

Peter Nowak

# **Eine Systematik der Arzt-Patient- Interaktion**

Systemtheoretische Grundlagen,  
qualitative Synthesemethodik  
und diskursanalytische Ergebnisse  
zum sprachlichen Handeln  
von Ärztinnen und Ärzten

# 1 Einleitung

Diese Arbeit möchte der Leserin / dem Leser vieles nahe bringen und verständlich machen. Sie möchte aber im Besonderen drei sehr unterschiedliche Beiträge zur wissenschaftlichen Forschungsdiskussion (und auch zur praktischen Umsetzung) im Bereich der Arzt-Patient-Interaktion leisten:

- Interaktive Verfahren werden in der Diskursforschung in sehr unterschiedlichen theoretischen Zusammenhängen analysiert. Aber bisher liegt keine umfassende, linguistische Interaktionstheorie vor, die es erlauben würde, die übergreifende Analyse und Synthese unterschiedlicher Diskursforschungen aus einer theoretisch einheitlichen Perspektive angemessen durchzuführen. Darum lege ich im Kapitel 6 einen (meines Wissens<sup>1</sup>) ersten umfassenden Versuch vor, die soziologische Systemtheorie auf Arzt-Patient-Interaktion exemplarisch anzuwenden und damit einen ersten Ansatzpunkt für zukünftige Theoriediskussionen zu geben. Dieses Kapitel analysiert Charakteristika dieser Interaktion und deren Zusammenhang zur organisationalen Systemumwelt aus Sicht der soziologischen Systemtheorie.
- Im Kapitel 7 wird eine qualitative Methodik für die systematische und nachvollziehbare Synthese von Diskursforschung entwickelt. Die Entwicklung einer angemessenen Methodik für die Synthese qualitativer Diskursforschung hat sich zu einer zentralen Aufgabe dieser Forschungsarbeit entwickelt. Das Fehlen konsensuierter methodischer Standards, das begeisterte Interesse der Kolleg/inn/en und die Aussicht auf weitere, anwendungsrelevante Forschungen ließen eine detailreiche Auseinandersetzung mit den Methodenfragen einer solchen Metastudie angezeigt erscheinen. Eine knappe Darstellung der entwickelten Methodik eröffnet das Kapitel, vertieft sich dann in die Breite der internationalen Methodendiskussion und schließt mit einem reflektierenden „Reisebericht“ meiner methodischen Entwicklungsarbeit.
- Die im Kapitel 8 vorgelegte Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en in deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen will ein inter- und transdisziplinär nutzbares Fundament für eine detailreiche

---

1 Am nächsten kommen diesem Versuch bisher die Rahmenanalyse von Werner Vogd (2002) und die Analyse zur Asymmetrie und Medikalisierung von Irmhild Saake (2003).

und systematische Beschreibung der Arzt-Patient-Interaktion legen. Diese Systematik versteht sich nicht als abschließende Zusammenfassung des Forschungsbereiches, sondern als erster Schritt und hoffentlich auch Ausgangspunkt von weitreichenden Forschungsprogrammen. Vielfältige Anschlüsse sind denkbar und werden in den abschließenden Schlussfolgerungen (Kap.9) weiter ausgeführt.

Der/m wissenschaftlich geschulten Leser/in wird nicht verborgen bleiben, dass manche Integrationsschritte zwischen diesen zentralen Beiträgen, insbesondere zwischen den theoretischen Überlegungen und den vorgelegten Syntheseergebnissen, wünschenswert, geradezu notwendig, wären. Nun hier ist Platz für zukünftige Forschung!

## 2 Ausgangspunkt, Ziel und Forschungsfragen dieser Untersuchung

### 2.1 Ein eigenes, vielfältiges Forschungsinteresse – der „bias“?

Das eigene Forschungsinteresse sollte gleich zu Beginn einer qualitativen Forschungsarbeit sehr genau reflektiert werden, um es nicht, ohne es zu merken, in den Forschungsgegenstand zu projizieren, und damit die eingeschränkte Sichtweise des Forschers als Forschungsergebnis zu „verdoppeln“ (Lamnek 1988, S.19). Die eigene Position im Forschungsprozess genau zu kennen, hat zumindest zwei weitere, wesentliche Vorteile:

1. Dies erlaubt, eigene naive oder unangemessene (Vor-)Annahmen klar zu erkennen und ggf. diese durch die eigene Forschungsarbeit zu widerlegen (oder zu bestätigen)
2. Häufig steht hinter den anfänglichen Interessen und Vorannahmen auch ein erstes intuitives Vorverständnis des Forschungsfeldes (Brünner, Gülich 2002, S.80). Das jeweils einzigartige Bewusstsein, das jede/r Forscher/in in ihrem/seinem Leben entwickelt hat, erlaubt einen ebenso einzigartigen Blick auf die „Wirklichkeit“ zu werfen. Ein kreativer und dann systematisch-analytischer Prozess des Forschens kann so gut beginnen.

Am Ende dieses Buches (Vgl. Kap. 11) ist nun mein eigener, eventuell etwas überzogener, Versuch der Reflexion meines Forschungsinteresses zu finden bzw. einen möglichen „bias“ zu identifizieren. Dennoch ist nicht alles in meinem Geist explizierbar und von dem, was ich weiß, werde ich aus Rücksicht auf mich und andere nicht alles schreiben. Freilich ist hier wesentlich mehr zu lesen als generell üblich und dem/der Leser/in, die an den Ergebnissen interessiert ist, sei von der Lektüre abzuraten!

Nun, am Ende dieser Forschung, scheint mir kein unangemessener „bias“ aus diesen persönlichen Hintergründen von Bedeutung für das vorliegende Ergebnis. Vielleicht ist der Hang zur Systematisierung noch relevant, der den Ordnungsdrang über die Erklärung/den theoretischen Zusammenhang stellt. Rückblickend war aber bis zum Schluss mein wesentlichster Antrieb die anhaltende Freude an der Forschungsarbeit selbst und dazu soll dieses Buch auch andere anregen.

## 2.2 Arzt-Patient-Interaktion ist die zentrale Leistungseinheit des Gesundheitswesens und entwicklungsbedürftig

Die Arzt-Patient-Interaktion<sup>2</sup> ist seit Beginn der 1970er Jahre ein etabliertes Forschungsfeld der Soziologie, der Linguistik (insbesondere der Konversationsanalyse und Diskursanalyse) und der Psychologie/Psychosomatik. Ärztliches Handeln ist zunächst einmal und am häufigsten Interaktion, d.h. Kommunikation unter Anwesenden (vgl. z.B. Ridder 1980, S.67ff). Selbst aus einer ökonomischen Perspektive geht Julian Tudor Hart (Hart 1998, S.8) so weit zu sagen:

Elementary units of the entire clinical economy are consultations (visits in the USA), usually between doctors and patients, at which decisions are taken which determine whether people become patients, and whether patients are prescribed interventions which concern health economists.

Aus dieser Perspektive werden Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en zu "Koproduzenten" (Hart 1992) und die Arzt-Patient-Interaktion zur (ökonomischen) Produktionseinheit von Gesundheit (Hart 1998, S.9). Die Effizienz des Gesundheitssystems könnte insgesamt gehoben werden, wenn die Qualität von Entscheidungen in der Arzt-Patient-Interaktion verbessert werden könnte. Aber – so die Warnung von Hart 1998, S.10:

To create the attitudes and circumstances in which their [der Patient/inn/en, Anm. PN] intelligence could be added to ours [der Ärzt/inn/en, Anm. PN] in routine reality rather than token rhetoric, will require revolutionary changes in the way care is conceived, organized and resourced.

Mehrere andere Entwicklungen in der Medizin und im Gesundheitswesen unterstreichen zunehmend die Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens:

1. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion wird innerhalb der ärztlichen Profession als zunehmend relevant gesehen (Project of the ABIM Foundation 2002). So schreibt Glass (1996) in einer der führenden Medizinfachzeitschriften der Welt – JAMA: „the doctor-patient relationship is the heart of medical practice“. Auch die Weiterentwick-
- 2 Wenn im Folgenden von „Interaktion“ die Rede sein wird, schließt dieser Begriff an die Definitionen der systemtheoretischen Interaktionsoziologie (vgl. z.B. Kieserling 1999, S.15ff) an, die Interaktion als über gegenseitige Wahrnehmung hergestellte Kommunikation unter anwesenden Personen begreift („face-to-face interaction“). Demgegenüber wird „Kommunikation“ wesentlich weiter definiert und umschließt alle Formen symbolisch vermittelten Austausches, d.h. z.B. auch schriftliche Kommunikation oder massenmediale Kommunikation.

lung der Medizinausbildungen zeigen, dass Kommunikation inzwischen als zentrale Fertigkeit der zukünftigen Ärzte/Ärztinnen gesehen wird.<sup>3</sup>

2. Die Entwicklung der Evidence-based Medicine und die Untersuchung von „Placebo-Effekten“ fragt nach den Effekten der Arzt-Patient-Interaktion im Kontext therapeutischen Handelns (vgl. z.B. Di Blasi, Kleijnen 2003; van Dam, Van der Horst et al. 2003; Gask, Usherwood 2002; Di Blasi, Harkness et al. 2001). Die bisher vorliegende Evidenz zum Zusammenhang der Qualität der Arzt-Patient-Interaktion mit Gesundheitsergebnissen ist jedoch dürtig und nicht eindeutig, nicht zuletzt, weil die Beschreibung der spezifischen Qualität der Interventionen und die theoretischen Erklärungsmodelle unzureichend sind (Griffin, Kinmonth et al. 2004).
3. Die Entwicklung von Patientenorientierung als Qualitätskriterium der Krankenbetreuung verweist auf Arzt-Patient-Interaktion als eine zentrale Qualitätsdimension aus Patientensicht, die Eingang in eine Reihe quantitativer Messverfahren gefunden hat (Coulter, Magee 2003). Auch im internationalen Vergleich konnte festgestellt werden, dass trotz unterschiedlicher kultureller Hintergründe gerade die Erwartungen an Arzt-Patient-Interaktion anscheinend ähnlich hoch sind (Grol, Wensing et al. 1999), wobei insbesondere chronisch kranke Patient/inn/en sich mehr Autonomie und Gespräch mit Ärzt/inn/en wünschen (Wasem, Güther 1999, S.20). Auch die Auswertung einer der größten Patientenbefragungen<sup>4</sup> widmet von neun Schlussfolgerungen zwei der Interaktion zwischen Patient/inn/en und Mitarbeiter/inn/en (Picker Institute Europe 2005b, S.14):

Patients want more information, more involvement in decisions that affect them, and more support for self-care. Although most patients are treated with dignity and respect by NHS staff, there are signs that care is still delivered in an overly paternalistic manner.

Many patients want more information about their medicines, especially information about side-effects.

4. Verstärkte Patientenbeteiligung in Entscheidungsprozessen und Patientenempowerment für Gesundheitsförderung, unter anderem in der Arzt-Patient-Interaktion, wird als eine mögliche Grundlage für höhere Effizienz, Patientenzufriedenheit und Gesundheitsgewinn gesehen

3 Vgl. z.B. die diesbezüglichen Reformen an der Cambridge University (Silverman 2009)

4 Das Picker Institut befragte hierfür im NHS-England 917.883 Patient/inn/en.

(Scheibler, Pfaff 2003; Elwyn, Edwards et al. 2001; Nutbeam, Kickbusch 2000; Nutbeam 2000). So hat auch die deutsche Bundesregierung ein großes Forschungs- und Entwicklungsprogramm unter dem Titel „Patient als Partner“ ([www.patient-als-partner.de](http://www.patient-als-partner.de) [Letzter Zugriff 14.08.09]) durchgeführt, das u.a. auch Forschungen zum „shared decision making“ unternimmt. Die Entwicklung von Behandlungsmustern, die in den Patient/inn/en gleichgestellte Partner sehen, hat nach kritischen Analysen des damals vorherrschenden paternalistischen Beziehungsmodells (Coulter 1997) in den 1980er Jahren begonnen (vgl. z.B. Quill 1983; Thomasma 1983; Brody 1980) und wurde von Cathy Charles und Kolleg/inn/en in zwei grundlegenden Aufsätzen (Charles, Gafni et al. 1999; Charles, Gafni et al. 1997) zum „shared decision making“-Konzept (SDM) weiterentwickelt.

Es zeigt sich jedoch, dass SDM in der alltäglichen Routine (außerhalb akademischer Forschung und Diskussion) schwer umsetzbar ist (Holmes-Rovner, Valade et al. 2000; Elwyn, Edwards et al. 1999). Ebenso scheint auch die Unterscheidung von SDM und anderen Modellen der Arzt-Patient-Interaktion (z.B. informed choice) in der Praxis viel schwieriger als in der Theorie. Edwards, Evans et al. (2003) hoffen in diesem Zusammenhang auf mehr Einsicht in Entscheidungsprozesse durch konversations- oder diskursanalytische Studien.

5. Eine Reihe weiterer Entwicklungsmodelle für die Arzt-Patient-Interaktion wurde in den letzten fünfzehn Jahren vorgelegt, die zu meist aus einem (medizin-)psychologischen Kontext oder Ausbildungskontext hervorgegangen sind und den Bedarf zur Weiterentwicklung der Arzt-Patient-Interaktion unterstreichen. Hier eine Beispielliste:

- das „interpretative Modell“ (Emanuel, Emanuel 1992)
- „Concordance“ (The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 1997)
- „SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills“ (Makoul 2001; Makoul, Schofield 1999)
- „narrative medicine“ (Charon 2001; Greenhalgh, Hurwitz 1999)
- „patientenzentrierte Gespräche“ (Brown, Stewart et al. 2001; Mead, Bower 2000; May, Mead 1999)
- „aktives Zuhören“ (Floyd, Lang et al. 2004; Lang, Floyd et al. 2000)
- „three function model“ (Gask, Usherwood 2002)
- „Empathie-Modell“ (Kim, Kaplowitz et al. 2004)

- „Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills“ (Kurtz, Silverman et al. 2003)
- „relationship-centered care“ (Beach, Inui et al. 2006; Frankel 2004)  
Bezüge zu Diskursforschungen werden in diesen Modellen im Übrigen kaum hergestellt!

### 2.3 Die Weiterentwicklung der Arzt-Patient-Interaktion braucht ein komplexeres Verständnis

Der aktuellen „Nachfrage“ nach effektiver, patientenorientierter, messbarer Arzt-Patient-Interaktion stehen ein geringes Wissen und wenig systematisch lehr- und lernbare bzw. in die Alltagsroutine überführbare Kommunikationstechnologien gegenüber. Insbesondere die Qualitäten, die am kommunikativen Handeln von Ärzt/inn/en in der Arzt-Patient-Interaktion relevant sind, bleiben, wie erwähnt, in der bisherigen Interventionsforschung vage oder an allgemeine psychologische Konzepte (z.B. Empathie, Vertrauen, Beziehung) gebunden. Die Weiterentwicklung der Arzt-Patient-Interaktion wird ein wesentlich komplexeres Verständnis brauchen, als in der Medizin, der Psychologie, der Soziologie, aber auch in der Linguistik bis jetzt üblich ist. Schon 1985 beklagen Inui und Carter (S. 536) den simplifizierenden Zugang:

The most commonly applied analytic strategy is to develop communicator profiles based on frequencies of behaviours of various types. This approach is analogous to describing 'Hamlet' as a play with 21 principal characters, a ghost, a group of players, and various numbers of lord, ladies, officers, soldiers, messengers and attendants – one of whom is already dead, one of whom dies by drowning, one by poisoned drink, two by poisoned sword, and one by sword and drink!

Richard M. Frankel, einer der führenden soziolinguistisch arbeitenden Forscher der USA, fordert daher auch

To understand communication in medical encounters in its broad sociolinguistic context that is defined by the moment-by-moment organization of interaction (Frankel 2000, S.82)

Frankel sieht tatsächlich in derselben Arbeit bereits die Anzeichen eines „sociolinguistic turn“ der klinischen Wissenschaften, in der zunehmend Interesse und Kenntnisnahme an mikroanalytischen Arbeiten zur Arzt-Patient-Interaktion zu sehen sei. Damit ist der Gesamtbogen der Diskussion aufgespannt, in dem sich diese Arbeit versteht: einen Beitrag zu leisten zu einem Verständnis und einer Entwicklungsperspektive der

Arzt-Patient-Interaktion als grundlegende Leistungseinheit des Gesundheitswesens.

Eine Vielzahl von Gesprächsanalysen ist bisher entstanden, die mit unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen und theoretischen Ansätzen ebenso vielfältige Beschreibungen der Arzt-Patient-Interaktion vorlegten. Diese Ergebnisse sind zwar zum Teil in Sammelbänden<sup>5</sup> zusammengefasst, sind aber bisher nicht übergreifend analysiert worden. Insbesondere fehlen Metastudien<sup>6</sup> für linguistische Gesprächsanalysen. Die zumindest im deutschsprachigen Raum individualisiert und fragmentiert erscheinende Forschungsszene der Diskursforschung hat wohl nicht zuletzt deswegen nur wenig Resonanz in anderen Wissenschaftsdiskursen gefunden. Medizin, Psychologie und Soziologie nehmen nur wenig Bezug auf die Ergebnisse linguistischer Gesprächsanalysen, wie im Übrigen auch umgekehrt.

Die an dieser Stelle übliche weitergehende Referenz auf den Stand der Diskursforschung, auf die Anschlüsse dieser Arbeit an den Forschungsdiskurs über Arzt-Patient-Interaktion wird hier nicht gegeben. Ein Grund wird im Methodenkapitel ausführlicher behandelt: Kritik an einer legitimierenden Literaturnacherzählung. Der zweite Grund ist, dass die vorliegende Forschung keine Vorläufer in der Diskursforschung hat – sie ist eine Pionierarbeit! Und der dritte Grund ist schließlich, dass diese Arbeit beansprucht, selbst als Ganzes eine systematische Literaturarbeit zu sein.

## 2.4 Ziel und Forschungsfragen

Diese Arbeit wird daher versuchen, vorliegende Diskursforschungen so zu analysieren und zu integrieren, dass sie einer breiten wissenschaftlichen Diskussion zugänglich gemacht werden können. Im Besonderen soll die Komplexität der interaktiven Verfahren zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en aus linguistischer Perspektive sichtbar und systematisch beforschbar werden und mit der Grundfrage „Was haben diese Gesprächsanalysen über Arzt-Patient-Interaktion herausgefunden?“ eine

---

5 Z.B.: Heritage, Maynard (Hg.) 2006; Neises, Ditz et al. (Hg.) 2005; Redder, Wiese (Hg.) 1994 (Hg.); Löning, Rehbein (Hg.) 1993; Ehlich, Koerfer et al. (Hg.) 1990; Fisher, Todd (Hg.) 1983; Köhle, Raspe (Hg.) 1982b; Atkinson, Heath (Hg.) 1981

6 Zur Verwendung von „Metastudie“ als Überbegriff für eine systematische Synthese qualitativer Forschungsergebnisse siehe weiter unten, Kap. 7.2.1.

erste Metastudie zur Diskursforschung vorgelegt werden. Theoretisch und methodisch stehen dafür neue Grundlagen zur Verfügung: insbesondere die Entwicklung einer systemtheoretischen Interaktionstheorie und die Entwicklung von Methoden der systematischen Synthese qualitativer Forschung. Diese Arbeit will also auch dem/der methodisch interessierten Leser/in die erstmalige Anwendung qualitativer Synthesemethoden in der Diskursforschung detailliert vorstellen.

Die konkreten Forschungsfragen sind daher:

1. Welche Gesprächsanalysen zum sprachlichen Handeln von Ärzt/inn/en in deutschsprachiger Arzt-Patient-Interaktion liegen bisher (April 2007) vor?
2. Mit welcher Methodik können Ergebnisse unterschiedlicher qualitativer Diskursforschungen analysiert und synthetisiert werden?
3. Welche Formen des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en in der Arzt-Patient-Interaktion wurden in einer ausgewählten Gruppe von Diskursforschungen beschrieben?
4. In welcher Systematik können diese Formen des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en kategorisiert werden?
5. Welche Schlussfolgerungen können aus der Metastudienmethodik und aus den vorgelegten Ergebnissen für unterschiedliche Verwertungszusammenhänge gezogen werden?

## **2.5 Eine theoretische Fundierung dieser Arbeit?**

Interaktive Verfahren werden in der Diskursforschung in sehr unterschiedlichen theoretischen Zusammenhängen analysiert. Aber bisher liegt keine umfassende, linguistische Interaktionstheorie vor, die es erlauben würde, die hier angestrebte, übergreifende Analyse und Synthese sehr unterschiedlicher Diskursforschungen zur Arzt-Patient-Interaktion aus einer theoretisch einheitlichen Perspektive angemessen durchzuführen. Am nächsten kommt diesem Theorieanspruch aus meiner Sicht die systemtheoretisch fundierte Interaktionssoziologie, wie sie vor allem von André Kieserling (1999) entworfen wurde. Insbesondere sollte der Anspruch dieser Arbeit, meine Analyse der Arzt-Patient-Interaktion in einen größeren und komplexeren Erklärungszusammenhang zu stellen, eben mit dieser „Welttheorie“ möglich werden. Zusammenhänge mit gesamtgesellschaftlichen Prozessen, mit Entwicklungen im Krankenbehandlungssystem und seinen organisationalen Strukturen sollten unterschied-

bar werden von interaktiven Zusammenhängen oder von innerpsychischen Prozessen der beteiligten Personen.

Daher werden am Beginn dieser Arbeit eine ausführliche Darstellung und eine allgemeine Anwendung des systemtheoretischen Zugangs auf die Arzt-Patient-Interaktion versucht, bevor die methodischen Grundlagen dieser Metastudie referiert werden. Schon jetzt ist festzuhalten, dass der ursprüngliche Anspruch, die Ergebnisse dieser Metastudie in einem letzten Schritt einer systemtheoretischen Analyse zu unterziehen, nicht eingelöst werden konnte. Der methodische Entwicklungsaufwand und die Durchführung der Metastudie waren bereits so anspruchsvoll und die Unterstützung des in diesem Bereich führenden Systemtheoretikers so gering, dass dieser Schritt zukünftigen, am besten interdisziplinär angelegten, Forschungen überlassen werden musste. Der Nutzen für das bereits geforderte, ausreichend komplexe Verständnis der Arzt-Patient-Interaktion in postmodernen Gesellschaften wäre groß, die Herausforderungen an die interdisziplinäre Arbeit ebenso.

Die Ausführlichkeit der Darstellung dieser systemtheoretischen Perspektive auf den folgenden Seiten möge Ausgangspunkt solcher zukünftigen Forschungsanstrengungen sein.