgemäß im Bereich des (wenn auch plausibel) Prognostischen. Ziel der Arbeit war es jedoch von Anfang an – und auch bis zum heutigen Zeitpunkt –, insbesondere auch die konkrete Interaktionssituation in den Blick zu nehmen, die Aufschichtung von Handlungen und Entscheidungen beider Beteiligten in einer Konsultationssituation und damit die Etablierung von Interaktionsmustern innerhalb eines konkreten Geschehens verstehbar und erklärbar zu machen. Wie zeigt sich nun der vielfach genannte biographische Wissensvorrat, das Routine- und Rezeptwissen, bzw. die damit zusammenhängenden internalisierten und routinisierten Handlungsmuster in der konkreten Handlungssituation? Kann hier noch Neues entstehen und wenn ja, wie? Wenn dem nicht so wäre, blieben die Handelnden doch nur »Beurteilungstrottel, wie Garfinkel sie verschiedentlich bezeichnet. Man ließe ihre aktive Konstruktionsleistung insgesamt außen vor, auch wenn man damit nur unterstellte, sie handelten innerhalb einer konkreten Situation quasi gefangen in den von ihnen selbst im Vorfeld gebildeten Mustern. Ferner kann man soziale Interaktion auch nicht als »bloße Aktua-

lisierung und Ausführung von abstrakt beschreibbaren Verhaltensmustern (Rollen etc.) konzipieren« (Bergmann 2000: 127), negierte man doch so ihre kontextgebundene Qualität. Folgt man demgegenüber einer interaktionistischen Handlungstheorie, so ist gesellschaftliche Wirklichkeit eine Vollzugswirklichkeit (Garfinkel), die in jedem Moment und in jeder Situation von den Akteuren lokal hervorgebracht wird und damit auch stets einen Horizont von Neuem eröffnet. Ist doch keine soziale Situation wie die jeweils vorhergehende, auch wenn es nicht bis zu Interaktionskrisen im Sinne von fehlenden oder unangemessenen Handlungsrouninen (Schütz) kommt, und ist darüber hinaus menschliches Entscheiden auch durch (äußeren) Kontext und (innere) Handlungsmuster nie programmiert, sondern beinhaltet individuell verschiedene Freiheitsgrade. Letztlich stellt sich damit die Frage: Was bringen die Individuen in die Interaktionssituation mit, was wird davon handlungswirksam, reproduziert sich damit und was entsteht neu, wird transformiert?

So wurde bereits sehr früh innerhalb der Untersuchung deutlich, dass eine Perspektive auf die Biographie des Arztes zu diesem Zweck nicht ausreichen kann, wie auch eine ausschließliche Betrachtung der Interaktion zu kurz griffe. Ein triangulierendes Vorgehen wurde deshalb angezielt. Neben der biographischen Etablierung (angenommener) ärztlicher Handlungsmuster musste auch sichtbar gemacht werden, wie diese Handlungsmuster in Interaktionen (vermutlich) wirksam, wie sie in konkretes Handeln umgesetzt werden und inwiefern sie sich transformieren.

Erst nachdem ich mich zu diesem Zweck für den Einsatz des Mediums Video entschlossen hatte,<sup>8</sup> wurde mir deutlich, dass ganz im Gegensatz zu den ausführlichen methodischen Anleitungen für die soziologische Biographieanalyse sozialkonstruktivistischer Provenienz auf dem Gebiet videogestützter Analyse von Interaktionen wenig Vergleichbares existierte.<sup>9</sup>

8 Vielleicht war dies jedoch insbesondere eine Entscheidung gegen eine teilnehmende Beobachtung innerhalb einer Konsultation?! Im Nachhinein muss ich mir eingestehen, dass die von mir damals angeführten Argumente gegen die Beobachtung (zum Beispiel »die Patientinnen und Patienten wollen das nicht«; »dann macht niemand mit«; etc.) eher der Verdeckung meiner eigenen Vorbehalte dienten. Mich hätte die Anwesenheit in einem Konsultationszimmer an vielen Stellen vielleicht einfach peinlich berührt, sie wäre mir unangenehm gewesen.

9 Selbstverständlich sind mir die Bemühungen hinsichtlich einer theoretischen Anbindung, methodologischen Fundierung und methodischen Anleitung, die in Bezug auf das Medium Video in der empirischen Sozialforschung, insbesondere durch die Arbeitsgruppe um Hubert Knoblauch und Bernt Schnettler (vgl. beispielsweise Knoblauch u.a. 2006), bekannt. Jedoch fehlte meines Erachtens hier eine unmittelbare Anwendbarkeit

Dies gab dem gesamten Promotionsvorhaben nochmals eine neue Wendung, hatte ich nun neben der Beantwortung meiner Forschungsfragen zum sozialen Phänomen »Arzt-Patient-Interaktion« auch noch eine Aufgabe im Bereich der Methodenentwicklung oder zumindest -weiterentwicklung hinzugewonnen. Die Erhebung von Videomaterial, die Handhabbarmachung der Daten zur Analyse vor dem Hintergrund der vielfältigen und komplexen Herausforderungen wie beispielsweise dem Umgang mit dem gemeinsamen Auftreten von synchronen und diachronen Daten, die Fragen der Bedeutung des Leibes der Handelnden, die auftretenden Gegensätze verbaler und gestischer Signale waren nun die Themen, mit denen ich mich auseinanderzusetzen hatte. Dabei erscheint es mir heute als Privileg, die Möglichkeit gehabt zu haben, eine Methode nach den Anforderungen meines spezifischen Forschungsfeldes auszurichten. Flick u.a. (2000: 22) schreiben hierzu: »Für fast jedes Verfahren [der qualitativen Sozialforschung; N.W.] lässt sich zurückverfolgen, für welchen spezifischen Forschungsgegenstand es entwickelt wurde. Ausgangspunkt war in der Regel, dass die vorhandenen Methoden für den spezifischen Gegenstand nicht geeignet waren«. Eine Übertragung der Methode in andere Anwendungsbereiche wird inzwischen auch jenseits unserer Göttinger Arbeitsgruppe nach und nach etabliert.

Mit der gemeinsam mit Gabriele Rosenthal entwickelten Methode der Analyse videographierten Datenmaterials war es neben der analytischen Nachzeichnung der biographischen Etablierung von Handlungs- und Entscheidungsmustern mittels der biographischen Rekonstruktion nun auch durchführbar, die Aufschichtung von Handlungen innerhalb der Interaktionssituation zwischen Arzt und Patient zu rekonstruieren. Damit wurde es nach und nach möglich, meine forschungsleitenden Fragen zu beantworten. Was jedoch nun ebenfalls immer stärker deutlich wurde, war die im Forschungsdesign bereits angelegte mangelnde Beachtung der strukturellen Deutungs-, Handlungs- und Entscheidungsmuster der Patientinnen und Patienten. Erweiterte sich – wie bereits gesagt – auf der einen Seite meine Fragestellung immer stärker von einer Beschränkung auf ärztliches Interaktionshandeln hin zu der Frage, was von den Partnern in eine (nicht nur professionelle) Interaktion eingebracht wird, somit welche strukturierenden Komponenten die Beteiligten »mitbringen«, wie eine Abstimmung des individuellen Handelns auf dieser Basis geschieht und was

---

nach der Lektüre, während andere Ansätze forschungsökonomisch schlecht handhabbar schienen (siehe hierzu Ausführlicheres im Methodenkapitel, Kap. 3).

Neues innerhalb der Interaktion entsteht, was sich dann je nach Perspektive als Transformation der Handlungsmuster oder als Emergenz charakterisieren ließe, so wurde nun auf der anderen Seite das ›Fehlen‹ der Patientinnen und Patienten innerhalb des Bildes immer nachteiliger spürbar. Die ausschließliche Betrachtung der Ärztinnen und Ärzte kann aus meiner theoretischen Perspektive mein Forschungsinteresse nicht vollständig befriedigen. Daraus folgend fühle ich mich für zukünftige Forschungen aufgefordert, die interaktionistische Handlungstheorie vollständig und nicht nur auf das beschränkt anzuwenden, was vermeintlich mein Forschungsthema ist.

Betrachtet man nun die Ergebnisse der Untersuchung, so lässt sich deutlich mehr Strukturreproduktion als Strukturtransformation auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte nachweisen. Prognosen aus der biographischen Analyse können innerhalb der Interaktionsanalyse plausibilisiert werden oder es finden sich Prozesse der Etablierung von in den Interaktionen nachgewiesenen Handlungsmustern innerhalb der Biographien. Die Gründe hierfür haben keineswegs in erster Linie damit zu tun, dass Ärztinnen und Ärzte die ohne Zweifel bestehende deutlich ungleiche Machtbalance (im Sinne von Norbert Elias<sup>10</sup>) zwischen ihnen und ihren Patientinnen und Patienten bewusst ausspielen. Ich werde in der Arbeit aufzeigen, dass auch die Mediziner/-innen in vielerlei Hinsicht in ihren Handlungsoptionen beschränkt sind und eine Durchsetzung ihrer Vorstellungen von einer Interaktion keineswegs stets bewusst aus einer überlegenen Position heraus anstreben. Erscheinen die Patientinnen und Patienten häufig offensichtlich abhängig und ohne Handlungsoption, so zeigen die Analysen, dass die Ärztinnen und Ärzte ebenfalls häufig als arm an Optionen durch eine engmaschige Verstrickung in ein biographisches Bewältigungsmuster beschrieben werden müssen.

Neben der Ergänzung der hier vorgestellten Untersuchung um eine Patientenperspektive bedürfte es meines Erachtens einer Untersuchung des Interaktionshandelns von Vertreterinnen und Vertretern anderer Professionsgruppen. Damit könnte eine Übertragung der hier erlangten Ergebnisse erzielt werden und ihre Erklärungskraft würde sich damit deutlich erhöhen. Welches Potenzial bereits hier gegeben ist oder aber vielleicht

---

10 Gerade die systematische Erweiterung einer interaktionistischen und prozessorientierten soziologischen Perspektive um den Faktor ›Macht‹ ist ein wichtiger Verdienst von Norbert Elias.

verschenkt wurde, ist eine Frage, die jede Leserin und jeder Leser sicher für sich beantworten wird.

### 1.3 Der Aufbau der Arbeit

Abschließend möchte ich kurz den Aufbau der Arbeit erläutern. In dem Kapitel zum *Stand der Forschung*, das direkt auf diese Einleitung folgt, wird ein Überblick über die Vielfalt der Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion gegeben. Dabei nehme ich eine Trennung zwischen Arbeiten aus einer originär medizinischen und einer (medizin-)soziologischen Forschungsperspektive vor. Scheint die Fülle der Arbeiten zunächst fast unüberschaubar, so wird bei genauerer Betrachtung deutlich, dass der Ansatz, ärztliches Interaktionshandeln in Zusammenschau mit seiner biographischen Genese zu fokussieren, trotz verschiedener mehr als ein Jahrzehnt alter Forderungen aus der (Medizin-)Soziologie einen innovativen Ansatz darstellt.

Im Anschluss daran nutze ich das Kapitel zu den *Forschungsmethoden* dazu, zunächst sehr kurz einige methodologische Grundlagen interpretativer Verfahren zu erläutern. Dies ist mit Bedacht kurz gehalten, da eine umfassende und angemessene methodologische Einbettung den Rahmen deutlich überschreiten würde, steht doch in der hier vorliegenden Arbeit die Erforschung eines sozialen Phänomens im Vordergrund. Deshalb beschränke ich mich sehr konsequent auf fast stichwortartige Ausführungen in diesem Bereich. Dieser kurzen methodologischen Betrachtung folgen dann Ausführungen zum Feldzugang, der Stichprobenziehung und den Methoden der Datenerhebung und -analyse. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einem kurzen Ausblick zur Verknüpfungsmöglichkeit der Ergebnisse beider Verfahren.

Im Anschluss daran steht das Kapitel mit den Darstellungen meiner *empirischen Arbeit*. Es enthält die Fälle zweier Ärztinnen und eines Arztes. Für alle drei Fälle wurden – wie bereits deutlich gemacht – jeweils Biographische Fallrekonstruktionen erstellt und Analysen von Konsultationen dieser Ärztinnen und des Arztes mit Patientinnen und Patienten vorgenommen. Dabei werden die Fallrekonstruktionen der Darstellung der Videoanalysen vorangestellt. Im Fall der Ärztin Fink werden die einzelnen Auswertungsschritte der Videoanalyse jeweils beispielhaft gezeigt. Für die Fälle Dr. Sperber und Dr. Zeisig werden dann neben den Biographischen Fallrekon-

struktionen jeweils nur die Kontextanalyse und eine Zusammenfassung aller durchgeführten Konsultationsanalysen präsentiert.

Schon bei der Lektüre der einzelnen Fallauswertungen wird deutlich, wie leicht prognostizierbar das Handeln von Ärztinnen und Ärzten mit ihrer Patientenschaft offenbar in vielen Fällen ist, hat man die den Lebensweg strukturierenden Handlungs- und Entscheidungsmuster rekonstruiert. Aufgrund dieses vermeintlich banal erscheinenden Ergebnisses und der plausiblen Annahme, dass ärztlich-professionelles Handeln sich offenbar strukturell nicht vom Handeln jenseits des beruflichen Settings unterscheidet, sei hier bereits explizit darauf hingewiesen, dass die zwei Auswertungsteile (Biographie und Interaktion) unabhängig voneinander durchgeführt wurden. Ruft doch das Passungsverhältnis der Ergebnisse auf beiden Fallebenen stets erneut Erstaunen hervor. Keineswegs wurden die Ergebnisse der biographischen Analysen etwa durch die Interaktionsanalysen überprüft oder umgekehrt.

Vielmehr können die erzielten Ergebnisse damit begründet werden, dass das professionelle Handeln für die untersuchten Ärztinnen und den Arzt Teil einer biographischen Bewältigungsstrategie ist oder – anders formuliert – biographische Arbeit darstellt (vgl. Fischer-Rosenthal 1995 und die Erweiterung durch Rosenthal 1997b). Auch innerhalb der professionellen Sphäre gelingt es den Protagonisten so, biographische Problemlagen, die außerhalb eines beruflichen Settings entstanden sind und sich verfestigt haben, zu bearbeiten. Dass dies in einer Profession wie der Medizin besonders gut gelingen kann, ist ebenfalls Teil der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit.

Ausführlich werden diese allgemeinen Erkenntnisse dann im *Ergebnisteil* im Anschluss an die Darstellung der empirischen Auswertungen betrachtet und zusammenfassend dargestellt. Hierbei wird genau die Abstraktionsleistung angestrebt, von der oben bereits die Rede war: Es soll ein Beitrag zur Theoriebildung (kurzer bis mittlerer Reichweite) geliefert werden. In der Darstellung werden zunächst verschiedene, auch über die oben kurz angerissenen zentralen Ergebnisse hinausgehende Fragen auf den beiden Fallebenen getrennt beantwortet. Ergänzt wird dieses Kapitel durch eine gesonderte Betrachtung der Erkenntnisse, die aus einer Zusammenschau beider Fallebenen entsteht.

Die Arbeit wird von einem kurzen kritischen *Fazit* abgeschlossen, das einen Ausblick auf noch zu leistende Forschungsarbeit zur Arzt-Patient-Interaktion, zum ärztlichen Handeln in Gänze, zum institutionellen Setting,

---

in dem medizinische Dienstleistung erbracht wird, und nicht zuletzt auch zu professionssoziologischen Fragestellungen in Bezug auf diesen herausfordernden Beruf darstellt.

## 2. Stand der Forschung

### 2.1 Vorbemerkung

Die Arzt-Patient-Interaktion ist seit Ende der 1970 Jahre ein viel beforschtes Feld in der (Medizin-)Soziologie, der Linguistik und in den letzten Jahren in der sich immer stärker auch akademisch etablierenden allgemeinmedizinischen Forschung. Hierbei werden auf der Grundlage der jeweiligen (auch immer durch die Fachdisziplin bestimmten) theoretischen Vorannahmen verschiedenste Forschungsfragen beantwortet. Dabei kommen unterschiedliche Forschungsmethoden – interpretative Verfahren, quantifizierende Verfahren und deren Kombinationen – zum Einsatz. So lässt sich daraus folgend die Frage formulieren: Was hat die vorliegende Arbeit diesem umfangreichen Kompendium noch hinzuzufügen? Diese Frage soll auf den nächsten Seiten durch eine konkretere Betrachtung bisher durchgeführter Forschungen auf der Fallebene ›Arzt-Patient-Interaktion<sup>11</sup> und der Fallebene ›ärztliche Biographie‹ beantwortet werden. Dabei werden einige der wenigen empirischen Ansätze zur Verknüpfung beider Fallebenen dargestellt, die meines Erachtens zu einem tieferen Verständnis ärztlicher Interaktion beitragen.

Um den Leserinnen und Lesern das Forschungsfeld, das hier ausschnittsweise betrachtet wird, etwas näher zu bringen, stelle ich dem Literaturüberblick einen kurzen Abriss über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland voran, an dem sich bereits – zumindest quantitativ – die genannte Vielschichtigkeit und die Relevanz der Begegnung zwischen (niedergelassenen, hausärztlich tätigen) Medizinerinnen und Medizinern mit ihrer Patientenschaft ablesen lässt.

---

<sup>11</sup> Hier muss angemerkt werden, dass die Fülle der Untersuchungen zur Arzt-Patient-Interaktion oder auch Arzt-Patient-Kommunikation mit verschiedenen Foki hier nur exemplarisch aufgezeigt werden kann.

## 2.2 Die ambulante ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland stützt sich auf vier Säulen (vgl. Klein-Lange 1998; Hurrelmann 2003): a) die klinische Behandlung und Rehabilitation (vgl. Blum 2006); b) den öffentlichen Gesundheitsdienst (vgl. Brand und Schmacke 1998; Gostomzyk 2006); c) ein dichtes Netzwerk von Vereinen und Institutionen der Selbsthilfe<sup>12</sup> (vgl. Grunow 2006) und schließlich d) die ambulante Versorgung (vgl. Simon 2006).

Dabei sind insbesondere die unter a) genannte klinische Behandlung und die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten (d) von zentraler Bedeutung. So wurden beispielsweise 1989 etwa 90 Prozent aller Patientinnen und Patienten ambulant behandelt (vgl. ZI 1989).<sup>13</sup> Zum ambulanten Teilsystem zählen neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten selbstständig tätige nichtmedizinische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie andere nichtmedizinische<sup>14</sup> Heilberufe (beispielsweise Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden oder auch Hebammen) und Pflegekräfte. Der größte Teil der ambulant versorgten Patientinnen und Patienten, rund 37 Prozent, nahm jedoch die Dienstleistung von praktischen Ärztinnen und Ärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin in Anspruch (vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK,

---

12 Dieses Netzwerk kann aufgrund seiner wachsenden Bedeutung faktisch als »Säule« bezeichnet werden, obwohl es sich häufig um informelle Organisationsformen handelt, die im Gegensatz zu den drei anderen Stützpfeilern der Krankenversorgung nur in geringem Maß institutionalisiert sind (vgl. Engelhard u.a. 1995).

13 Leider konnte trotz umfangreicher Bemühungen keine aktuellere Zahl zum Anteil der ambulanten Versorgung recherchiert werden. Aufgrund des starken Anstiegs der Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte (40 Prozent zwischen 1990 und 2002), der fast gleichbleibenden Anzahl der niedergelassenen Allgemeinmediziner/-innen in diesem Zeitraum, des Abbaus fast jedes siebten Krankenhausbettes seit Beginn der 1990er Jahre und des deutlichen Bedeutungsanstiegs der Versorgung durch nichtmedizinische Heilberufe (zu allen Angaben vgl. Robert Koch-Institut 2006), kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil der ambulanten Versorgung seit 1989 zumindest nicht gesunken ist.

14 Interessant erscheint die Bezeichnung als »nicht-medizinisch«, müsste es doch eher »nicht-ärztlich« heißen, schließlich leisten die genannten Berufsgruppen medizinische Dienstleistungen. Unterstellt wird mit einer solchen Formulierung die Annahme, nur Ärztinnen und Ärzte könnten medizinische Versorgungsleistungen zur Verfügung stellen, ein Alleinstellungsmerkmal. Es stellt sich die Frage, wer diese Definition durchsetzen konnte.

zitiert nach dem Gesundheitsbericht des Bundes, Robert Koch-Institut 2006). Auch aus einer Publikation des Statistischen Bundesamtes zu Krankheitskosten in der Bundesrepublik Deutschland geht die Bedeutung der ambulanten Versorgung deutlich hervor. So fielen von den gesamten Krankheitskosten in Höhe von 225 Mrd. Euro im Jahr 2004 etwa die Hälfte (112,8 Mrd. Euro) im ambulanten Sektor an (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: Kap.1). Gerade vor dem Hintergrund der häufig deutlich teureren (teil-)stationären Versorgung, zum Beispiel in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, lässt sich auf eine größere Häufigkeit von ambulanten Kontakten im Gegensatz zur stationären Behandlung auch noch in der Gegenwart schließen. Die aus diesen Zahlen hervorgehende Bedeutung der ambulanten Versorgung und daraus folgend auch der Interaktion zwischen Arzt und Patient innerhalb einer Praxis spiegelt sich nicht vollständig in den vorliegenden Forschungen zur Arzt-Patient-Interaktion. So kommen etwa Florian Menz u.a. (2008: 145 f.) zu dem Ergebnis, dass die weitaus größere Anzahl (50 Prozent) der zu Arzt-Patient-Interaktionen vorliegenden Studien sich auf den klinischen Bereich konzentriert, im Gegensatz zu (nur) 17 Prozent, die sich mit Begegnungen in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte befassen.

Insgesamt etwa 137 500 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte arbeiten im Jahr 2007 ambulant; davon waren etwa 127 000 selbstständig tätig und ca. 10 000 als Angestellte (vgl. BÄK 2008a). Je nach Abgrenzungsdefinition etwas unterschiedlich sind circa 42,5 Prozent von ihnen (58 500) für die Primärversorgung der Patientinnen und Patienten verantwortlich: Diese so genannten Hausärztinnen bzw. Hausärzte sind (häufig) wohnortnahe Erstversorger/-innen. Idealtypisch kennen sie die gesamte Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten, steuern Behandlungsabläufe und stellen Überweisungen an andere Behandler/-innen aus (vgl. Abholz 1994; Abholz und Kochen 2006; Kochen 2006). Damit ist anzunehmen, dass ihr Interaktionshandeln mit Patientinnen und Patienten für den gesamten Behandlungsverlauf von herausragender Bedeutung ist, nehmen Hausärztinnen und Hausärzte somit doch faktisch eine Art »Gatekeeper-Funktion« für den Zugang der Patientenschaft in das Gesundheitswesen wahr, obwohl der Patient rechtlich die freie Arztwahl hat.<sup>15</sup> Als Hausärzte

---

<sup>15</sup> Die Angaben der Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten sind widersprüchlich. So geben etwa 90 Prozent an, einen Hausarzt zu haben und diesen auch in den meisten Fällen als erstes zu konsultieren, gleichzeitig sa-

arbeiten »Praktische« Ärztinnen und Ärzte (ohne Facharztausbildung), Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin sowie Internistinnen und Internisten, soweit sie sich als hausärztlich tätig und nicht als Spezialisten – zum Beispiel als Diabetologen – definieren.<sup>16</sup> Mit einer Anzahl von etwa 37.000 stellen die Allgemeinmediziner/-innen bundesweit die größte Gruppe unter allen niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten dar (vgl. BÄK 2008b). Sie werden in der Statistik automatisch der Gruppe der Hausärzte zugeordnet.

Die Anzahl der Konsultationen von Hausärztinnen und -ärzten liegt in Deutschland mit durchschnittlich fast 300 Kontakten pro Woche deutlich über Vergleichszahlen aus dem europäischen Ausland, die durchschnittliche Länge der Konsultationen hingegen ist hier folgerichtig mit etwa 7,6 Minuten wesentlich kürzer als in den anderen untersuchten Ländern (vgl. Brink-Muinen u.a. 1999; Deveugele u.a. 2002). Möchte man sich also mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ihrer Interaktion mit Patientinnen und Patienten beschäftigen, so spricht vieles für eine Konzentration auf »hausärztlich« tätige Mediziner/-innen, wie es in der hier vorliegenden Studie geschieht.

Jedoch zeigen sich die Rahmenbedingungen gerade in den letzten Jahren starken Veränderungen unterworfen, was insbesondere an der anhaltenden Finanzierungs- und Kostendiskussion im Gesundheitswesen abzulesen ist. Auch die ärztlichen Dienstleister/-innen bekommen dies zu spüren, spricht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gar explizit von einem wachsenden ökonomischen Druck, der auf Ärztinnen und Ärzten lastet (vgl. WHO 2001).<sup>17</sup>

Doch nicht nur die Rahmenbedingungen verändern sich in steter Folge, auch die Ansprüche der Patientinnen und Patienten wandeln sich im Zeitverlauf, nicht zuletzt bedingt durch die steigenden Preise für Gesundheits-

---

gen Patientinnen und Patienten aber in 50 Prozent aller Fälle aus, sie gingen direkt zu dem ihrer Einschätzung nach zuständigen Facharzt.

16 »Hausarzt« ist dabei keine rechtlich festgelegte Berufsbezeichnung, sondern beschreibt im Wortsinne den Arzt, der zum Patienten »nach Hause« kommt. Damit werden die weiteren (idealtypisch) vom Hausarzt zu erfüllenden Aufgaben und Tätigkeiten assoziiert, die oben angegeben werden.

17 So meldeten im Jahr 2005 240 Arzt- und Zahnarztpraxen Insolvenz an. Im Jahr 2004 waren es 155 Praxen. Obwohl dies immer noch ein sehr geringes Insolvenzrisiko im Gegensatz zu anderen Freiberuflern ist (Risiko von 0,24 Prozent), stellt dies für die Ärzteschaft sicher ein Bedrohungspotenzial dar, gerade weil bis vor wenigen Jahren eine Insolvenz nur als eine theoretische Möglichkeit bestand (vgl. Flintrop 2006).

leistungen. Ist die Arzt-Patient-Beziehung ohnehin durch zwei vielfach konkurrierende Bezüge geprägt, das ›Vertrauens‹- und das ›Dienstleistungsverhältnis‹ (vgl. Schaefer u.a. 2000), so wird sie durch die genannte, sich immer schneller vollziehende Veränderung von Rahmenbedingungen und Anforderungen der Partner aneinander stetig komplexer. Diskutiert wird dabei insbesondere ein möglicher Bedeutungsverlust des ›Vertrauensverhältnisses‹ gegenüber dem ›Dienstleistungs‹-, oder wie andere Autoren es nennen, ›Vertragsverhältnisses‹<sup>18</sup> (vgl. Geisler 2002; Kloiber 2001; Reibnitz u.a. 2001), was eine ›Ökonomisierung‹ der Arzt-Patient-Beziehung bedeuten würde. Dies geht einher mit dem ebenso diskutierten Wunsch vieler Patientinnen und Patienten nach größerer Autonomie, weg von einem paternalistischen Modell<sup>19</sup> hin zu einer annähernd symmetrischen Beziehung<sup>20</sup> (vgl. Geisler 1995).<sup>21</sup> Demgegenüber kann eingewandt werden, dass Patientinnen und Patienten mit der Stärkung ihrer Position als Vertragspartner auch die Übernahme von Mitverantwortung für die Therapie zu-

---

18 Beispielsweise durch die ›Individuellen Gesundheitsleistungen‹ (IGeL), die direkt durch die Versicherten bezahlt werden müssen (häufig sogar in bar direkt in der Praxis), ist die geldliche Entlohnung der Ärzteschaft überhaupt erst ins Blickfeld der meisten gesetzlich Versicherten gelangt (vgl. KVN 2005).

19 Die Bestimmungsgründe eines solchen paternalistischen Modells sind die klare Verteilung von Arzt- bzw. Patientenrolle und eine daraus hervorgehende asymmetrische Experten-Laien-Interaktion, in der der klassische Heilauftrag (Heilen, Lindern, Vorbeugen) der Mediziner/-innen im Vordergrund steht. Die Arzt-/Ärztinnenrolle wird dabei nach Parsons (1951) durch fünf Strukturmerkmale bestimmt: *funktionelle Spezifität, uneingeschränkte Hilfsbereitschaft und universelle Wertorientierung, affektive Neutralität, fachliche Kompetenz sowie Altruismus*.

20 Wesentliche Elemente eines neuen Verständnisses der Arzt-Patient-Beziehung lassen sich nach Wolfgang Himmel und Wolfgang Rönsberg (2006) folgendermaßen charakterisieren: a) Arzt und Patient werden jeweils als Experte auf ihrem Gebiet verstanden und haben damit notwendigerweise eine aktiv-gestaltende Rolle; b) die Vorstellungen und Konzepte der Patientinnen und Patienten von ihrer Krankheit, deren Ursachen und möglichen Behandlungen sollten in der Konsultation zur Sprache kommen; c) Arzt und Patient sollten möglichst eine ›gemeinsame Grundlage‹ für ihr Gespräch und für das weitere Vorgehen finden; d) in der Konsultation ist der Patient eine Person (nicht nur Kranker), die einzigartig Krankheit und Behandlung erlebt und bewertet, und schließlich e) Arzt und Patient sollen zu einer gemeinsamen Entscheidung (und wechselseitigen Akzeptanz) über die Behandlung kommen.

21 Hier ist keineswegs eine kausale Verknüpfung der genannten Faktoren gemeint, im Sinne eines *weil* die Patientenschaft mehr bezahlen muss, verändert sich auch ihr Anspruch auf Mitbestimmungsmöglichkeiten im Binnenverhältnis zur Ärzteschaft. Vielmehr handelt es sich hierbei um vielfach verknüpfte und sich gegenseitig beeinflussende Prozesse.

rückweisen (da sie den Arzt für die Übernahme von Verantwortung bezahlen), wie sie beim »Shared Decision Making« gewünscht und notwendig ist (vgl. Schneider u.a. 2005). Dieses »Trilemma der modernen Medizin« (Bauer 2001) zwischen Kundendienst, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung zeigt die Komplexität der ärztlichen Aufgaben deutlich, tangieren doch offenbar institutionelle Rahmenbedingungen die Interaktionsbeziehung zum Patienten stark und binden vielleicht sogar Ressourcen, die für die Gestaltung einer konkreten Interaktionssituation benötigt würden.

Schon bei dieser nur skizzenhaften, einzelne ökonomische Rahmenbedingungen und deren Veränderung betrachtenden Darstellung wird deutlich, welche zentrale Bedeutung das betrachtete Untersuchungsfeld innerhalb der Gesundheitsversorgung einnimmt, aber ebenso, wie komplex die verschiedenen Komponenten miteinander verzahnt sind und wie sie sich im Zeitverlauf verändern. Im Folgenden wird gezeigt, welche Bereiche des Untersuchungsfeldes bereits mit welchen Methoden erforscht wurden. Zur besseren Übersichtlichkeit wird zunächst die Fallebene Arzt-Patient-Interaktion betrachtet, dann die Fallebene Biographie und anschließend die Verknüpfungen beider Fallebenen.

### 2.3 Die Arzt-Patient-Interaktion als Forschungsgegenstand

Die Arzt-Patient-Interaktion, wahlweise auch als Arzt-Patient-Beziehung oder als Arzt-Patient-Kommunikation in der Literatur aufzufinden, wird – wie bereits oben angemerkt – etwa seit Mitte der 1970er Jahre von verschiedenen akademischen Fachdisziplinen in den Blick genommen. So gibt es mittlerweile überaus reichhaltige Literatur und zahlreiche empirische Studien zur Interaktion im ärztlichen Sprechzimmer. Es finden sich über (medizin-)soziologische und -psychologische Beiträge hinaus die gerade in den 1970er bis 1990er Jahren stark vertretene Linguistik mit ihren Diskurs- und Konversationsanalysen, die Psychologie und insbesondere in den letzten zwei Dekaden vermehrt auch die (allgemein-)medizinische Forschung.<sup>22</sup> Diese Diversifizierung der Betrachterperspektiven verkompliziert einerseits die Möglichkeit, die Publikationen im Forschungsfeld zu überbli-

---

<sup>22</sup> Die Zuordnung zu den verschiedenen Fachdisziplinen, die unten vorgenommen wird, geschieht hier nicht aufgrund der akademischen Abschlüsse der jeweiligen Autoren, sondern nach der von ihnen eingenommenen Forschungsperspektive.