

Handeln von Ärztinnen und Ärzten im biographischen Kontext: zur Verknüpfung von Biographie- und Interaktionsanalyse

Witte, Nicole

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Witte, N. (2008). Handeln von Ärztinnen und Ärzten im biographischen Kontext: zur Verknüpfung von Biographie- und Interaktionsanalyse. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 1556-1570). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-152587>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Handeln von Ärztinnen und Ärzten im biographischen Kontext: Zur Verknüpfung von Biographie- und Interaktionsanalyse

Nicole Witte

Vorüberlegungen

Vielleicht können Sie sich einmal folgende Situation vorstellen: Sie sitzen in einem Konsultationsraum bei einer Allgemeinmedizinerin, Sie sind das erste Mal bei ihr. Es kratzt in Ihrem Hals, Sie fühlen sich unwohl. Die Ärztin betritt den Raum, begrüßt Sie nur kurz, stellt sich nicht vor, sondern setzt sich an ihren Schreibtisch, schlägt Ihre Patientenakte auf, fragt Sie dann, ohne von der Akte aufzublicken, was Sie in die Praxis führt.

Verändern wir diesen Kontext nun etwas. Stellen Sie sich jetzt eine zweite mögliche Eröffnungssequenz vor: Die Ärztin ruft Sie persönlich aus dem Wartezimmer, sie gehen gemeinsam in den Konsultationsraum. Währenddessen stellt sie sich Ihnen vor und merkt an, dass Sie ein neuer Patient sind. Sie betreten das Sprechzimmer, die Ärztin weist Ihnen Ihren Platz zu, setzt sich selber an ihren Schreibtisch, wendet sich Ihnen zu, fragt Sie, was Sie zu ihr führt.

Kommen Ihnen beide geschilderten Situationen bekannt vor? Haben Sie sich dann im ersten Fall vielleicht gewundert, warum die Ärztin elementare Regeln der Höflichkeit vermissen lässt oder sich im zweiten Fall gefreut, wie nett die Ärztin ist und sich selber dazu beglückwünscht, genau in ihre Praxis gekommen zu sein? Und: Haben Sie vielleicht schon beide Erfahrungen verglichen? Sich gefragt, warum die eine Ärztin Ihnen so und die andere Ihnen ganz anders gegenübertritt und worin das begründet ist? Obwohl doch beide Ärztinnen die gleiche Ausbildung absolviert und die gleichen Examina abgelegt haben, vielleicht sogar im gleichen Alter und beide weiblich sind und Sie sich darüber hinaus sogar mit ähnlichen Anliegen an beide wenden?

Transponieren wir diese Ebene der Alltagserfahrung in wissenschaftliches Erkenntnisinteresse, so lässt sich hieraus die umfassende Frage nach der Entwicklung, Reproduktion und Transformation ärztlicher Handlungsmuster in Interaktionen mit Patienten formulieren, die ich in meiner Promotionsstudie verfolge.

Zur Verdeutlichung dieser zunächst allgemein formulierten Forschungsfrage und des durch das spezifische Studiendesign gewählten Weges der Beantwortung

dieser Frage möchte ich im Folgenden insbesondere den Fall der Ärztin vorstellen, die bereits im ersten obigen Beispiel kurz Erwähnung fand.

Das Design der Untersuchung

Hintergründe

Gehen wir davon aus, dass soziales Handeln interaktiv erzeugt wird, so stellt sich dennoch die Frage, welche etablierten Muster soziales Handeln strukturieren und wie sich diese Muster im Laufe der Sozialisation der einzelnen Akteure herausgebildet und verändert haben. Diese Frage nach der biographischen Genese von Handlungsmustern kann mit der Analyse der Interaktionssituationen nicht ausreichend beantwortet werden. Zwar ist es hierbei möglich, Aussagen darüber zu treffen, welche *Interaktionsmuster* in welchen konkreten Interaktionssituationen wirksam werden und wie sich diese reproduzieren oder verändern. Betrachten wir bspw. den ersten in den Vorüberlegungen genannten Fall, so wird es durch die sequenzielle Analyse des Interaktionsgeschehens möglich, die Konzentration der Ärztin auf die Akte als ein spezifisches Handlungsmuster zu markieren. Im weiteren Verlauf wird es dann ebenfalls möglich, Bedingungen zu formulieren, unter denen die Ärztin ihr Handeln verändert und bspw. häufiger Blickkontakt zum Patienten aufnimmt. Die Wahrnehmung und Interpretation dieser Bedingungen durch die Ärztin sind jedoch wiederum nicht zufällig, sondern ebenso wie ihr Handeln in bestimmter Weise strukturiert. Auch diese *Interpretationsmuster* lassen sich durch die Analyse der Konsultation herausarbeiten. Es lässt sich z.B. feststellen, innerhalb welches Interaktionsverlaufs die Ärztin bspw. auf eine namentliche Ansprache durch den Patienten mit vermehrtem Blickkontakt reagiert, diesen somit als Versuch des Patienten interpretiert, von ihr angesehen zu werden.¹

Die Analyse der Interaktionen bietet hingegen keine ausreichende Möglichkeit, die Entwicklung der in einer spezifischen Situation wirksamen *Interaktions-* und *Interpretationsmuster* nachzuzeichnen und Bedingungen für deren Reproduktion oder Transformation anzugeben. Warum sich die Ärztin derart auf die Akte konzentriert, kann nur unzureichend aufgezeigt werden. Im hier verwandten Beispiel könnte Konzentration auf die Akte als Vermeidung von Blickkontakt gedeutet werden, der – so eine mögliche Lesart – darauf beruhen könnte, dass die Ärztin durch das Ver-

¹ Interpretation von Handlungen des Gegenübers und eigene Folgehandlungen bedingen sich selbstverständlich wechselseitig. Da, wie gezeigt, sowohl Interpretation als auch Interaktionshandeln strukturiert sind, sind demnach auch Interaktions- und Interpretationsmuster nicht voneinander zu trennen. Zur Veranschaulichung werden sie oben jedoch separat eingeführt.

halten des Patienten verunsichert wird. Diese Hypothese kann zwar durch weitere Interaktionsanalysen empirisch belegt werden. Die Entwicklungsgeschichte hingegen, die grundlegend dafür ist, dass sie das Verhalten des Patienten so und nicht anders wahrnimmt und eine solche spezifische Strategie für den Umgang damit wählt, kann ausschließlich mit Hilfe von Interaktionsanalysen *nicht* aufgezeigt werden.

Hierzu bedarf es einer Erweiterung des Analysehorizontes auf die Genese und Etablierung der Interaktions- und Interpretationsmuster. Da die Herausbildung und Veränderung von Interaktionsmustern nicht auf einen, in diesem Fall den ärztlich-professionellen Lebensbereich, beschränkt ist, bietet sich ein gesamtbiographischer Analysehorizont an. Hier lässt sich einwenden, dass gerade die Akteure in Arzt-Patient-Interaktionen diversen expliziten und impliziten Verhaltensregeln unterliegen, in ihren Handlungsmöglichkeiten somit stark eingeschränkt sind. Durch eine biographische Analyse kann jedoch, der Einfluss dieser Regeln sowie die handlungspraktische Umsetzung dieser Regeln auf das Handeln sichtbar gemacht werden². Dieser Einfluss ist Ausdruck der beruflichen Sozialisation als Ärztin, die in ihrer Gesamtheit innerhalb einer biographischen Analyse ebenso rekonstruiert wird, wie andere Lebensbereiche und Lebensphasen. Damit ist eine Gesamtschau auf die sich im lebensgeschichtlichen Verlauf, in verschiedenen sozialen Kontexten und unterschiedlichen Beziehungsgeflechten sich vollziehende Entwicklung und Veränderung von Interaktions- und Interpretationsmustern möglich.

Ebenso aber, wie sich durch eine Interaktionsanalyse die Etablierung und Veränderung bestimmter Handlungsmuster nicht hinreichend erklären lässt, können durch eine biographische Rekonstruktion spezifische Handlungsvollzüge nur wenig gezielt herausgearbeitet werden. Erst mit einer Kombination beider Ansätze lassen sich Interaktionsmuster sowohl im interaktiven Handlungsvollzug als auch in ihrer Entwicklungsgeschichte rekonstruieren. Vor diesem Hintergrund ist die triangulierende Anwendung eines interaktions- und eines biographieanalytischen Vorgehens ausgesprochen sinnvoll.

Methodische Umsetzung

Die methodische Umsetzung des vorgestellten Ansatzes erfordert ein zweistufiges Vorgehen. Dabei werden einerseits Videoaufzeichnungen von ärztlichen Konsultationsgesprächen mit ihren Patienten sequenziell ausgewertet (Witte/Rosenthal 2007, in Druck). Darüber hinaus werden auf der Grundlage von narrativen lebensge-

² Des Weiteren ist auch der individuelle Umgang mit Verhaltensregeln biographisch entwickelt und etabliert.

schichtlichen Interviews³ mit den beteiligten Ärzten *Biographische Fallrekonstruktionen* (Rosenthal 1987, 1995, 2005) vorgenommen.

Die Reihenfolge beider Erhebungen, bzw. der Auswertungen der gewonnenen Daten sollte von Fall zu Fall variiert werden. Beide Untersuchungsschritte müssen jeweils separat voneinander durchgeführt werden, um der Gefahr methodisch unkontrollierter hermeneutischer Zirkelschlüsse zu entgehen. Erst nach Abschluss beider Analysen können deren Ergebnisse miteinander kombiniert werden. So wäre es dem Erkenntnisgewinn wenig förderlich, würde man entweder die beispielhaft angenommene Verunsicherung der Ärztin schon während der Analyse des Videomaterials als Ergebnis einer bestimmten lebensgeschichtlichen Entwicklung annehmen oder aber bei der Rekonstruktion ihrer Biographie nach Gründen für eben diese Verunsicherung suchen.

Das Sample

Die Bildung des untersuchten Samples erfolgte nach den Kriterien der *Theoretischen Stichprobe* (Glaser und Strauss 1967). In der hier vorzustellenden Promotionsstudie wurden mit etwa 15 hausärztlich tätigen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten biographische Interviews durchgeführt, die als Grundlage für biographische Fallrekonstruktionen dienen. Bisher wurden bei 5 dieser Ärztinnen und Ärzte Videoaufzeichnungen ihrer Konsulargespräche mit Patienten aufgezeichnet, die mittels sequenzieller Videoanalyse ausgewertet wurden.

Die Erhebung des Datenmaterials stellte sich als unproblematisch heraus, da die angefragten Ärztinnen und Ärzte vielfach großes Interesse an einer Teilnahme zeigten. Ebenso erklärte sich auch eine sehr große Mehrheit der Patienten bereit, ihre Interaktion mit ihrem Arzt auf Video aufzeichnen zu lassen.⁴

Wie bereits angedeutet, möchte ich entlang eines Falles aus diesem Sample sowohl das methodische Vorgehen als auch einen ersten Ausblick auf mögliche Ergebnisse der Studie geben.

3 Zur Methodologie und Methode des (biographisch-)narrativen Interviews, das von Fritz Schütze (1976; 1977; 1983) in den 1970er Jahren vorgestellt wurde, existiert mittlerweile eine Fülle von Literatur. Vgl. u.a. Hermanns (1995) und Rosenthal (1995; 2005).

4 Jeder Patient wurde im Vorfeld über die Videoaufzeichnung informiert und um Zustimmung gebeten.

Rekonstruktion der Biographie – die Ärztin Dr. Carla Fink

Die hier beispielhaft vorgestellte Ärztin Dr. Carla Fink⁵ wuchs in einem bürgerlichen Elternhaus heran, das wie die Fallrekonstruktion zeigte, einen erheblichen Einfluss auf ihre Bildungs- und Berufskarriere hat. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie etwa 50 Jahre alt und verheiratet. Sie hat 3 Kinder und ist bereits seit mehr als 10 Jahren in ihrer eigenen Praxis als Allgemeinmedizinerin tätig. Frau Dr. Fink war auf meine Anfrage hin sofort bereit, an der Studie teilzunehmen. Ich führte mit Frau Dr. Fink ein biographisch-narratives Interview durch, das verteilt auf drei Termine insgesamt etwa 4½ Stunden dauerte. Hierbei wurde, dem lebensgeschichtlichen Ansatz folgend, nicht nur ihre Berufsbiographie, sondern ihre gesamte Lebensgeschichte erfragt. Ziel dabei ist die Rekonstruktion der Entwicklung eines sozialen Phänomens – hier die Entwicklung, Verfestigung und Veränderung der Interpretations- und Interaktionsmuster – im Kontext der gesamten Biographie.

Frau Dr. Fink erzählte ihre Lebensgeschichte chronologisch, nicht auf ihre Berufsbiographie fokussiert, wie dies bei anderen von mir interviewten Ärzten durchaus der Fall war. Mir als ZuhörerIn kam es zunächst so vor, als spare sie auch schwierige und für sie belastende Themen oder Lebensphasen nicht aus, reflektiere über das eigene Handeln und die eigenen – auch teilweise durch sie als falsch markierten – Entscheidungen. Ihre Antworten auf meine Nachfragen zu bereits erwähnten Themen wurden für mich jedoch immer schwieriger nachvollziehbar, da Frau Dr. Fink vermehrt zeitlich und auch thematisch »sprunghafte« Antworten gab. Das Gespräch hinterließ mich deshalb verwirrt und irritiert.

Die Auswertung des Interviews nach der Methode der Biographischen Fallrekonstruktion (Rosenthal 1995, 2005) konnte diese Irritation beseitigen. Sich alle Daten, die das biographisch-narrative Interview bereitstellt, zunutze machend, gelang es mittels dieser Analyse sowohl empirisch fundierte Annahmen über ihr vermutliches Erleben bestimmter Situationen und Lebensphasen in ihrer Vergangenheit zu formulieren⁶, d.h. welche Erfahrungen sie in welchen historischen und sozialen Kontexten machte und welche Bedeutung sie ihren Erlebnissen in den unterschiedlichen Phasen ihres Lebens wahrscheinlich zuschrieb. Darüber hinaus wird es aber auch möglich, die Bedeutung, die diese Erlebnisse in der Gegenwart – im Rückblick auf die Vergangenheit – für Frau Dr. Fink haben, zu rekonstruieren. Bei der Analyse sind institutionelle Rahmungen und soziale Diskurse stets einzubeziehen, die einerseits ihr Erleben in der Vergangenheit, aber andererseits auch die

5 Zur Maskierung sind sowohl der Name als auch einige weitere Daten, die zur Identifizierung führen könnten, durch mich verändert worden.

6 Diese Annahmen stellen jedoch stets nur eine Annäherung an das Erleben dar. Keinesfalls lassen sich Aussagen im Stile eines »so war es (für den Interviewten)« treffen (s. hierzu Rosenthal 1995, insb. Kap. 2 und 3).

Deutungen dieses Erlebens durch sie in Vergangenheit und Gegenwart mit bedingen. Die Ergebnisse dieses Auswertungsschrittes für den Fall der Ärztin Dr. Fink können im Folgenden nur knapp und ergebnisorientiert dargestellt werden.

Wie oben bereits kurz angeführt, hinterließen mich die Interviewtermine mit Frau Dr. Fink zunehmend irritierter. Je detaillierter meine Nachfragen im Verlauf wurden, desto fragmentarischer und sprunghafter wurden Dr. Finks Äußerungen. Eine chronologische und inhaltliche Ordnung wurde für mich immer schwieriger. Auffällig und konsistent war jedoch die Präsentation ihrer Eltern als Antipoden in vielerlei Hinsicht. Beschrieb sie ihren Vater als intelligenten, bildungs- und leistungsorientierten, vitalen Menschen, der ihr ein Vorbild war, so stellt sie ihm ihre Mutter gegenüber, die annähernd nichts konnte, nichts wusste und an diesem Zustand auch nichts ändern wollte. Dr. Finks Ausführungen folgend, instrumentalisierte ihre Mutter darüber hinaus eine schwere chronische Erkrankung dafür, sich gegenüber allen an sie gestellten Anforderungen abzugrenzen. Leise Kritik am Vater, bezogen auf seine konservativen Wertvorstellungen, wurde von Dr. Fink stets mit seiner familialen Herkunft und Erziehung erklärt und damit abgemildert. Ihrer Mutter hingegen schreibt sie ein zwar »einfaches, aber doch unterstützendes Elternhaus zu, das nicht zur entschuldigenden Erklärung der mütterlichen Haltung und Handlungen dienen könne. Vor diesem von Dr. Fink geschilderten Familienhintergrund konnte es mich als Interviewerin nicht verwundern, dass sie sich innerhalb der elterlichen Dyade auf der väterlichen Seite verortete, so bezeichnete sie sich selber als »Vatertochter«, verglich sich und beschrieb viele Gemeinsamkeiten mit ihm. Es stellt sich die Frage, welche Funktion diese Selbstdarstellung als »Vatertochter« für Frau Fink hat?

Hier kann vermerkt werden, dass die Analyse dieser biographischen Selbstpräsentation ein anderes Bild von Dr. Finks (Er-)Leben in ihrer Herkunftsfamilie zeichnet und damit auch Erklärungsansätze dafür liefern kann, warum Darstellung und Erleben offenbar so deutlich differieren. Gerade auf Nachfragen nach konkreten Situationen mit dem Vater werden Carla Finks Ausführungen diffus. Spricht sie einerseits davon, sich nicht zu erinnern, so erhalte ich auch auf Nachfrage nach bereits von ihr erwähnten Situationen entweder nur schlaglichtartige Beschreibungen kurzer Momente oder – durch die Analyse deutlich geworden – aus verschiedenen Situationen zusammengesetzte Erzählungen, im Sinne eines: »wie es immer war«. Dem Analyseergebnis folgend, beruht diese Erzählweise darauf, dass Frau Dr. Fink nur wenige bewusste Erinnerungen hat und sich aus diesen Fragmenten – nicht nur im Interview, sondern auch für sich selber – Zusammenhänge herstellt. Begründet erscheint dies in ihrem Erleben in Kindheit und früher Jugend, das als traumatisch angenommen werden kann. Wenn auch nur schlaglichtartig und stets verbal durch Carla Fink gerechtfertigt, scheint das cholerische und teilweise gewalttätige Auftreten des Vaters – auch und gerade durch die stets vorgetragenen Recht-

fertigungen – häufig durch.⁷ Vornehmlich in Zusammenhang mit den durch ihn für die Familienmitglieder definierten Leistungsanforderungen und ihrer Erfüllung wird die von Carla gefühlte Bedrohung sichtbar. So überwachte ihr Vater ihre Hausaufgaben stets persönlich, regte sich sehr auf, wenn diese nicht zu seiner Zufriedenheit ausgeführt wurden und bestrafte Carla dann, wahrscheinlich auch körperlich.

Für ihre Mutter bleibt bildlich gesprochen kein Platz mehr. So kommt sie in den Erzählungen über Carlas Kindheit auch nur am Rande, stets in sie entwertenden Äußerungen vor. Es entwickelt sich hier offenbar ein sich selbst verstärkender Prozess, in dem sich die Mutter als aus der Gemeinschaft Vater-Tochter ausgeschlossen erlebt, sich weiter zurückzieht, damit der Tochter keinen Schutz und keine Alternative dem Vater gegenüber anbieten kann, was wiederum die Dyade Vater-Tochter verstärkt usw. Spätestens nachdem ihre Mutter schwer chronisch erkrankt (Carla ist zehn Jahre alt), wird Carla immer stärker durch den Vater parentifiziert. Seinen Leistungsanforderungen und cholерischen Ausfällen offenbar hilf- und schutzlos ausgeliefert, bietet sich für Carla der Analyse folgend nur die Möglichkeit, sich mit den väterlichen Wünschen zu identifizieren, die eigene machtlose Position durch vermeintliche Partizipation an der väterlichen Macht zu stärken. Ihre Abwertung der Mutter resultiert vermutlich sowohl aus der Übernahme der väterlichen Sicht, andererseits aber auch aus Carlas Gefühl heraus, die Mutter habe ihr nicht geholfen.

Auch die Thematisierung ihrer sehr guten Bildungsleistungen in schulischer und später auch beruflicher Hinsicht im Interview stützt das Analyseergebnis, werden sie doch von ihr ausführlich und nicht ohne Stolz thematisiert. Gerade auch, wenn sie über die Schulleistungen ihrer Kinder spricht, wird sehr deutlich, dass sie die Bildungsansprüche des Vaters offenbar vollständig fraglos internalisiert hat.

Mit der Wahl des Medizinstudiums gelingt es Carla, erneut den väterlichen Anforderungen, die inzwischen auch die eigenen geworden sind, gerecht zu werden. Darüber hinaus reproduziert die in ihrer Anlage ungleiche Beziehung Ärztin-Patientin die Situation im Elternhaus, in der die vom Vater parentifizierte Tochter der kranken und der Dyade Vater-Tochter als Außenseiterin gegenüberstehende Mutter überlegen gegenübertritt. Als Ärztin verringert sie somit einerseits das Risiko einer machtschwächeren Position in Beziehungen. Der Beruf ermöglicht ihr aber andererseits auch, einen Bezug zu ihrer nach wie vor schwer kranken Mutter herzustellen und den diffusen Wunsch, ihr helfen zu wollen, auszuagieren. Diese Analogie zwischen dem Patienten und ihrer Mutter wird auch durch ihre Äußerungen im Interview nahe gelegt. Wertet sie viele der Patienten pauschal ab, so beschreibt sie

⁷ In der einzigen geschlossenen durch Carla Fink geschilderten Situation, wirft der Vater mit einer Lampe nach ihr, weil sie zu spät nach Hause gekommen sei. Zu diesem Zeitpunkt ist sie bereits 16 Jahre alt.

auch die Angst, Krankheiten nicht richtig zu erkennen, keine angemessene Therapie zu empfehlen.

Während sie noch studiert, heiratet Dr. Fink und bekommt nach Abschluss des Studiums in kurzer Folge drei Kinder. Nach kurzer Unterbrechung ihrer Erwerbstätigkeit arbeitet sie jedoch weiter in Vollzeit. Ihre Kinder werden durch ihre Mutter betreut, ihr Vater ist inzwischen verstorben. Über Erwerbstätigkeit und Familie hinaus berichtet Dr. Fink im Interview noch von weiteren, insbesondere politischen und sozialen Aktivitäten. Aus ihren Äußerungen scheint hier ein »atemlos« anmutendes Streben nach Voranschreiten und permanenter Beschäftigung durch. Die Analyse legt nahe, dass es hierbei aber vielmehr um die Vermeidung einer Möglichkeit zur Rückschau, zum Innehalten geht⁸. Ihre eigenen Erkrankungen, die sie selber als psychosomatisch definiert und unter denen sie seit Studienzeiten leidet, führt sie insbesondere auf die sich verschlechternden Arbeitsbedingungen im Beruf zurück. Mit dieser Erklärung gelingt es ihr einerseits eine sozial akzeptierte Begründung für ihre Erkrankungen zu präsentieren, andererseits kann sie ihr partielles »Versagen« bzgl. der an sie gestellten Leistungsanforderungen externalisieren. Zur Verringerung der Arbeitsbelastung steigt sie, wie sie selber betont, in die Allgemeinarztpraxis ein, in der sie bis heute tätig ist.

Eine tiefe psychische und psychosomatische Krise löst bei Dr. Fink – ihrer eigenen Lesart nach – die schwere psychische Erkrankung ihrer Tochter aus, der sie sich sowohl als Mutter als auch als Ärztin hilflos gegenüber sieht. Einerseits reproduziert sich für Dr. Fink hier ihre macht- und hilflose Situation in ihrem Elternhaus, andererseits ist ihr Lösungsweg aus dieser Position – die vermeintliche Partizipation an der Macht des Vaters – hier nicht gangbar, da weder ihr Ehemann noch die behandelnden Ärzte eine solche Position ausfüllen. Auch erscheint eine vollständige Abwertung der Tochter als krank und damit leistungsverweigernd hier schwer möglich, da sie sich für sie verantwortlich fühlt und ihr mit positiven Emotionen gegenübertritt. Diese Ambivalenz wird in einigen Äußerungen im Interview deutlich. Der Weg, den Dr. Fink wählt, um aus diesem Dilemma heraus zu kommen, ist die offene Schuldzuweisung für die Erkrankung der Tochter an ihre Mutter. Sie setzt diese psychische Erkrankung explizit mit deren frühkindlicher Betreuung durch die Mutter in Verbindung. Dies ermöglicht es ihr, nach wie vor Schwäche und Krankheit abzulehnen, gleichzeitig aber auch, sich der Tochter helfend zuzuwenden zu können. Darüber hinaus kann es Dr. Fink so gelingen, die eigene mögliche Mitverantwortung zu negieren.

Zusammenfassend kann die Annahme formuliert werden, dass Dr. Fink im Verlauf ihrer bisherigen Biographie stets die sozialen Kontexte aufsucht, in denen

⁸ Insbesondere auch die von ihr geschilderten Arbeitsbedingungen als Klinikärztin erleichtern ihr die Vermeidung eines Innehaltens.

es ihr gelingen kann, den etablierten Bewältigungsmechanismus der traumatischen Erfahrungen im Elternhaus aufrecht zu erhalten, andererseits aber auch den dort etablierten Leistungsanforderungen gerecht zu werden.

Stehen diese Ergebnisse in Zusammenhang mit ihrem Interaktionsverhalten den Patienten gegenüber? Und wie gestaltet sich dieser mögliche Zusammenhang? Diese Fragen sollen im nächsten Abschnitt beantwortet werden.

Videoaufnahmen der Konsultationen und deren sequenzielle Analyse

Vorüberlegungen

Der hier vorliegende Artikel dient in erster Linie der Präsentation der methodischen Umsetzung des Untersuchungsdesigns anhand des eingeführten Beispiels. Zum Nachvollzug der methodologischen Vorüberlegungen⁹ bleibt hier leider nicht ausreichend Raum. Deshalb kann ich nur auf die Literatur verweisen (bspw. Knoblauch 2004; Knoblauch/Schnettler/Raab 2006; Raab/Tänzler 2006; Witte/Rosenthal 2007, in Druck).

Die hier vorgestellte Methode stellt eine pragmatische Lösung dar, unter Einbezug sowohl feanalytischer als auch globaler Auswertungsschritte, der Betrachtung äußerer und innerer Kontextdaten und der gezielten Konzentration auf leibliche Ausdrucksgestalten und räumliche Objekte den methodologischen und methodischen Schwierigkeiten bei der Analyse von Videomaterial zu begegnen. Demzufolge gliedert sich das Verfahren in vier aufeinander folgende Auswertungsschritte:

1. Analyse der Kontextdaten
 - a. Analyse der Daten des sozialen Milieus (äußerer Kontext)
 - b. Analyse des konkreten Handlungsraumes (innerer Kontext)
2. Feinanalyse der Eröffnungssequenz
 - a. Analyse der Aufzeichnungen ohne den Ton
 - b. Analyse von Bild und Ton
3. Globale Analyse der gesamten Interaktion (Skriptanalyse)
4. Feinanalyse weiterer Sequenzen

⁹ Bspw. zur Schwierigkeit der Integration zeitlicher und nicht-zeitlicher Objekte, der »Erschaffung« von Sequenzialität durch den Forscher, der Auswahl der einzubeziehenden Daten aus der unübersichtbaren Datenfülle, der Übersetzung nicht-sprachlicher in sprachliche Objekte, der Begrenzung des zu untersuchenden Kontextes usw.

Videoaufzeichnung und Fallauswahl

Ich nahm in einer Vormittags- und einer Nachmittagssprechstunde Konsultationen der Ärztin Dr. Carla Fink auf. Insgesamt konnten hierbei etwa 20 Arzt-Patient-Interaktionen erfasst werden.¹⁰ Jeder Patient wurde von mir im Vorfeld über die Auszeichnung informiert und um seine Zustimmung gebeten, die große Mehrheit der Patienten war einverstanden. Während der Konsultation war ich nicht anwesend; die Kamera (ein handelsüblicher Camcorder) war auf einem Stativ montiert und wurde von mir jeweils vor Beginn der Konsultation eingeschaltet. Meine Beobachtungen und Eindrücke vom Ablauf in der Praxis und von den Vorgesprächen mit den einzelnen Patienten habe ich zeitnah in einem Beobachtungsprotokoll festgehalten.

Auf der Grundlage dieses Beobachtungsprotokolls wurde die erste zu analysierende Interaktion ausgesucht. Die Auswahl der weiteren detailliert untersuchten Interaktionen orientierte sich an den Kriterien der theoretischen Stichprobe. Insgesamt wurden 4 Interaktionen detailliert untersucht; das weitere Material global ausgewertet.

Analyse der Interaktion: Die Ärztin Dr. Carla Fink und der Patient Manfred Vogel¹¹

Beginnend mit der Untersuchung der *äußeren und inneren Kontextdaten*¹², demnach des sozialen Milieus und des konkreten Handlungsraumes, in dem die Konsultation stattfindet, werden innerhalb der Analyse zunächst die Bedingungen betrachtet, die außerhalb der *konkreten* Intentionen und Spielräume der Akteure liegen. Bei diesem Schritt geht es darum, die Möglichkeitenräume abzustecken, aus denen die Akteure bestimmte Handlungsoptionen auswählen, und strukturelle Regelmäßigkeiten dieser Auswahl aufzuzeigen. Im Verlauf der Untersuchung rückt der zu analysierende Kontext immer enger an die konkrete Situation heran. Wichtig erscheint es zu betonen, dass äußere Kontextfaktoren dem einzelnen Akteur häufig nur ein binäres Möglichkeitenspektrum bieten. Lasse ich mich als Ärztin nieder, so unterliege ich bspw. allen gesundheitspolitischen Regelungen dazu. Die einzige Alternativmög-

10 Da Frau Dr. Fink abwechselnd in zwei Konsultationsräumen arbeitet, aber nur in einem Raum aufgezeichnet wurde, konnte nur etwa die Hälfte ihrer Konsultationen erfasst werden.

11 Name von der Autorin verändert.

12 Das Vorgehen innerhalb dieses Untersuchungsschrittes ist angelehnt an die Objektive Hermeneutik Ulrich Oevermanns (1979).

lichkeit ist hier, mich nicht niederzulassen.¹³ Deutlich wird dadurch ebenso, dass sowohl Möglichkeitenräume als auch Auswahlentscheidungen des Einzelnen niemals ausschließlich individuell, sondern vielmehr sozial zu begründen sind.

Als Ergebnis dieses Teils der Analyse können somit Annahmen sowohl darüber formuliert werden, welche Handlungsmöglichkeiten den Interaktionspartnern in der Situation zur Verfügung stehen, welche ihnen durch den Kontext nahe gelegt werden, aber ebenso als Ausdruck welcher ärztlicher Wahlentscheidungen/Handlungsmuster in der Vergangenheit der gesetzte Rahmen gedeutet werden kann.

Im Fall unserer Ärztin Dr. Fink zeichnete sich als Ergebnis der Kontextanalyse ab, in der bspw. Faktoren wie die geographische Lage der Praxis, ihre Organisationsform als Gemeinschaftspraxis, ihre technische Ausstattung, die Einrichtung des Sprechzimmers sowie die Arbeitskleidung der Ärztin untersucht wurden, dass Frau Dr. Fink durch ihre Auswahlentscheidungen sehr häufig *Distanz* zum Patienten kreiert. Dieses zeigt sich sowohl im übertragenen Sinn, so begegnen ihr i.d.R. Patienten, deren sozio-ökonomischer Status weit unter dem ihren liegt, da die Praxis fast ausschließlich von Bewohnern des »armen« Stadtviertels frequentiert wird, in dem sie lokalisiert ist. Dieser Statusunterschied kann sich verstärkend auf die ohnehin gegebene Machtungleichheit innerhalb der Dyade Arzt-Patient auswirken; eine Machtungleichheit, die Distanz produziert. Aber auch im faktischen Sinn bemüht sie sich um Distanz, bspw. durch die Anordnung der Möbel in ihrem Sprechzimmer, die ihre Position in Relation zum Patienten festlegt. Für die Patienten bedeutet dies vermutlich, dass die Herstellung von *Nähe* zur Ärztin – wiederum im faktischen und im übertragenen Sinn – schwer fallen wird.¹⁴

Im zweiten Schritt der Analyse wird unter Ausklammerung der in der Kontextanalyse erzielten Ergebnisse die *Eröffnungssequenz*¹⁵ der zu untersuchenden Interaktion zunächst ohne Ton und in der Folge Ton und Bild gemeinsam analysiert. Hierbei schließt man abduktiv (Peirce 1933, 1980) von einem empirischen Phänomen zunächst auf möglichst vielfältige Kontexte, in denen die betrachtete Szene sinnhaft erscheint (Oevermann 1979, 1983). Von diesen Lesarten leitet man Folgephänomene ab – was muss im Weiteren passieren, damit eine Lesart sich plausibilisiert? Im empirischen Test vergleicht man dann die gedankenexperimentell entworfenen Anschlüsse mit dem Geschehen, welches in der nächsten Videosequenz beobachtet

13 Andererseits sollte nicht vergessen werden, dass sich – zumindest theoretisch – eben doch stets mindestens eine Alternative bietet. In diesem Beispiel: Sich nicht niederlassen oder später die Niederlassung aufgeben. Deshalb müssen auch diese sehr eingeschränkten Entscheidungsprozesse in die Analyse miteinbezogen werden.

14 Womit keinesfalls gemeint ist, dass dies für die Ärzte und Patienten stets ein erstrebenswertes Ziel ist oder sein sollte.

15 Zur Bedeutung der Eröffnungssequenz für die Struktur des betrachteten Prozesses siehe Hans-Georg Soeffner (1989)

werden kann. Mit diesem sequenziellen Vorgehen engt sich die Fülle verschiedener Lesarten im Verlauf deutlich ein, da die große Mehrheit der Hypothesen den empirischen Test nicht besteht und damit verworfen werden müssen (Rosenthal 2005). Die Fallstruktur gewinnt somit im Verlauf der Analyse immer deutlichere Konturen.

Am konkreten Beispiel der Ärztin Dr. Fink in der Interaktion mit dem Patienten Vogel lässt sich dies illustrieren. Es fällt bereits in der Analyse ohne Ton auf, dass Frau Dr. Fink sich sehr dicht an ihren Schreibtisch setzt. Ihr Körper ist etwa vom Bauchnabel an abwärts weder für die Kamera noch vom Patienten aus zu sehen. Die beiden Schubladenelemente links und rechts von ihrer Sitzposition erzeugen mit der Rückwand des Schreibtisches eine Art Kasten, in den Frau Dr. Fink mit dem Schreibtischstuhl hinein fährt. Ihr Bauch berührt dabei die Schreibtischplatte. Mögliche Lesarten für dieses Verhalten reichen vom Schutz des Körpers bis zu Rückenschmerzen, die ihr eine solche Körperhaltung auferlegen. Im ersten Fall müssten dann im Folgenden weitere Schutzmaßnahmen erkennbar sein, vielleicht die Vermeidung von Berührung oder körperlicher Nähe. Bei Rückenschmerzen hingegen würde sie dies vielleicht verbal äußern oder man könnte weitere Bewegungseinschränkungen oder Dehnungen beobachten. Den empirischen Test hat hier nur die erste Hypothese bestanden. Es ist anzunehmen, dass Frau Dr. Fink ihren Körper vor Nähe zum Patienten schützt.

Nach der vollständigen Analyse der Eröffnungssequenz lässt sich eine vorläufige Fallstruktur formulieren: Frau Dr. Fink zeigt sich stets bestrebt, sich die Patienten vom Leib zu halten, und dies sowohl in physischer als auch psychisch-emotionaler Hinsicht. Sie grenzt sich bspw. wie gezeigt physisch vom Patienten Vogel ab, schaut in seltenen Fällen an, befragt ihn, als lese sie einen vorgegebenen Fragebogen vor. Dem Patienten wird dadurch in eine reaktive Rolle zugewiesen, in die er sich jedoch ohne Widerstand einfügt.

Im dritten Untersuchungsschritt wird ein *Script* vom gesamten Interaktionsverlauf erstellt (Witte/Rosenthal 2007, in Druck) dabei werden sowohl die hörbaren Daten transkribiert als auch nicht hörbare zeitliche Ausdrucksgestalten paraphrasiert.¹⁶ Dabei geht es vor allem darum, die Gesamtgestalt der Interaktion zu entwerfen. Durch die Analyse des Scripts kann dann der gesamte Interaktionsverlauf rekonstruiert und damit seine Prozessstruktur von der Eröffnung bis zum Ende der Begegnung umrissen werden. Das Vorgehen während der Scriptanalyse gestaltet sich analog zu dem bei der Feinanalyse der Eröffnungssequenz geschilderten.

Im Fall der Ärztin Dr. Fink gelingt es im Ergebnis der Scriptanalyse, die oben bereits skizzierte Fallstruktur zu detaillieren. Bleibt das Bemühen um Abstand zum Patienten stets erhalten, so können jetzt zusätzlich die Annahmen formuliert wer-

16 Zum Problem der Konstruktion von Zeitlichkeit durch Versprachlichung simultaner visueller Informationen siehe Soeffner (2006).

den, dass sie ihre professionelle Rolle vermutlich eher als Kopf- denn als Handarbeit definiert. So legt sie mehr Wert auf eine ausführliche Befragung der Patienten als auf deren körperliche Examination. Ferner ist sie während der Interaktion stets darauf bedacht, ihre anfänglich etablierte Rolle der aktiven, machtvollen Expertin zu festigen, eine Rollenaufweichung zu vermeiden. Der Patient nimmt demgegenüber innerhalb der Interaktion eine reaktive, ohnmächtige Laien-Rolle ein.

Den letzten Schritt innerhalb der Videoanalyse stellt die Feinanalyse weiterer Sequenzen dar. Gerade solche Abschnitte, die der formulierten Fallstruktur oberflächlich betrachtet in auffälliger Weise widersprechen, sie im Gegenteil vermeintlich idealtypisch repräsentieren oder aber anscheinend neue Momente enthalten, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden, sollten hier in gleicher Art untersucht werden, wie die jeweilige Eröffnungssequenz. Diese zu analysierenden Sequenzen werden uns durch die Scriptanalyse nahe gelegt.

Innerhalb der Interaktion von Frau Dr. Fink mit ihrem Patienten Herrn Vogel kamen sich beide in einer Sequenz körperlich sehr nahe, weil sie gemeinsam auf ein Blatt Papier zu schauen hatten. Eine genaue Analyse dieser Szene machte jedoch deutlich, wie unangenehm diese Situation Frau Dr. Fink war und durch welche Handlungen es ihr gelang, den – faktischen und übertragenen – Abstand wieder herzustellen. Auch die Analysen der weiteren Interaktionen zeigten kein anderes Handeln der Ärztin gegenüber verschiedenen Patienten, dieses variierte ausschließlich in Details.¹⁷

Kombination der Ergebnisse von Biographischer Fallrekonstruktion und Videoanalyse

Mit der Kombination verschiedener Datentypen und Auswertungsmethoden wird es möglich:

1. die biographische Genese von ärztlichen Interaktions- und Interpretationsmustern zu rekonstruieren,
2. die Interaktionsmuster (auch unabhängig von der Selbstbeschreibung des Arztes) im Handlungsverlauf zu rekonstruieren,
3. Reproduktionen und Transformationen dieser Interaktionsmuster innerhalb der einzelnen Interaktion kenntlich zu machen und damit

¹⁷ Das wirft die Frage auf, ob Patienten überhaupt Einfluss auf den Verlauf der Konsultationen mit Frau Dr. Fink haben. Im Ergebnis der Analyse ist dies klar zu Verneinen, im Gegenteil ist gerade deren Einflusslosigkeit ein Strukturmerkmal.

4. Möglichkeiten zur Transformation der Interaktions- und Interpretationsmuster der Ärzte in Konsultationen aufzuzeigen und
5. die Wirkung der strukturellen Kontextbedingungen auf die Interaktion mit den Patienten im Handlungsvollzug herauszuarbeiten.

Bezogen auf Dr. Carla Fink kann es damit gelingen, ihr stets auf die Aufrechterhaltung von Distanz ausgerichtete Handeln in Konsultationen herauszuarbeiten und im Zusammenhang ihrer biographischen Erfahrungen zu erklären. Darüber hinaus kann aufgezeigt werden, in welchen Interaktionssituationen sie von diesem Muster abweicht und damit Bedingungen zu formulieren, in denen ihr eine Veränderung ihres Handlungsstils möglich wird.

Literatur

- Hermanns, Harry (1995): Narratives Interview, in: Flick Uwe/v. Kardorff, Ernst/v. Keupp, Heiner/Rosenstiel, Lutz u.a. (Hg.): *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, 2. Auflage, Weinheim, S. 182–185.
- Knoblauch, Hubert (2004): »Die Video-Interaktions-Analyse«, *sozialersinn*, 1/2004, 123–138.
- Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernt/Raab, Jürgen (2006): »Video Analysis. Methodological Aspects of Interpretative Audiovisual Analysis in Social Research«, in: Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernt/Raab, Jürgen/Soeffner, Hans-Georg (Hg.): *Video Analysis: Methodology and Methods*, Frankfurt a.M., S. 9–28.
- Oevermann, Ulrich/Allert, Tillman/Konau, Elisabeth/Krambeck, Jürgen (1979): »Die Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften«, in: Soeffner, Hans-Georg (Hg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*, Stuttgart, S. 352–434.
- Oevermann, Ulrich (1983): »Zur Sache: Die Bedeutung von Adornos methodologischem Selbstverständnis für die Begründung einer materialen soziologischen Strukturanalyse«, in: v. Friedeburg, Ludwig/Habermas, Jürgen (Hg.): *Adorno-Konferenz 1983*, Frankfurt a.M., S. 234–289.
- Peirce, Charles S. (1933/1980): *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, hg. von Charles Hartshorne und Paul Weiss, Cambridge.
- Raab, Jürgen/Tänzler, Dirk (2006): »Video Hermeneutics«, in: Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernt/Raab, Jürgen/Soeffner, Hans-Georg (Hg.): *Video Analysis: Methodology and Methods*, Frankfurt a.M., S. 85–97.
- Rosenthal, Gabriele (1987): *Wenn alles in Scherben fällt... Von Leben und Sinnwelt der Kriegsgeneration*, Opladen.
- Rosenthal, Gabriele (1995): *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*, Frankfurt a.M.
- Rosenthal, Gabriele (2005): *Interpretative Sozialforschung*, Weinheim/München.
- Schütze, Fritz (1976): »Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur

- Erforschung von kommunalen Machtstrukturen«, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: *Kommunikative Sozialforschung*, München, S. 159–260
- Schütze, Fritz (1977): *Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen*, Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 1 der Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie.
- Schütze, Fritz (1983), »Biographieforschung und narratives Interview«, *Neue Praxis*, Jg. 13, S. 283–293
- Soeffner, Hans-Georg (1989): *Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*, Frankfurt a.M.
- Witte, Nicole/Rosenthal, Gabriele (2007): »Biographische Fallrekonstruktionen und Sequenzanalysen videographierter Interaktionen«, *sozialersinn* (in Druck).