



Anja Wollny

Hausärztliche Krankheitskonzepte  
in Biographie und Interaktion

Biographie – Interaktion – Gesellschaft 10



Biographie – Interaktion – Gesellschaft 10

Herausgeber: Wolfram Fischer

Anja Wollny

Hausärztliche Krankheitskonzepte  
in Biographie und Interaktion

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Wolfram Fischer, Universität Kassel

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. med. Attila Altiner, Universität Rostock

Tag der mündlichen Prüfung

15. Februar 2012

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN print: 978-3-86219-330-1

ISBN online: 978-3-86219-331-8

URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-33314>

© 2012, kassel university press GmbH, Kassel

[www.uni-kassel.de/upress](http://www.uni-kassel.de/upress)

Umschlaggestaltung: Bettina Brand Grafidesign, München  
Printed in Germany

## Vorwort

Zu den tragenden Erwartungen an eine Profession seitens ihrer Adressaten (Klienten, Patienten, Mandanten etc.) gehört die Vorstellung dass Professionelle Kernkompetenzen und Wissen zu den Bedarfslagen haben, die den Adressaten Hilfe verschaffen können. Kompetenzen zur Krankenbehandlung *und* nosologisches Wissen werden vom Arzt erwartet, der Rechtsanwalt soll umfassende Rechtskenntnis *und* Erfahrung bei ihrer praktischen Anwendung auf strittige Situationen haben. Die akademische Ausbildungsphase der Professionen ist von der Vorstellung geprägt, dass im Studium die spätere Praxis konzeptionell und handlungsleitend vorbereitet wird. Dass dies eine - möglicherweise notwendige - Selbsttäuschung ist, erkennt man schon daran, dass Jahre der praktischen Einübung im Handlungsfeld selbst notwendig sind, um routinemäßig und innovativ die sich ständig wandelnden Anforderungen in der professionellen Arbeit erfüllen zu können. Generalisierte Handlungskonzepte sind notwendige Grundlage jeden praktischen Handelns, aber sie gehören zum *impliziten Wissen*, das unmittelbar operativ ins Handeln hineinsteuert und das in konkreten Erfahrungen mit Handlungen gewonnen wird. Die notwendige Selbstaufklärung der Professionen darüber, welche *impliziten* Handlungsvorgaben und welche *generalisierten Konzepte* für den spezifischen Zielbereich der Profession gelten, ist ein mühsamer Prozess der Selbstreflexion, der in den meisten Professionen trotz seiner Bedeutung eher marginal betrieben wird. Will man ein solches Ziel erfolgreich angehen, sind eine Reihe von schwierigen Fragen zum allgemeinen Verhältnis von Wissen und Handeln zumindest soweit zu lösen, dass entsprechende empirische Wege beschritten werden können, um belastbare Ergebnisse zu erzielen.

Anja Wollny reagiert mit ihrem Dissertationsprojekt auf ein doppeltes Forschungsdesiderat: Sie geht im professionellen Feld *hausärztlichen Handelns* der Frage nach, welche allgemeinen Krankheits-Konzepte dieses Handeln im konkreten Fall steuern, und sie wagt eine *wissenssoziologische Zusammenhangsthese* zum Theorie-Praxis Problem und setzt es empirisch zur Ergebnisgewinnung kreativ um. Dieses anspruchsvolle und bedeutsame Vorhaben gelingt ihr in beiderlei Hinsicht und in allen Teilen sehr gut, so dass nunmehr eine Untersuchung vorgelegt wird, die im wissenschaftlichen Diskurs innerhalb der Humanmedizin, speziell der Allgemeinmedizin und nicht zuletzt der Medizinsoziologie, aber auch in der allgemeinen Professionsforschung eine hohe Beachtung verdient.

Wollny verfolgt die Hypothese, dass handlungswirksames implizites Konzept-Wissen in lebenslangen Aufschichtungsprozessen der *Biographie allgemein* und später auch der *Berufsbiographie* entsteht. Diese These bearbeitet sie mit den Mitteln retrospektiver soziologischer Biographieforschung. Um probeweise auch die Handlungsebene empirisch zu erreichen, werden zusätzlich Beobachtungsverfahren der Arzt-Patienten-Interaktion eingesetzt.

Nachdem die theoretischen und methodischen Kontexte aufgefächert wurden, präsentiert die Verfasserin ihre Fallrekonstruktionen. Die besondere materiale Leistung besteht in einer gut dokumentierten sensiblen Rekonstruktion der jeweiligen biographischen Strukturierung, der expliziten Behandlung der Krankheitskonzepte und der Verknüpfung der biographischen Rekonstruktionen mit den Interaktionsanalysen. Sie arbeitet genau die Struktur und Genese (Strukturierung) der ärztlichen Krankheitskonzepte und ihrer praktischen Auswirkungen im ärztlichen Handeln heraus. Generalisierend wird vor allem die primäre Formierungsfunktion der familien-biographischen Prozesse und ihre Wirkung auf die berufsbiographischen Verläufe und die konkrete Arzt-Patienten-Interaktion herausgearbeitet.

Hausärztliche Krankheitskonzepte entstehen als Variablen der biographischen Strukturierung, dies ist die empirisch gehärtete Aussage der vorgelegten Untersuchung. Jede Folgeüberlegung zur Gestaltung oder Veränderung der auf diese Weise „naturwüchsig“ entstehenden Krankheitskonzepte muss hieran anknüpfen.

Kassel, im Juli 2012

Prof. Dr. Wolfram Fischer  
Herausgeber der Reihe

# Inhaltsverzeichnis

1.	Hausärztliche Krankheitskonzepte: Eine Einleitung	9
2.	Vom Erkennen zur Erkenntnis in der medizinischen Heilkunst <i>oder</i> vom Verlieren und Finden des kranken Menschen in der Medizin	13
2.1	Vom Magier zum Techniker: Ein geschichtlicher Exkurs zum ärztlichen Werden	13
2.2	Theorie und Praxis des medizinischen Erkennens	17
2.3	Der Forschungsgegenstand zwischen Alltags- und Expertenwissen	20
3.	Hausärzte und ihre Krankheitskonzepte – Stand der Diskussion in der wissenschaftlichen Literatur	25
3.1	Hausärzte als Generalisten <i>oder</i> besondere Spezies	25
3.2	Hausärztliche Krankheitskonzepte als Konstrukt allgemeinmedizinischer und sozialwissenschaftlicher Forschung	30
4.	Hausärztliche Krankheitskonzepte in familienbiographischen Interviews und ärztlichen Konsultationen – Methodisches Design	33
4.1	Vom biographisch narrativen Interview zur Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation bei Hausärzten	33
4.1.1	Das autobiographisch-narrative Interview in der Biographieforschung	33
4.1.2	Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation	37
4.2	Hausärztliche Interaktionsprotokolle zur Analyse des beruflichen Handelns	39
4.2.1	Interaktionsanalyse verbalisierter Arzt-Patienten-Kommunikation	39
4.2.2	Teilnehmende Beobachtung und die Analyse ethnographischer Beschreibungen	45
4.3	Hausärztliche Krankheitskonzepte – Triangulation und Fallvergleich	49
5.	Biographische und berufliche Sinn- und Handlungsstrukturen in den Lebensgeschichten dreier Hausärzte	55
5.1.	Norbert Gruber – Suche nach Identität	55
5.1.1	Kontaktaufnahme und Interviewsituation	55
5.1.2	Biographische Fallrekonstruktion	56
5.1.3	Krankheitskonzepte zwischen eigenem Kranksein und beruflichem Alltag	69
5.1.4	Biographische und berufliche Handlungsmuster	75

5.2	Sven Turner-Meyer – Lebenskonzept: Hausarzt	77
5.2.1	Kontaktaufnahme und Interviewsituation	77
5.2.2	Biographische Fallrekonstruktion	78
5.2.3	Krankheitskonzepte zwischen eigenem Kranksein und beruflichem Alltag	88
5.2.4	Biographische und berufliche Handlungsmuster	98
5.3	Ingmar Arndt – Zwischen Stringenz und Vagheit	100
5.3.1	Kontaktaufnahme und Interviewsituation	100
5.3.2	Biographische Fallrekonstruktion	101
5.3.3	Krankheitskonzepte zwischen eigenem Kranksein und beruflichem Alltag	110
5.3.4	Biographische und berufliche Handlungsmuster	120
6.	Hausärztliche Handlungsmuster und Krankheitskonzepte – Von der Empirie zur theoretischen Generalisierung	123
6.1	Hausärzte als ‚ganzheitlich handelnde‘ Individuen	123
6.2	Hausärztliche Krankheitskonzepte – eine neue Definitionsbestimmung?	129
7.	Hausärztliches Handeln als kulturelle Praxis: Zusammenfassung und Ausblick	135
8.	Literaturverzeichnis	141
	Transkriptionszeichen	153

# 1. Hausärztliche Krankheitskonzepte: Eine Einleitung

‚Hausärztliche Krankheitskonzepte in Biographie und Interaktion‘ – der Titel dieser Forschungsarbeit benennt im Grunde kurz und knapp den Forschungsgegenstand und nimmt bereits Bezug auf die gewählten Methoden zu dessen Erforschung. Hausärztliche Krankheitskonzepte einerseits in der Lebensgeschichte und andererseits in der direkten Arzt-Patienten-Interaktion nachzuspüren, mag dem einen Leser ‚banal‘ und dem anderen ‚interessant‘ erscheinen. Die einen mögen meinen, dass ein Zusammenhang zwischen den eigenen biographischen Erfahrungen von Ärzten mit Kranksein und dem Handeln im täglichen Umgang mit den Patienten doch klar und eine Erforschung deswegen unnötig sei. Die anderen mögen denken, dass beide Bereiche überhaupt nichts miteinander zu tun haben und deshalb eine Untersuchung ebenfalls nicht von Nöten sei. Jedoch wird bislang das eine oder das andere lediglich angenommen, bestenfalls erahnt. Bislang gibt es (fast) keine Untersuchungen zum Zusammenhang von familien- und berufsbiographischen Handlungsmustern und den Krankheitskonzepten von (Haus-) Ärzten.

Als wissenschaftliche Mitarbeiterin in allgemeinmedizinischen Abteilungen an deutschen Universitäten stehen die Hausärzte und die Beziehung zu ihren Patienten im Mittelpunkt meiner wissenschaftlichen Tätigkeit. Seit einigen Jahren gilt mein besonderes Interesse den hausärztlichen Krankheitskonzepten. Mit der Ausarbeitung einer neuen Definition für die hausärztlichen Krankheitskonzepte als Vorstellungen von Krankheit, die historisch langlebig, entitätsspezifisch, akteursgebunden, situativ adaptierbar und biographisch prozesshaft in ihrer Wahrnehmung, Interpretation und Verarbeitung von Krankheiten, Symptomen oder Personen sind (vgl. Kreher 2009a: 210; Wollny 2009: 28), entwickelte sich zunächst die Idee, dass sich hausärztliche Krankheitskonzepte über biographische Rekonstruktionen erarbeiten lassen. Im Fortschreiten der biographischen Analysen wurde es dann immer notwendiger, auch den Arbeitsalltag der Hausärzte mit abzubilden und die Datengrundlage um aufgezeichnete Interaktionen zwischen den Hausärzten und ihren Patienten zu erweitern. Welche Ideen damit genau verbunden waren, welche Methoden zur Datenerhebung und -auswertung angewendet wurden und zu welchen Ergebnissen dies führte, soll in der vorliegenden Forschungsarbeit beschrieben werden. Zunächst sollen jedoch die einzelnen Kapitel kurz vorgestellt und damit der Aufbau des Buches abgebildet werden.

Im sich anschließenden *zweiten Kapitel* geht es übergreifend um eine Hinführung zum Forschungsthema der hausärztlichen Krankheitskonzepte. Vor dem Hintergrund, dass die Geschichte der Medizin eng mit der Geschichte ihrer Professionalisierung verbunden ist, soll als erstes der Frage nach den medizinischen Erkenntnissen der Gegenwart in einer historischen Perspektive nachgegangen werden. Auf diese Weise soll verdeutlicht werden, wie die Ärzte zu den medizinischen Experten geworden sind, die sie in der Gegenwart (noch) verkörpern. Um dies darzustellen, wird – wenn auch notwendigerweise unvollständig – von der Antike bis in die Neuzeit ein geschichtlicher Exkurs sowie der Professionalisierungsprozess von der ‚Krankenbett-Medizin‘ über die ‚Hospital- und Laboratorien-Medizin‘ (vgl. Huerkamp 1983: 10) bis hin zum Risikofaktorenmodell der Moderne nachgezeichnet. Die in diesem Kapitel dargestellten Entwicklungen vermitteln ein Bild

davon, wie die Ärzte durch den von ihnen vorangetriebenen Professionalisierungsprozess die lebensweltlichen Sinnzuschreibungen ihrer Patienten immer mehr aus dem ärztlichen Blickfeld ‚verbannt‘ haben und so die Patienten zum „Objekt [ihrer] diagnostischen und therapeutischen Bemühungen“ (Uexküll & Wesiack 1988: 593) wurden. Anschließend soll mit Beginn der pathologischen Anatomie (in der Mitte des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts) der Weg der ‚Reorganisation des medizinischen Wissens‘ (vgl. Foucault 2005: 69) dargestellt werden. Im Mittelpunkt steht die enge Verflechtung der Körper der Ärzte und ihrer Patienten, indem aufgezeigt wird, dass zum einen die Ärzte den kranken Körper ihrer Patienten als Ausgangspunkt ihres Erkennens und Handelns wahrnehmen können und zum anderen diese Wahrnehmung durch die Sinne des Sehens, Hörens und Tastens (vgl. Foucault 2005: 126/176) gleichsam an die Körper der Ärzte gebunden ist. Damit eng verbunden stellen sich die diagnostischen Bestrebungen der Ärzte als auf soziale und biographische Erfahrungen beruhende interpretative Prozesse dar (vgl. Alheit & Hanses 2004: 13; Freidson 1988: 264). Hinsichtlich einer Hinführung zum Forschungsgegenstand der hausärztlichen Krankheitskonzepte wird abschließend im zweiten Kapitel der historische Blick auf die Hausärzte gerichtet. Mittels einer sensensoziologischen Perspektive werden die hausärztlichen Krankheitskonzepte als Bestandteil des Alltags- und Expertenwissens eingeführt und die Forschungsfragen hinsichtlich der hausärztlichen biographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Handlungsmuster und Krankheitskonzepte vorgestellt.

Im *dritten Kapitel* wird die Untersuchungsgruppe der Hausärzte als Generalisten, die sich mit ihren ärztlichen Bemühungen auf den ‚ganzen Menschen‘ konzentrieren, näher vorgestellt. Bei den sie betreffenden verschiedenen Funktionen und Aufgaben im deutschen Gesundheitssystem definieren sie die Patienten und ihre Beziehung zu ihnen als ihren spezifischen Arbeitsgegenstand. In diesem Zusammenhang wird zunächst der Frage nachgegangen, ob und wie biographische Analysen auf Seiten von Patienten und (Haus-) Ärzten in medizinischen und sozialwissenschaftlichen Forschungen bislang einbezogen wurden. Auch wenn im Unterschied zur allgemeinmedizinischen Forschung in den Sozialwissenschaften seit längerer Zeit ein stärkeres Interesse vorhanden ist zu untersuchen, wie die Biographien von Patienten durch Krankheitserfahrungen beeinflusst werden, gibt es in beiden Bereichen eine mehr als disparate Forschungslage in Bezug auf biographische Fragestellungen – obwohl die Notwendigkeit der Durchführung biographischer Analysen im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Setting durchaus wahrgenommen und formuliert werden. Bei der nachfolgenden Betrachtung der (allgemein-)medizinischen sowie sozialwissenschaftlichen Literatur zu Untersuchungen über Krankheitskonzepte von Ärzten und Patienten stellt sich ein ähnliches Bild dar. Die Forschungsprojekte beschränken sich vordergründig auf den patientenseitigen Umgang mit ihren akuten und chronischen Krankheiten oder auf ihre Bewältigungsmuster bei schwerwiegenden Erkrankungen. Erste Ansätze lassen sich aber auch in Bezug zur Untersuchung der Einbettung von Krankheits- und Gesundheitskonzepten in die Lebensgeschichte von Patienten finden. Dennoch bleiben die Untersuchungen und Definitionen zum Begriff der ‚Krankheitskonzepte‘ (gleichsam für Hausärzte und Patienten) bislang vorwiegend auf einer manifesten und unmittelbaren Ebene.

Aufbauend auf die Erkenntnisse der historischen Entwicklung des medizinischen Wahrnehmens, Deutens und Wissens, einer wissenssoziologischen Perspektive auf die (hausärztlichen) Krankheitskonzepte sowie einem Überblick über bisherige Untersuchungen bezüglich der Gruppe der Hausärzte wird im *vierten* Kapitel vorgestellt, wie die am Ende des zweiten Kapitels aufgestellten Forschungsfragen methodisch bearbeitet wurden. Indem die hausärztlichen Krankheitskonzepte als Teil der biographisch geprägten und beruflich professionell einsozialisierten Handlungsmuster und kulturellen Praktiken der Hausärzte verstanden werden, wurde sich in der Untersuchung für die Durchführung und Analyse familienbiographisch, narrativer Interviews mit Hausärzten und Interaktionsaufzeichnungen mit den interviewten Hausärzten und ihren Patienten entschieden. Nach einer kurzen Einführung in die biographischen Methoden als Möglichkeit, einen empirischen Zugang zum sozialen Leben der untersuchten Personengruppe zu finden, und Erläuterungen zum familienbiographisch narrativen Interview wird im ersten Teilkapitel die (familien-) biographische Datenerhebung sowie die Datenanalyse in der vorliegenden Untersuchung beschrieben. Dabei können die biographisch geprägten Handlungsmuster der Hausärzte als auch die hausärztlichen Krankheitskonzepte über die Lebensgeschichte und im Besonderen über das eigene Krankheitserleben als spezieller Themenbereich der eigenen Biographie rekonstruiert werden. Im zweiten Teilkapitel werden zwei unterschiedliche Methoden der Interaktionsaufzeichnung und -analyse vorgestellt und abschließend (im dritten Teilkapitel) die Zusammenführung der Ergebnisse aus den einzelnen methodischen Arbeitsschritten dargestellt. Indem die Ergebnisse der einzelnen Fälle in Bezug auf die Forschungsschwerpunkte auf ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede strukturell verglichen wurden, konnten Verallgemeinerungen sowohl auf der einzelnen Fallebene als auch in übergreifender Perspektive erfolgen. Dementsprechend können die Hypothesen aus den methodisch unabhängigen Arbeitsschritten miteinander in Beziehung gesetzt, kontrastiv verglichen und so die Interpretationen in Bezug auf den Forschungsgegenstand wechselseitig verdichtet werden.

Im *fünften Kapitel* werden nun diese Ergebnisse zunächst fallbezogen dargestellt. Das bedeutet, dass die Analyseergebnisse der erhobenen Materialien für die Hausärzte Norbert Gruber, Sven Turner-Meyer und Ingmar Arndt verdichtet und ergebnisorientiert dargestellt werden. Nachdem jeweils die Kontaktaufnahme und Interviewsituation zu Beginn beschrieben werden, erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der biographischen Analysen in Form von biographischen Fallrekonstruktionen mit einer am Ende formulierten Fallstrukturhypothese. Anschließend dienen die Untersuchungsergebnisse zu den persönlichen und familialen Krankheitserlebnissen einerseits und Interaktionen der Hausärzte mit ihren Patienten andererseits der Analyse der hausärztlichen Krankheitskonzepte. Abschließend werden für jeden einzelnen Fall die familien- und berufsbiographischen Handlungsmuster formuliert. Im *sechsten Kapitel* erfolgt die Zusammenführung der Ergebnisse aus den Fällen auf zwei Ebenen. Zunächst werden mittels Fallvergleichs sowohl die erlebte und erzählte Lebensgeschichte als auch die familien- und berufsbiographischen Handlungsmuster miteinander kontrastiert. Dabei werden die Strukturhypothesen zu den Hausärzten in einem Generationszusammenhang beleuchtet und die Selbstpräsentationen der Ärzte miteinander verglichen. Vor dem Hintergrund der Fragen, ob und möglicherweise wie die Hausärzte in ihrem Alltag als ‚ganzheitliche‘ Individuen

handeln, werden die familien- und berufsbiographischen Handlungsmuster auf ihre Ähnlichkeiten und Unterschiede hin untersucht. Neben der Betrachtung einer Verbindung zwischen den Handlungsmustern, stellen auch das Bedürfnis nach Reflexion und die Darstellung des Arztseins als Hausarzt wichtige Aspekte in diesem Bereich dar. Anschließend werden mittels Triangulation die Krankheitskonzepte der Hausärzte in einer fallübergreifenden Perspektive untersucht. In diesem Zusammenhang wird der Frage nachgegangen, inwieweit eine mögliche Definitionsneubestimmung der hausärztlichen Krankheitskonzepte auf Grundlage der Ergebnisse aus den biographischen und interaktionellen Analysen formuliert werden kann.

Im abschließenden *siebten* Kapitel werden vor dem Hintergrund einer kritischen Perspektive der Forscherin auf ihre Arbeit ein zusammenfassender Überblick über die Analyseergebnisse sowie ein Ausblick auf sich daraus ergebende Forschungsfragen gegeben. Dazu werden die im zweiten Kapitel formulierten Forschungsfragen bezüglich der (familien- und berufs-) biographischen Handlungsmuster und hausärztlichen Krankheitskonzepte in den Mittelpunkt gerückt und mit Hilfe der Untersuchungsergebnisse reflektiert, ob und auf welche Weise mit dem gewählten methodischen Design die beschriebenen Fragentypen beantwortet werden können. Dieses Vorgehen ermöglicht es, u.a. zu erfahren, wie die interviewten Personen Hausärzte wurden und vor welchem familiengeschichtlichen Hintergrund sie ihre Entscheidungen trafen. Darüber hinaus wird es ebenfalls möglich, die gegenwärtig in den Interaktionen mit ihren Patienten handlungswirksamen Krankheitskonzepte der Hausärzte zu rekonstruieren und in ihrer Genese zu verstehen.

## 2. Vom Erkennen zur Erkenntnis in der medizinischen Heilkunst *oder* vom Verlieren und Finden des kranken Menschen in der Medizin

### 2.1 Vom Magier zum Techniker: Ein geschichtlicher Exkurs zum ärztlichen Werden

Neben den traditionell anerkannten Professionen Jura und Theologie (vgl. Freidson 1988: 232; Huerkamp 1983: 33) ist die Medizin eine der ältesten Professionen der Menschheit – ihre Geschichte ist zugleich die Geschichte ihrer Professionalisierung<sup>1</sup> und Institutionalisierung (vgl. Alheit & Hanses 2004: 12; Lachmund 1987: 354). Eine sozialwissenschaftliche Betrachtung des medizinischen Wissens ist dabei immer an die jeweiligen historischen und sozialen Rahmenbedingungen bzw. die gesellschaftlichen Entwicklungsstufen gebunden (vgl. Lachmund 1996: 56; Uexküll & Wesiack 1988: 577). Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden ein kurzer geschichtlicher Exkurs nachgezeichnet werden, der es uns ermöglicht, einerseits zu verstehen, auf welchem Weg die Ärzte zu den medizinischen Experten geworden sind, die sie in der Gegenwart verkörpern, und andererseits einen Anhaltspunkt für die weiteren Überlegungen zum medizinischen Wahrnehmen und Erkennen anzubringen.

Schon in der vorchristlichen Zeit gab es befähigte Personen, die sich mit Krankheit und Gesundheit ihrer Gemeinschaftsmitglieder auseinandersetzten. Medizinmänner und Schamanen wirkten jahrtausende lang als ‚Magier‘ mittels suggestiver und spiritueller Praktiken, bevor der ‚Priesterarzt‘ Tod und Krankheit als Fügung der Götter ansah und dementsprechend durch Gebete und Opfergaben zu heilen suchte (vgl. Uexküll & Wesiack 1988: 577 ff.). Erst in der antiken Medizin trat an die „Stelle religiöser oder metaphysischer Erklärungen“ die physiologische Begründung „von Gesundheit und die daraus abzuleitende Behandlung von Krankheit“ (Labisch 1992: 21). Ab dieser Zeit übernahmen die Ärzte als ‚Gelehrte‘ und ‚Pädagogen‘ gegenüber erkrankten Personen die Rolle von ‚Erziehern‘, indem sie vorgaben, was für die Erkrankten gut oder schlecht war. In ihrer heilkundlichen Funktion waren sie gleichzeitig ‚Freund‘ und ‚Steuermann‘. Mittels der Theorien der aufkommenden Humoralpathologie<sup>2</sup> erklärten sie, was der ‚Naturkraft‘ bzw. der ‚Physis‘ der Patienten fehlte. In der Betreuung der Erkrankten übernahmen sie dann sowohl eine

---

<sup>1</sup> Claudia Huerkamp (1983: 17 f.) versteht Professionalisierung als „einen Vorgang, der sich in allen während des 19. Jahrhunderts industrialisierenden Ländern feststellen lässt“ und verschiedene Merkmale aufweist. Dazu gehören z.B. die „Erweiterung des Marktes für die jeweiligen professionellen Dienstleistungen“, die „Entwicklung standardisierter wissenschaftlicher Ausbildung“ sowie die „Maximierung beruflicher Autonomie [mittels] größtmöglicher Freiheit von Fremdkontrolle“ durch Dritte. Heinz Hartmann (1972: 40 f.) betont vor allem die gleichzeitige Veränderung im Bereich der Systematisierung des Wissens und der Vergesellschaftung als „Ausweitung der sozialen Orientierung vom Mittelmaß zur ausgesprochenen Kollektivitätsorientierung“.

<sup>2</sup> Die Humoralpathologie bestimmte bis ins 19. Jahrhundert das Lehrgebäude der Medizin. Sie beschreibt, wie Krankheiten durch eine Störung des Mischungsverhältnisses der vier Säfte (Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle) des menschlichen Körpers entstehen und sich auf die Organe (wie Herz, Gehirn, Milz und Leber) auswirken (vgl. Stolberg 1998: 299).

steuernde als auch eine schützende und pflegerische Rolle. Obwohl der ‚Eid des Hippokrates‘ als „richtungsweisende Überlegungen zur ärztlichen Ethik und zur Arzt-Patienten-Beziehung“ ebenfalls aus dieser Zeit stammt, gab es dennoch eine „Kluft zwischen den geforderten Idealnormen und der alltäglichen praktizierten Realität“, indem die oben beschriebenen Normen lediglich für die freie, reiche Bevölkerung galten; Sklaven und Arme wurden dagegen in der Regel nicht von Ärzten selbst behandelt (vgl. Uexküll & Wesiack 1988: 582-588). Erst im Mittelalter wurden z.B. die bislang von einer Behandlung ausgeschlossenen unheilbar Erkrankten und die Armen Gegenstand des ärztlichen Beistands. Die Ärzte galten als ‚Samariter‘, die sich in Anlehnung an das christliche Gebot der Nächstenliebe aufopferungsvoll um die Erkrankten kümmerten. Da das Leben der Menschen ganz auf das jenseitige Heil ausgerichtet war, waren auch Gesundheit und Krankheit in die religiöse Weltsicht eingebunden: „Gesundheit war Gewissheit der Gnade Gottes, Krankheit ebenso Strafe wie Prüfung“. Trotz der religiösen Einbindung konnte auch im Christentum die „Kluft zwischen einer Medizin für die Armen und einer Medizin für die Reichen“ nicht überwunden werden (vgl. Labisch 1992: 247; Uexküll & Wesiack 1988: 588-591). Mit Beginn der Renaissance kam es dann zu einer „Entreligiosierung“ des Lebens, und die Ärzte wurden „zumindest dem Anspruch nach vom möglichen Helfer in kranken Tagen zum steten Sachwalter des Körpers“, indem der Körper bzw. der Leib als „notwendige Voraussetzung für [ein] zielgerichtetes Handeln in der Welt“ betrachtet wurde (Labisch 1992: 248). Mit der Entwicklung von Naturwissenschaft und Technik, die zu einer grundlegenden Änderung der Lebensbedingungen in der Neuzeit führten, wurden die Ärzte zum ‚Techniker‘. Indem die Patienten aufgrund eines damit einhergehenden naturwissenschaftlich geprägten ärztlichen Expertenwissens vom Subjekt zum Objekt der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen der Ärzte wurden, trat an die Stelle des „leibbeseelten Physisbegriffs“ ein „Maschinenmodell des Organismus“ (vgl. Uexküll & Wesiack 1988: 591 ff.).

Ab der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfuhr der Arztberuf damit eine tiefgreifende „Funktionswandlung“. Dieser ärztliche Wandlungs- bzw. Professionalisierungsprozess erfolgte insgesamt in drei aufeinander folgenden Abschnitten – der (1) „Krankenbett-Medizin“, (2) „Hospital-Medizin“ und (3) „Laboratoriums-Medizin“ (vgl. Huerkamp 1983: 10/92; auch Duden 1987: 45).

(1) Im ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert zeichnete sich die ‚Krankenbett-Medizin‘ dadurch aus, dass die Ärzte ans Krankenbett der erkrankten Personen in ihrem Hause gerufen wurden und dort unter der Kontrolle eines Laienpublikums (Familie, Freunde, Nachbarn des Kranken) ihre ärztliche Kunst entfalteten. Diese bestand hauptsächlich aus dem so genannten ‚Krankenexamen‘, wobei es sich um eine „diskursive Praktik“ handelte, „die auf die Hervorbringung einer möglichst umfassenden Krankengeschichte“ abzielte und u.a. auf dem Prinzip der ‚Individualität des Erkrankten‘ (jede Krankheit hat ihren eigenen Verlauf) sowie der ‚Streuung der Relevanz‘ (nur die Gesamtkonsultation ergibt ein vollständiges Bild) beruhte (vgl. Lachmund 1996: 59 f.). Das bedeutete, dass sich trotz einer sich entwickelnden wissenschaftlichen Medizin an den Universitäten die Untersuchungen der Erkrankten durch die Ärzte auf das Befragen der Patienten und auf eigene Beobachtungen beschränkten. Darüber hinaus verordneten die Ärzte lediglich Medikamente (wie Brech- und Abführmittel) oder führten Aderlasse durch.

Eine erfolgreiche Medizin zeichnete sich daher in der Regel durch eine jahrelang erprobte Interaktions- und Umgangskompetenz der Ärzte mit den Erkrankten und den anwesenden Laien aus.<sup>3</sup> Diese an den Universitäten ausgebildeten Ärzte behandelten vornehmlich Personen, die der gut situierten gesellschaftlichen Oberschicht angehörten, so dass die typische Arzt-Patienten-Beziehung auch als ‚Patronage-System‘ bezeichnet wird, in dem der Patient gegenüber dem Arzt vor allem als ‚Dienstherr und Gönner‘ auftrat. Dieser eher kleineren Gruppe von gelehrten Ärzten stand eine Vielzahl von Wundärzten (Chirurgen und Barbieri) gegenüber, die mittels chirurgischer Eingriffe für die Heilung „äußerlicher Krankheiten“ und zugleich für die medizinische Versorgung der unteren Bevölkerungsschichten zuständig waren. Diese Trennung „der Heilkunde in Chirurgie und Medizin“ wurde durch die Einführung einer neuen Prüfungsordnung im Jahre 1825 neu geregelt bzw. aufgehoben (vgl. Huerkamp 1983: 22-35/45).

(2) In der nachfolgenden Zeit entwickelte sich die Medizin immer mehr von einer Medizin am häuslichen Krankenbett zu einer Medizin in der Klinik. Dabei unterscheidet sich die ‚Hospital-Medizin‘ bzw. ‚Krankenhausmedizin‘ von der ‚Krankenbett-Medizin‘ vor allem durch „die Herauslösung des Kranken aus seinem lokalen Kontext“. Indem sich der räumliche Bezugsrahmen (von zu Hause in die Klinik) verlagerte, wurden die erkrankten Personen zu einem „permanent verfügbare[n] Objekt medizinischer Beobachtung“. Darüber hinaus war es durch die „räumliche Zusammenlegung vieler Kranker“ möglich, systematische Vergleiche anzustellen, und nach dem Tod der Personen Leichenöffnungen routinisiert vorzunehmen. Indem nun am Krankenbett zwischen Ärzten und Schülern oftmals lateinisch gesprochen wurde, blieben die Patienten aus dem „Kollektiv“, dem sie bis dahin zu Hause angehörten, nun ausgeschlossen (vgl. Lachmund 1996: 61). Das entscheidende Strukturmerkmal der Klinik bestand in der Möglichkeit eines Diskurses über Krankheiten – und zwar zwischen den Ärzten am klinischen Krankenbett (vgl. Foucault 2005: 17). In dieser Zeit entwickelten sich zunehmend medizinische „Repräsentationspraktik[en]“ wie die von Laennec 1818 vorgestellte stethoskopische Untersuchung (ebenda: 61 f.) oder die 1845 eingeführte klinische Fiebermessung (vgl. Illich 1975: 120). Die genannten Entwicklungen betonten eine neue „professionelle Konstruktion“ bzw. ‚Re-Definition‘ von Krankheit und ermöglichten eine professionell autonome Medizin, indem Geräusche u. ä. mit einer im „Körperinneren verborgenen pathologische[n] Wirklichkeit“ gleichgestellt wurden (vgl. Lachmund 1996: 62; 1987: 355). Damit wurde jeder Patient zum ‚Fall‘ und jeder ‚Fall‘ zum sichtbaren ‚Träger von Zeichen‘ (vgl. Foucault 2005: 181; siehe Kapitel 2.2).

(3) Im Übergang des 19. zum 20. Jahrhundert war die ‚Laboratoriums-Medizin‘ eng mit den Erkenntnissen der ‚Bakteriologie‘ verbunden. Die Kenntnis über verschiedene Krankheitskeime ermöglichte es den Ärzten, Krankheiten zu individualisieren und rein medizinisch zu lösen (vgl. Labisch 1992: 255). „Die Grenzzone angeblich gottgegebener, >>natürlicher<< Krankheiten und Seuchen begann, sich zugunsten erkennbarer und damit beeinflussbarer Krankheitskonzepte zu verschieben.“ (La-

---

<sup>3</sup> Wie sich die Vorstellungen vom Leibbesinneren und den Erkrankungsprozessen von Ärzten und ihren Patienten in den Interaktionen zwischen ihnen widerspiegeln, beschreibt z.B. Barbara Duden am Beispiel des Eisenacher Arztes Johann Storch in ihrem Buch „Geschichte unter der Haut“ (1987) sehr anschaulich.

bisch 1992: 254) Bei der Interpretation von Krankheiten bzw. in der Diagnostik ging es um eine analytisch-exakte Herleitung von Kausalität, was den umsetzenden Ärzten zu dieser Zeit mit der naturwissenschaftlichen Perspektive möglich erschien (vgl. Paul 1996: 174). Mit dieser Sichtweise führten sie alle am Menschen beobachteten Vorgänge auf Kausalbeziehungen zurück. Der „menschliche Körper [wurde] nach dem Modell einer Maschine“ gedeutet und auf diese Weise das Materielle (der vom Auge des Arztes wahrgenommene Körper des Patienten) vom Spirituellen (den Beschwerden des Patienten und seiner Seele) getrennt (vgl. Uexküll & Wesiack 1988: 48; Illich 1975: 118).

In Deutschland wurden diese Entwicklungen einer unabhängigen und autonomen Medizin im ausgehenden 19. Jahrhundert zusätzlich durch die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert, durch die die Ärzte gleichzeitig ein offizielles Mandat erhielten, in der Gesellschaft Krankheiten zu definieren und zu behandeln. Die Einführung der Sozialversicherung hatte vor allem maßgeblichen Einfluss auf die „Expansion der Nachfrage nach medizinischen Leistungen“, indem ärztliche Hilfe in der unmittelbaren Begegnung von Ärzten und Patienten (vor allem auch Arbeiter und Angestellte) sowohl in Praxis als auch Klinik politisch gewährt und zum Teil erzwungen wurde. Durch die gesetzliche Krankenversicherung entstanden zwar auch staatliche Kontrollmechanismen, denen sich die Ärzte unterwerfen mussten, dennoch stärkte der medizinische Fortschritt und die universitäre Ausbildung auch weiterhin die wissenschaftliche Monopolstellung und die professionelle Autonomie der Ärzte (vgl. Labisch 1992: 276; Freidson 1988: 276; Huerkamp 1983: 20).

In der nachfolgenden Zeit und insbesondere im Nationalsozialismus wurde dann der Versuch unternommen, „eine ganze Gesellschaft ausschließlich nach biologischen Regeln“ zu deuten sowie nach den theoretischen Konzeptionen der ‚Rassenkunde‘ und ‚Rassenhygiene‘ zu gestalten. Damit erhielt die Medizin die Rolle des „offiziellen Weltexpertentums des Körpers“, und die Ärzte wurden zu „Sachverwaltern des Behandlungs- und Definitionsmonopols“ über Gesundheit und Krankheit (vgl. Labisch 1992: 258/306). Indem im Nationalsozialismus ein großer Teil der akademischen Berufe zu „Ausführungsorganen des Staates und der NS-Politik“ wurde, war nach 1945 auch das Vertrauen in die medizinische Berufsethik erschüttert, und die Fähigkeit der Ärzte zum professionellen, eigenverantwortlichen Handeln wurde in Frage gestellt (vgl. Siegrist 1995: 120 f.).

Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelte die Ärzteschaft aufgrund zunehmender „medizinischer Wissensproduktion“ über multifaktorielle Ursachenzusammenhänge das Risikofaktorenkonzept für die Entstehung von Krankheiten. Zusätzlich zum Definitionsmonopol über Krankheiten übernahmen die Ärzte nun auch die „gesellschaftliche Konstruktion von Risiken“ (vgl. Lachmund 1987: 358 f.), indem sie ihre Theorien und Konzepte über verschiedene Risikofaktoren (wie z.B. Bluthochdruck, Übergewicht oder Rauchen) und deren Zusammenhänge nicht nur bei ihren Patienten, sondern in der gesamten Bevölkerung verbreiteten. Damit nahmen die Ärzte gegenüber ihren Patienten und der Bevölkerung wieder eine erzieherische Haltung ein und schlossen die Patienten auch weiterhin aus dem Entscheidungsraum über Diagnose- und Therapiemöglichkeiten aus, so dass die Patienten auf die Rolle eines „reinen Befehlsempfängers“ (vgl. Huerkamp 1983: 131/153) reduziert wurden. Erst in der Gegenwart rückt der Patient vor dem Hintergrund der Zunahme

von chronischen und nicht heilbaren Erkrankungen wieder als Subjekt vermehrt in das Blickfeld der medizinisch geprägten Arzt-Patienten-Beziehung, da die Ärzte bei der Behandlung dieser Erkrankungen auf eine aktivere Einbeziehung der Patienten angewiesen sind (vgl. Lachmund 1987: 353/358).

Vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklungen wurden „Sicherheit, Präzision und eine von der Krankengeschichte und dem Heilungszweck unabhängige Objektivierung der Krankheit zum kulturellen Grundprinzip ärztlichen Handelns“ (Lachmund 1996: 81). In den vergangenen Jahrhunderten änderten sich nicht nur die medizinischen „Raster“, nach denen Krankheiten und Symptome gruppiert wurden, sondern vor allem die „fundamentalen Wahrnehmungscodes, mit denen man an die Körper der Kranken heranging“ und beobachtete. Mit der Änderung des „gesamte[n] Orientierungssystems“ des ärztlichen Blickes (vgl. Foucault 2005: 69) vollzog sich letztlich eine Reorganisation des medizinischen Wissens. Gleichzeitig verloren die Ärzte mit der Entwicklung der pathologischen Anatomie und ihrer scheinbar „objektive[n], reale[n] und unzweifelhafte[n] Fundierung der Beschreibung der Krankheiten“ (ebenda: 143) den „Bezug zu den subjektiven Wahrnehmungen de[r] Patienten“ (Lachmund 1987: 356; vgl. auch Uexküll & Wesiack 1988: 595). Das Aufgabengebiet der Ärzte wandelte sich durch die Konzentration auf die Krankheitsursachen vom „Beobachten und Begleiten zum Beseitigen krankhafter Zustände“ (vgl. Schlich 1996: 220-223). Indem also die Medizin und damit die Ärzte immer mehr die Pflicht übernahmen, Krankheiten zu heilen und den Patienten eine passive Rolle zuzuschreiben, katapultierten sie die Menschen zunächst aus „dem Mittelpunkt [ihres] Universums“ heraus – ähnlich wie es die „kopernikanische Wende in der Astronomie“ (Illich 1975: 65/118) tat. Erst mit der zunehmenden Konfrontation nicht-heilbarer und langwieriger bzw. chronischer Erkrankungen, deren erfolgreiche ärztliche Behandlung auf die Kooperation der Patienten angewiesen ist, spielen die Subjekte ‚Patient‘ und ‚Arzt‘ in den letzten Jahrzehnten wieder eine größere Rolle in der medizinischen Wahrnehmung.

## 2.2 Theorie und Praxis des medizinischen Erkennens

Die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ können – obwohl im Grunde „inhaltsleere Worthülsen“ – aus medizinischer Perspektive in „irgendeiner Form auf den Körper als biologische Grundlage des Handelns“ (Labisch 1992: 17) bezogen werden. Damit ist es Ärzten möglich, den kranken Körper als Ausgangspunkt ihres medizinischen Erkennens und Handelns wahrzunehmen. Mit der „Durchsetzung des Stethoskops“ und damit der „Durchsetzung der diagnostischen Kategorien der pathologischen Anatomie“ wurde in der Mitte des 19. Jahrhunderts mehr und mehr die Krankheit und weniger der kranke Mensch zur relevanten „Handlungswirklichkeit der Ärzte“ (vgl. Lachmund 1996: 70). Gleichzeitig wurde der Körper durch die Ärzte nicht nur ‚dekontextualisiert‘, sondern auch ‚objektiviert‘ (vgl. Alheit & Hanses 2004: 13; Lachmund 1996: 79). Die Objektivierung vollzog sich vor dem Hintergrund der in der universitären Ausbildung erworbenen Wahrnehmungs- und Deutungsprozesse in Bezug auf Krankheit und der von der Medizin gegenwärtig gültigen Krankheitsdefinitionen (vgl. Freidson 1988: 233).

Die ärztliche Wahrnehmung bzw. das medizinische Erkennen beruht bis heute insbesondere auf den Sinnen des ‚Sehens‘, ‚Hörens‘ und ‚Tastens‘ (vgl. Foucault 2005: 126/176) und ist damit gleichsam an die Körper der Ärzte gebunden. Die Erkenntnis erfolgt dann in einem Prozess, in dem die Ärzte die wahrgenommenen ‚Zeichen‘ in (medizinische) Begrifflichkeiten „als Einfügung von Krankheit in den Organismus“ (Foucault 2005: 16) übersetzen. Erkrankungen zeigen sich den Ärzten vor diesem Hintergrund in Form von Symptomen und Zeichen<sup>4</sup>, wobei das Symptom oder Zeichen die erste Umschreibung ist, „in der sich die Krankheit präsentiert“. Damit verhilft das Zeichen/Symptom jedoch weniger zu Erkenntnissen als vielmehr zu Schlussfolgerungen (z.B. der Puls als unsichtbares Zeichen des Kreislaufs) (vgl. ebenda: 104). Das bedeutet wiederum, dass das Symptom/Zeichen nicht identisch mit dem „materiellen Träger“ ist, sondern die „immaterielle Bedeutung“ vorgibt, wofür es steht (vgl. Uexküll & Wesiack 1988: 129). Die „Beschreibung oder vielmehr die [medizinische] Sprache“ ermöglicht dann letztlich „die Transformation“ des Zeichens/Symptoms in eine Krankheit (vgl. Foucault 2005: 128) durch die Körper der Ärzte ‚hindurch‘.

Die Wissensorganisation in der Ärzteschaft begründet sich auf die Verwendung einer besonderen Sprache bzw. Begrifflichkeit, die Krankheiten diagnostiziert und definiert. Erlern werden diese Sprache und das damit verbundene Expertenwissen von den Ärzten größtenteils in ihrer medizinischen Ausbildung. Historisch betrachtet erfolgte über das akademische Medizinstudium eine Abgrenzung der medizinischen Profession gegenüber anderen Anbietern medizinischer Dienstleistungen auf dem Gesundheitsmarkt über ihre wissenschaftliche Qualifikation, und begründete gleichzeitig ihren Monopolanspruch auf diesem Markt (vgl. Huerkamp 1983: 60). Ging es bis ins ausgehende 18. Jahrhundert der akademischen Ärzteschaft noch darum, „das >>Wesen<< der Krankheiten zu erkennen und diese nach ihren äußerlichen Symptomen in Familien, Gattungen und Arten zu klassifizieren“ (Huerkamp 1983: 30; vgl. auch Foucault 2005: 103), so wurde im 19. Jahrhundert begonnen, alte diagnostische Kategorien anhand anatomischer Merkmale neu festzulegen und neue diagnostische Kategorien hinzuzufügen (vgl. Lachmund 1996: 63). Die weiteren Entwicklungen führten dazu, dass sich im frühen 20. Jahrhundert der ärztliche Diskurs so weit verengt hatte, „dass die Grenze zwischen >>natürlich<< und >>erklärbar<< auf vererbte Krankheiten einerseits und umweltbedingte Krankheiten andererseits festgelegt zu sein schien“ (Labisch 1992: 190). Vor diesem Hintergrund war das medizinische Studium lange Zeit theoretisch ausgerichtet (vgl. Huerkamp 1983: 30), und auch später fehlte es an einer Struktur, die das im Unterricht erlernte Wissen mit den am Krankenbett gemachten Erfahrungen der Ärzte vereinen konnte (vgl. Foucault 2005: 67). Obwohl sich die „medizinischen Theorien seit einem halben Jahrhundert sehr verändert hatten, war der Gegenstandstyp der medizinischen Erkenntnis noch derselbe geblieben“ (ebenda). Nur langsam veränderte sich die systematische Form des Diskurses der medizinischen Erfahrung (vgl. ebenda: 15) und mit ihr die Form der Wissensweitergabe an den Universitäten. Mit der „Einführung physikalischer Messungen“ in den klinischen Alltag und in das Medizinstudium wurde der „Weg für den Glauben an die wirkliche Existenz [von]

---

<sup>4</sup> Unter Zeichen werden die vom Arzt beobachtbaren und naturwissenschaftlich formulierbaren Anzeichen einer Krankheit und unter Symptom ein vom Patienten subjektiv erlebtes und beobachtetes Phänomen verstanden (vgl. Uexküll & Wesiack 1988: 11).

Krankheiten und ihre Unabhängigkeit von der Wahrnehmung“ der Ärzte und Patienten bereitet (Illich 1975: 119). Diese Sichtweise wird ebenfalls in der zunehmenden Ausdifferenzierung der Ärzteschaft aufgrund einer „Expansion des medizinischen Wissens“ in viele spezialisierte Fächer (in Klinik und Studium) deutlich, die einerseits zunehmend zu einer „Versachlichung und Anonymisierung“ (vgl. Huerkamp 1983: 93/166) und andererseits zu einer unterschiedlichen Organisation von Krankheiten innerhalb der Fachdisziplinen führte (vgl. Freidson 1988: 277). Durch die ärztliche Professionalisierung einerseits und die „Medikalisierung“<sup>5</sup> der Bevölkerung bzw. des Lebens (vgl. Huerkamp 1983: 12; Illich 1975: 9) andererseits ist es schon für ärztliche Mitglieder benachbarter Disziplinen fast unmöglich geworden, die Handlungsräume anderer Spezialisten zu überschauen (vgl. Bucher & Strauss 1972: 184; Luckmann & Sprondel 1972: 16).

Ärzte übernehmen heute kontrollierende und erzieherische Aufgaben und führen zu einem Kompetenzverlust auf Seiten der Patienten für ihre eigene Gesundheit (vgl. ebenda; auch Labisch 1992: 273). Die Patienten werden auf diese Weise von einem Wissen abhängig, das sie erst recht nicht durchschauen können und das „aufgrund seiner Abstraktheit auch gar nicht mehr an [ihre] lebensweltliche Orientierung anschlussfähig ist“ (Lachmund 1987: 356; vgl. auch Wilensky 1972: 198). Im Zuge der Verwissenschaftlichung des medizinischen Wissens und den „daraus ableitbaren Techniken“ haben sich die „Zwecke medizinischen Erkennens und Handelns von den lebensweltlichen Deutungen und Bedürfnissen der Menschen entfernt (vgl. Labisch 1992: 305) und zu einer „Erhöhung der Diskrepanz medizinischer und lebensweltlicher Deutungsmuster“ geführt (Lachmund 1987: 360). Nicht zuletzt diese Entwicklungen begründen die heute vorherrschende „strukturelle Asymmetrie“ in den Arzt-Patienten-Interaktionen. Im Gegensatz zum Patronage-System, in dem die Patienten den dominierenden Part verkörperten, wird von den Patienten im System der Modernen Medizin erwartet, dass sie sich den Ärzten beugen und ihren Anordnungen Folge leisten (vgl. Huerkamp 1983: 305).

Damals wie heute liegt ein weiteres praktisches Problem in der medizinischen Heilkunst in der Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die ärztliche Praxis, da aufgrund eines bestehenden Handlungsdrucks in den direkten Arzt-Patienten-Interaktionen von den Ärzten Entscheidungen erwartet und Handlungen sowohl von Ärzten als auch Patienten vollzogen werden (vgl. Soeffner 2004: 17; Freidson 1988: 255 f.). Wie es Norbert Paul treffend formuliert: Zwischen den „theoretischen Wissensbeständen der Medizin und ihrer Anwendung auf medizinisch-praktische Probleme klafft ein Spalt: der >>Hiatus theoreticus<<“ (1996: 171). Auf diese Weise findet das ärztliche Problemlösen in einem „Handlungsrahmen“ statt, in dem das „theoretisch Mögliche“ durch die Ärzte in der Handlungssituation „durch pragmatische Faktoren auf das Maß des Praktikablen reduziert wird“ und Handlungen auf der Grundlage zwangsläufig unvollständiger Informationen erfolgen müssen (vgl.

---

<sup>5</sup> „Medikalisierung“ meint in diesem Zusammenhang die „Ausdehnung des Marktes für medizinische Dienstleistungen“ und die selbstverständliche Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen (nicht nur) im Krankheitsfall (vgl. Huerkamp 1983: 12). Die Medikalisierung des Lebens beginnt mit den „pränatalen monatlichen Kontrollen, bei denen [der Arzt] entscheidet, ob und wie der Fetus zur Welt kommen soll“, und endet „erst mit seiner Entscheidung, weitere Wiederbelebungsvorhaben aufzugeben“. Darüber hinaus dehnt sich die ärztliche Kontrolle auch im Bereich der Prävention und Vorsorge auf gesunde Menschen aus (vgl. Illich 1975: 45/49).

ebenda: 173/176). Zudem wird oft übersehen, dass Krankheiten innerhalb der Wahrnehmungs- und Deutungsprozesse sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Ärzte ebenfalls das Produkt „sozial erzeugte[r] Wirklichkeit“ sind und „ihre Bedeutungen [...] eine Geschichte“ haben (Illich 1975: 124). Leibliche Störungen bzw. Krankheiten sind in einen sozial und biographisch interpretativen Prozess der Akteure eingebettet (vgl. Alheit & Hanses 2004: 13; Freidson 1988: 264) und werden in diesem über die medizinisch geprägte Begegnung zwischen Ärzten und Patienten gesellschaftlich mit konstituiert. Das bedeutet auch, dass die Ärzte die von ihnen „beobachteten Anzeichen“ subjektiv erleben und umgekehrt die Patienten ihre Erlebnisse „oft mit Hilfe naturwissenschaftlicher Begriffe“ formulieren und eine klare Trennung zwischen objektiven und subjektiven Wahrnehmungs- und Deutungsprozessen daher nicht möglich ist (vgl. Uexküll & Wesiack 1988: 11 f.).

Vor dem Hintergrund der Verwobenheit von kontextueller Eingebundenheit (vgl. Alheit & Hanses 2004: 8) und (familien-) biographisch aufgeschichteter Wahrnehmungs- und Deutungsprozesse von Individuen auch in Bezug auf die Phänomene Gesundheit und Krankheit wollen wir uns auf der Seite der Ärzte – genauer der Hausärzte – nun der oft ausgegrenzten biographischen Perspektive nähern und damit im Folgenden den Forschungsgegenstand vorstellen.

### 2.3 Der Forschungsgegenstand zwischen Alltags- und Expertenwissen

Die Medizin stellt sich im „Kanon der Wissenschaften [als] eine einzigartige Disziplin“ dar. Insgesamt umfasst sie das „gesamte Spektrum von den theoretischen Grundlagenwissenschaften bis zur alltäglichen medizinischen Praxis, vom naturwissenschaftlichen Erklären bis zum individuellen Verstehen, von den (labor-) wissenschaftlichen Grundlagen von Gesundheit und Krankheit bis zum Heilen des Kranken, zum Betreuen des Leidenden, zur Hilfe für den Sterbenden“ (Labisch 1992: 323). Da das ärztliche Handeln im eigentlichen Sinne jedoch „allmählich aus dem Kanon medizinischer Wissenschaft, medizinischer Praxis und medizinischer Ausbildung“ verschwunden ist (ebenda: 324), trifft dieses Verständnis in der heutigen Zeit – wenn überhaupt – noch auf Hausärzte zu.

Hausärzte – verstanden als ‚Prototyp‘ des medizinisch ausgebildeten Experten – sahen sich einerseits seit Ende des 19. Jahrhunderts einer immer mehr konkurrierenden und fachlich eingrenzenden spezialisierten Ärzteschaft in den Städten gegenüber, und wurden andererseits in dieser Zeit in der Figur des Landarztes zum ‚Idealbild emporstilisiert‘ (vgl. Huerkamp 1983: 59). Obwohl das Bild des autonomen, allseits anerkannten und hoch angesehenen Landarztes seit der letzten Jahrhundertwende brüchig wird (vgl. ebenda: 187 f.), stellt das Bild des Landarztes, der sich aufopferungsvoll Tag und Nacht um seine Patienten und deren Familien kümmert, nicht nur im Bereich der Belletristik auch weiterhin das ärztliche Idealbild dar (vgl. z.B. Berger & Mohr 2001; Girtler 1998; Illich 1975; Kafka 1919/2004).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Auch in der aktuellen Tagespresse ist seit einigen Jahren ein andauernder Diskurs zu verfolgen, bei dem es vorrangig um das Problem der Sicherung der hausärztlichen Versorgung einer immer älter werdenden

Die (Hausarzt-) Medizin als „Handlungswissenschaft“ (Labisch 2006: 13) stellt sich in der Arzt-Patienten-Interaktion als ein „komplexes Beziehungsgeflecht dar, in dem verschiedenartiges Wissen wie auch unterschiedliche Handlungsaspekte miteinander verwoben sind“ (Paul 1996: 191), allgemeines (Experten-) Wissen in Bezug zum individuellen Fall gesetzt wird und Wissen und Erfahrung in besonderer Weise verknüpft werden (vgl. Labisch 2006: 13/18). Obwohl wir feststellen können, dass vielfach (sowohl von Patienten, anderem Gesundheitspersonal als auch medizinischen und sozialwissenschaftlichen Forschern) davon ausgegangen wird, dass Ärzte als die Experten das im Studium und in der Berufspraxis erworbene Wissen über Krankheiten und Krankheitsbilder in die Arzt-Patienten-Interaktion einbringen und entsprechend dem (geltenden und ‚richtigen‘) medizinischen Wissen handeln, muss bedacht werden, dass Wissen im soziologischen Sinne als soziale Konstruktion begriffen wird (vgl. Knorr Cetina 2002: 23 ff.; Berger & Luckmann 1980: 3). Medizinisches Wissen kann also nicht einfach als „Abbild einer gegebenen Wirklichkeit“ verstanden werden, sondern vielmehr enthält es „Deutungsmuster, mit denen „Krankheit“ überhaupt erst identifiziert und als Objekt konstituiert“ (Lachmund 1987: 355) wird.

Aus wissenssoziologischer Perspektive werden die individuell handelnden Menschen als Subjekte ihres Wissens betrachtet (vgl. Luhmann 1990: 11). Wissen stellt dabei die „Gewissheit [dar], dass Phänomene wirklich sind und bestimmte Eigenschaften“ (Berger & Luckmann 1980: 1) besitzen. Dieses Wissen der Personen bezieht nach Berger und Luckmann sowohl nicht- oder vorthoretisches Wissen (so genanntes Alltagswissen) als auch theoretisches Wissen ein (vgl. ebenda: 16). Da nun das medizinische, also theoretische Wissen der Ärzte nicht außerhalb ihrer selbst existieren kann, können wir davon ausgehen, dass die Ärzte in ihrem Alltag nicht nur unmittelbar in der ‚Verkörperung‘ ihres medizinischen Wissens agieren, sondern alle anderen nichttheoretischen Wissensbestände in das tägliche Handeln einfließen – sei es nun im Umgang mit Patienten in der Arbeitsroutine oder in Interaktionen im sozialen und familialen Umfeld. Betrachten wir die Praxis der täglichen Berufsausübung der Ärzte in diesem Sinne, dann gilt dort eben auch, dass in den alltäglichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten auf der Arztseite neben den medizinischen auch die *nicht*medizinischen Vorstellungen von Krankheit (und ebenso von Gesundheit) eine wesentliche Rolle spielen und einen entscheidenden Einfluss auf das ärztliche Handeln im Praxisalltag besitzen (vgl. Wollny 2009: 17 f.). Demnach bringen beide – Patient und Arzt – in die medizinisch geprägte Begegnung sowohl ihre eigene Geschichte als auch ihre eigenen Erfahrungen ein (vgl. Labisch 2006: 16), die durch die (Familien-) Biographie, das soziale Milieu und die kulturellen Rahmenbedingungen geprägt sind. Obwohl den Ärzten aufgrund ihrer „Professionszugehörigkeit sozusagen >per se< Professionalität attestiert wird“, agieren sie in den Interaktionen mit ihren Patienten dann offenbar viel weniger als Professionelle, als dies der gesellschaftlichen Erwartung entsprechen würde (vgl. Pfadenhauer 2003: 277 f.).

---

Bevölkerung auf dem Lande geht (vgl. z.B. Bohsem & Hulverscheidt 2011; Büsow 2011). Zusätzlich werden Fragen nach dem, was die Landärzte bzw. Hausärzte ausmacht, was von ihnen erwartet wird und was sie in der heutigen Zeit leisten können, aufgeworfen (vgl. u.a. Albrecht 2010; Spiewak 2010).

Gehen wir nun von einer Verbindung des theoretischen und vortheoretischen Wissens und eines uns im Alltag stets begleitenden Handlungsdruck aus und betten dies in die Sozialisationsgeschichte eines jeden einzelnen, so können wir (1) mit Berger und Luckmann annehmen, dass alles Wissen, ob später theoretisches oder vortheoretisches hinzukommt, auf dem in der primären Sozialisation erworbenen vortheoretischen Wissen aufbaut (1980: 101). (2) Die damit verbundenen „alltäglichen menschlichen Verstehensleistungen und -fertigkeiten werden von der frühesten Kindheit an intersubjektiv entfaltet. Das heißt, Deuten und Verstehen sind zugleich genetisch angelegt und in ihrer konkreten Ausformung sozial vermittelte Fertigkeiten“ (Soeffner 2004: 65), die sich (3) in den täglichen individuellen Handlungen widerspiegeln.

„Wissen [wird] letztlich über die Vorstellung des Menschen in die Welt eingeführt“ (Luhmann 1990: 13). Dies betrifft in erster Linie die Welt der eigenen Familie, die ein primäres Handlungsfeld eines jeden darstellt, indem in ihr Legitimationen symbolischer Sinnwelten vermittelt werden (vgl. Berger & Luckmann 1980: 100 ff.). Demzufolge bestimmt die Familie als Teil der „konkrete[n] Umgebung eines Menschen die Gesamtheit dessen, was von ihm als auf ihn wirksam erlebt wird“ (Soeffner 2004: 87), sowohl die biographische Strukturierung als auch die Herausbildung und Entwicklung kultureller Praktiken im individuellen und sozialen sowie später darauf aufbauend im beruflich professionellen Handeln der Ärzte. Indem das beruflich professionelle Handeln der Ärzte, also ihre ärztlichen Tätigkeiten, als kulturelle Praxis begriffen werden kann, erfolgt die Etablierung einer besonderen kulturellen Praxis, die nicht von der Familienbiographie der Ärzte abgelöst werden kann.

Da sich die Hausarztmedizin über die umfassende Kommunikation mit ihren Patienten unter begrenztem Einsatz technischer Hilfsmittel noch mehr als alle anderen Fachrichtungen der Medizin als „eine handelnde Disziplin“ (Labisch 2006: 13) versteht, können wir davon ausgehen, dass sich bei den Hausärzten sowohl Alltagswissen und theoretisches Wissen auf spezifische Weise verbindet, ein bestehender Handlungsdruck den gesamten Alltag strukturiert und eine besondere kulturelle Praxis herausgebildet wird.

Hausärzte besitzen aufgrund ihrer (familien-) biographischen Erfahrungen – wie andere Personen auch – Konzepte über Krankheit und Gesundheit, zum eigenen Kranksein und dem Kranksein anderer sowie zu spezifischen Krankheiten – so genannte Krankheitskonzepte (vgl. Kreher, Brockmann, Sielk et al. 2009). Eingübte Handlungspraktiken und dahinter liegende Krankheitskonzepte werden „>routiniert< und selbstverständlich im Alltag praktiziert und [kommen] nicht in den Blick des Bewusstseins“. Sie werden vom „Deutungsproblem“ und dem „Deutungsgegenstand absorbiert“ und strukturieren dennoch „handlungsleitende Bewusstseinsleistungen“ (vgl. Soeffner 2004: 65). Vor diesem Hintergrund fungieren Krankheitskonzepte als Bestandteil sowohl des Alltags- als auch Expertenwissens, stellen einen wichtigen Bestandteil des (allgemein-) medizinischen Handlungswissens dar und nehmen entscheidenden Einfluss auf die Interaktionen mit den Patienten.

Medizinisches und handlungsleitendes Wissen wird in ersten Ansätzen z.B. in den Teildisziplinen ‚Geschichte der Medizin‘ und ‚Theorie der Medizin‘ untersucht. Im Mittelpunkt steht hier vor allem eine grundlagentheoretische Klärung medizinischer Schlüsselbegriffe, die Entwicklung einer Theorie des Organismus und der Praxis

(vgl. Paul 1996: 194) sowie der Nachvollzug der „äußeren gesellschaftlichen Handlungen und Handlungsräume der Medizin und den dort über die Zeit hin verstetigten bzw. sich wandelnden Handlungen und Handlungsformen“ (Labisch 2006: 19). Strukturelle Zusammenhänge, unterschiedlich stark vermittelte Beziehungsgeflechte und gesellschaftliche Diskurse werden in diesen wissenschaftshistorischen Untersuchungen als Handlungskontexte für Ärzte analysiert. Als sinnhaft handelnde Subjekte, als individuelle Akteure kommen dabei weder Patienten noch Ärzte ausdrücklich in den forschenden Blick. Eben dies beanspruchen qualitativ ausgerichtete sozialwissenschaftliche Forschungsansätze (wie beispielsweise die Biographieforschung) zu leisten, indem sie auf Grundlage von Beobachtungen, Interviews oder Videoaufzeichnungen einzelne Fälle oder Gruppen analysieren. Auf diese Weise beabsichtigen sie, soziale und psychische Phänomene sowie das Handeln von Menschen auf einer individuellen Ebene verstehen und erklären zu können (vgl. Rosenthal 2005b: 165).

Das für diese Arbeit interessierende alltägliche und professionelle Handeln der Hausärzte sowie die in den Konsultationen mit ihren Patienten zum Tragen kommenden Krankheitskonzepte sollen demnach über familienbiographische Erzählungen einerseits und Interaktionsanalysen von Arzt-Patienten-Konsultationen andererseits rekonstruiert werden. Vor diesem Hintergrund stehen folgende Fragestellungen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung:

- Welche Lebensbedingungen in den Herkunftsfamilien ermöglichen es jemandem, Arzt zu werden?
- Welche familienbiographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Muster lassen sich aus familiengeschichtlichen Erzählungen von Hausärzten und aus Arzt-Patienten-Interaktionen rekonstruieren?
- Welche kulturellen (biographischen, symbolischen oder professionellen) Praktiken im familialen und beruflichen Kontext sind damit verbunden?
- Wie hängen biographische Muster und die Ausübung des Arztberufs als professionelle Praxis zusammen?
- Welche Krankheitskonzepte der Hausärzte lassen sich in familienbiographischen Interviews und Interaktionsanalysen rekonstruieren, und wie entstehen sie?
- Wie sind Krankheitskonzepte in die Biographie und Interaktionen der Hausärzte eingebunden, und wie beeinflussen sie das (haus-) ärztliche Handeln?

Ziel ist es, über die erzählten Familiengeschichten einerseits und die Arzt-Patienten-Interaktionen andererseits einen – wenn auch vermittelten – Zugang zur ‚Wirklichkeit‘ der Hausärzte zu erhalten. Bevor die gewählte Methodik mit ihren unterschiedlichen Zugängen (hinsichtlich der Datenerhebung und Datenauswertung) erläutert wird, soll nachfolgend der Stand der Diskussion der wissenschaftlichen Literatur bezüglich der Hausärzte und ihrer Krankheitskonzepte als Forschungsgegenstand vorgestellt werden.



### 3. Hausärzte und ihre Krankheitskonzepte – Stand der Diskussion in der wissenschaftlichen Literatur

#### 3.1 Hausärzte als Generalisten oder besondere Spezies

Als Hausärzte können sich in Deutschland sowohl Fachärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (unter dem Titel ‚Hausärztliche Internisten‘) als auch praktische Ärzte in eigener Praxis niederlassen. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Weiterbildungsordnungen (zwischen den Fächern aber auch Jahrgängen) haben in der Regel Internisten ihre Weiterbildung im klinischen Bereich der Inneren Medizin und Allgemeinmediziner in verschiedenen Klinikbereichen (obligat auch in operativen Fächern) absolviert. Lediglich praktische Ärzte konnten sich bis zu Beginn der 1990er Jahre nach einer deutlich verkürzten Weiterbildungszeit als Hausärzte niederlassen. Allgemeinmedizin bzw. Hausarztmedizin definiert sich als das „Fach des Generalisten, der sich auf den ganzen Menschen konzentriert und seine Krankheiten und Störungen im komplexen Zusammenhang der ganzen Person und deren Umwelt sieht“ (Abholz & Kochen 2006: 502). Auch wenn sich hausärztliche Internisten, Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte in ihrer beruflichen Sozialisation unterscheiden<sup>7</sup>, sollen ihre Gemeinsamkeiten im Folgenden unter dem Begriff der Hausärzte betrachtet werden.

Typischerweise stellen Hausärzte die erste Anlaufstelle für erkrankte Personen dar und besitzen somit eine breite Zuständigkeit in Bezug auf jegliche Art gesundheitlicher Störungen. Neben der unmittelbaren Versorgung von erkrankten Patienten übernehmen sie zusätzlich eine koordinierende Funktion, indem sie die Patienten bei Bedarf an spezialisierte Ärzte (im ambulanten und stationären Sektor) überweisen. Als Familienärzte betreuen sie oft die gesamte Familie über viele Jahre (nicht selten Jahrzehnte) hinweg. Hausarztmedizin beinhaltet damit eine kontinuierliche und koordinierende Funktion in der Betreuung der Patienten (vgl. u.a. Wilm & In der Schmitt 2007; Abholz & Kochen 2006; Schers, van den Hoogen, Bor et al. 2005).

Dabei bildet die persönliche, kontinuierliche und therapeutische Beziehung der Hausärzte zu ihren Patienten den Kern der hausärztlichen Tätigkeit. Während sich andere ärztliche Disziplinen über ihre Inhalte, Krankheiten, Organsysteme oder Technologien definieren, „ist die Arzt-Patient-Beziehung vor jedem Inhalt schlechthin konstitutiv für die Allgemeinmedizin“ (Wilm & in der Schmitt 2007: 485; vgl. auch Balint 2010: 158). Das bedeutet u.a., dass der (ideale) Hausarzt mittels seiner kommunikativen Fähigkeiten die Perspektive und das Krankheitskonzept seiner Patienten wahrnehmen und verstehen sowie die Selbsthilfekompetenzen (und im weiteren Sinne auch Empowerment) der Patienten erkennen und fördern soll (vgl. z.B. Altiner & Donner-Banzhoff 2008). Darüber hinaus sollen die Hausärzte sowohl die Public Health- als auch die individualmedizinische Perspektive in den

---

<sup>7</sup> Internisten erwerben in ihrer Ausbildung auch spezialisierte internistische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und definieren sich mehr als Allgemeinmediziner über ihre Krankenhausbildung. Daher sind sie in der Regel stärker krankheits- und technikzentriert und handeln eher organbezogen (vgl. Isler 2003). Die Allgemeinmedizin versteht sich dagegen eher patientenzentriert.

Versorgungsalltag integrieren. In der patientenzentrierten Betreuung sind psychosoziale und psychosomatische Kompetenzen (auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit) sowie die Kompetenzen der selbstkritischen Reflexion der eigenen Kompetenzen und ihrer Grenzen durch die Hausärzte unabdingbar (vgl. Wilm & in der Schmitten 2007). Zur Umsetzung dieser Kompetenzen benötigen die Hausärzte eine Fähigkeit, die in der Allgemeinmedizin als hermeneutisches *Fallverstehen* bzw. *Fallverständnis* bezeichnet wird. Das bedeutet, dass in die Entscheidungsfindung nicht nur „die Eindimensionalität der Krankheit, sondern die Mehrdimensionalität des Krankseins mit seinen medizinischen, psychischen und soziokulturellen Aspekten“ (Abholz & Kochen 2006: 504), eben möglichst die Ganzheit der Person ihrer Patienten mit einfließt. Das hermeneutische Fallverständnis beruht dann auf der Interpretation und Einordnung u.a. des Erscheinungsbilds der Patienten, ihrer Beschwerden und Befunde, ihres Lebensumfelds unter Einbeziehung der gemeinsamen Vorgeschichte und beobachteter Veränderungen durch die Hausärzte (vgl. Abholz, 2005: 401). Darüber hinaus benötigen die Hausärzte medizinisches und psychosoziales Basiswissen, einen Überblick über die regionalen Versorgungsstrukturen, organisatorisches Geschick und kommunikative Kompetenzen, die sie in spezifischer Weise zusammenfügen (vgl. Abholz 2010: 177; Bahrs 2003: 212). In Bezug auf das Gesundheitssystem sind die Hausärzte sowohl bestrebt, ihre Patienten vor Fehl-, Unter-, aber auch Überversorgung zu schützen, als auch ihre Koordinations- und Integrationsfunktion in Bezug auf die zahlreichen Akteure im System zu erfüllen. In dieser Rolle sind sie Ansprech- und Kooperationspartner für andere Kollegen, Kostenträger (Krankenkassen etc.) und regionale Institutionen (vgl. Wilm & in der Schmitten 2007).

Die Hausärzte stellen also ihre Patienten in ihrer Einheit als bio-psycho-soziale Personen dar, die in ihrer ganz besonderen Individualität von ihnen wahrgenommen und betrachtet werden müssen. Die Patienten werden von den Hausärzten über ihre Berichte und Bewertungen ihrer Symptome, Erkrankungen und Leiden als ‚Experten für ihr subjektives Kranksein‘ wahrgenommen (vgl. Wilm & in der Schmitten 2007: 482). Sie selbst betrachten sich dabei als Experten für „Gesundheit, Gesundbleiben und Krankheit“ (Wilm & in der Schmitten 2007:482).

Auf diese (ideale) Weise definiert die (wissenschaftliche) Allgemeinmedizin die Patienten und ihre Beziehung zu ihnen als ihren spezifischen Arbeitsgegenstand. Dabei fällt auf, dass einerseits die individuellen Persönlichkeiten der Patienten im Mittelpunkt der Betrachtungen liegen, andererseits aber immer wieder Krankheiten als abstrakte medizinische Objekte im Vordergrund zu stehen scheinen. Trotz der begrifflichen Inkonsistenzen begreifen sich die (wissenschaftlichen) Allgemeinärzte letztlich als Experte für die Leiden ihrer Patienten in der Zusammenführung medizinischen Wissens und hermeneutischen Könnens. Daneben gibt es zudem zahlreiche Bereiche im hausärztlichen Alltag, die ebenfalls von den Ärzten und ihren Praxisteams bewältigt werden müssen. Dazu gehören u.a. die Einhaltung gesundheitssystemischer (inkl. sozioökonomischer, rechtlicher und politischer) Vorgaben und Vorschriften sowie die quartalsmäßige Abrechnung mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in der gesetzlichen Krankenversicherung. Innerhalb dieser – die Autonomie der Hausärzte einschränkenden – sozioökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen können die Ärzte jedoch eigenständig und selbstbestimmt mit ihren Patienten in der täglichen Ausübung ihres Berufes interagieren.

Der interaktive Aushandlungsprozess zwischen den Ärzten und ihren Patienten stellt sich dabei in der patientenzentrierten Hausarztmedizin als sehr komplex und abhängig vom jeweiligen Kontext und individuellen (biographischen, sozialen und kulturellen) Faktoren sowie eigenen Erfahrungen und Haltungen dar (vgl. Isler 2003: 393).

Vor diesem Hintergrund wird von den (wissenschaftlich tätigen) Ärzten zunehmend die individuelle Lebensgeschichte der Patienten in die ganzheitliche Sicht mit einbezogen und ein biographischer Einfluss auf die bio-psycho-soziale Einheit ‚Patient‘ wahrgenommen. Da sie sich selbst jedoch in erster Linie als Experten medizinischen Wissens und hermeneutischen Könnens (mit der Fähigkeit, den Patienten in seiner Gesamtheit erschließen zu können) betrachten, wird von ihnen und ihrer wissenschaftlichen Vertretung<sup>8</sup> eine biographische Sicht auf sich selbst als handelnde Individuen in der Arzt-Patienten-Beziehung bislang weitestgehend ausgeblendet.<sup>9</sup> In diesem Zusammenhang können wir beobachten, dass ganz allgemein – und nicht nur im wissenschaftlichen Diskurs der Allgemeinmedizin – die Haltung überwiegt, (Haus-) Ärzte als *die* Experten in Bezug auf medizinisches Wissen zu betrachten und das medizinische Wissen der (Haus-) Ärzte als Expertenwissen dem Laienwissen anderer Akteure (Patienten, Angehörigen, Pflegenden) gegenüber zu stellen. Beziehen wir in diese Überlegungen die bereits weiter oben beschriebene Annahme (siehe Kapitel 2.3) mit ein, dass die Auffassung von handelnden (Haus-) Ärzten lediglich in ihrer ‚Verkörperung‘ des medizinischen Wissens eben nur bedingt eine realistische und in der Praxis handlungsleitende Vorstellung ist, dann müssen wir genau genommen davon ausgehen, dass sowohl Ärzte als auch Patienten in der medizinisch geprägten Arzt-Patienten-Interaktion immer auch als biographisch, sozial und kulturell geprägte Individuen handeln.

Auf der Suche nach wissenschaftlicher Literatur zur Einbeziehung der biographischen Perspektive von Patienten und Hausärzten können wir feststellen, dass dies in der hausärztlichen Forschung bislang vor allem auf Patientenseite in den Bereichen chronischer Erkrankungen und Untersuchungen zur Compliance erfolgt ist (z.B. Bahrs & Matthiesen 2007; Blättner & Wachtlin 2005). So haben Ottomar Bahrs und Kollegen narrative familienbiographische Interviews zwar mit Patienten *und* ihren Hausärzten durchgeführt, um ihre in Interaktionsanalysen (von videoaufgezeichneten Konsultationen) erarbeiteten Strukturhypothesen zu validieren, konzentrierten sich in der Analyse jedoch hauptsächlich auf die Biographien der untersuchten Patienten (vgl. Bahrs, Heim, Kalitzkus et al. 2007; Müller & Kalitzkus 2007: 89). Lediglich anhand eines Beispiels wurde das Zusammenspiel von Interaktionsmustern, Krankheitskonzepten und der Biographie eines Hausarztes mittels Genogrammanalyse<sup>10</sup> untersucht. Die Autoren kommen zu dem Schluss,

<sup>8</sup> Die wissenschaftliche Vertretung der Allgemeinmedizin ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM – <http://www.degam.de/>).

<sup>9</sup> Michael Balint fiel in seiner Arbeitsgruppe u.a. ebenfalls auf, dass die Ärzte in ihren Berichten über ihre Patienten selbst nicht vorkamen, „als ob [ihr] eigener Beitrag entweder unwichtig oder so genormt wäre, dass jeder Arzt sich ganz genauso verhalten hätte“ (2010: 35).

<sup>10</sup> Mittels graphisch dargestellter Familienkonstellationen bzw. -systeme beinhaltet die Genogrammanalyse eine schrittweise und sequentielle Rekonstruktion von Entscheidungsmöglichkeiten der untersuchten Akteure und den Vergleich mit ihren tatsächlich getroffenen Entscheidungen. Dies ermöglicht, „Muster zu rekonstruieren, welche die Lebenspraxis der Akteure in ihrer spezifischen Logik immer wieder hervorbringt“ (vgl. Hildenbrand 2005: 16 f.).

dass sich in der biographischen Untersuchung der Hausärzte Gründe für deren Handeln im beruflichen Alltag mit ihren Patienten finden lassen, und dass auf diese Weise die „Dialektik von Struktur und Freiheit“ im Verlauf biographischer Entscheidungen verstehbar wird (vgl. Bahrs & Heim 2007: 152/155 f.). Aus ihrer Sicht setzt die jeweilige Familienbiographie dabei einen Rahmen, mit dem sich die Handelnden mehr oder weniger bewusst auseinandersetzen müssen (vgl. Heim & Kalitzkus 2007: 145). Darüber hinaus gibt es bezogen auf Hausärzte vor allem Forschungsarbeiten, die sich mit einzelnen Lebensabschnitten von Hausärzten oder der Berufswahl und Berufszufriedenheit beschäftigen (z.B. Angerer, Petru, Nowak et al. 2008; Chenot & Blank 2008; Schäfer, Becker, Krentz et al. 2008; Bovier & Perneger 2003).

Im Unterschied zur allgemeinmedizinischen Forschung können wir in den Sozialwissenschaften beobachten, dass es schon seit längerer Zeit ein stärkeres Interesse gibt, auch außerhalb psychiatrischer Diagnosen zu untersuchen, wie die Biographien von Patienten durch Krankheitserfahrungen beeinflusst werden und wie sich Krankheiten auf die Biographien und die Körper der Untersuchten auswirken (vgl. u.a. Pfeffer 2010; Ackermann & Frommer 2006; Perleberg, Schütze & Heine 2006; Alheit, Dausien, Fischer-Rosenthal et al. 1999a; Treichler 1995; Blankenburg 1989; Gerhardt 1984; Hildenbrand 1983). Bezogen auf (Haus-) Ärzte fand sich jedoch nur eine interaktionsbezogene und biographische Forschungsarbeit. In ihrer Analyse kommt Nicole Witte zu dem Schluss, dass sich das ärztlich-professionelle Handeln in struktureller Hinsicht nicht vom biographischen Handeln unterscheidet, sondern sich gesamtbiographisch ausbildet und auch auf außerhalb der beruflichen Sozialisation erworbenen und tradierten Handlungsmustern aufbaut. Damit agieren Ärzte auch in ihrer professionellen Rolle letztlich als „ganze Menschen“. Das professionelle Handeln der untersuchten Ärzte stellt sie auf diese Weise als Teil einer biographischen Bewältigungsstrategie und damit auch als „biographische Arbeit“ dar (vgl. Witte 2010: 22/436-439).

Vor diesem Hintergrund fällt sowohl in der allgemeinmedizinischen als auch sozialwissenschaftlichen Forschung auf, dass zwar die Notwendigkeit gesehen wird, im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Setting biographische Forschung zu betreiben (z.B. Elstner, Burian & Diefenbacher 2007; Meyer 2006; Remmers 2006; Zinn 2005; Stuhlmann 2004; Isler 2003), dies letztlich aber noch zu wenig umgesetzt wird. Wenn auch einige Forschungsarbeiten durchgeführt wurden, die Patienten mit bestimmten Erkrankungen in den Mittelpunkt ihrer biographischen Analysen setzen, haben wir es auf Seiten der mit ihnen interagierenden (Haus-) Ärzte mit einer mehr als disparaten Forschungslage zu tun.

Wenn auch nicht die Ärzte mit ihren biographischen und beruflichen Entscheidungen bislang ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt sind, so stellen die Arzt-Patienten-Beziehungen einen wichtigen Aspekt in den Untersuchungen im hausärztlichen Setting dar. Wurde bislang vom Arzt erwartet, dass er die gesundheitlichen Probleme seiner Patienten auf „objektive, wissenschaftlich begründbare Weise angeht“ ohne Beachtung persönlicher Präferenzen und Emotionen (vgl. Parsons 1970: 15), so geht es heute mehr und mehr um den ‚richtigen‘ Einsatz von Kommunikationsstrukturen und -techniken in den Interaktionen zwischen Ärzten und ihren Patienten – zu sehen u.a. in der zunehmenden Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten und Kompetenzen in Verbindung mit der Vermittlung praktischer sowie technischer Fertigkeiten in der

allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung (vgl. u.a. Nikendei, Weyrich, Jünger et al. 2009; Sennekamp, Gilbert, Schäfer et al. 2008; Fischer, Simmenroth-Nayda, Herrmann-Lingen et al. 2003).

Mit dieser Ausrichtung werden idealerweise die Grundlagen einer Evidenz-basierenden Medizin mit den Fähigkeiten einer Narrativen Medizin (vgl. Greenhalgh & Hurwitz 1999) verbunden. In der narrativen Medizin geht es um die Beachtung der Geschichtlichkeit von erlebter und gelebter Krankheit vorzugsweise unter Einbeziehung der individuellen biographischen Einbettung auf Seiten der Patienten (vgl. Kalitzkus, Wilm & Matthiesen 2009: 17; siehe auch Konitzer, Doering & Fischer 2002). Der besondere Ansatz liegt in einer „spezifischen Haltung, wie auch auf besonderen „narrativen Fähigkeiten“ wie Sensibilität für den Kontext von Krankheitserfahrung und einer patientenzentrierten Haltung, narrativen Kommunikationsformen, partnerschaftlichem Kontakt, Reflektieren und aktivem Zuhören“ (Kalitzkus, Wilm & Matthiesen 2009: 20). Damit rückt die Kommunikation mit den Patienten als Hauptbestandteil der hausärztlichen Arbeit wieder in den Mittelpunkt – und dies sowohl innerhalb als auch außerhalb der (allgemeinmedizinischen) Forschung. Gerade für die Anwendung allgemeinmedizinischer Prinzipien wie das abwartende Offenhalten<sup>11</sup> oder der erlebten Anamnese<sup>12</sup> ist eine ‚gelingende‘ Kommunikation mit den Patienten und ein beiderseitiges Verstehen erforderlich. Vor diesem Hintergrund bleibt zu hoffen, dass mit Zunahme und Vergrößerung der akademisch-allgemeinmedizinischen Institutionen<sup>13</sup> an deutschen Universitäten und der Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Forscher auch die Arzt-Patienten-Interaktionen und -Kommunikationen stärker als bisher in den Fokus allgemeinmedizinischer Beobachtungen rücken und damit Hausärzte selbst immer mehr zum Gegenstand der Forschung werden.

---

<sup>11</sup> Unter dem abwartenden Offenhalten wird verstanden, dass unter Beachtung der abwendbar gefährlichen Verläufe bewusst auf weitergehendes diagnostisches oder therapeutisches Handeln verzichtet wird, solange sich keine Therapiekonsequenz abzeichnet, die eine definierte Diagnosestellung erforderlich machen würde.

<sup>12</sup> Die erlebte Anamnese ist durch die Spezifika des hausärztlichen Umfelds (lange Arzt-Patienten-Beziehungen, kurze Konsultationsdauer etc.) gekennzeichnet und meint die Erweiterung der üblichen Anamnesebögen um (familiäre und berufs-) biographische Gegebenheiten, Einstellungen und Handlungsweisen der Patienten.

<sup>13</sup> In den letzten Jahren sind vermehrt Bestrebungen zu erkennen, zusätzlich zu den rund 10 langjährig bestehenden großen Abteilungen und Instituten für Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen weitere Institute und Abteilungen für Allgemeinmedizin an den Universitäten (wie z.B. in München, Rostock und Greifswald) zu schaffen, die neben der Abdeckung einer allgemeinmedizinischen Lehre auch allgemeinmedizinische Forschung betreiben.

### 3.2 Hausärztliche Krankheitskonzepte als Konstrukt allgemeinmedizinischer und sozialwissenschaftlicher Forschung

Vor dem Hintergrund, dass Ärzte und Patienten gleichermaßen ihre individuellen, d.h. familienbiographisch, sozial und kulturell geprägten Erfahrungen mit dem eigenen Kranksein und dem Kranksein und Krankheiten anderer in die Arzt-Patienten-Interaktionen einbringen, ist ein gegenseitiges Verstehen der diesbezüglichen Vorstellungen und Konzepte des anderen für eine ‚gelingende‘ Kommunikation unabdingbar. Die patienten- und arztseitigen Krankheitskonzepte nehmen dabei als Bestandteil des Alltags- und Expertenwissens einen entscheidenden Einfluss auf die Arzt-Patienten-Interaktionen (siehe Kapitel 2.3).

Betrachten wir nun wieder die wissenschaftliche Literatur zu den Krankheitskonzepten von Ärzten und ihren Patienten, dann begegnet uns dort ein ähnliches Bild wie im Bereich der biographischen Forschung. Patientenseitige Krankheitskonzepte werden in der (allgemein-) medizinischen Forschung erst seit einigen Jahren vermehrt in den forschenden Blick genommen und beschränken sich vordergründig auf den patientenseitigen Umgang mit ihren akuten und chronischen Krankheiten oder auf ihre Bewältigungsmuster bei schwerwiegenden Erkrankungen (u.a. Altiner & Donner-Banzhoff 2008; Köhler, Kreutzmann, Koenigsmann et al. 2006; Dunkelberg 2002; Salewski 2002; Wilm & Kriebel 2001). In diesem Zusammenhang geht es den Forschenden in der (Allgemein-) Medizin in erster Linie darum, ein bestimmtes Patientenverhalten (z.B. in Bezug auf so genannte (Non-) Compliance oder auch Adhärenz)<sup>14</sup> und dahinter liegende Vorstellungen zu den Krankheiten verstehen und erklären zu können. Die Definitionen für patientenseitige Krankheitskonzepte beziehen sich dann vor allem auf Vorstellungen, welche die Patienten in Bezug auf ihre Erkrankungen (inkl. aller Gedanken und Gefühle), deren Ursachen, Beeinflussbarkeit und Folgen haben (vgl. Birkner 2006: 153; Dunkelberg 2002: 167; Wilm & Kriebel 2001: 85). Damit lehnen sich die Definitionen der Krankheitskonzepte eng an die „medizinischen Denkkategorien [von] Ursache, Diagnose, Therapie, Diagnostik und Prognose“ (Dunkelberg 2002: 167) an.

Im Gegensatz dazu gibt es in den Sozialwissenschaften zwar eine schon länger andauernde Debatte über individuelle und gesellschaftliche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen bzw. Gesundheits- und Krankheitskonzepte (vgl. Nordenfelt 2007; Flick 2001; Aymanns & Filipp 1997; Hesslow 1993; vgl. Boorse 1977), die sich jedoch vor allem auf die *Gesundheitsvorstellungen* von Patienten konzentriert (vgl. z.B. Faltermaier 2002; Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering 1998; Flick 1998). *Krankheitskonzepte* spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle und werden dann wie in der (allgemein-) medizinischen Forschung als „laien-theoretische“ Annahmen der Patienten über Ursachen, Verlauf und Schwere sowie

---

<sup>14</sup> Der Begriff der (Non-) Compliance steht im ärztlichen Kontext für das (nicht) kooperative Verhalten von Patienten in Bezug auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Einfach ausgedrückt kann Compliance auch als Therapietreue bezeichnet werden und meint, das Befolgen ärztlicher Anweisungen. Adhärenz bedeutet, dass darüber hinaus der Patient als Experte für sein Kranksein wahrgenommen wird und dessen Konzepte mit in die Entscheidung der Ärzte einbezogen werden sollen.

Therapiemöglichkeiten von Erkrankungen (vgl. Jacob 2002: 132) den ärztlichen Konzepten gegenüber gestellt. In Bezug auf patientenseitige Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit gibt es darüber hinaus aber auch erste Ansätze zur Untersuchung der Einbettung von Krankheits- und Gesundheitskonzepten in die Lebensgeschichte (vgl. z.B. Ackermann & Frommer 2006; Berg & Lucius-Hoene 2000; Bauer-Wittmund 1996).

Die Krankheitskonzepte von Hausärzten geraten daneben wesentlich seltener in den Blick sowohl sozialwissenschaftlicher als auch allgemeinmedizinischer Forschungen (vgl. auch Wilm 2009: 55-59; Brockmann, Schönefeld, Sielk et al. 2004). Obwohl vielfach festgestellt wird, dass Krankheitskonzepte von Ärzten und Patienten als wichtiger Bestandteil angemessener Kommunikation und Entscheidungsfindung in der täglichen Praxis beachtet werden müssen, scheint es vorrangig darum zu gehen, die „ärztlich-wissenschaftlichen Krankheitskonzept[e]“ (Linden, Nather & Wilms 1988: 35) als Ausgangspunkt für die Beachtung und Einbeziehung der patientenseitigen Krankheitskonzepte anzuwenden. So werden die ärztlichen Krankheitskonzepte gern den patientenseitigen gegenübergestellt und letztere an ersteren gemessen bzw. deren Richtigkeit überprüft (z.B. Dohnke & Knäuper 2002). Hans Becker geht in diesem Zusammenhang einen Schritt weiter und verdeutlicht, dass sowohl Patienten als auch Ärzte historisch veränderte individuelle Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit besitzen, die „in erheblichen Maße von magischem Denken, verknüpft mit Inhalten von Schuld und Strafe“ (Becker 1984: 313) bestimmt werden, und die bewusst oder unbewusst noch heute nebeneinander oder überlagernd bestehen.

Übergreifend wird einerseits erkennbar, dass obwohl die (Sozial-) Wissenschaftler immer wieder betonen, dass (subjektive) Krankheitstheorien oder Krankheitskonzepte ein Konstrukt sozialwissenschaftlicher Forschung darstellen und es sich bei ihnen nicht um fixe Gegenstände handelt, sondern um „dynamische Phänomene, deren Ausprägung emotionalen, unbewussten, situativen, funktionalen und beziehungsabhängigen Einflussfaktoren unterliegt“ (Frommer & Rennie 2006: 211), bleiben die Verwendungen der Begrifflichkeiten in diesem Zusammenhang uneinheitlich und ungenau. Das bedeutet, dass die Begriffe wie Krankheitskonzepte, Krankheitsvorstellungen oder Krankheitstheorien weder genau definiert noch einheitlich verwendet werden (vgl. Kreher 2009b: 32 f.). Andererseits bewegen sich die dargestellten Untersuchungen und Definitionen zum Begriff der ‚Krankheitskonzepte‘ (gleichsam für Hausärzte und Patienten) bislang vorwiegend auf einer manifesten und unmittelbaren Ebene, d.h. sie beziehen sich auf verbalisierte und erklärende Vorstellungen von Individuen über bestimmte Erkrankungen. Somit erscheint es nicht verwunderlich, dass die medizinischen Denkkategorien einen großen Raum einnehmen und jenseits des Offensichtlichen wenig Raum für Interpretationen und Deutungen im alltäglichen Handeln bleibt. Mit der Rekonstruktion der Krankheitskonzepte von Hausärzten zu vier Krankheitsentitäten (Kopfschmerzen, akuter Husten, Ulcus cruris venosum und Schizophrenie) und einer theoretischen Auseinandersetzung der empirischen Befunde haben Kreher et al. die theoretische Diskussion ein Stück weiter vorangetrieben. Basierend auf einer interdisziplinären (von Sozialwissenschaftlern und Hausärzten), entitätsspezifischen und entitätsübergreifenden Analyse von Interviews mit Hausärzten zu ihren Patienten, die an den oben genannten Erkrankungen und Symptomen leiden, verstehen sie Krankheits-

konzepte als „historisch geprägte, entitätsspezifische, akteursgebundene, situativ adaptierbare und biographisch prozesshafte Wahrnehmung, Interpretation (Bewertung) und Verarbeitung von Krankheit, von Symptomen und / oder von Personen als Träger auch der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (Kreher 2009a: 210). Damit lassen sich hausärztliche Krankheitskonzepte von theoretischen Begriffen einer Wissenschaftsdisziplin unterscheiden, schließen sowohl Expertenwissen als auch Alltagswissen ein und können als „praktische Konzeptionen“ (Hahn 1994: 188 f.) mit kognitiven, emotionalen und interaktionsbezogenen Momenten aufgefasst werden. Das bedeutet wiederum, dass Krankheitskonzepte in einem spezifischen Sinne real sind; sie existieren, „indem sie sozial wirksam sind; beispielsweise als Vorstellungen von einer bestimmten Krankheit in Arzt-Patienten-Interaktionen, in Expertendiskursen unter Ärzten oder in alltäglichen Gesprächen [...]. Als social kinds sind sie gleichzeitig real und gesellschaftlich konstruiert, leiten oder orientieren [das] Fühlen, Denken und Handeln“ (Kreher 2009a: 210).

Jedoch verdeutlichen auch diese Analysen, dass das dort bearbeitete empirische Material bislang zu wenig biographische und familienbiographische Daten enthält, um wichtige Fragen zur Entstehung der Krankheitskonzepte im Kontext des familien- und berufsbiographischen Handelns sowie der darin enthaltenen Relation von theoretischem und vortheoretischem Wissen beantworten zu können. Aus dieser Problemsituation heraus erklärt sich der Wunsch, die hausärztlichen Krankheitskonzepte als ‚Beschreibung von Realität‘ mittels familienbiographischen Interviews mit Hausärzten näher zu untersuchen. Zusätzlich zu den (familien-) biographischen Analysen sollen die hausärztlichen Krankheitskonzepte als Momente des beruflichen Handelns in den Interaktionen mit ihren Patienten untersucht werden. Die zugrunde liegende Forschungshypothese stellt die Krankheitskonzepte auf diese Weise als Teil der biographisch geprägten und beruflich professionell einsozialisierten Handlungsmuster und kulturellen Praktiken der Hausärzte dar – die als grundlegende Handlungsmuster zugleich stabil und in den Interaktionssituationen (mit der Interviewerin und ihren Patienten) jeweils re-interpretiert werden.

## 4. Hausärztliche Krankheitskonzepte in familienbiographischen Interviews und ärztlichen Konsultationen – Methodisches Design

### 4.1 Vom biographisch narrativen Interview zur Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation bei Hausärzten

#### 4.1.1 Das autobiographisch-narrative Interview in der Biographieforschung

Weder Gesundheit noch Krankheit stellen in der Regel Phänomene dar, über deren Bedeutung wir uns immer im Klaren wären. Wenn Krankheit als Gefährdung der Selbstverständlichkeit des eigenen Lebens erlebt wird, können Gesundheit und Krankheit als existierende Phänomene der eigenen Lebenswelt<sup>15</sup> bewusster und unmittelbarer wahrgenommen werden. Da sich Gesundheit und Krankheit als soziale Phänomene in der Regel nicht einfach beobachten lassen, stellt ihre Untersuchung in der empirischen Sozialforschung eine besondere Herausforderung dar. Wenn Krankheit jedoch als „biographische Unterbrechung definiert“ wird, dann ist es möglich, sie als „Gegenstand biographischer Konstruktion“ (vgl. Fischer-Rosenthal 1996b: 153) in den Mittelpunkt empirischer Analysen zu stellen und damit auch Krankheitskonzepte als (alltägliches und medizinisches) Handlungswissen in biographischen Interviews zu untersuchen.

Biographische Methoden gehören im weiten Feld der qualitativen Sozialforschung zu den interpretativen und hermeneutischen Verfahren, die sich nicht auf die numerische Verallgemeinerung von Kategorien, sondern auf die Verallgemeinerung und Generalisierung am Einzelfall beziehen (vgl. Rosenthal 2005b: 13). Indem sie möglichst umfassend an die „Eigenperspektive der handelnden Subjekte“ anknüpfen und auch die historische Dimension im Lebensablauf berücksichtigen, bilden sie einen empirischen Zugang zum sozialen Leben einer untersuchten Personengruppe oder eines bestimmten Milieus (vgl. Kohli 1981: 273). Ausgehend vom Individuum, welches in seiner Alltagswelt (in einem bereits geordneten und geregelten Ereignisraum) Erfahrungen macht und sein Tun mit einem Ziel und Sinn verbindet, stehen die Konzepte ‚Erfahrung‘, ‚Handlung‘ und ‚Struktur‘ im Mittelpunkt biographischer Analysen. Mit der Annahme, dass die drei Konzepte bereits im sozialen bzw. alltagsweltlichen Konstrukt der Biographie angelegt sind, können sie mittels soziologischer Rekonstruktion von Biographien aufgedeckt werden (vgl. Fischer & Kohli 1987: 30 f.).

In der Biographieforschung wird davon ausgegangen, dass moderne Gesellschaften Biographien ausbilden, die in der Alltagswelt als sprachliches Mittel fungieren, um

---

<sup>15</sup> In Anlehnung an Anne Honer verstehe ich den hier verwendeten Begriff der Lebenswelt „als das Ingesamt von Sinnwelten“ einer Person, und spreche im Weiteren von der Alltagswelt als „'ausgezeichnete[n]' Wirklichkeitsbereich der Lebenswelt“, auf den sich das „Augenmerk der Sozialwissenschaften hauptsächlich richtet“ (2011: 12/23).

für das Individuum und die sie umgebende Gesellschaft Orientierungs- und Ordnungsleistungen zu übernehmen. Dazu gehören sowohl Reproduktions- als auch Transformationsprozesse<sup>16</sup> (vgl. Fischer-Rosenthal 1996b: 149 f.). Die Erzeugung von Orientierungswissen erfolgt dabei in Interaktionen, die von den Akteuren in ihrem Ablauf und ihrer Bedeutung strukturiert wahrgenommen werden. Der Ablauf und die Bedeutung werden dann wiederum im Handeln realisiert, was nach Ablauf des Interaktionsprozesses erneut als Geschichte sprachlich rekapituliert werden kann (vgl. Fischer 1978: 318).

Biographische Forschungsansätze ermöglichen es demnach, die Handlungsabläufe sowie Handlungsgeschichten der interviewten Personen zu untersuchen – sowohl des in Erzählungen präsentierten Prozesses sozialen Handelns als auch „die Frage, wie sich die lebensgeschichtlichen Erfahrungen im Verlauf der erlebten Lebensgeschichte aufbauen und für aktuelles [...] Handeln orientierungswirksam werden“ (Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997: 156). Biographische Forschungen richten sich dabei auf das gesamte Leben von Individuen und rücken deren subjektive Erfahrung und subjektives Handeln in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses (vgl. Fischer-Rosenthal 1996b: 149; Kohli & Robert 1984: 4). Hierbei wird ein dialektisches Grundverständnis von Subjekt und Gesellschaft zugrunde gelegt, welches eine Unterscheidung von Mikro- und Makrosoziologie ‚obsolet‘ macht und die Biographie als Bestandteil der Sozialwelt in den Mittelpunkt der Untersuchungen stellt (vgl. u.a. Rosenthal 2005b: 75; Vierzigmann & Kreher 1998: 23; Fischer-Rosenthal 1996b: 148; Fischer 1978: 311). Vor diesem Hintergrund stehen biographische Ansätze grundsätzlich in der „Spannung zwischen Biographie als subjektiver Konstruktion und Biographie als sozialer Wirklichkeit“ (Kohli & Robert 1984: 5). Individuum und Gesellschaft sind untrennbar miteinander verbunden (vgl. z.B. Rosenthal 2005a: 61; Fischer-Rosenthal 1996b: 148; Fischer-Rosenthal 1995a: 254), so dass das soziale Konstrukt ‚Biographie‘ auf der einen Seite „Muster der individuellen Strukturierung und Verarbeitung von Erlebnissen in sozialen Kontexten hervorbringt“ und auf der anderen Seite dabei immer auf „gesellschaftliche Regeln, Diskurse und soziale Bedingungen verweist“ (vgl. Dausien, Lutz, Rosenthal et al. 2005: 7 f.).

In der vorliegenden Arbeit bildet der einzelne Hausarzt den zu untersuchenden (biographischen) Fall. Ausgehend von familienbiographisch-narrativen Interviews mit Hausärzten und deren biographische Narrationsanalyse geht es zum einen darum, die biographisch geprägten Handlungsmuster zu untersuchen. Zum anderen sollen die Krankheitskonzepte über die Lebensgeschichte und im Besonderen über das eigene Krankheitserleben und die Wahrnehmung von Erkrankungen anderer als spezieller Themenbereich der eigenen Biographie rekonstruiert werden. Um anschließend Aussagen zu den beruflichen Handlungsmustern formulieren zu können, wurden im Sinne einer Triangulation Konsultationsaufzeichnungen mit Patienten interaktionsanalytisch ausgewertet und berufsbezogene Handlungspraktiken rekonstruiert. Die Konsultationstexte dienen ebenfalls dazu, Aussagen zu den hausärztlichen Krankheitskonzepten zu formulieren und die bereits gewonnenen Er-

---

<sup>16</sup> Zur Transformation gehört z.B. „die Verarbeitung von plötzlich auftretendem Neuen, von Enttäuschungen, von Erwartungen, die nicht eintraten, von Veränderungen durch historische und soziale Verwerfungen [aber auch] Altersprozesse, Krankheitsverarbeitung und das Coping mit Verlusten aller Art“ (Fischer-Rosenthal 1996b: 150).

kenntnisse zu verdichten (zur Art der fallbezogenen Datenmaterialien siehe Tab. 1). In diesem Kapitel soll zunächst die biographische Datenerhebung und -auswertung betrachtet werden, um danach die Interaktionsaufzeichnungen und -analysen sowie abschließend die fallvergleichende Vorgehensweise darzustellen (siehe Kapitel 3.2 und 3.3).

	<b>Biographische Analysen</b>	<b>Interaktionsanalysen</b>
<b>Norbert Gruber</b>	Familienbiographisches Interview an zwei Terminen in der Häuslichkeit des Arztes	Narratives Interview zu Patienten mit Demenz Arzt-Patienten-Interaktionen beim Hausbesuch im Altenpflegeheim
<b>Sven Turner-Meyer</b>	Familienbiographisches Interview in der Häuslichkeit des Arztes	Arzt-Patienten-Konsultationen in der Praxis
<b>Ingmar Arndt</b>	Familienbiographisches Interview in der Praxis des Arztes	Arzt-Patienten-Konsultationen in der Praxis

Tab. 1: Materialbasis zur Analyse der (familien- und berufs-) biographischen Handlungsmuster und Krankheitskonzepte

Erzählungen bzw. Geschichten dienen auch im Alltag dazu, anderen Personen individuelles Erleben und persönliche Erfahrung mitzuteilen, und sind Bestandteil der alltäglichen Kommunikation. Jedes Individuum ist prinzipiell in der Lage, einer anderen Person verständlich und nachvollziehbar zu erzählen, was er z.B. am heutigen Tag oder in seinem beruflichen Werdegang erlebt hat. Diese impliziten Wissensbestände können mittels einer narrativen Gesprächsführung aufgedeckt und dargestellt werden.

Mit einer offenen Erzählweise im narrativen Interview<sup>17</sup> ist die Idee verbunden, dass „Erzählungen stärker an konkreten Handlungsabfolgen und weniger an Ideologien und Rationalisierungen der Befragten orientiert sind“ (Hopf 2004: 357; vgl. auch Schütze 1977: 52). Das bedeutet, dass in der Interviewsituation die Interviewpartner sich gedanklich in die vergangenen Situationen hineinversetzen und so dem tatsächlich Erlebten am nächsten kommen. Das narrative Interview ermöglicht es, „die Erfahrungs- und Orientierungsbestände“ des Interviewten unter weitgehender Zurücknahme des Forschereinflusses und -interesses zu untersuchen (vgl. Schütze 1977: 51). Indem der Forscher sich am ‚roten Faden‘ bzw. der Themenabfolge (inkl. temporaler oder thematischer Sprünge) des Interviewten orientiert, gilt es nun, die alltäglichen Kompetenzen des Erzählens auf Seiten des Interviewten möglichst ungetrübt und unbeeinflusst zu fördern (vgl. ebenda: 29). Die Selbstläufigkeit des Erzählvorgangs gelingt dann, wenn „der Informant akzeptiert, sich dem narrativen Strom des Nacherlebens seiner Erfahrungen zu überlassen, [ohne eine] kalkulierte, vorbereitete bzw. zu Legitimationszwecken bereits oftmals präsentierte Geschichte zur Erzählfolie“ (Schütze 1984: 78) zu

<sup>17</sup> Das narrative Interview wurde von Fritz Schütze in den 1970er Jahren im Zusammenhang mit einer Studie über kommunale Machtstrukturen entwickelt und in den Folgejahren vor allem für die Biographieforschung nutzbar gemacht (vgl. Schütze 1977).

benutzen, und verschiedene Zugzwänge<sup>18</sup> des Erzählens ihre Wirksamkeit entfalten.<sup>19</sup>

Auf diese Weise orientiert sich der Gesprächsverlauf nicht am wissenschaftlich-theoretischen oder persönlichen Interesse des Interviewers, sondern an den Äußerungen und der Relevanzsetzung der interviewten Person. „Das Ergebnis eines gelingenden autobiographisch-narrativen Interviews [liegt dann in einer so genannten] Stegreiferzählung des selbsterfahrenen Lebensablaufs“ (Schütze 1984: 78). Das Kommunikationsschema des Stegreiferzählens zeichnet sich dadurch aus, dass es „Verstrickungen [des Befragten] in Ereigniszusammenhänge und das dabei Erlebte besonders explizit zum Ausdruck“ (Schütze 2001: 13) bringt. Das bedeutet, dass mit dem biographisch-narrativen Interview Datentexte erzeugt werden, die möglichst lückenlose „Ereignisverstrickungen“ und „lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung“ reproduzieren (vgl. Schütze 1983: 285).

Vor diesem Hintergrund erfolgten die familienbiographisch-narrativen Interviews mit den Hausärzten in der vorliegenden Arbeit nach dem von Fischer-Rosenthal und Rosenthal (z.B. 1997: 139-147) detailliert beschriebenen Vorgehen – als Ausarbeitung des von Schütze entwickelten Konzepts des autobiographisch-narrativen Interviews. Da ich als Forscherin im Erhebungszeitraum als wissenschaftliche Mitarbeiterin einer allgemeinmedizinischen Abteilung tätig war, hatte ich im Rahmen verschiedener qualitativer und quantitativer Forschungsprojekte Kontakt zu einer Vielzahl von Hausärzten. Von diesen wurden vier Hausärzte aufgrund kontrastiver bereits bekannter Kontextdaten für die Studie ausgewählt und in den Jahren 2008 und 2009 familienbiographisch interviewt.

Um letztlich die Forschungsfrage nach dem biographischen und beruflichen Handeln einerseits und den damit verbundenen Krankheitskonzepten andererseits aus der Perspektive der interviewten Hausärzte erfassen, verstehen und erklären zu können, besteht das Hauptelement des narrativen Interviews im Hervorlocken einer möglichst umfangreichen und frei entwickelten biographischen Erzählung, die durch eine entsprechende Erzählaufforderung (erzählgenerierende Eingangsfrage) eingeleitet und durch erzählgenerierende (interne und externe) Nachfragen fortgesetzt wird (vgl. Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997: 144 f.). Die Erzählaufforderung lautete: „Wie Sie wissen, interessiere ich mich für Ihre Familien- und Lebensgeschichte. Daher möchte ich Sie bitten, mir Ihre Familien- und Lebensgeschichte

---

<sup>18</sup> Zu den Zugzwängen gehören der *Gestaltschließungszwang* (Erzählungen und ihre Teilerzählungen werden in einer geschlossenen Gestalt präsentiert, d.h. von Anfang bis Ende), der *Detaillierungszwang* (Erlebnisse oder Ereignisse werden zum Zwecke der Plausibilisierung in ihrem Gesamtzusammenhang bzw. ihrem Kontext eingebettet erzählt) und der *Kondensierungszwang* (aufgrund einer begrenzten Erzählzeit wird die Erzählung auf das Wesentliche verdichtet bzw. kondensiert) (vgl. Marx & Wollny 2010: 334; Schütze 2001: 14; 1977: 1).

<sup>19</sup> Bei allen Vorteilen einer narrativen Interviewtechnik (Nähe zum Erleben, Entfaltung der Perspektive, Erfahrungs- und Orientierungsbestände des Interviewten etc.) darf nicht unbeachtet bleiben, dass lebensgeschichtliches Erinnern grundsätzlich sowohl *retrospektiv* als auch *rekonstruktiv* ist (vgl. Kohli 1981: 291). Das bedeutet zum einen, dass die Darstellung der tatsächlich stattgefundenen Situationen und Ereignisse letztlich aus heutiger Sicht unter einer bestimmten Perspektive stattfindet, welche auch die Auswahl der Teilerzählungen steuert (vgl. Fischer 1978: 321). Zum anderen wurden die erzählten Geschichten und die in ihnen enthaltenen Ereignisse und Handlungen durch den Erzähler bereits im Hinblick auf eine Sinnstruktur interpretiert. Damit sind sie nicht „Abbildungen der Realität, sondern Interpretationen, durch die Wirklichkeit sozial konstituiert wird“ (ebenda: 318). Vereinfacht ausgedrückt: Das, was erinnert und erzählt wird, ist nicht gleichzusetzen mit dem Geschehen in der damaligen Situation, sondern ist ein Ausdruck für die Relevanzsetzung des Interviewten in der spezifischen Kommunikationssituation (vgl. auch Goblirsch 2007: 63).

zu erzählen, all die Erlebnisse, die Ihnen einfallen. Sie können sich so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie auch erst einmal nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen machen, auf die ich später zurückkomme“. Je nach Länge und Ausführlichkeit der autonom gestalteten Haupterzählung (von wenigen Minuten bis über eine Stunde) erfolgte anschließend die Phase der internen Nachfragen, die sich an den während des Zuhörens gemachten Stichpunkten orientierten (in der Reihenfolge der Darstellung der interviewten Person) und die ebenfalls erzählgenerierend formuliert wurden. Diese internen Nachfragen ermöglichen es, auch bei Haupterzählungen, die zunächst in einem knappen Berichtsstil erfolgen, Narrationen anzuregen und so unklar gebliebene Berichte oder nur angedeutete Erlebnisse erneut anzusprechen. Darüber hinaus gab es lediglich zwei externe Nachfragen, die sich auf eigene Erkrankungen und den Umgang mit Patienten bezogen, wenn diese beiden Themenbereiche nicht bereits in der vorherigen Phase angesprochen wurden.

Die Interviews fanden entweder bei den Hausärzten zu Hause oder in ihrer Arztpraxis statt und dauerten zwischen anderthalb und zwei Stunden (zu den Einzelheiten der Kontaktaufnahme und Interviewsituation siehe 5.1.1, 5.2.1 und 5.3.1). Mit zwei Hausärzten wurde jeweils ein zweiter Interviewtermin vereinbart. Nach den Interviews wurden die wahrgenommenen Besonderheiten hinsichtlich der interviewten Person, der Präsentation der Gesprächsinhalte und der Atmosphäre vor, während und nach dem Interview detailliert in Memos<sup>20</sup> festgehalten. Die digital aufgenommenen Interviews wurden anschließend für die Analyse in einen Text überführt, indem das gesprochene Wort unter Einschluss parasprachlicher Merkmale (einschließlich Pausen, Wortabbrüchen usw.; siehe Transkriptionszeichen) ohne Rücksicht auf die Regeln der Schriftsprache wortwörtlich und ohne Auslassungen transkribiert wurde (vgl. Fuchs-Heinritz 1998 12 f.; Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997: 151). Mittels dieser biographisch-narrativen Interviews wird es möglich, gegenwärtiges Handeln der Hausärzte vor dem Hintergrund vergangener Handlungsstrukturen zu verstehen sowie objektive Strukturen des Lebensvollzugs und ihrer subjektiven Konstruktion als Einheit zu erforschen.

#### 4.1.2 Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation

Um genau diesem Anspruch der Analyse objektiver Strukturen und subjektiver Konstruktionen gerecht zu werden, haben Wolfram Fischer-Rosenthal und Gabriele Rosenthal in Erweiterung der von Fritz Schütze vorgeschlagenen Textanalyse um die thematische Feldanalyse und die Prinzipien der objektiven Hermeneutik die Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentationen vorgeschlagen (vgl. Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997: 147).

Das Ziel dieser Analyse besteht in der Rekonstruktion der gelebten sowie erzählten Lebensgeschichte mit nachfolgender Kontrastierung beider Ebenen. Die Analyse der *gelebten* Lebensgeschichte dient der Rekonstruktion der „chronologischen Aufschichtung der biographischen Erlebnisse“, d.h. der (objektiven) biographischen Ereignisdaten in zeitlicher Abfolge (wie Geburt, Einschulung, Heirat aber auch Er-

---

<sup>20</sup> Dabei handelt es sich um Aufzeichnungen und Erinnerungsprotokolle, in denen Angaben zum Verlauf der Datenerhebung und -auswertung sowie Erkenntnisschritte in diesen Prozessen festgehalten werden.

krankungen etc.). In der Analyse der *erzählten* Lebensgeschichte geht es dagegen um die Untersuchung der „temporalen und thematischen Gestaltung“, mittels derer der „Autobiograph seine biographische Selbstpräsentation vornimmt“. In der so genannten thematischen Feldanalyse geht es um die Rekonstruktion der Struktur der erzählten Lebensgeschichte anhand der sequentiellen Abfolge des Interviewtextes (vgl. Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997: 148 ff.; Fischer-Rosenthal 1996b: 154 ff.). Danach werden Textstellen, die sowohl als problematisch als auch aus Sicht der Befragten oder für die Beantwortung der Forschungsfrage als wichtig erachtet werden, in Bezug auf die erlebensbezogene und aktuelle Präsentation im Interview sequentiell analysiert. Unter Einbeziehung dieser feinanalytischen Untersuchung einzelner Textstellen erfolgt anschließend die Kontrastierung der gelebten und erzählten Lebensgeschichte und ggf. in der fallübergreifenden Analyse eine Formulierung eines Strukturtyps. Im Verlauf des Analyseprozesses können so die Hypothesen aus einem Arbeitsschritt in einem anderen überprüft werden (detailliertes Vorgehen siehe z.B. Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997; Fischer-Rosenthal 1996b; Rosenthal 1995).

Betont werden soll, dass die einzelnen Arbeitsschritte weitgehend unabhängig voneinander durchgeführt werden und die Analysen in den einzelnen Phasen zunächst kontextfrei (d.h. unabhängig von der Forschungsfrage bzw. des Forschungsinteresses) und immer in ihrer Sequenzialität erfolgen (vgl. Fischer-Rosenthal 1996b: 156). Das sequenziell analytische Vorgehen folgt der Annahme, dass bereits die Lebensgeschichte als eine „sequenziell geordnete Aufschichtung größerer und kleinerer in sich sequenziell geordneter Prozessstrukturen“ (Schütze 1983: 284) verstanden werden kann. Auf diese Weise verbinden sich Erfahrung und Handlung in der Sequenzialität der gegenwärtigen Wirklichkeit, womit Strukturanalyse notwendigerweise als Sequenzanalyse erfolgen sollte (vgl. Fischer & Kohli 1987: 43). Mit der sequenziellen Analyse der erlebten und erzählten Lebensgeschichte sowie der sequenziellen Feinanalyse einzelner Textstellen wird es möglich, zum einen das Wechselverhältnis von erlebter und erzählter Lebensgeschichte zu erfassen, sowie zum anderen sowohl die latenten als auch die manifesten Bedeutungen für den Biographen zu rekonstruieren (vgl. Fischer-Rosenthal 1996b: 155 f.).

In der vorliegenden Arbeit wurde für das Fallverstehen immer wieder eine Literaturrecherche zu bestimmten Themenbereichen notwendig (z.B. zu den Themen Religion, regionale Besonderheiten, geschichtliche Abläufe, Zwillingsgeburten). Mit der Literaturrecherche geht es darum, sich das notwendige (historische) Wissen anzueignen und sich auf die Besonderheiten des Falles einzulassen (vgl. z.B. Rosenthal 2005a: 55). Darüber hinaus erwies es sich für die Analysearbeit immer wieder als äußerst hilfreich, in interdisziplinären, gemischtgeschlechtlichen, altersheterogenen und unterschiedlich sozialisierten Interpretationsgruppen zu arbeiten, denen neben Gesundheits- und Pflegewissenschaftlern auch Psychologen und Hausärzte (Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten), aber auch Promoventen anderer Fachdisziplinen angehörten. Dies ermöglichte es, das Datenmaterial immer wieder aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und eine breite Vielfalt an Lesarten zu entwickeln, die im weiteren Verlauf der Analyse weiter verifiziert und konkretisiert wurden.

Von den vier interviewten Hausärzten wurden letztlich drei Fälle in allen Einzelheiten analysiert. Auf eine eingehende Analyse des vierten Interviews wurde aus Zeit-

gründen verzichtet, da – obwohl von kontrastiven Kontextdaten ausgegangen wurde – die Intention des Interviewers (sein Leben zu reflektieren) einem bereits analysierten Fall konzeptionell und strukturell sehr ähnlich erschien. Aus den Anschreiben und Telefonaten wussten die Ärzte, dass ich als Forscherin an Biographien von Hausärzten interessiert war. Das Erinnern in der Interviewsituation war dann letztlich von der Anfrage (Hausärzte biographisch zu interviewen) sowie dem Hörinteresse in der Interviewsituation geprägt (vgl. Fischer 2006: 323) und bildete den Rahmen für die Interviews (vgl. Rosenthal 2005a: 61). Die individuelle Rahmung im Interview durch die interviewten Hausärzte im Prozess der gegenseitigen Verständigung vollzog sich vornehmlich auf den Ebenen der gern geleisteten Hilfe für eine Wissenschaftlerin, dem Reflexionsbedürfnis nach dem Wie-Geworden-Sein als Hausarzt und der Darstellung des eigenen beruflichen Alltags.

Darauf aufbauend entstanden biographische Fallrekonstruktionen als erstes Analyseergebnis der familienbiographisch-narrativen Interviews mit den Hausärzten, die sich in ihrer Darstellung am Lebensablauf der interviewten Person orientierten. Am Ende der jeweiligen Fallrekonstruktion steht die Fallstrukturhypothese, die als verdichtete „Erzeugungsregeln des Sozialen“ (Fischer-Rosenthal 1995a: 256) die analytisch bewusst getrennten Ebenen der erlebten und erzählten Lebensgeschichte wieder zusammenfügt und die die in der Auseinandersetzung mit lebenspraktischen Erfordernissen entwickelte Struktur der untersuchten Befragten widerspiegelt (vgl. Hildenbrand 1999: 267). Die bislang ausgeklammerte Forschungsfrage hinsichtlich biographischer und beruflicher Handlungsmuster sowie der hausärztlichen Krankheitskonzepte wurde erst im weiteren Verlauf der Analyse miteinbezogen (siehe Kapitel 4.3). Um nun sowohl die beruflichen Handlungsmuster als auch die hausärztlichen Krankheitskonzepte als Momente hausärztlicher Handlungspraxis und als konstitutives Moment ärztlicher Entscheidungsfindung im alltäglichen Tun in der Hausarztpraxis zu untersuchen, wurden bei den biographisch interviewten Hausärzten Konsultationen mit ihren Patienten aufgezeichnet und interaktionsanalytisch ausgewertet.

## 4.2 Hausärztliche Interaktionsprotokolle zur Analyse des beruflichen Handelns

### 4.2.1 Interaktionsanalyse verbalisierter Arzt-Patienten-Kommunikation

Während es bei der Analyse biographisch-narrativer Interviews vorrangig um die Rekonstruktion biographischer Sinnstrukturen geht, nimmt die Interaktionsanalyse unmittelbar die Strukturen von Interaktionen in den Blick der Untersuchung (vgl. Fischer 2004: 76 f.). Im Mittelpunkt der folgenden Überlegungen steht die Frage, ob und wie Momente hausärztlicher Krankheitskonzepte in den ärztlichen Interaktionen mit ihren Patienten in der täglichen Praxis aufscheinen. Theoretische Hintergrundannahme der Forscherin war, dass die Arzt-Patienten-Konsultationen die wichtigste Form realisierter Kommunikationspraxis von Hausärzten in ihrem beruflichen Alltag darstellt, und berufliche Wahrnehmungs-, Deutungs- und

Handlungsmuster, die die Krankheitskonzepte der Hausärzte strukturieren oder stark prägen, in den Konsultationen empirisch greifbar werden.

Um sich dem Untersuchungsgegenstand der hausärztlichen Krankheitskonzepte nun zusätzlich von einer weiteren Perspektive – der konkreten alltäglichen Handlungssituationen der Hausärzte – zu nähern und damit möglicherweise auch eine Verbindung zwischen den biographischen und beruflichen Handlungsmustern empirisch untersuchen zu können, wurden ärztliche Konsultationen mit Patienten digital aufgezeichnet und interaktionsanalytisch ausgewertet. Die rekonstruktive Analyse der authentischen Daten<sup>21</sup> soll es ermöglichen, den Sinn und die Bedeutungen, die die Beteiligten im gemeinsamen Handeln und Sprechen in der Interaktion herstellen, zu untersuchen. Damit verfolgt die Interaktionsanalyse das Ziel der „Rekonstruktion von Strukturen des Interaktionsprozesses und [der] Erforschung von individuellen, „lokalen“ und generellen Regeln der Interaktion“ (Fischer 2004: 78).

Dabei muss erneut bemerkt werden, dass sich die Krankheitskonzepte der Hausärzte nicht unmittelbar beobachten lassen, und auch die Analyse der direkten Interaktion zwischen den Ärzten und ihren Patienten genau wie die biographische Geschichte (vgl. Kapitel 4.1) und das Erzählen der Ärzte über ihre Patienten (vgl. Kreher, Brockmann, Sielk et al. 2009) nur einen vermittelten Zugang zu den Krankheitskonzepten der Untersuchten darstellt. Mit den Interaktionsanalysen digital aufgezeichneter Konsultationen zwischen den biographisch analysierten Hausärzten und ihren Patienten sollen die Krankheitskonzepte als Momente der hausärztlichen Handlungspraxis und als konstitutives Moment ärztlicher Entscheidungsfindung in der täglichen Praxis aus einer zusätzlichen Perspektive untersucht werden.

Ganz allgemein wird davon ausgegangen, dass jede in Interaktion eingebettete kommunikative Handlung einer allgemeinen sozialen Ordnung folgt. So verweist die ethnomethodologische Konversationsanalyse insbesondere auf die sequenzielle Orientierung der Sprechmuster, die in Bezug auf verschiedene Sprecher oder unterschiedliche Kontexte nur wenig variiert (vgl. Schegloff 1987: 101; Schegloff & Sacks 1973: 289). Folgen wir dieser Annahme, dann liegen jeder Arzt-Patienten-Interaktion vergleichbare Muster und Regeln zugrunde, die die Gesprächsanteile strukturieren. Aus Sicht der Konversationsanalyse und vor dem Hintergrund, dass erfolgreiche Medizin an ein kommunikatives Gelingen zwischen Arzt und Patient gebunden ist, müssen die Handlungen von Arzt und Patient in der Kommunikationssituation verstanden und entsprechend interpretiert werden. Dabei ist eine zwischenmenschliche Verständigung nicht einfach gegeben, sondern das Produkt eines aktiven Prozesses, indem intersubjektivität zwischen Handelnden fortlaufend situativ hergestellt wird (vgl. Schegloff & Sacks 1973: 293).

Ohne dieses allgemeingültige Verständnis von Kommunikation in Frage zu stellen<sup>22</sup>, wird schnell deutlich, dass allein mit der Anwendung der ethnomethodologi-

---

<sup>21</sup> Unter authentischen Daten werden natürlich vorkommende und nicht eigens für die Untersuchung erhobene Materialien verstanden (vgl. z.B. Deppermann 2008: 11; Schegloff & Sacks 1973: 291). Mittels der Konsultationsaufzeichnung zwischen Ärzten und Patienten wird die natürliche Sprache in ihrem natürlichen Kontext zum Gegenstand der Untersuchung gemacht.

<sup>22</sup> Dieses allgemeingültige Verständnis bildet letztlich den Handlungsrahmen für die Arzt-Patienten-Kommunikation, indem jede Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Praxis durch bestimmte Regeln und Handlungsrituale gekennzeichnet ist (z.B. fachspezifische Begrüßungs- und Verabschiedungsrituale, kulturelles Zeitmanagement, kurze Kommunikationsabschnitte auf beiden Seiten, gegebene und akzeptierte Asymmetrie zwischen Arzt und Patient sowie Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht auf Seiten des Arztes).

schen Konversationsanalyse auf diese Weise nur wenig Raum für die Untersuchung der individuellen Gestaltung der Interaktionen und den individuellen Handlungsmustern bleibt. Interessieren uns nun die konkreten Interaktionsleistungen und dahinter liegende Handlungsstrukturen in einem spezifischen Kontext – hier insbesondere der Hausärzte in den täglichen Konsultationen mit ihren Patienten –, dann benötigen wir einen erweiterten theoretischen Rahmen für die in der vorgestellten Untersuchung anzuwendende Interaktionsanalyse.

Im Gegensatz zur Konversationsanalyse konzentriert sich die objektive Hermeneutik vermehrt auf das einzelne Subjekt und untersucht deren objektive bzw. latente Bedeutungs- und Sinnstrukturen (vgl. Oevermann 2002; 1993). Dabei geht auch die objektive Hermeneutik von Regeln und Algorithmen aus (vgl. Oevermann 1993: 114 f.), die den Interaktionen zu Grunde liegen. Die „Autonomie der Lebenspraxis“ wird in der objektiven Hermeneutik jedoch vor allem als individuell zu lösende Widersprüchlichkeit „von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung“ gesehen und kann auf der Ebene einer individuellen „Fallstrukturgesetzmäßigkeit“, die „jenseits des bewusstseinsfähigen Selbstbildes“ operiert und in übergeordnete historische, soziale, kulturelle und gesellschaftliche Fallstrukturgesetzmäßigkeiten eingebettet ist, allgemeingültig analysiert werden (vgl. Oevermann 2002: 11-14; 1993: 178). Dies ist möglich, da die objektive Hermeneutik mit einem für sie spezifischen Begriff der Realität von objektiven bzw. latenten Bedeutungs- und Sinnstrukturen operiert (vgl. Oevermann 1993: 112). Die sinnlich nicht wahrnehmbaren latenten Bedeutungs- und Sinnstrukturen lassen sich nur über ihre „ausdrucksmaterialen Träger, [wie] z.B. optisch gegebene typographische Zeichen oder akustisch gegebene phonemische Laute“ (ebenda: 117) wahrnehmen. Empirisch untersucht werden dann nicht die objektiven bzw. latenten Bedeutungs- und Sinnstrukturen der eigentlichen Lebenspraxis, sondern die objektiven bzw. latenten Bedeutungs- und Sinnstrukturen von Ausdrucksgestalten, die in den Spuren und Protokollen der Lebenspraxis enthalten sind (vgl. ebenda: 113).

Die wissenschaftliche Analyse dieser latenten Bedeutungs- und Sinnstrukturen von Ausdrucksgestalten setzt bei der im Alltag nicht wahrnehmbaren Widersprüchlichkeit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung an (da oft auf eingeübte Routinen zurückgegriffen wird), indem die Sequenzanalyse alle Möglichkeiten bzw. Optionen, die das untersuchte Individuum aufgrund bereits vollzogener Handlungen und gesellschaftlich erzeugter Regeln hat, in die wissenschaftliche Untersuchung mit einbezieht. Mit der Sequenzanalyse werden diese vielfältigen Optionen, die im Alltag nicht reflektiert werden können, dechiffriert und ermöglichen die Rekonstruktion der latenten Bedeutungs- und Sinnstrukturen der gelebten Alltagspraxis (vgl. Oevermann 2002: 6; 1993: 180). Im Prozess der Analyse wird das Wissen um den spezifischen Kontext, in dem sich die Handlungen vollzogen haben, weitestgehend ausgeschlossen, indem „jedes noch so unscheinbare Partikel des zu analysierenden Protokolls auf seine sinnlogische Motiviertheit hin“ (Oevermann 1993: 129) untersucht wird. Wie die ethnomethodologische Konversationsanalyse, so geht auch die objektive Hermeneutik übergreifend davon aus, dass die Handlungen letztlich nur in ihrem spezifischen Kontext verstanden werden können, und dass dieser im Prozess der Rekonstruktion von Strukturgesetzmäßigkeiten aber letztlich vernachlässigt werden muss, um die zugrunde liegenden Sinn- und Bedeutungsstrukturen rekonstruieren zu können.

Vor diesem Hintergrund stützen sich die Analysen in der vorliegenden Untersuchung in dem Maße auf die objektive Hermeneutik und die Konversationsanalyse, wie sie den Grundprinzipien der Sequenzialität und der Kontextgebundenheit folgt. Bevor jedoch das konkrete Vorgehen dargestellt wird, soll zunächst die Arzt-Patienten-Interaktion als Gegenstand der Analyse genauer betrachtet werden.

Auf einer einfachen (individualekategorialen) Betrachtungsebene stellt die Interaktion zwischen Arzt und Patient ganz allgemein ein „Zusammentreffen zweier Personen [dar], eines Individuums, das sich krank fühlt und ärztliche Hilfe sucht, und eines individuellen Arztes“ (Bahrs, Fischer-Rosenthal & Szecsenyi 1996: 7). Auf Seiten der Patienten steht der Wunsch nach bestmöglicher Hilfe, auf Seiten der Ärzte die Verpflichtung nach bestmöglichem, moralischem und berufsethischem ärztlichen Handeln. In den Interaktionen wird von beiden Akteuren ein wechselseitiges Vertrauen unterstellt, das es ermöglicht, die zentralen Handlungsfiguren („Hilfesuchender“ und „Hilfegewährender“) zu erhalten und die so entstandene Situation zu bewerkstelligen (vgl. ebenda: 7 f.). Im soziologischen Sinne stellt die Arzt-Patienten-Interaktion sowohl eine „natürlich begrenzte Einheit“ als auch eine „zentrierte Art von Interaktion“ dar. Das bedeutet, dass sich Arzt und Patient „gegenseitig als legitime Partner“ in einem zeitlich und räumlich gesellschaftlich vorbestimmten Rahmen anerkennen und „sich offiziell zur sprachlichen Kommunikation bereit erklärt und sich gegenseitig garantiert [haben], den Wortfluss aufrecht zu erhalten“ (Goffman 1986: 41 f./146).

Oft wird naheliegend unterstellt, dass Ärzte ihre Patienten als Objekte ärztlichen Handelns betrachten, die lediglich ihre Krankheiten bzw. Symptome repräsentieren, welche die Ärzte mittels ihres medizinischen Wissens erkennen und entsprechend behandeln sollen. Diese Ansicht lässt jedoch außer Acht, dass „die in Unordnung geratene Welt des Patienten nicht einfach präsentiert wird und der Arzt sie kognitiv erkennt, sondern es findet hier ein Gestaltungsprozess statt, bei dem Patient und Arzt zusammen [in der Interaktionssituation] das Problem formieren und prozedieren“ (Fischer-Rosenthal 1996a: 50). Aus diesem Grund spricht Wolfram Fischer-Rosenthal (1996a: 28 ff.) auch von einer „alltagspraktischen Beschreibung“, wenn es um die Beobachtungsperspektive der Patienten geht und ihre „emotional-kognitive Wahrnehmung“ der Interaktionen. Im Hinblick auf die Beobachtungen der Ärzte in den Interaktionen spricht er aufgrund des medizinischen Bezugsrahmens dagegen von „professionspraktischen Beschreibungen“. In den direkten Handlungssituationen sind weder die alltagspraktischen Beschreibungen der Patienten noch die professionspraktischen Beschreibungen der Ärzte jeweils für den anderen zugänglich oder sichtbar. „Sie können lediglich wechselseitig antizipiert, unterstellt, aufgrund von Ausdruck und Äußerung des anderen *hypothetisch* entwickelt werden, sodann auf die eigenen Beschreibungen bezogen werden und im Fortgang gelingender Interaktion verifiziert (oder falsifiziert) werden“ (Fischer-Rosenthal 1996a: 31). Das bedeutet, dass es für die jeweiligen Interaktionspartner notwendig ist, in der Interaktion ihre intersubjektive Zuschreibung der geteilten Bedeutungen und koordinierten Handlungen Schritt für Schritt dem anderen zu verdeutlichen (vgl. Deppermann 2008: 49 f.).

Vor dem Hintergrund, dass jede Arzt-Patienten-Beziehung von sozialem Handeln<sup>23</sup> der Akteure geprägt ist, stehen sowohl der subjektiv gemeinte Sinn der Handelnden als auch der dazugehörige Bezugsrahmen<sup>24</sup> im Zentrum der Analyse. Die Forscherin dieser Arbeit nimmt dann eine dritte Perspektive in der analytischen Betrachtung der Arzt-Patienten-Interaktionen ein – die Perspektive der „wissenschaftlichen Beschreibung“ (Fischer-Rosenthal 1996a: 31). Mit dieser will die Forscherin „die Beschreibungen der Akteure [beschreiben], die Konstruktion der Handelnden“ rekonstruieren und untersuchen, „wie die Akteure ihre Handlungs-Welt konstruieren“ (ebenda). Vor diesem Hintergrund haben (Sozial-) Wissenschaftler die Möglichkeit, die Interaktionssituationen frei von Handlungs- und Zeitdruck analysieren zu können (vgl. Soeffner 2004: 30).

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Analyse der Arzt-Patienten-Interaktionen (ähnlich wie die Analyse der biographischen Interviews) auf der Ebene einer empirisch rekonstruktiven Fallanalyse. Mittels sequenziell, struktural hermeneutischen Vorgehens können Prozessabläufe sowie die Konstitution personen- und lebensweltbezogener Bedeutungen rekonstruiert werden (vgl. Fischer 2004: 78). Dabei geht es nicht darum, die Wirklichkeit beschreiben zu wollen, sondern zu rekonstruieren, wie die biographisch interviewten Hausärzte und die Patienten „ihre Handlungs-Welt“ (Fischer-Rosenthal 1996a: 31) der gemeinsamen Konsultation konstruieren.

Ziel der Analyse ist es dann, „die Aktivitäten der Gesprächsteilnehmer so zu explizieren, dass das Geschehen als sinnvolles und systematisch geordnetes verständlich wird“ (Deppermann 2008: 51). Dabei stehen die subjektiven Regeln, nach denen sich die Interaktionen durch die Beteiligten organisieren, im Vordergrund. Im Sinne der objektiven Hermeneutik besteht der spezifische Gegenstand der Untersuchung dann aus den Spuren in den Protokollen, die die Bedeutungs- und Sinnstrukturen der Handelnden als einzig greifbare Datenebene hinterlassen haben (vgl. Oevermann 1993: 113).

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass die Analyse der Bedeutungs-, Sinn- und Handlungsstrukturen der untersuchten Hausärzte und ihrer Patienten in den Konsultationssituationen sich auf die in den Transkripten hinterlassenen Spuren bezieht. Da die Arzt-Patienten-Interaktionen in den hausärztlichen Konsultationen hochgradig sprachbasiert sind (vgl. Fischer-Rosenthal 1996a: 27), also das gesprochene Wort in den hausärztlichen Interaktionen eine herausragende Bedeutung (vor jeglicher Art von z.B. körperlichen oder technischen Untersuchungen) besitzt, und die Hausärzte nach den familienbiographischen Interviews sehr verhalten auf die Anfrage nach den Konsultationsaufzeichnung reagierten, wurden die Konsultationen digital aufgezeichnet – wohl wissend, dass die Videoaufzeichnung und -analyse heute das Medium der ersten Wahl darstellt. Jedoch können weder Ton- noch

<sup>23</sup> Nach Weber orientiert sich „soziales Handeln (einschließlich des Unterlassens oder Duldens) [...] am vergangenen, gegenwärtigen oder für künftig erwarteten Verhalten anderer“ (Weber 2005: 16).

<sup>24</sup> „Da einzelne Verhaltensweisen und Äußerungen je nach Kontext etwas anderes bedeuten können, lässt sich erst nach Kenntnis des Bezugsrahmens bestimmen, welche Bedeutung gemeint sein könnte“ (Begenau, Schubert & Vogel 2010: 22). Damit ist der Rahmen bzw. die Rahmung in der Hausarztmedizin ein andere/ als z.B. in der Chirurgie, und der subjektiv gemeinte Sinn kann nur durch die Kenntnis des jeweiligen Bezugsrahmens rekonstruiert werden. In Anlehnung an die Rahmenanalyse von Goffman formuliert Vogd, dass „ein Rahmen [...] jeweils einer Wirklichkeitssicht, einer Perspektive, in der ein gegebenes Problem gesehen und verstanden werden kann“ (2010: 129), entspricht.

Videoaufzeichnungen als Abbild der sozialen Wirklichkeit verstanden werden, da auch sie spezifischen Restriktionen unterliegen. Indem beispielsweise die Ton- oder Videogeräte in bestimmte Positionen bzw. Blickrichtungen eingestellt und die Geräte in vorab definierten Zeiträumen ein- und ausgeschaltet werden, sind die Aufzeichnungen grundsätzlich einerseits als selektiv und andererseits nicht als von den Forschenden unabhängig zu betrachten (vgl. Rosenthal 2005a: 111).

Die Erhebung der Audio-Daten fand in Absprache mit den Hausärzten an einem Tag während ihrer Sprechstunde statt, indem die Patienten von der Forscherin um ihre Einwilligung gebeten wurden und der Arzt nach Zustimmung der Patienten das Aufzeichnungsgerät mit in die Sprechstunde nahm. Mittels erster Notizen der Forscherin zu den Patienten (aus den Anfragen zur Zustimmung der Aufzeichnung) erfolgte nach der Sprechstunde mit dem jeweiligen Hausarzt ein Nachgespräch, in dem er gebeten wurde, einige zusätzliche Angaben zu den Patienten und den heutigen Konsultationen zu machen. Diese Informationen und die Ereignisse des Tages wurden in einem ausführlichen Memo festgehalten. Zusätzlich wurden in den darauf folgenden Tagen die digitalen Aufzeichnungen durch die Forscherin abgehört und die einzelnen Arzt-Patienten-Gespräche zur besseren Übersicht in einem tabellarischen Kurzprotokoll eingetragen. In diesem wurden dem Arzt und den Patienten Synonyme zugeordnet sowie Konsultationszeitpunkt und -dauer, in der Konsultation behandelte Themen sowie die zusammengefassten Hinweise des Arztes nach der Sprechstunde festgehalten. Auf Grundlage dieser Übersicht und des Memos wurden einzelne Arzt-Patienten-Konsultationen für die Analyse ausgewählt (z.B. mit Bezug zum biographischen Interview) und transkribiert.

Da die Wahrnehmung der Gesprächsteilnehmer in der Interaktionssituation immer selektiv ist und nicht alles an Informationen aufgenommen werden kann, stellen auch Transkripte „stets selektive und abstrahierende Ausschnitte aus der Gesamtheit des Gesprächsgeschehens [dar], die dieses auf ausgewählte verbale Aktivitäten reduzieren, die hinsichtlich einzelner Merkmale wiedergegeben werden“ (Deppermann 2008: 41). Mit Blick auf das Erkenntnisinteresse (der verbale Akt der Kommunikation zwischen Arzt und Patient) und der Repräsentationsziele (der genaue Gesprächsinhalt) sollte das Transkript auch für ungeübte Analysten in der Interpretationsgruppe lesbar sein. Somit wurde versucht, sowohl einem Gestaltzerfall entgegenzuwirken als auch einen Bezug zu den Transkripten der biographischen Interviews herzustellen, indem die gleichen Transkriptionszeichen verwendet wurden (siehe Transkriptionszeichen am Ende).

In der Analyse standen dann allgemein die Fragen nach den Sequenzmustern, dem WIE und WOZU von Gesprächspraktiken im Vordergrund. Folglich wurde untersucht, wie die kommunikativen Möglichkeiten (als routinemäßig zur Verfügung stehende ‚Methoden‘) der Akteure eingesetzt werden, um bestimmte Probleme (alle Arten von Aufgaben, Funktionen, Zwecke und Ziele) zu lösen (vgl. Deppermann 2008: 79 ff.). Für die Analyse der Arzt-Patienten-Interaktionen standen u.a. folgende Fragen im Mittelpunkt: Welche Themen auf Seiten der Patienten werden dargeboten? Welche werden vom Arzt aufgenommen und in der Interaktion zusammen bearbeitet? Welche Handlungsmuster lassen sich auf beiden Seiten erkennen und beschreiben? Welche Hinweise auf die Krankheitskonzepte der Hausärzte gibt es? Darüber hinaus war es wichtig, die jeweilige Rahmung der Interaktion zu analysieren, d.h. im Einzelnen, welche Rahmung auf Seiten des Arztes und des Patienten

vorherrschten, wie die Rahmung von den Akteuren in der Interaktion hergestellt wurde und ob offensichtliche Konflikte in den Rahmungen vorkamen.

Mit der Orientierung am äußeren Verlauf der Gespräche wurden für die konkreten Analysen der Handlungsstrukturen die einzelnen Interaktionen, d.h. die einzelnen Redebeiträge der Beteiligten verdichtet, indem der Inhalt des Gesagten zusammengefasst wurde. Auf diese Weise standen nicht die gesprochenen Worte der Akteure, sondern die Handlungen im Mittelpunkt der Untersuchung. Ähnlich wie bei der thematischen Feldanalyse in der Untersuchung der biographischen Interviews wurde das Transkript in ein Interaktionsprotokoll (mit Nummer, Seite und Zeilen, Zeilenanzahl, Sprecher, Themen/Inhalt und Textsorte) überführt. Auf diese Weise war es möglich, sich ganz auf die Handlungen der Akteure zu konzentrieren. In der konkreten Analysesituation ging es dann darum, die inhaltlich verdichteten kommunikativen Äußerungen von Arzt und Patient in der Sinnstruktur des Handlungsablaufs sequenziell hypothetisch zu rekonstruieren und jeweils in den Folgesequenzen zu verifizieren (vgl. Fischer-Rosenthal 1996a: 33). Die Sinneinheiten bzw. Sequenzen wurden entsprechend den einzelnen Redebeiträgen (also Arzt und Patient im Wechsel) zugewiesen und zunächst dekontextualisiert interpretiert. Daraufhin wurden zum einen Folgehypothesen erarbeitet, die anzeigten, welche Handlungsmöglichkeiten dem Interaktionspartner eröffnet wurden, und zum anderen der *Interaktionsgehalt* zusammengefasst, der es am Ende der Analyse ermöglichte, die Struktur der Interaktionen zu rekonstruieren und darauf aufbauend mögliche Interaktions- bzw. Handlungsmuster zu dechiffrieren. Da es sich bei Arzt-Patienten-Interaktionen um institutionell gerahmte Interaktionen handelt, war es sinnvoll, dass niedergelassene Hausärzte, die mit den untersuchten Ärzten das ‚gleiche Handlungswissen‘ (vgl. Fischer-Rosenthal 1996a: 33) teilen, in den Analysegruppen vertreten waren.

Mit dem erklärten Ziel, die beruflichen Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmuster der Hausärzte in der Interaktionssituation zu untersuchen, wurde am Ende der Analyse der jeweiligen Arzt-Patienten-Interaktion zusammengefasst, was sich über das berufliche Handeln des Arztes aussagen lässt. Ließ sich darüber hinaus in den Konsultationen ein Bezug zur Biographie des Arztes vermuten – äußerte er also einen eigenen Standpunkt, eigene Erfahrungen etc. – wurden diese Textstellen zusätzlich zur Interaktionsanalyse feanalytisch untersucht und im Zusammenhang mit den biographischen Analyseergebnissen interpretiert. Zudem wurden durch weitere Analysen die Hypothesen und Lesarten aus den biographischen Analysen hinsichtlich der hausärztlichen Krankheitskonzepte weiter verdichtet und ggf. umformuliert.

#### 4.2.2 Teilnehmende Beobachtung und die Analyse ethnographischer Beschreibungen

Einer der Hausärzte stimmte der Aufzeichnung seiner Arzt-Patienten-Interaktionen in der Sprechstunde nicht zu, so dass die Forscherin auf ein anderes bewährtes Verfahren der Aufzeichnung von zwischenmenschlichen Interaktionen in Form von Beobachtungsprotokollen bzw. von „Beschreibungen als Datentyp der teilnehmenden

Beobachtung“ (Hirschauer 2001: 430) zurückgriff. Teilnehmende Beobachtungen ermöglichen es, das Handeln von Menschen in ihrer Alltagspraxis empirisch zu untersuchen, d.h. sie eignen sich, „Handlungsschemata [der Untersuchten] zu registrieren“ (Honer 1989: 301 f.). Damit bildet sie einen wichtigen Zugang zur sozialwissenschaftlichen Beschreibung von Wirklichkeit (vgl. Lüders 2000: 385).

Die teilnehmende Beobachtung<sup>25</sup> und das sich anschließende Schreiben des Beobachtungsprotokolls unterscheiden sich zwar von der (vermeintlich fast gänzlich durch den Forscher unbeteiligten) Aufzeichnung der Arzt-Patienten-Interaktion und die nachträgliche Analyse des transkribierten Textes, haben aber den Vorteil, dass im Beobachtungsprotokoll nicht nur verbale Äußerungen, sondern vor allem auch Gesten, Mimik etc., also nonverbales Handeln beschrieben werden. Damit hat der Protokollant als Verbalisierender der „Schweigsamkeit des Sozialen [jedoch] zuallererst ein Artikulationsproblem zu lösen“ (Hirschauer 2001: 430), nämlich die nicht artikulierten Gesten und Handlungsabläufe in einem Protokoll schriftlich ‚einzufangen‘.

Ausgehend von der allgemeinen (systemtheoretischen) Auffassung, dass „mit dem Wort >Beobachtung< eine bestimmte Form der Weltkonstruktion indiziert ist“<sup>26</sup>, bildet der Beobachter (erster Ordnung<sup>27</sup>) eine Einheit, „die sich in sich selbst von sich selbst unterscheiden kann und sich selbst von allem anderen“ (Fuchs 2004: 15). Die Beobachtung wird als „Operation begriffen, die Unterscheidung und Bezeichnung in einem Zeitzug zusammennimmt[; ...] indem bezeichnet wird, wird unterschieden“ (Fuchs 2004: 18) und somit beobachtet. Die Beobachtung als (sozial-) wissenschaftliche Methode ist wiederum ein „Effekt des Umstandes, dass man Beobachtungen daraufhin beobachten kann, welchen Unterscheidungen sie sich verdanken. In der Beobachtung zweiter Ordnung wird ein Beobachter konstruiert, der etwas auf Grund von Unterscheidungen sieht, und: Diese Unterscheidungen werden beobachtet“ (Fuchs 2004: 21).

Vor diesem Hintergrund ist der (sozial-) wissenschaftliche Forscher immer sowohl Beobachter *erster als auch zweiter Ordnung*, indem er sich seiner selbst bewusst ist und seine Unterscheidungen selbst bezeichnen kann, sowie ein Subjekt beobachtet, das ebenfalls Dinge und Objekte beobachtet, aber ggf. anders unterscheidet und bezeichnet. Die Aufgabe des Forschers besteht dann in der Problematik, das soziale Handeln von zwei oder mehr Individuen in Situationen zu beobachten, in denen diese ihre Bedeutungen (durch Unterscheidung und Bezeichnung) erwerben, erproben und einsetzen. Aus seiner Beobachter-Perspektive heraus unterstellt er den beobachteten Individuen und ihrem sozialen Handeln einen sozialen Sinn (vgl. Merrens 1989: 14). Vor diesem Hintergrund bildet der wissenschaftliche Beobachter „Konstruktionen über die Konstruktionen der Handelnden“ (ebenda) – und dies aufgrund seiner eigenen Sinneswahrnehmung (vgl. König 1973: 13). Demzufolge ist weder die Beobachtung erster noch zweiter Ordnung von der Interpretation der

<sup>25</sup> Im Folgenden beziehe ich mich vornehmlich auf den Begriff der teilnehmenden Beobachtung als ein Instrument der soziologischen Ethnographie – jedoch kann ich deren Ansprüche an eine längere Teilnahme am Feld, der Verwendung als flexible Forschungsstrategie sowie dem ethnographischen Schreiben (vgl. Lüders 2000: 391) in dieser Untersuchung nicht in allen Punkten gerecht werden.

<sup>26</sup> Dies lässt sich auch mit den Worten von Rene König lesen, der Beobachtung im allgemeinen Sinne als „eine Art des Erfahrens von Welt“ beschreibt (1973: 1).

<sup>27</sup> Jede Beobachtung ist immer „auch eine Beobachtung der ersten Ordnung [...], die uns Etwas vorführt, eine Welt der Dinge und Verhältnisse, in der wir existieren“ (Fuchs 2004: 17).

Wahrnehmungsdaten des Beobachters *unabhängig*. Der Unterschied zwischen der ‚naiven‘ und der wissenschaftlichen Beobachtung liegt in einer Schärfung der Sinneswahrnehmungen des forschenden Beobachters.

Im Bewusstsein dieser wichtigen methodologischen Unterscheidung zwischen den verschiedenen Beobachtungsebenen und dem konkreten Beobachtungsinteresse in der Untersuchung bzgl. des Handelns eines Hausarztes während seines Hausbesuchs bei von ihm betreuten Bewohnern eines Altenpflegeheims wurde von der Forscherin in der vorliegenden Untersuchung eine eher fokussierte Beobachtung (vgl. Knoblauch 2001: 129) durchgeführt. Im Vordergrund der Beobachtung standen die Handlungen des Arztes, die Reaktionen und Handlungen seiner Patienten und des Pflegepersonals sowie die Interaktionen zwischen allen Beteiligten.

Da der beobachtete Hausarzt die Bewohner des Altenpflegeheims regelmäßig besucht und es sich zum Teil um langjährige Patienten von ihm handelt, kann für ihn von einer „Standardsituation“ (König 1973: 54) ausgegangen werden. Zudem macht die Betreuung von Altenpflegeheimpatienten für die meisten Hausärzte einen relevanten Teil ihrer alltäglichen Arbeit aus. Als eher ungewöhnlich kann dagegen die Begleitung einer Forscherin, die das Handeln unbeteiligt beobachtet will und nur selten Teil der Kommunikation wird, angesehen werden. Die Forscherin begleitete den Hausarzt etwa anderthalb Stunden, während er mehrere Patienten besuchte und zum Teil mit dem Pflegepersonal sprach, so dass auch von einem „abgeschlossenen Aktivitätszyklus“ (Lueger 2000: 109) gesprochen werden kann. Im Beobachtungszeitraum wurden vom Arzt sowohl routinierte Tätigkeiten durchgeführt (wie Blutdruckmessen und Medikamente verordnen) als auch eher unerwartete Ereignisse bewältigt (z.B. eine Patientenbehandlung im Schwes-ternzimmer).

Über das methodologische Grundproblem der unterschiedlichen Beobachtungsebenen hinaus kann auch die räumliche und zeitliche Begrenzung der Beobachtung des Arztes und der Arzt-Patienten-Interaktionen während dieses Hausbesuchs im Altenpflegeheim problematisiert werden. In der vorgegebenen Zeit muss sich eine im Feld akzeptierte Beobachterrolle etablieren, die den Beobachter von den üblichen Handlungszwängen entlastet und eine Selbstbeobachtung und Aufzeichnung ermöglicht (vgl. Amann & Hirschauer 1997: 22/27). Als an der hausärztlichen Tätigkeit interessierter Begleiterin war es möglich, während der Beobachtung Notizen als Erinnerungsstütze für das Schreiben des Protokolls zu machen. Zusätzlich wurde unmittelbar vor und nach der Beobachtung jeweils ein Memo geschrieben, welche Angaben zu Orten, Personen, dem beobachteten Ablauf, dem Handeln der und den Interaktionen zwischen den einzelnen Personen sowie Selbstbeobachtungen zu eigenen Stimmungswahrnehmungen enthielten und der Protokollvorbereitung dienten.

Die Tätigkeit des ethnographischen Schreibens des Beobachtungsprotokolls, welches dann als Textkorpus wie andere Datenspeicher wiederholt inspiziert werden kann (vgl. Hirschauer 2001: 432), stellt dann die eigentliche wissenschaftliche Herausforderung dar. Im Beobachtungsprotokoll werden handschriftliche Feldnotizen, die vor und nach der Beobachtung angefertigten Gedächtnisprotokolle bzw. Memos sowie erste analytische Notizen wechselseitig zusammengeführt (vgl. Hirschauer 2001: 431). Indem „im ethnographischen Schreiben etwas *zur Sprache gebracht*

wird, das vorher nicht Sprache war“<sup>28</sup>, wird durch ein „beständiges Umschreiben“ versucht, „die ‚Schweigsamkeit‘ des Sozialen“ zu ‚entschlüsseln‘ und in Worte zu fassen (vgl. Hirschauer 2001: 430 f.; Amann & Hirschauer 1997: 35). Da „jede sprachliche Vergegenwärtigung eines Ereignisses ex post eine Deutung, also dessen interpretative Neuschaffung“ ist, überschreiten die am Schreibtisch entstehenden Protokolle das Niveau von so genannten Rohdaten (z.B. Ton- oder Videoaufzeichnungen) erheblich (vgl. Hirschauer 2001: 433).

Beim Schreiben des Beobachtungsprotokolls wurde von der Forscherin versucht, den oben geschilderten Ansprüchen gerecht zu werden, indem aus der Ich-Perspektive der Forscherin eine möglichst dichte Beschreibung<sup>29</sup> des Ablaufs der Handlungen aller Beteiligten (Arzt, Patienten, Pflegepersonal, Forscherin), des Kontextes (Altenpflegeheim und die zu beobachtenden Prozesse) inkl. der beobachteten Gegebenheiten (Raumausstattung, Kleidung etc.) sowie Erklärungen des Hausarztes zu seinen Patienten und dem Umgang mit ihnen angefertigt wurde. Die verbale Kommunikation wurde größtenteils durch indirekte wörtliche Rede wiedergegeben, so dass damit Interaktionsbeschreibungen in der Einbettung des spezifischen Kontextes erfolgen konnten.

Mit dem Ziel, die beruflichen hausärztlichen Handlungsmuster und Krankheitskonzepte zu untersuchen, erfolgte die Auswertung des Beobachtungsprotokolls sowohl sequenziell feinanalytisch als auch in der Analyse von übergreifenden Strukturen und Themen. Sequenziell wurden sowohl Textauszüge ausgewertet, die routiniertes Handeln (Umgang mit dementen Patienten) als auch ungewöhnliche Situationen (lachende Patientin im Schwesternzimmer) beschrieben. Anschließend wurde das gesamte Protokoll auf Grundlage der Ergebnisse der sequenziellen Analysen durchgearbeitet. Die identifizierten Themen und erarbeitete Handlungsmuster wurden strukturanalytisch heraus gearbeitet und in der Analysegruppe weiter diskutiert (Themen und Strukturen wie z.B. Fürsorge, Umgang in Entscheidungssituationen, medizinische und nicht-medizinische Berührungen).

Im Hinblick auf die zuvor dargestellten Problematiken der unterschiedlichen Beobachtungs- und Interpretationsebenen, die sich auch auf die Analyse von Beobachtungsprotokollen beziehen und die – auch wenn sie bekannt sind – letztlich in der vorliegenden Arbeit nicht aufgelöst werden konnten, wurden die Analysen in einem interdisziplinären Team mit Ärzten, Soziologen und Psychologen zusammen mit der Forscherin durchgeführt. In den Analysesitzungen wurden immer wieder verschiedene Ebenen und Perspektiven auf die Forscherin als Schreiberin des Beobachtungsprotokolls und des Arztes als handelndes Subjekt eingenommen und unterschieden. Die in der Fallrekonstruktion dargestellten Ergebnisse beziehen sich jedoch auf den untersuchten Hausarzt und sein Handeln, welches bei einem Hausbesuch von Bewohnern eines Altenpflegeheims beobachtet wurde.

---

<sup>28</sup> Dazu gehören z.B. materielle Settings, wortlose Alltagspraktiken oder stumme Arbeitsvollzüge (vgl. Hirschauer 2001: 437).

<sup>29</sup> Glifford Geertz (1994: 10 ff.) entwickelte in Anlehnung an Gilbert Ryle die Methode der „dichten Beschreibung“ als Möglichkeit, Beobachtungen mit ihren viel geschichteten „Hierarchien bedeutungsvoller Strukturen“ für spätere Analyse und Interpretationen offen zu halten. Die dichte Beschreibung will den Ablauf des sozialen Diskurses mikroskopisch deuten und damit das ‚Gesagte‘ eines solchen Diskurses dem gänglichen Augenblick entreißen (vgl. ebenda: 30). Das ethnographische Schreiben hat dann als „adressatenbezogene Vermittlungsarbeit“ die Aufgaben, „dicht an naiv Erlebtem entlang zu formulieren, mit einem Begriff einen Eindruck wirklich zu >treffen<, genau so viele Details zu verdichten, dass eine Beschreibung weder paraphrastisch leer noch interpretativ überzogen ist“ (Amann & Hirschauer 1997: 34 f.).

Letztlich hat sich gezeigt, dass beide Erhebungs- und Analysemethoden (der digital aufgezeichneten und beobachteten Arzt-Patient-Interaktionen) geeignet waren, die beruflichen Handlungsmuster der Hausärzte zu dechiffrieren und den hausärztlichen Krankheitskonzepten weiter nachspüren zu können. Die weiterführenden im folgenden Kapitel zu behandelnden Fragen lauten nun: Wie können die Ergebnisse aus den Analysen zum familien- und berufsbiographischen Handeln der Hausärzte verglichen und in theoretische Aussagen gebracht werden? Was können die Analyseergebnisse der biographischen Interviews und der Interaktionsanalysen über die Krankheitskonzepte der Hausärzte aussagen?

### 4.3 Hausärztliche Krankheitskonzepte – Triangulation und Fallvergleich

Sozialwissenschaftliche, interpretative Analyse ist immer „exemplarische Arbeit“ am einzelnen Fall (vgl. Soeffner 2004: 70). Die Fallanalyse arbeitet dabei am exemplarischen Text auf zwei Ebenen: einerseits sollen die Besonderheiten des untersuchten Falles anhand allgemeiner Regeln und Strukturen sozialen Handelns (über die Rekonstruktion des Allgemeinen im Besonderen) erklärt sowie andererseits die allgemeinen Bedingungen und Konstitutionsregeln sozialer Gebilde in der Fallstruktur (über die Rekonstruktion des Besonderen im Allgemeinen) sichtbar werden (vgl. z.B. Rosenthal 2005b: 75; Soeffner 2004: 105).

In der Biographieforschung werden Verallgemeinerungen sowohl auf der einzelnen Fallebene als auch in übergreifender Perspektive auf der Grundlage von kontrastiven Vergleichen mehrerer Fälle vorgenommen. Mit der Bestimmung und dem Vergleich des Typischen der Fälle werden die Verallgemeinerungen im theoretischen Sinne beschrieben (vgl. Rosenthal 2005a: 50; Rosenthal 2005b: 75 f.). In der vorliegenden Untersuchung wurden zur Analyse der familien- und berufsbiographischen Handlungsmuster neben den familienbiographisch-narrativen Interviews Interaktionsanalysen von Konsultationsaufzeichnungen zwischen den Hausärzten und ihren Patienten durchgeführt (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2). Indem sich die Biographie letztlich im realen Moment des Vollzugs von Interaktion fortschreibt, kann von einem Wechselverhältnis von Biographie und Interaktion ausgegangen werden. Zudem ist es mit der Untersuchung der Arzt-Patienten-Konsultationen möglich, das Interaktionshandeln unabhängig von der Selbstbeschreibung der Hausärzte im direkten Handlungsvollzug zu rekonstruieren (vgl. Witte 2010: 77).

Die Erhebung und Auswertung von Daten mittels unterschiedlich methodischer Zugänge zu einem Fall ist mit dem Begriff der Triangulation verbunden. Die fallbezogene Triangulation erweitert die Datenbasis für die Rekonstruktion der Fallstruktur (vgl. Köttig 2005: 67). Eine mehrdimensionale Betrachtung des einzelnen Falles und damit auch des Forschungsgegenstandes dient auf diese Weise der Anreicherung der Analyse- und Präsentationsperspektiven (vgl. Marotzki 1998: 52). Der zu untersuchende Fall kann dabei eine Person, eine Gruppe genauso wie eine Institution oder Gesellschaft sein (vgl. Köttig 2005: 68). Nachdem zunächst das erhobene Datenmaterial (aus den unterschiedlich methodischen Zugängen) unabhängig voneinander analysiert wurde, können die Sinn- und Handlungsstrukturen

für den jeweiligen Bereich getrennt voneinander rekonstruiert werden. Im Anschluss erfolgt dann ein struktureller Vergleich von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in Bezug auf das Forschungsthema (vgl. ebenda: 78/81).

Die Untersuchung der Fälle beruht in der vorliegenden Arbeit auf zwei Arten von Protokollen bzw. Texten: (1) der Biographie (mit dem narrativen Interviewtext) und (2) der direkten Interaktion mit den Hausärzten und ihren Patienten (mit den Konsultationstexten bzw. Beobachtungsprotokollen). Ausgehend vom familienbiographisch-narrativen Interview und der biographischen Narrationsanalyse wurde eine biographische Strukturhypothese zu jedem Fall entwickelt, die dann als Hintergrundfolie für die biographisch geprägten Handlungsmuster diente. Um auch Aussagen zu den beruflichen Handlungsmustern formulieren zu können, wurden Konsultationsaufzeichnungen mit Patienten interaktionsanalytisch ausgewertet und berufsbezogene Handlungspraktiken rekonstruiert. Fallbezogen wurden dann die biographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Handlungsmuster verglichen und diskursiv miteinander verschränkt (vgl. Abb. 1). Folglich konnten die Hypothesen aus den methodisch unabhängigen Arbeitsschritten miteinander in Beziehung gesetzt und kontrastiv verglichen und so die Interpretationen in Bezug auf den Forschungsgegenstand wechselseitig verdichtet werden.

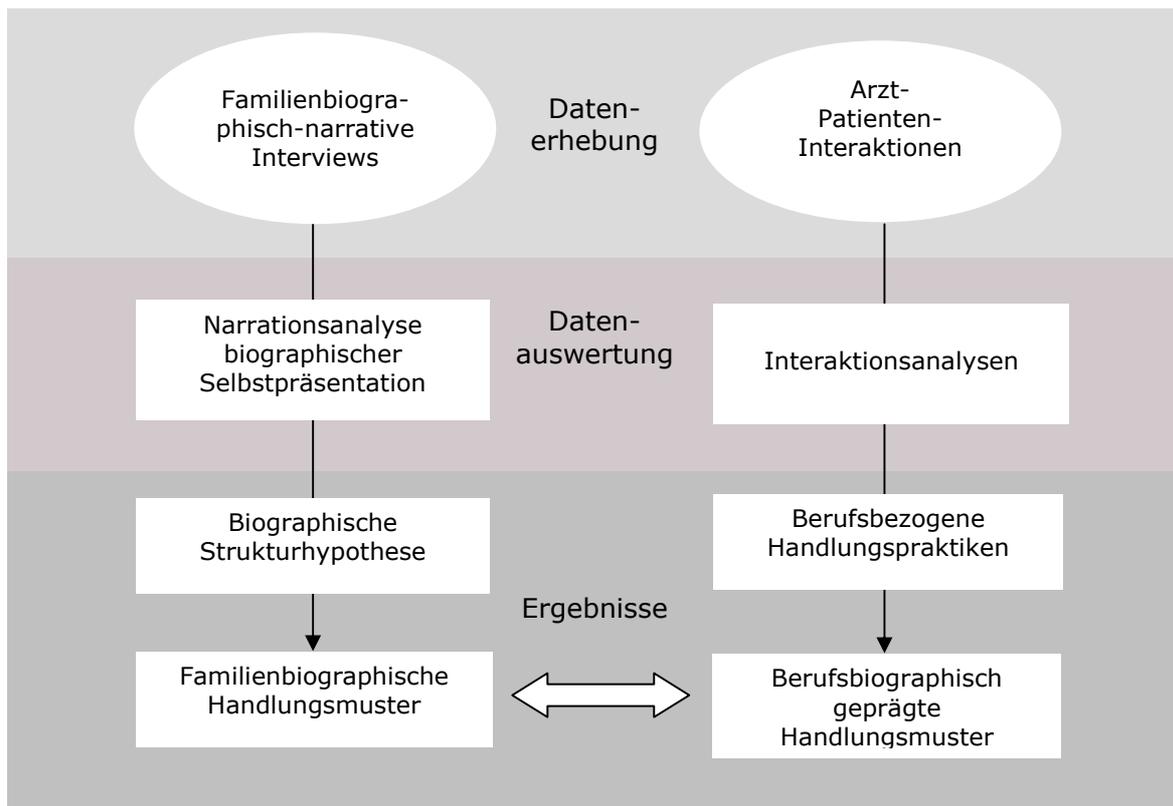


Abb. 1: Datenerhebung, Auswertung und Ergebnisse der Analyse der familien- und berufsbiographischen Handlungsmuster pro untersuchtem Fall

Der empirische Vergleich zwischen den Fällen führt dann zu theoretischen Verallgemeinerungen in Bezug auf die untersuchten Phänomene. So wurden sowohl die Analyseergebnisse der erzählten und erlebten Lebensgeschichte (und damit der

biographischen Selbstpräsentationen und der biographischen Strukturhypothesen) als auch die biographischen und beruflichen Handlungsmuster der einzelnen Fälle gegenübergestellt und auf Ähnlichkeiten und Unterschiede untersucht. Abschließend konnten auf diese Weise Verallgemeinerungen auf der Ebene der hausärztlichen biographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Handlungsmuster formuliert werden.

Die Annahme, dass Krankheitskonzepte als Bestandteil des Alltags- und Expertenwissens in familienbiographisch-narrativen Interviews mit Hausärzten herausgearbeitet werden können, wurde bereits mehrfach angesprochen. Lebensgeschichtliche Interviews haben zudem den Vorteil, dass sie alle Lebensbereiche der Individuen einschließen, somit familiales, soziales und professionelles Handeln erfahrbar wird und die Bedeutungsstrukturen und Relevanzsysteme der Ärzte erschlossen werden können. Vor dem Hintergrund, dass das erhobene Datenmaterial in den sozialen Kontext der Wissenschaft gestellt und in Bezug auf einen bestimmten Forschungsrahmen rekonstruiert wurde, können von der Forscherin „neue Deutungssysteme sozialer Wirklichkeit gebildet [werden], die Zusammenhänge aufdecken, die den Handelnden verborgen geblieben sind“ (Fischer 1978: 312).

Die nun zu betrachtende Forschungsfrage stellt die Krankheitskonzepte als Teil der familien- und berufsbiographisch geprägten Handlungsmuster und kulturellen Praktiken der Hausärzte, die in Interaktionssituationen jeweils re-interpretiert werden, in den Mittelpunkt der weiteren Untersuchung. In den familienbiographisch-narrativen Interviews können die hausärztlichen Krankheitskonzepte als Teil eigener und familialer Krankheitserlebnisse untersucht werden. Als biographische Unterbrechung können sie generell über die Lebensgeschichte und im Besonderen über das Krankheitserleben eigener und familialer Krankheitsepisoden als spezieller Themenbereich der biographischen Selbstdarstellung rekonstruiert werden. Demnach wurden die Textsequenzen aus den biographischen Interviews herausgefiltert und feinanalytisch untersucht, die Geschichten und Erlebnisse zu eigenen und familialen Krankheitsepisoden enthielten.

Bezüglich der weiteren Betrachtungen muss noch einmal deutlich gemacht werden, dass sich die Krankheitskonzepte der Hausärzte nicht unmittelbar beobachten lassen, und lebensgeschichtliche Interviews und deren Analyse nur einen vermittelten Zugang zu den Krankheitskonzepten der Untersuchten darstellen. Um nun die hausärztlichen Krankheitskonzepte als Momente hausärztlicher Handlungspraxis aus einer weiteren Perspektive zu untersuchen, wurden bei den biographisch interviewten Hausärzten Konsultationen mit ihren Patienten aufgezeichnet bzw. beobachtet und interaktionsanalytisch ausgewertet (vgl. Abb. 2). Grundsätzlich ermöglichen Interaktionsanalysen zwischen Ärzten und Patienten, die gemeinsam hergestellte Wirklichkeit beider Interaktionspartner zu untersuchen und auf diese Weise verallgemeinernde Aussagen über typische Konsultationsstile, spezifische Funktionen ärztlichen Handelns sowie systematische Kommunikationsprobleme zu gewinnen (vgl. Bahrs 2003: 213).

Infolge der Analysen – speziell der Interviewsequenzen zum Umgang mit eigenen und familialen Krankheitserfahrungen in den biographisch-narrativen Interviews – entstand ein umfassendes Bild über die Wahrnehmungen, Deutungen und Verarbeitungen von Krankheit durch die Hausärzte. Zusammen mit den Analyseergebnissen hinsichtlich der berufsbezogenen Handlungspraktiken (aus den Interaktionsanalysen)

dienten die bisherigen Ergebnisse als Grundlage der weiteren Untersuchung der Krankheitskonzepte. Um diese zunächst auf der Fallebene der einzelnen Hausärzte näher bestimmen zu können, wurde von der Forscherin eine von ihr in einem vorangegangenen Forschungsprojekt zu hausärztlichen Krankheitskonzepten mit entwickelte Definition zu Grunde gelegt. Mittels der Definition der Krankheitskonzepte von Kreher et al. als „historisch geprägte, entitätsspezifische, akteursgebundene, situativ adaptierbare und biographisch prozesshafte Wahrnehmung, Interpretation (Bewertung) und Verarbeitung von Krankheit, von Symptomen und/oder von Personen als Träger auch der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (2009a: 210) war es möglich, Krankheitskonzepte als praktische Konzeptionen mit kognitiven, emotionalen und interaktionsbezogenen Momenten aufzufassen. Damit lassen sich die Krankheitskonzepte von Hausärzten von theoretischen Begriffen einer Wissenschaftsdisziplin unterscheiden und schließen sowohl Expertenwissen als auch Alltagswissen ein (siehe Kapitel 2.3).

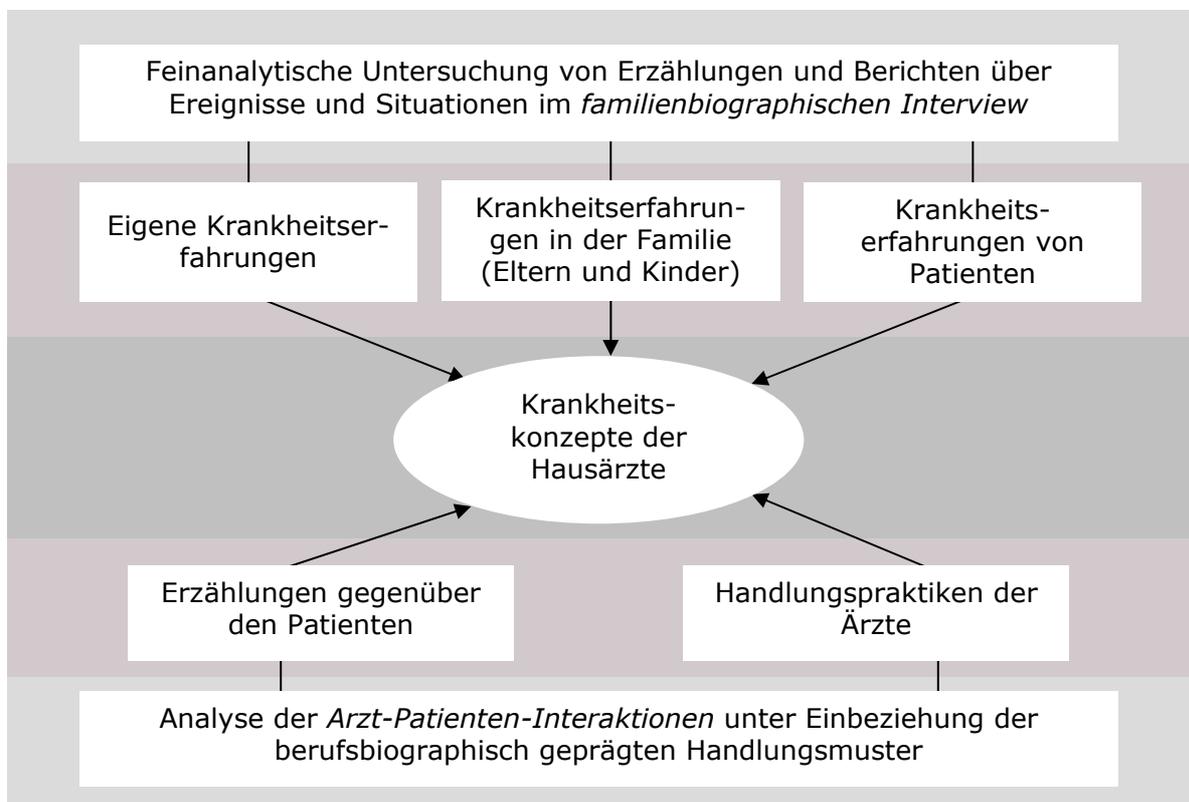


Abb. 2: Analyseprozess zu den hausärztlichen Krankheitskonzepten

Zur näheren Betrachtung wurden die einzelnen Aspekte der Definition zunächst analytisch getrennt voneinander mit den bisherigen Ergebnissen und verschiedenen Datenmaterialien in weiteren Analysen untersucht. In den Interaktionsanalysen rückte zusätzlich die Frage nach der Wirkungsweise der hausärztlichen Krankheitskonzepte in direkter Kommunikation mit den Patienten in den Mittelpunkt. Auf diese Weise konnte ein empirischer Zugang zu den praktizierten (Praxis gewordenen) bzw. realisierten Krankheitskonzepten der Hausärzte geschaffen werden. Trotz einer vielleicht künstlich wirkenden analytischen Trennung der einzelnen Aspekte in

den Falldarstellungen, ermöglichte die Vorgehensweise sowohl auf der Fallebene als auch in fallübergreifender Perspektive eine tiefer gehende Untersuchung der Krankheitskonzepte und am Ende eine Neubestimmung des Untersuchungsgegenstandes.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass vor dem Hintergrund der Triangulation und des Fallvergleichs zunächst biographische Fallrekonstruktionen als Ergebnis der Narrationsanalyse biographisch-narrativer Interviews mit den Hausärzten, die sich in ihrer Darstellung am Lebensablauf der interviewten Person orientierten, entstanden. Am Ende der jeweiligen Fallrekonstruktion steht die Fallstrukturhypothese, die in der Arbeit die analytisch bewusst getrennten Ebenen der erlebten und erzählten Lebensgeschichte wieder zusammenfügt. Die in einem nächsten Schritt in Interaktionsanalysen der Konsultationsaufzeichnungen und Beobachtungsprotokolle herausgearbeiteten beruflichen Handlungsmuster dienten zusammen mit den biographischen Handlungs- und Sinnstrukturen und weiteren Analysen der eingehenden Untersuchung der hausärztlichen Krankheitskonzepte. Auf diese Weise konnten sowohl Aussagen zu familien- und berufsbiographisch geprägten und einsozialisierten Handlungsmustern als auch zu den Krankheitskonzepten der Hausärzte zunächst für den einzelnen Fall und später auf einer theoretisch verallgemeinernden Ebene formuliert werden. Im Folgenden sollen die einzelnen (getrennt durchgeführten) Analyseebenen verdichtet und ergebnisorientiert dargestellt werden, indem die Fallrekonstruktionen dem Lebensablauf der interviewten Personen folgen und die Gesamtdarstellungen eine Kontrastierung der erzählten und erlebten Lebensgeschichte anstreben. Anschließend werden jeweils zwei Interaktionsanalysen ebenfalls ergebnisorientiert vorgestellt sowie die Krankheitskonzepte der Hausärzte analysiert, bevor die biographischen und beruflichen Handlungsmuster für den untersuchten Fall dargestellt und verglichen werden.



## 5. Biographische und berufliche Sinn- und Handlungsstrukturen in den Lebensgeschichten dreier Hausärzte

### 5.1 Norbert Gruber<sup>30</sup> – Suche nach Identität

#### 5.1.1 Kontaktaufnahme und Interviewsituation

Den Hausarzt Dr. Norbert Gruber lernte ich bereits im Rahmen eines anderen Forschungsprojektes kennen. In diesem Projekt wurde er von mir zu seinen Erfahrungen mit Personen, die an Demenz erkrankt sind, interviewt. Schon in dem narrativ angelegten Interview stellte er immer wieder Bezüge zu seiner Berufsbiographie her, was mich neugierig auf seine Lebensgeschichte machte. So gehörte er zu den Hausärzten, die ich im Jahr 2008 anscrieb und um ein lebensgeschichtliches Interview bat. Als ich ihn dann einige Tage später anrief, um ihn zu fragen, ob er sich vorstellen könne, mir ein Interview über seine Lebensgeschichte zu geben, war er sogleich einverstanden. Daraufhin vereinbarten wir einen Termin bei ihm zu Hause.

Obwohl ich Norbert Gruber schon einmal interviewt habe, konnte ich mich nur daran erinnern, dass er um die 1,75 m groß war. Zum Zeitpunkt des Interviews ist er Anfang 60, hat weiße, kurz geschnittene Haare und trägt einen dunkelblauen Pullover und eine blau-graue Jeans. Während des Interviews sitzen wir uns auf zwei schwarzen Sofas schräg in einem großen hellen Raum gegenüber, ein Couchtisch steht vor uns in der Mitte. Während er erzählt, sitzt er auf der vorderen Kante des Sofas und hat die Arme mal verschränkt, mal locker vor sich liegen. In der Zeit des Interviews wirkt er sehr konzentriert und bestrebt, mir meine Fragen zu beantworten. Auf meine Erzählaufforderung folgt zunächst eine kurze Zusammenfassung seiner Familien- und Lebensgeschichte, die wie der Großteil des Interviews durch einen knappen Berichtsstil geprägt ist, der sowohl Erzählansätze als auch Beschreibungen enthält. Schon während des Interviews fällt mir auf, dass Norbert Gruber immer wieder Beziehungen zwischen seiner eigenen Lebensgeschichte und seinem beruflichen Handeln herstellt.

Nach dem Interview, als das Tonband nicht mehr läuft, bemerkt Norbert Gruber bei der Frage nach seinem Familienstand, dass er mit seinem Kollegen in einer eingetragenen Partnerschaft zusammenlebt. Er bietet an, dass ich ihn bei weiteren Fragen gern wieder kontaktieren könne und wir uns gern noch einmal treffen können. Etwa neun Monate später nehme ich sein Angebot an, und wir vereinbaren einen Termin für ein zweites Interview, indem es hauptsächlich um Fragen zur Adoptionsoffenbarung, zum Lebenspartner und den beruflichen Alltag geht.

---

<sup>30</sup> Bei den Namen der Hausärzte handelt es sich um Pseudonyme.

## 5.1.2 Biographische Fallrekonstruktion

### **Identitätsbildung in Kindheit und Jugend zwischen Normalität und Adoptivstatus**

Norbert Gruber wird in der unmittelbaren Nachkriegszeit in Österreich geboren. Kurze Zeit nach der Geburt wird er von seiner Mutter zur Adoption freigegeben und verbringt die ersten beiden Jahre seines Lebens im Waisenhaus.

Die Trümmerjahre nach 1945 waren auch in Österreich durch „eine unglaubliche Versorgungskrise bei Lebensmitteln, Energie, Wohnungen, Kommunikation und Transport“ (Beer 2005: 22) gekennzeichnet. Das Land stand lange vor einer Hungerkatastrophe, und die Lage entspannte sich erst 1949 mit einer Rekordernte. Schon im April 1945 (noch vor der Kapitulation Deutschlands) wurde die Unabhängigkeitserklärung der Zweiten Republik Österreichs proklamiert. Die Lage war dennoch schwierig und zum Teil chaotisch, da die Unabhängigkeit nur von der Sowjetunion anerkannt wurde. Wie Deutschland wurde ein Teil Österreichs von der Sowjetunion und der anderen Teil von den Westalliierten verwaltet (u.a. Beer 2005: 20; Schuster 2004: 22; Vocelka 2000: 317 f.; Becker 1984).

Die Tatsache, dass der Teil Österreichs, indem Norbert Gruber geboren wird, von den Westalliierten regiert wurde, und der Umstand, dass der vermittelnde Anwalt, der die spätere Adoption von Norbert Gruber einleitete und organisierte, ebenfalls aus dem westeuropäischen Ausland kam, könnte eine Erklärung liefern, warum Norbert Gruber annimmt, sein Vater müsse Westeuropäer gewesen sein. Nehmen wir dies ebenfalls an, ist es vorstellbar, dass durch das Einsetzen einer Phase weitgehender Selbstverwaltung und Emanzipation der österreichischen Verwaltung, in deren Verlauf eine Demilitarisierung der Besatzungsorgane und damit eine Verringerung der Besatzungsmacht in Zahl und Funktion einherging (vgl. Beer 2005:29 f.), sein leiblicher Vater wieder aus dem Land nach Hause geschickt worden sein könnte und sich nicht um seinen Sohn und dessen Mutter kümmern konnte.

Seine leibliche Mutter gehörte zu einer in Österreich lebenden Minderheit<sup>31</sup>, die vermutlich durch Grenzverschiebungen und durch Vertreibung schon während oder nach dem zweiten Weltkrieg als Volksdeutsche<sup>32</sup> ins Land kam. Damit gehörte sie vermutlich zu den über 42.000 deutschsprachigen Flüchtlingen in Österreich (vgl. Schöggel-Ernst 2005: 129) und könnte z.B. auf einem Bauernhof Unterkunft und Arbeit gefunden haben und aufgrund einer wirtschaftlichen Notsituation nicht in der Lage gewesen sein, ihren Sohn selbst groß zu ziehen. Die zugeteilten Mengen an Nahrungsmitteln sicherten nur knapp das Überleben (vgl. Hammer-Luza 2005: 499). Dieses Erklärungsmuster würde dem Wunsch von Norbert Gruber

---

<sup>31</sup> Die Zahl der Volksdeutschen, Heimatvertriebenen und Kriegsgefangenen wurde im Sommer 1945 auf eine Million in Österreich geschätzt. Den höchsten Anteil nahmen Volksdeutsche und Angehörige osteuropäischer Staaten ein (vgl. Schöggel-Ernst 2005: 128).

<sup>32</sup> Mit den territorialen Verschiebungen nach dem ersten Weltkrieg entstand das Problem der „Auslandsdeutschen außerhalb der Grenzen des besiegten deutschen Nationalstaats“, welches mehrere Millionen Menschen umfasste. Diese so genannten „Volksdeutschen“ oder auch „Angehörige deutscher Minderheiten“ galten als zum deutschen Volk zugehörig, besaßen jedoch keine deutsche Staatsbürgerschaft (vgl. Gosewinkel 2001: 367).

entsprechen, dem erzählt wurde, *„dass meine Mutter, meine leibliche Mutter nicht imstande war, mich als Kind zu halten in den damaligen Zeiten, [...], und mich dann zur Adoption frei gegeben hat“* (Norbert Gruber, 5/7-8)<sup>33</sup>. Er geht davon aus, dass *„meine Mutter, mein Vater, wer auch immer, müssen wohl Gründe gehabt haben. Weil ich kann mir nicht vorstellen, dass eine Mutter ihr Kind einfach abgibt“* (N.G.2<sup>34</sup>, 1/26-27). Er scheint den Schmerz eines weggegebenen Kindes zu spüren, welches versucht, eine rationale Erklärung für die Weggabe zu finden. Trost findet er in der Vorstellung, er wäre das Resultat einer Liebesbeziehung zwischen seiner leiblichen Mutter und einem Westeuropäer gewesen, die sich *„irgendwo in Österreich kennengelernt“* (N.G., 5/1) haben müssen: *„Ein Kind der Liebe, wie man so sagt wahrscheinlich“* (N.G.2, 1/30); sicher wissen tut er es jedoch nicht. Erfahrungsberichte aus dieser Zeit (auch aus Deutschland) belegen sehr eindrucksvoll, dass es diese Liebe zwischen einheimischen Frauen und (amerikanischen, englischen, französischen und russischen) Besatzern durchaus immer wieder gab und die Kinder, die davon zeugten, in der Gesellschaft nicht gern gesehen waren und wenig akzeptiert wurden. Vor diesem historischen Hintergrund ist es also durchaus vorstellbar, dass die Geschichte seiner Zeugung und Geburt so oder so ähnlich verlief. Die wiederholte Verleugnung des Interesses daran seitens Norbert Gruber weist jedoch auf die Angst hin, dass es vielleicht doch nicht so gewesen sein könnte. Die Vorstellung einer ‚Rabenmutter‘, die ihr Kind aus purem Egoismus zur Adoption freigegeben hat, wird von ihm verdrängt. Dass eine Mutter ihr eigenes Kind weggibt, wird auch gesellschaftlich geächtet und als ein traditionell tabuisiertes Thema behandelt; demzufolge ist es oft nicht denkbar und kann oder darf nicht thematisiert werden.

Wenn die Annahme von Norbert Gruber aufgrund der Adoptionsunterlagen zutrifft und seine leibliche Mutter die deutsche Staatsbürgerschaft besaß, dann gehörte sie vermutlich zu den Volksdeutschen, die nach dem Potsdamer Abkommen 1945 in den ersten Nachkriegsjahren nach Deutschland gebracht worden waren. Obwohl die Übersiedlungsbestrebungen bereits 1946 aufgrund einer Überbevölkerung Deutschlands stark eingeschränkt wurden und vor allem die Volksdeutschen aus dem westlichen Österreich betraf (vgl. Schöggel-Ernst 2005: 129), ist es ebenso gut vorstellbar, dass seine Mutter in einem der vielen Flüchtlingslager schwanger geworden ist, dann die Gelegenheit nutzte, nach Übersee auszuwandern und ihn aus finanziellen und wirtschaftlichen Gründen zur Adoption freigab. Für diese These spricht zum einen, dass – wie wir später erfahren – die Frau, die Norbert Gruber als Jugendliche kennenlernt und für seine leibliche Mutter hält, zu dem Zeitpunkt des Kennenlernens in Schweden gelebt hat. Zum anderen ist der Literatur zu entnehmen, dass die von betroffenen Frauen geäußerten Motive für die Kindsfreigabe (damals wie heute) vor allem in einer finanziellen Mangelsituation und der Tatsache, dass sie alleinstehend sind, liegen (vgl. Geller 1992: 19).

Im Alter von zwei Jahren wird Norbert Gruber von einem deutschen Ehepaar adoptiert. Wir können aus den Interviews nicht rekonstruieren, ob er in Österreich

---

<sup>33</sup> Die wörtlichen Reden der Interviewpartner werden im Folgenden kursiv und mit Anführungszeichen gekennzeichnet. Die erste Zahl hinter dem Zitat bezieht sich auf die Seitenzahl im Transkript und die zweite auf die Zeilenzahl.

<sup>34</sup> Die Zahl „2“ hinter dem Kürzel für Norbert Gruber bedeutet, dass das Zitat aus dem Folgeinterview mit ihm stammt.

oder in Deutschland im Waisenhaus lebte und wie er nach der Geburt in Österreich nach Deutschland kam. Es scheint, als bliebe diese erste Reise in seinem Leben auch für ihn ein undurchsichtiger Vorgang, zu dem er keine genaue Auskunft geben kann, da er im ersten Interview darstellt, in einem Waisenhaus in einer deutschen Großstadt gewesen zu sein, und im zweiten Interview Österreich als Standort des Waisenhauses benennt.

Diese ersten zwei Jahre – egal, ob im Waisenhaus in Österreich oder Deutschland – sind vermutlich durch vielfältige Deprivationserfahrungen<sup>35</sup> in der frühen Kindheit gekennzeichnet. Ein Gefühl von Wertlosigkeit kann er zu diesem Zeitpunkt zwar nicht bewusst wahrnehmen und verarbeiten, nimmt es dennoch als erlebte, latent wirkende Erfahrung mit in die Adoptionsfamilie.

Adoptionen beruhen auf einer künstlichen Familiengründung und führen dazu, dass sich die Adoptierten mit den Problemen der doppelten Elternschaft auseinandersetzen müssen (vgl. Golomb 1992: 8).<sup>36</sup> Daraus ergibt sich eine Vielzahl von Fragen: Wann und wie hat Norbert Gruber erfahren, dass er nicht das leibliche Kind seiner Eltern ist? Wie erlebte er seine Kindheit und bewertet diese heute? Und wie hat die Adoptionserfahrung seine Identitätsbildung beeinflusst?

Typischerweise spielt die eigene Kindheit sowie das Schulkindalter in den Erzählungen von Norbert Gruber nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Geller 1992: 90) und wird als normalbiographische Erfahrung in familiärer Normalität präsentiert; als „ganz normaler Werdegang“ (N.G. 1/23). Gerade aus der für uns ungewöhnlichen Betonung heraus wird jedoch deutlich, dass er die Abweichung von der Normalität (durch die Geburt Mitglied einer Familie zu werden, familiäre Zusammengehörigkeit auf Dauer, körperliche Ähnlichkeit u.a.) auch als Abweichung vom Normalitätsmuster wahrnimmt (vgl. Ebertz 1987: 67 f.). Die Dissonanz zwischen der internalisierten Normalitätsstruktur einerseits und dem Wissen um den eigenen Adoptivstatus andererseits versucht Norbert Gruber auch zu überbrücken (wenn nicht sogar aufheben zu wollen), wenn er z.B. erwähnt, dass andere Personen durchaus Ähnlichkeiten zwischen ihm und seiner Adoptivmutter festgestellt haben. Ende der 1950er Jahre erkrankt sein Adoptivvater an einem Lymphom (einer Krebserkrankung), an der er zwei Jahre später versterben wird. Dieser Umstand könnte als Anlass in der Familie gedient haben, den damals 11-jährigen Sohn über die Adoption aufzuklären. Obwohl in der Literatur heute vielfach die Wichtigkeit betont wird, dass adoptierte Kinder vor dem Schulbeginn über den eigenen Adoptivstatus durch die Eltern aufgeklärt werden sollen, wird die Adoptionsoffenbarung von den Adoptiveltern oft als zu belastend erlebt. Da eine solche Enthüllung vor allem als Bedrohung der mühsam erworbenen familiären Normalität wahrgenommen wird (vgl. Geller 1992: 25), wird sie oft so lange wie möglich hinausgezögert. Aus diesem Grund könnten die Adoptiveltern von Norbert Gruber

---

<sup>35</sup> Deprivation bezeichnet allgemein den Zustand der Entbehrung, eines Entzuges oder der Isolation von etwas Vertrautem, eines Verlustes, eines Mangels oder das Gefühl einer (sozialen) Benachteiligung.

<sup>36</sup> Eine Adoption weicht von der als normal anerkannten biologisch fundierten Gründung einer Familie in den von gesellschaftlich als normal anerkannten Handlungs- und Verhaltensweisen ab. „Die sozial als normal anerkannte, biologisch fundierte Familie weist eine starke Institutionalisierung mit hohen Legitimationswirkungen auf, die ihr sowohl normativ als auch faktisch einen hohen Stellenwert verleihen“ (Geller 1992: 9). Jedoch geht es wie im Fall von Norbert Gruber oft weniger um die Verarbeitung einer doppelten Elternschaft als vielmehr um die kognitive Auseinandersetzung der doppelten Mutterschaft (vgl. Ebertz 1987: 77).

bis zu diesem familiären einschneidenden Ereignis mit der Adoptionsoffenbarung gewartet haben.

Letztlich wird dem Adoptivvater während eines Urlaubs die Aufgabe zu Teil, die Nachricht zu übermitteln. Bei einem Spaziergang wird Norbert Gruber von seinem Vater zur Seite genommen, und er offenbart ihm, dass er nicht der leibliche Sohn seiner Eltern ist. Er teilt ihm mit, dass er nun alt genug sei, um das zu verstehen. Die so von Norbert Gruber begonnene Erzählung endet abrupt mit dem Resümee: *„dass hab ich dann auch verstanden“* (N.G.2, 1/20). Auf diese Weise ‚rationalisiert‘ er die Adoptionsoffenbarung und gibt uns zu verstehen, dass er sie – eben nur – kognitiv verstanden hat. Jedoch fällt auf, dass die zu Beginn der Erzählung geäußerte Aussage: *„Ja da kann ich mich sehr gut erinnern“* (N.G.2, 1/14) im deutlichen Widerspruch zu dem Abbruch der begonnenen wörtlichen Rede des Vaters mit dem eigentlichen Inhalt des weiteren Gesprächs steht. So verneint er dann auch, dass er sich nicht genau erinnern könne, ob er seinen Vater etwas gefragt habe. Obwohl er in der heutigen Situationsbeschreibung keinerlei Gefühle offenbart, können wir vermuten, dass die damalige Situation für ihn hoch emotional war. Aus heutiger Sicht hat er im Moment der Adoptionsoffenbarung wie ein Erwachsener reagiert. Er hat das verstanden, weil sein Vater das so von ihm gefordert hat: *„Du bist jetzt groß genug. Du wirst das auch verstehen“* (N.G.2, 1/19). In dieser Hinsicht vermuten wir keinen Unterschied zwischen dem damaligen Erleben und der heutigen Sichtweise auf die vergangenen Ereignisse. Aufgrund der Analyse können wir jedoch davon ausgehen, dass er die Situation der Adoptionsoffenbarung eigentlich bis heute nicht versteht. Indem er das Bild einer distanzier-ten, erwachsenen Person von sich selbst entwirft, hat er sich mit der Situation (des nicht genau Verstehenden und Wissenden) in all den Jahren gut arrangiert.

Mit dem Interview werden die Situation und die damals erlebten Emotionen vermutlich wieder aktualisiert. Die Adoption als ein möglicherweise problematisches Thema in seinem Leben hat er für sich jedoch ‚eingekapselt‘ und von sich weg geschoben. Seine eigene Ohnmacht in Bezug auf die Adoption wird besonders deutlich, wenn er an einer Stelle im Interview äußert: *„ich wäre jetzt nicht im Stande, dieser Sache nachzugehen, nachzuforschen.“* (N.G. 5/14-15). Bedingt durch das ständige Verneinen des Interesses am eigenen Adoptivstatus können wir einerseits vermuten, dass es ihn sehr wohl interessiert, zu wissen, wer seine Eltern sind, und auf der anderen Seite dies als Bewältigungsstrategie benutzt wird, um den Problemen, die mit weiteren Nachforschungen aufgeworfen werden könnten, zu entgehen. Durch das Verneinen eines Interesses an der leiblichen Mutter und dem Vermeiden einer Suche und Kontaktaufnahme mit dieser wird die Zunahme einer Dissonanz<sup>37</sup> bzw. das Entstehen von Dissonanz generell verhindert.<sup>38</sup> Obwohl die zeitliche Strukturiertheit des (familialen) Geheimnisses ‚Adoption‘ mit dem Tod der Frau des damals betreuenden Anwalts endet und sich sein Wissen seit der Adoptionsoffenbarung deutlich vermehrt hat, verleugnet er ein Interesse an dem Thema Adoption im

<sup>37</sup> Unter Dissonanz wird ein als negativ empfundener Gefühlszustand verstanden, der durch nicht miteinander vereinbare Kognitionen (z.B. Wahrnehmungen, Vorstellungen, Gedanken, Meinungen, Einstellungen, Wünsche oder Absichten) entsteht. Dieser Zustand motiviert Personen, ein Gleichgewicht ihres kognitiven Systems herzustellen (vgl. Ebertz 1987: 39).

<sup>38</sup> „Dieses Vermeiden eines Ansteigens der Dissonanzstärke ist [als] offensichtlich[es] Resultat von vorhandenen Dissonanzen [zu verstehen], die bereits als unangenehm erlebt wurden“ (Ebertz 1987: 138).

Interview immer wieder vehement.

Die Adoption wird im Interview über ein Familiengeheimnis hinaus als etwas gesellschaftlich nicht Gewolltes („*damals war es eben so, dass also auch die Adoptiveltern nicht in Kontakt kamen mit den leiblichen Eltern, warum auch immer. Das wollte man nicht, das konnte man nicht.*“ N.G. 5/3-6) und auch eine der anwaltseitigen Schweigepflicht untergeordnete Sache dargestellt. Dies deutet auf etwas Mysteriöses und Mystisches hin sowie auf vielseitige Tabus und Geheimnisse um seine Herkunft, die nichts Gutes verheißen. Dabei scheint er tief in diesen Tabus verankert zu sein, indem er diese akzeptiert hat.

Norbert Gruber präsentiert sich im Interview vor allem als ganz normaler, stabiler, insich gefestigter Typ, der adoptiert wurde und seinen Weg im Leben gefunden hat. Dabei versucht er, die Adoption kognitiv distanziert und als bereits bewältigt darzustellen. Auf diese Weise beschreibt er sowohl den Vorgang der Adoptionsoffenbarung als auch alle anderen damit zusammenhängenden Dinge (leibliche Eltern, Fragen zum allgemeinen Adoptionsvorgang u. ä.) sehr rational. Indem er Distanz zu seinem Ursprung hält, hat er sich mit der Situation eingerichtet und lässt gerade soviel Nähe zu, wie er verkraften kann.

Darüber hinaus erlebt sich Norbert Gruber damals wie heute als gewolltes Kind seiner Adoptiveltern, die keine eigenen Kinder bekommen konnten, da seine Adoptivmutter „*operiert [worden war] während des Krieges*“ (N.G.2, 5/5). Wie nah er sich seiner Adoptivmutter fühlt und wie sehr er seine Adoptiveltern als seine eigentlichen Eltern ansieht, wird z.B. im folgenden Satz deutlich: „*meine Eltern wollten immer Kinder haben. Das scheiterte aber einfach daran, dass meine Mutter keine Kinder, also meine Adoptivmutter keine Kinder eh bekommen konnte*“ (N.G. 4/30-32). Die Bezeichnung Adoptivmutter wird hier nur wie zum besseren Verständnis der Interviewerin eingefügt. Vor dem oben dargestellten Hintergrund präsentiert er sich auf diese Weise auch als dankbarer Sohn, indem er die vermutlich latent wahrgenommenen Signale der Adoptivmutter bzgl. des Nicht-Thematisierens der Adoption akzeptiert. Die Kontaktsuche zu den leiblichen Eltern stellt oft eine Kränkung für die Adoptiveltern dar und wird als massive Bedrohung ihrer Elternrolle erlebt (vgl. Geller 1992: 27). Weil er dies vielleicht instinktiv spürt, wird das Thema Adoption vermutlich aus Rücksichtnahme in der Familie nicht wieder angesprochen und auch bis über den Tod der Adoptivmutter hinaus vermieden. Es scheint so, als sei die Adoption nach der Adoptionsoffenbarung in der Familie ein auf neutral gestelltes Thema, was zunächst durch die Krankheit des Adoptivvaters überlagert und über das nie wieder gesprochen wird. Somit stellt der sich in Norbert Gruber fest verankerte Wunsch nach Normalität auch eine Art Schutzfunktion für ihn sowie seine Adoptivmutter dar.

## **Die Rolle der Adoptiveltern und der leiblichen Mutter in Pubertät und Adoleszenz**

Wie bereits dargestellt, wurde Norbert Gruber im Alter von zwei Jahren von einem deutschen Ehepaar adoptiert. Beide Familien seiner Adoptiveltern (also die Großelterngeneration) stammen ursprünglich aus Polen, seine Adoptivmutter wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts in einer Großstadt im südlichen Hessen und sein

Adoptivvater in einer preußischen Großstadt geboren. Aufgrund ihrer jüdischen Herkunft wurden seine Adoptiveltern während des zweiten Weltkrieges „*rassistisch und ähm, politisch verfolgt*“ (N.G. 1/11-12) und emigrierten in den 1930er Jahren in die Niederlande. Dort betrieben sie noch einige Jahre ein Geschäft für Herren-Oberbekleidung und wurden später von Freunden und Bekannten einer widerstandleistenden Organisation, in der sie selbst tätig waren, versteckt und sowohl mit Lebensmitteln als auch mit Geld unterstützt.

Obwohl die meisten Angehörigen beider Familien während des zweiten Weltkrieges in Konzentrationslager deportiert wurden und seitdem „*verschollen*“ (N.G. 2, 8/4) sind, kehrten seine Adoptiveltern nach dem Krieg in ihre frühere Heimatstadt im Rheinland und somit in den deutschen Kulturkreis, in dem sie geboren wurden, zurück. Im Gegensatz dazu konnten sich die meisten Juden – egal ob deutsche oder so genannte „Displaced Persons“<sup>39</sup> – ein Leben in Deutschland nicht (mehr) vorstellen. Wenn auch zu dieser Zeit ein „latente[r] Antisemitismus“ zwar nicht explizit artikuliert wurde, fand er sich dennoch in verschiedenen Quellen wieder (z.B. in Leserbriefen oder bei Stammtischgesprächen) (vgl. Benz 1991: 436 ff.).

Norbert Gruber schildert, dass seine Eltern auf seine Nachfragen als Jugendlicher geantwortet haben, dass sie Deutschland als ihre Heimat betrachteten und für Veränderungen vor Ort kämpfen wollten. „*Das mit dem Ändern, das mit dem Verändern, das meinten meine Eltern dann mit der so genannten Entnazifizierung*“<sup>40</sup> (N.G. 2, 7/6-7). So waren seine Adoptiveltern politisch sehr engagiert. Sein Adoptivvater war Anwalt und für einige Zeit im Innenministerium beschäftigt, bevor er sich schließlich mit einem Kollegen in einer eigenen Anwaltskanzlei niederließ. Seine Adoptivmutter war zwar Hausfrau, aber in verschiedenen linksgerichteten Organisationen tätig. Aufgrund der kommunistischen Parteimitgliedschaft seiner Adoptiveltern sei seinem Adoptivvater die Arbeit nicht besonders leicht gemacht worden (u.a. Anklage wegen Hochverrats, Hausdurchsuchungen). Nachdem sein Adoptivvater den Folgen der Krebserkrankung erliegt, wächst er bei seiner Adoptivmutter allein auf, die in den 1980er Jahren an den Folgen eines Oberschenkelhalsbruchs verstirbt.

Über die Geschichte seiner Adoptionsfamilie präsentiert sich Norbert Gruber im Interview als jemand Besonderer und Interessanter, als jemand aus einer prominenten Familie mit politischem Bewusstsein und guten Bildungsmöglichkeiten. Besonders das Verhältnis zu seiner Adoptivmutter hebt er als ein sehr gutes hervor. Allerdings könnte es gerade ein gutes Verhältnis gewesen sein, weil er das vermutliche Nicht-Reden-Wollen über die Adoption respektiert hat und weder nach den Umständen noch nach seinen leiblichen Eltern gefragt hat. Wie andere Adoptierte behält er die ‚Tabuisierungstendenzen‘ seiner Adoptiveltern bis in die Gegenwart (auch lange bis nach deren Tod) aufrecht (vgl. Geller 1992: 134). Doch

<sup>39</sup> Bei den Displaced Persons handelte es sich zu einem großen Teil um jüdische Menschen, die vom Hitler-Regime als Arbeitssklaven oder als KZ-Häftlinge aus ihrer Heimat verschleppt wurden. Sie stammten überwiegend aus Mittel- und Osteuropa und warteten zumeist auf eine Auswanderungsgelegenheit nach Palästina, den USA und anderen Ländern (vgl. Benz 1991: 435).

<sup>40</sup> Der Begriff der Entnazifizierung ist ein Kunstprodukt eines amerikanischen Politologen von 1945 und meint zum einen die politische Säuberung der deutschen und österreichischen Nachkriegsgesellschaft nach dem Ende des Nationalsozialismus, zum anderen den Prozess der Personalsäuberungen. Letzterer meint vor allem die Ausschaltung aller Personen aus Wirtschaft und Gesellschaft, die aktiv an der Erhaltung des Nationalsozialismus mitgewirkt haben (vgl. Schuster 2004: 16 f.).

obwohl Norbert Gruber das Interesse an dem eigenen Adoptivstatus im Interview immer wieder leugnet, stellt er Fragen, über die er angeblich nicht nachgedacht hat. Indem wir jedoch davon ausgehen, dass niemand etwas verneinen kann, worüber er nie nachgedacht hat, können wir vielmehr vermuten, dass dieses Verneinen auf eine (von sich weisende, distanzierende) Berührungsstrategie seinerseits mit dem Thema hinweist. „Die Ablehnung der Suche nach der leiblichen Mutter wird auch hier als Ergebnis rationaler Abwägungsprozesse dargestellt, in dem einmal getroffene Entscheidungen akzeptiert und Störungen, Konflikte und gegenseitige Verletzungen, die aus der Kontaktaufnahme mit der leiblichen Mutter resultieren könnten, antizipiert werden“ (Geller 1992: 227). Das würde bedeuten, dass dahinter liegende Befürchtungen ihn zurückhalten, sowie gerade die positiv erlebte Beziehung zu seiner Adoptivmutter es ihm ermöglicht, die Geheimhaltungsstrategien und Tabuisierungstendenzen seiner Adoptiveltern nicht negativ zu bewerten<sup>41</sup>, sondern sich dem unterzuordnen und somit das Interesse an der leiblichen Mutter zu verneinen. Seine Beruhigungsstrategie lautet: „*Das Einzige, was ich mir selbst immer gesagt habe, meine Mutter, mein Vater, wer auch immer sie waren, müssen wohl Gründe gehabt haben*“ (N.G.2, 1/25-27), die noch einmal darauf hinweist, dass er sich eben doch Gedanken gemacht hat.

Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass „nach dem 2. Lebensjahr in die Adoptivfamilie gekommene Kinder [...] deutlich größere Gefühle der Unsicherheit“ (Geller 1992, S. 29) aufweisen, und dass „adoptierte Jungen [...] in verschiedenen Verhaltensdimensionen problematischer als gleichaltrige nichtadoptierte“ (Geller 1992: 31) sind. So beschreibt auch Norbert Gruber sich als „*rebellisch und ein schlechter Schüler*“ (N.G. 5/31), was er darauf zurückführt, dass seine Adoptiveltern ihn in seiner Kindheit „*wahrscheinlich ein bisschen zu sehr in Samthandschuhe eingepackt*“ (N.G. 5/30) haben. Vordergründig wird hier das Anfassen mit Samthandschuhen – als Synonym für ein behütetes Aufwachsen und Umsorgt-Werden in der Kindheit – durch die Adoptiveltern in eine kausale Beziehung zu dem als schlecht definierten Abschluss der Hauptschule dargestellt. Die dahinter stehende Adoption wird jedoch offenkundig nicht als Erklärungsmuster hinzugezogen. Aus heutiger Perspektive resümiert er über seine Pubertät, in der er versucht hat, gegen seine Adoptiveltern zu rebellieren. In der Pubertät als Junge rebellisch zu sein, wird hier als Folge von einem zu ‚weichen‘ Umgang mit ihm während der Kindheit dargestellt. Dagegen hätte er es auch als normal darstellen können, wenn er sich (wie andere Jungen auch in dem Alter) gegen die eigenen Eltern auflehnt – im Sinne eines sich vollziehenden Abnabelungsprozesses. Diese Möglichkeit der Betrachtung scheint jedoch mit dem Hintergrund der Adoption als ausgeschlossen. Das eigentlich Beschützende, was in der Situation selbst vermutlich als gut und schön erlebt wurde, formuliert Norbert Gruber im Alter und mit Abstand betrachtet jedoch anklagend. Dadurch sei das Rebellische gefördert worden, was ihn zu einem schlechten Schüler machte. Im Nachhinein erfährt das Beschützt-Werden aus seiner Sicht also eine eher negative Bewertung.

Obwohl Norbert Gruber dem ‚Typ der Interessensbekundung‘ zugeordnet werden

---

<sup>41</sup> Indem Norbert Gruber die Tabuisierungsbestrebungen seiner Adoptivmutter keinesfalls negativ bewertet, kann er diese ebenfalls nutzen, um sich vor weiteren Kränkungen zu schützen. Jedoch ist es auch möglich, dass das Ablehnen der biologischen Wurzeln durch die Adoptiveltern zu einer weiteren Verletzung des Selbstwertes führen kann (vgl. Hoffmann-Riem 1989: 243).

kann, der ein weitgehendes Interesse an der eigenen Herkunft negiert und consequenterweise keine weiteren Nachforschungen hinsichtlich seiner Herkunft unternimmt (vgl. Geller 1992: 187), berichtet er überraschenderweise im zweiten Interview dann aber doch Erlebnisse, die ihn vermuten lassen, er habe im Laufe seines Lebens seine leibliche Mutter kennengelernt. So erzählt er, dass er während seiner Zeit in einer Hotelfachschule mit 16 Jahren eine Frau kennengelernt hat, die er im Nachhinein für seine leibliche Mutter hält. Die mit L. T. benannte Person kam aus Nordeuropa und freundete sich mit ihm während ihres zweiwöchigen Aufenthaltes an. Ungefähr vier Jahre später trifft er sie dann in seiner Heimatstadt in einem Hotel, in dem er neben seinem Studium aushilfsweise beschäftigt ist, „zufällig“ wieder. Erst im Nachhinein scheint er sich dann Gedanken über diesen Zufall gemacht zu haben: *„Aber so nach Jahren war diese Frau wieder da. Und ich behaupte, ich weiß es nicht- Ich hab dann von ihr doch nichts gehört. Das ist jetzt, wie gesagt, äh dreißig Jahre, fünfunddreißig Jahre her, oder äh fast vierzig. Ähm Nie mehr wieder was von ihr gehört, aber im Nachhinein war ich der festen Überzeugung, das ist wohl meine Mutter gewesen, meine leibliche Mutter“* (N.G.2, 3/9-13). Während der Aufenthalte „belud“ sie ihn „mit Geschenken“ (N.G.2, 3/15), und danach schrieben sie sich „noch lange Zeit“ (N.G.2, 3/8).

Die zwei Zusammentreffen, das Interesse an seiner Person und die Geschenke lassen ihn wünschen, dass L. T. seine leibliche Mutter gewesen sein könnte. Obwohl oder gerade weil die Geschichte für ihn sehr emotional zu sein scheint, wiegelt er am Ende wieder ab und meint: *„hab mir dann auch nicht keine weiteren Gedanken dann gemacht“* (N.G.2, 3/26). Die in diesem Satz enthaltene doppelte Verneinung lässt jedoch das Gegenteil vermuten. Damit kehrt er wieder zu seiner gewohnten allgemeinen und rationalen Erzählweise zurück und distanziert sich wieder von der erzählten Geschichte. So bringt er zum Ausdruck, dass es die Aufgabe einer Mutter sei, ihr Kind zu suchen. Damit enthebt er sich implizit jeglicher Sichtweise, die ihn hätte ermutigen können, sich selbst auf die Suche nach seiner leiblichen Mutter zu machen. Da keiner von beiden in der damaligen Situation die Möglichkeit angesprochen hat, birgt die Geschichte auch weiterhin ein Geheimnis und behält für ihn etwas Rätsel- und Schicksalhaftes. Die Vorstellung, dass sich seine leibliche Mutter die Mühe gemacht hat, ihn zu finden und aufzusuchen, möchte er behalten. Damit wird die Möglichkeit, dass eine – ihm fremde – ältere wohlhabende Dame an ihm interessiert war, ausgeblendet. Die damit in Verbindung stehende Belastung wird aber von ihm durchaus wahrgenommen, indem er die Umschreibung des Beladen-Werdens mit Geschenken verwendet. Wir können vermuten, dass er gerade die Geschenke in der damaligen Situation als Last empfunden hat, da er die Aufmerksamkeit von L. T. erst später mit Muttergefühlen für ihn in Verbindung bringt und sie zum damaligen Zeitpunkt für sich nicht erklären kann. Indem er es im Nachhinein als Zeichen einer Wiedergutmachung seiner leiblichen Mutter interpretiert, ermöglicht ihm das, sich ein positives Bild von ihr bewahren zu können.

### **Kurzes Zwischenfazit und weiterer Werdegang**

Bis zu diesem Zeitpunkt können wir also zusammenfassen, dass Norbert Gruber nach der Geburt in Österreich von seiner leiblichen Mutter zur Adoption

freigegeben wird und seine leiblichen Eltern nie bewusst kennenlernt. Die ersten zwei Jahre seiner Kindheit verbringt er in einem Waisenhaus, bevor er von dem deutschen Ehepaar Gruber adoptiert wird. Dadurch ist sein Leben von Beginn an durch Unsicherheiten in sozialen Beziehungen stark geprägt. Während der Schulzeit wiederholt sich die frühe krisenhafte Erfahrung, und er verliert erneut eine wichtige Bezugsperson in seinem Leben, da sein Adoptivvater an einem Lymphom erkrankt und zwei Jahre später verstirbt. Zu diesem Zeitpunkt ist er 13 Jahre alt. Diesen Verlust kann er ebenso wenig beeinflussen, wie die Ereignisse des Weggegeben-Seins und Adoptiert-Werdens im Kleinkindalter, und begegnet dem Wegfall der für einen Jungen wichtigen Bezugsperson scheinbar mit einem unter den Anforderungen des Adoptionsmilieus liegenden Hauptschulabschluss. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass Adoptiveltern oft eine hohe Erwartungshaltung in Bezug auf schulische Leistungen an ihre adoptierten Kinder stellen (vgl. Geller 1992: 35), schildert Norbert Gruber diesbezüglich keinen zu spürenden Druck von Seiten seiner Adoptiveltern.

Da bei ihm die Ereignisse der Adoptionsoffenbarung als auch Erkrankung und Tod des Adoptivvaters in seine Pubertät und Adoleszenz fallen, kann von einer nachhaltigen Beeinflussung seiner Identitätsentwicklung ausgegangen werden. Vor dem Hintergrund, dass später Adoptierte ohnehin Schwierigkeiten haben, ihre Identität zu finden (vgl. Ebertz 1987: 92), bedeutet der frühe Tod des Adoptivvaters einen wiederholten Bruch in der Kontinuität des Lebens von Norbert Gruber. Zusätzlich wirken die im Hintergrund liegenden Geheimhaltungstendenzen (das Nicht-Weiter-Thematisieren-Wollen) hinsichtlich der Adoption bei Norbert Gruber zwar als Schutzfunktion, können eine verminderte Fähigkeit in den Aufbau neuer sozialer Beziehungen jedoch anscheinend nicht verhindern, wodurch es in seiner Jugend und seinem jungen Erwachsenenleben häufig zu Krisen und Abbrüchen kommt. So beginnt Norbert Gruber nach der Hauptschule eine handwerkliche Lehre, die jedoch vor Ablauf der Ausbildungszeit und selbstverschuldet beendet wird. Die nun folgenden vier Jahre sind weiterhin durch Unstetigkeit gekennzeichnet, indem Ausbildungen, Ausbildungsorte, Tätigkeiten und Personen häufig wechseln.

## **Wehrdienst und Leben in Israel**

Nach der gescheiterten Lehre, dem Versuch, in einem Internat einen weiteren Schulabschluss zu machen, und dem Besuch einer Hotelfachschule erscheint es zu diesem Zeitpunkt in der Analyse durchaus möglich, dass Norbert Gruber sich von seiner Adoptivmutter und dem Adoptionsmilieu abwendet. Als könne er die Gefahr eines ‚sozialen Abrutschens‘ selbst wahrnehmen und erkennen, weisen die beruflichen Ambitionen des mittlerweile 19-Jährigen in den nächsten fünf Jahren starke Unterordnungstendenzen auf, indem er einerseits den Militärdienst in Israel absolviert, sowie andererseits eine Ehe mit einer israelischen Soldatin eingeht.

Über den Bruder seiner Adoptivmutter, der bereits vor dem 2. Weltkrieg nach Israel ausgewandert war, kommt er durch Besuche in der Kindheit und einem Aufenthalt im Kibbuz als Jugendlicher früh mit dem Land Israel in Berührung. Obwohl er aufgrund seiner nicht-religiösen Erziehung darauf Wert legt, dass seine jüdischen Adoptiveltern und er Atheisten sind, fühlte er sich vermutlich soweit mit dem

Leben und der damit einhergehenden Religion in Israel verbunden, dass er noch vor der Einberufung zum deutschen Militär beschließt, in Israel zu bleiben. Mit der Erklärung, im Land bleiben zu wollen, bekam er „*am gleichen Tag auch die [israelische] Staatsangehörigkeit*“ (N.G.2, 8/34), die er bis heute nicht verloren hat. Aufgrund der zunächst empfundenen positiven Identifikation mit dem Land beginnt er seinen Wehrdienst bei den israelischen Streitkräften (Tzahal) („*weil ich wie gesagt hier verweigert habe und nicht zur Bundeswehr wollte*“ N.G. 6/20-21). Angezogen vom befreienden Gefühl vom Leben in Israel in seiner Kindheit und Jugend geht er somit für anfangs geplante 1½ Jahre zum israelischen Militär. Der Widerspruch zwischen einem von ihm als frei empfundenen Leben im Kibbuz und der Unterwerfung unter militärische Zwänge wird von Norbert Gruber nicht thematisiert. Der Vorgang als solcher wird wie gewohnt distanziert als nicht zu ändernde Tatsache präsentiert – wenn auch in Auflehnung gegen den Wunsch seiner Adoptivmutter, die eine konsequente Verweigerung des Militärdienstes lieber gesehen hätte.

Über das Fernbleiben in Israel, das Nicht-Zurück-Wollen nach Deutschland bleibt in der Analyse auch ein Gefühl von Flucht zurück. Vielleicht ist es eine Flucht vor der Enge in Deutschland<sup>42</sup>, der Gefahr des möglichen ‚Abrutschens‘ oder seiner homosexuellen Orientierung. Nichts davon wird jedoch angedeutet, sondern als überlegte Handlung präsentiert. Der Weggang aus Deutschland und die frühe Eheschließung mit einer israelischen Soldatin deuten somit auf eine größere, aber selbst gewählte (gewollte) Zäsur in seinem Leben hin – einen Bruch mit seinem alten Leben, den wir vor allem als Suche nach sich selbst interpretieren können.

Es erscheint dann als Ironie des Schicksal, dass er nach einem Jahr Grundausbildung, die er in Jerusalem absolviert, in den 6-Tage-Krieg im Juni 1967 eingezogen wird und sich seine Wehrdienstzeit von 1½ auf drei Jahre verlängert. Damit hat sich für ihn der Wunsch nach Freiheit nicht erfüllt, was jedoch erst einmal neutral präsentiert wird. Diese Zeit verbindet er damit, dass ihm „*erste Zweifel kamen an der Gerechtigkeit oder Ungerechtigkeit wie auch immer ähm der politischen Fairness*“ (N.G. 13/2-3). Wir können vermuten, dass die Militärzeit durch diese Ereignisse nicht leicht zu bewältigen war und es ihn vermutlich auch verändert hat („*ich war kein kein kein kein Held (...) in dem Sinne, ich hab es irgendwie geschafft zu überleben wie auch immer*“ N.G. 13/26-28). Durch die „Läuterung“ – wie er es nennt – während dieser Zeit ändern sich seine Einstellungen und Ansichten dem Land Israel gegenüber, so dass er zu Beginn der 1970er Jahre mit seiner Frau als Konsequenz daraus nach Deutschland zurückkehrt.

Obwohl das Eingehen neuer sozialer Bindungen und das Leben in einem anderen Land, in einer anderen Kultur auf eine mögliche Ablösung von seiner Herkunftsfamilie und Adoptionsfamilie hindeuten, verbindet er mit seiner Rückkehr alte familiäre und neue soziale Strukturen miteinander (Herkunftsland, Adoptivmutter und Ehefrau).

---

<sup>42</sup> Das Leben und die Erziehung in Deutschland verbindet Norbert Gruber vor allem mit „*Pünktlichkeit und Ordnung*“ bzw. mit „*Zucht und Ordnung*“ (N.G.2, 10/15-17), dem er „*dieses freie Leben*“ (N.G.2, 10/13) im Kibbuz in Israel gegenüberstellt.

## **Zeit des Medizinstudiums, eigene Hausarztpraxis und Leben mit Kollege/Partner**

Wieder in Deutschland und fest in familialen Strukturen verankert, arbeitet Norbert Gruber zunächst im Hotelgewerbe, um nicht „von [s]einer Mutter abhängig“ zu sein. Mit dem Ziel, Medizin zu studieren, beginnt er die Abendschule, um einen höheren Schulabschluss zu erlangen. In dieser Zeit kommt er wegen einer Hepatitis-erkrankung ins Krankenhaus „in Quarantäne“ (N.G.2, 12/41) und erhält vom Stationsarzt den Tipp, dass in der Uniklinik immer wieder Studenten gebraucht werden, die Nachtwachen machen. „Das hab ich dann lieber gemacht als im Hotel zu arbeiten“ (N.G.2, 13/8). Die dort verrichtete Arbeit und die zunehmenden verantwortungsvolleren Aufgaben bestärken ihn in seinem Ziel, Medizin studieren zu wollen.

Ein Jahr nach der Rückkehr aus Israel wird seine Ehe geschieden. Dies begründet er vor allem mit den Integrationsproblemen seiner Frau und der Tatsache, dass er „den ganzen Tag abwesend war, weil damals war es so, dass wir die Abendschule eigentlich nur besuchen konnten, wenn man tagsüber normal gearbeitet hat [...] also irgendwann zerbrach das dann“ (N.G. 6/36-37, 7/3). Obwohl er damit seiner gesellschaftlich vorbestimmten Rolle als Sohn und Ehemann entfliehen zu wollen scheint, verfolgt er nun – anders als vor seiner Zeit in Israel – konsequent ein berufliches Ziel. Das Abitur besteht er jedoch mit einem schlechten Notendurchschnitt, so dass er nur nach einer längeren Wartezeit einen Platz für ein Medizinstudium bekommen hätte. Dies lässt ihn erkennen, dass er „nun 28 Jahre alt [ist] also irgendwann wird das dann Zeit, dass ich mal anfangen mit der Medizin“ (N.G. 2/14-15). Er berichtet dann weiter, dass er durch einen befreundeten Ausländer, den er während seiner Nachtdienste in der Uniklinik kennengelernt hat, von der Möglichkeit erfuhr, im europäischen Ausland zu studieren. Trotz sprachlicher Barrieren entscheiden sich beide „innerhalb eigentlich von drei Wochen“ (N.G. 2/22-23) für das dortige Medizinstudium.

Lassen wir nur die biographischen Daten auf uns wirken, so entsteht durch die Scheidung von seiner israelischen Frau auf der einen Seite und die Aufnahme eines Auslandsstudiums auf der anderen der erneute Eindruck einer Art Flucht, die ihn wieder aus Deutschland heraus führt. Der Ab- und Auflösung seiner familialen und geographischen Bindungen kann nun jedoch eine zielstrebige Suche nach einem beruflichen Status bzw. nach festen beruflichen Strukturen, in denen er frei handeln kann, entgegengestellt werden. Zudem wird später deutlich, dass es sich bei dem befreundeten Ausländer um seinen späteren Lebens- und Praxispartner handelt, also eine familiäre Beziehung geknüpft wird, die bis heute anhält.

Über die Zeit des Studiums erzählt Norbert Gruber relativ ausführlich, so berichtet er z.B. von allgemeinen Bedingungen und organisatorischen Eigenheiten des Studierens (mündliche Prüfungen, Promotionsgeschehen etc.), von eigenen Erfahrungen (z.B. einer 7-mal wiederholten Biologie-Prüfung), aber auch, wie er und sein Freund damals vor Ort gelebt haben. So wird die Zeit in seinem Leben als eine beschrieben, in der sie „beide sehr glücklich“ (N.G. 17/10) waren.

Als er gerade das Studium abgeschlossen hat, erleidet seine Adoptivmutter eine Oberschenkelhalsfraktur und verstirbt kurze Zeit später. Obwohl er sich auch hätte vorstellen können, weiterhin im Ausland zu leben, kehrt er erneut nach Deutschland

zurück, um sich um seine Adoptivmutter zu kümmern. Während seine Unterlagen und Zeugnisse bei der entsprechenden Behörde beglaubigt werden und er auf eine Assistenzarztstelle im Krankenhaus wartet, arbeitet er ein halbes Jahr wieder im Bereich der Krankenpflege. Nach der Anerkennung des Studienabschlusses beginnt er, als Assistenzarzt im Krankenhaus zu arbeiten. Durch Zufall wird an ihn die Möglichkeit herangetragen, einen Kollegen in seiner Praxis für drei Monate zu vertreten, was zu dieser Zeit gängige Praxis ist. Ende der 1980er Jahre erhält er dann das Angebot, die Praxis einer Kollegin zu übernehmen. Da sein Lebenspartner zu der Zeit noch im Ausland tätig ist und er die Praxis auf Dauer nicht allein führen möchte, gründen beide dann eine Gemeinschaftspraxis und lassen einige Jahre später ihre persönliche Partnerschaft standesamtlich eintragen.

In den Erzählungen und Beschreibungen über seine Beziehung zu seinem Partner und seine Arbeit ist ganz deutlich zu spüren, dass Norbert Gruber mit seinem Leben zufrieden ist, was es eben auch ermöglicht, eine stimmige Lebensgeschichte erzählen zu können. So präsentiert er die Beziehung zu seinem Partner und Kollegen als eine sehr fürsorgliche, in der beide für einander aufkommen. Fast wirkt die Beschreibung wie eine Liebeserklärung. Als er darüber nachdenkt bzw. zu erklären versucht, warum sie ihre Lebensgemeinschaft haben eintragen lassen, stehen vor allem soziale Komponenten wie z.B. die Sicherheit sowohl aus der persönlichen wie auch aus der gesellschaftlich rechtlichen Perspektive im Vordergrund. Über die lange Beziehungsdauer, die für die Generation eigentlich nichts Ungewöhnliches darstellt, und die enge Arbeits- und Lebensgemeinschaft präsentiert er seine Beziehung als etwas Besonderes, was noch einmal den liebevollen Charakter der Darstellung unterstreicht.

Fassen wir noch einmal kurz zusammen: Nach den Erfahrungen aus dem 6-Tage-Krieg kehrt Norbert Gruber mit seiner israelischen Ehefrau nach Deutschland zurück und holt sein Abitur auf dem zweiten Bildungsweg nach. Nach der Scheidung von seiner Frau beginnt er zwei Jahre später zusammen mit einem Freund ein Medizinstudium im europäischen Ausland. Befindet sich Norbert Gruber während des Medizinstudiums noch in relativ freien Strukturen, zwingt ihn die Erkrankung seiner Adoptivmutter nach Deutschland zurück. Nach dem Tod der Adoptivmutter und dem Wegbrechen der letzten verbliebenen familialen Herkunftsbindung baut er sich als 41-Jähriger seine berufliche Existenz in einer eigenen Hausarztpraxis in Deutschland auf. Zudem wird die während der Nachtwachen in der deutschen Uniklinik und des Studiums im Ausland gewachsene soziale Bindung an seinen Lebenspartner und Kollegen durch die Gründung einer Gemeinschaftspraxis gefestigt und dauert als stabile partnerschaftliche Beziehung in seinem Leben bis heute an.

Vor diesem Hintergrund präsentiert Norbert Gruber sein Leben als Erfolgsgeschichte. Bei der Selbstpräsentation handelt es sich (für ihn und für uns als Außenstehende) um eine stimmige Berufsbiographie. Bedenkt man die Umstände seiner Kindheit und Jugend und den Wechsel von sozialen Bindungen, Orten und Tätigkeiten in seinem jungen Erwachsenenleben, kann es als bedeutende Leistung angesehen werden, seine Lebensgeschichte als Erfolgsgeschichte zu realisieren. Auf diese Weise präsentiert sich Norbert Gruber als jemand, der trotz widriger Umstände und mehrfacher Zäsuren seinen Weg im Leben gefunden hat.

Indem er sich als ganz normalen Typ präsentiert – mit einem normalen (beruflichen) Werdegang, der sich im Interview nicht aufdrängt, sondern dezent darstellt, vermittelt er uns gerade wegen seines biographischen Werdegangs und seiner homosexuellen Orientierung ein fast schon auffallendes Bedürfnis nach Normalität. Dies äußert sich auch dadurch, dass die Homosexualität als solche in den Interviews nicht angesprochen wird. Auf der einen Seite kann zwar davon ausgegangen werden, dass ein intaktes Selbstbewusstsein und Selbstakzeptanz auch die Akzeptanz der sozialen Umgebung fördert (vgl. Walther 2004: 23)<sup>43</sup>. Andererseits ist davon auszugehen, dass Homosexualität in den 1970er Jahren in Deutschland kaum als gleichberechtigte Partnerschaftswahl akzeptiert worden ist. Möglich erscheint dagegen aus heutiger Perspektive, dass mit der Anerkennung der eigenen Homosexualität im Laufe der Jahre eine subjektive Entlastung einhergeht, die im heutigen Alltag nicht mehr thematisiert werden muss, weil darüber auch nicht mehr nachgedacht wird. Über einen eventuellen Kampf mit sich selbst und/oder anderen in seiner Jugend erfahren wir – auch aufgrund fehlender Nachfragen – im Interview nichts.

### **Biographische Fallstrukturhypothese zur Lebensgeschichte von Norbert Gruber**

Übergreifend lässt sich aussagen, dass das Leben von Norbert Gruber durch den Wechsel von *ungewollten und gewollten Abbrüchen in sozialen Beziehungen* strukturiert ist. Dies führt im Laufe seines jungen Erwachsenenalters zu einem Hin und Her zwischen dem Festhalten und Ablehnen sozialer Bindungen, der Aufnahme und Aufgabe von verschiedensten (beruflichen) Tätigkeiten sowie einem häufigen Wechsel von Wohn- und Lebensorten und dem Versuch, in fremden Kulturen heimisch zu werden. Lange Zeit entsteht der Eindruck, als wisse Norbert Gruber nicht wirklich, wo er in seinem Leben hin möchte, jedenfalls, ehe er sein Medizinstudium aufnimmt. Dadurch wirkt die Lebensgeschichte von Norbert Gruber in einzelne Teilstücke zergliedert. Das im Interview oft benannte Ziel, Arzt zu werden, wird von ihm lange Zeit nicht konsistent verfolgt. Vor dem Hintergrund der häufigen Auflösung von familialen Bindungen in seiner Kindheit, Jugend und seinem jungen Erwachsenenleben (egal, ob bewusst herbeigeführt oder schicksalhaft geschehen) reagiert er zunächst, wie zu erwarten, mit Auflösung sozialer Strukturen und dem häufigen Wechsel von sozialen Bindungen, die vielfältige Parallelen zu den Ortswechseln und Tätigkeitswechseln (zum Teil sogar Kulturwechsel) aufweisen. Erst spät erfüllt er sich seinen lang gehegten Wunsch, sich in einer eigenen Hausarztpraxis niederzulassen, und festigt seine soziale Beziehung mit seinem Lebenspartner und Kollegen durch die Gründung einer Gemeinschaftspraxis. Letztlich gelingt es ihm, die angestrebten festen familialen Strukturen im beruflichen Alltag des Arztseins, der ihm einen hohen sozialen Status und weitgehende Autonomie ermöglicht, in der Berufstätigkeit und in der privaten Lebensführung zu etablieren.

---

<sup>43</sup> Dies könnte eine Erklärung dafür liefern, dass die Forscherin ebenfalls in den Interviews das Thema nicht angesprochen hat, weil sie nicht diejenige als Interviewerin sein wollte, die die Normalität von Homosexualität in Frage stellt.

### 5.1.3 Krankheitskonzepte zwischen eigenem Kranksein und beruflichem Alltag

#### **Persönliche und familiale Krankheitserlebnisse**

Norbert Gruber wird durch die Krebserkrankung seines Adoptivvaters früh mit Krankheit in der Familie konfrontiert. Wie in der Familie damit umgegangen wurde oder wie er die Zeit bis zum Tode seines Adoptivvaters zwei Jahre später erlebt hat, erfahren wir im Interview nicht. Norbert Gruber betont nur, dass er sich aufgrund einer Überlastung an Arbeit seines Adoptivvaters und dessen frühzeitigen Todes (er war damals 13 Jahre alt) kaum erinnern und deshalb auch nur wenig über ihn erzählen könne.

Eine eigene Hepatitis-erkrankung mit Anfang 20 bringt ihn für eine Woche auf eine Quarantänestation im Krankenhaus. Der dortige Stationsarzt gibt ihm letztlich den Tipp, dass im Krankenhaus immer Personen für Nachtwachen gesucht werden. Die Zeit und die Arbeit in den Nachtwachen bestärken ihn dann zunehmend, sich weiter für das Medizinstudium zu interessieren.

Diese beiden Erkrankungsthemen werden weder ausführlich behandelt noch finden sie sich im restlichen Interview z.B. in Bezug auf Patienten wieder. Im Gegensatz dazu gibt es jedoch vielfältige Reflexionen zu Erkrankungen und Krankheitsbildern, die ihm zu späteren Zeitpunkten in seinem Leben begegnen. So auch zu der Zeit, als seine Adoptivmutter eine Fraktur am Oberschenkelhals erleidet. In diesem Zusammenhang beschreibt er sie als aktive und geistig rege Frau. Mit dem Erleiden des Oberschenkelhalsbruchs habe sich dies verändert, und sie habe resigniert. Die Resignation seiner Adoptivmutter hat er damals als 36-Jähriger jedoch nicht hinnehmen können und hatte „gar keine Verständnis“ (N.G. 9/37). Aus heutiger Sicht beschreibt er, dass er seine „Mutter ziemlich drangsaliert“ (N.G. 10/9) hat, indem er immer wieder versuchte, sie zum Weitermachen (Krankengymnastik etc.) zu bewegen. Jedoch „ging es dann ziemlich schnell zu Ende“ (N.G. 10/15), und sie verstarb einige Zeit nach der Fraktur. Mit Abstand zur damaligen Situation und mit seiner heutigen Erfahrung als langjährig tätiger Hausarzt ist er der Meinung: „man muss oder sollte so etwas respektieren“ (N.G. 10/3-4), wenn Menschen äußern, dass sie nicht mehr können. Darüber hinaus macht er sich heute Gedanken über die nie wirklich geklärte Todesursache bei seiner Adoptivmutter. Auf der einen Seite hält er einen Herzinfarkt für wahrscheinlich, auf der anderen Seite denkt er über die damals fehlende Antithromboseprophylaxe nach, „was heute ja eh doch eh, (1) eh ein Kunstfehler wäre, einen Patienten so zu belasten ohne Antithromboseprophylaxe“ (N.G. 10/21-22). Seine Überlegung beendet er damit, dass er meint: „ist auch glaub ich nicht so ne wichtige Angelegenheit zu wissen woran nun die Mutter oder der Vater gestorben ist“ (N.G. 10/24-25).

Direkt nach einer Situation befragt, in der er sich schon einmal richtig krank gefühlt habe, berichtet Norbert Gruber von einer Kanalspinalstenose (Verengung des Wirbelkanals) im Bereich der Lendenwirbelsäule, die operiert wurde. In diesem Zusammenhang betont er vor allem die Schmerzzustände beim Laufen und Stehen, an denen er einige Jahre litt und die er am Ende „nicht mehr ertragen“ (N.G. 33/27)

wollte. Zu Beginn wirkt seine Darstellung sehr medizinisch: kurz, prägnant und mit Fachtermini versehen – fast wie eine kurze Krankengeschichte von einem Patienten mit Diagnose und Symptomen. Dabei stehen die Schmerzzustände im Vordergrund, die erahnen lassen, dass sie seine gesamte Lebensqualität eingeschränkt haben. Indem er danach von seinem eigenen Erleben weggeht und allgemein argumentiert, dass es *„im Grunde eigentlich als Arzt nicht schlecht [ist], wenn man mal alle möglichen Krankheiten gehabt hat“* (N.G. 33/6-7), wechselt er ziemlich abrupt die Perspektive. So betont er ausführlich, dass eigene Erfahrungen mit Krankheit helfen könnten, die Patientenperspektive besser zu verstehen und auch mehr Verständnis für die Problemlage der Personen zu bekommen. Allerdings könnte dies auch die Gefahr einer Überidentifikation mit den Patienten bedeuten, was sich jedoch in den Erzählungen über seine Patienten und auch im Handeln mit diesen nicht zu bestätigen scheint. Jedoch deutet sich an, dass er solche Beschwerden seiner Patienten früher eher im Sinne von *„da müssen sie mit leben“* (N.G. 33/9) abgetan hat und dadurch einen eigenen Perspektivenwechsel präsentiert. Um diesen weiter zu verdeutlichen, geht er zu seinem eigenen Krankheitserleben zurück und benutzt seine Erkrankung als Beispiel für seinen veränderten Umgang mit seinen Patienten. An diesem Punkt geht es ihm vor allem darum zu erklären, dass er heute mit den Schilderungen und Darstellungen älterer Menschen *„viel besser mit umgehen kann“* (N.G. 33/15) als früher, indem er das für sich heute *„akzeptieren und respektieren“* (N.G. 33/16) kann. Es scheint, als habe ihn das von ihm empfundene Nichts-Tun-Können für seine Patienten mit einer Schmerzsymptomatik früher sehr belastet. Die Wandlung seines Umgangs mit z.B. schmerzhaften Problemen seiner Patienten scheint sich in ihm vollzogen zu haben, da eine geänderte Umgehensweise mit seinen Patienten weniger deutlich wird. Nach dieser Einleitung und einer ersten Argumentationskette berichtet er nun von seinem Leben mit den Schmerzen, den Schmerzmitteln und über seine eingeschränkte Lebensqualität, die ihn über eine Operation haben nachdenken lassen. Von dieser wurde ihm jedoch immer wieder von *„alle[n] Kapazitäten“* (N.G. 33/21) abgeraten, da die *„Gefahr der Querschnittslähmung [...] groß“* (N.G. 33/22) war. So wird ihm geraten, die Zeit bis zur Rente mit Schmerzmitteln zu überbrücken, und sich dann erst operieren zu lassen. Zu dieser Empfehlung macht er deutlich, dass trotz der Gewagtheit der Operation er sich gerade für diese entscheidet, weil er die Schmerzen *„auch nicht mehr ertragen“* (N.G. 33/27) wollte. Im Nachhinein präsentiert er seine Entscheidung als wohldurchdachte Überlegung, indem er z.B. beschreibt, wie er die Praxisräume auf ihre Rollstuhltauglichkeit getestet habe. Es ist zu spüren, dass die Bemerkungen und Ratschläge der anderen Health Professionals bei ihm zu Unsicherheit und Ängsten führten und er sich viele Gedanken gemacht hat. In beiden Darstellungen (Oberschenkelhalsbruch der Adoptivmutter und eigene Kanalspinalstenose) stellt er einen Zusammenhang zu seinen Patienten und dem Umgang mit diesen her. Er präsentiert ein weiterentwickeltes Bewusstsein für die Lebenseinstellung bei älteren Menschen am Ende ihres Lebensweges sowie eine gewachsene Akzeptanz gegenüber Patienten, die mit ihren Leiden zu ihm kommen. Seine Wahrnehmung und Interpretation von Krankheiten/Symptomen und auch Anliegen anderer Personen werden so als im Laufe des Lebens veränderte dargestellt.

## Berufsbezogene Handlungspraktiken

Über die Untersuchung persönlicher und familiärer Krankheitserlebnisse hinaus basiert die Analyse der Krankheitskonzepte und Handlungsstrukturen auf zwei weiteren unterschiedlich gewonnenen Materialien:

- Zum einen wurde Norbert Gruber ca. ein Jahr vor dem biographischen Interview in einer anderen Studie zu seinen Erlebnissen mit an Demenz leidenden Menschen narrativ interviewt. Die Narrationen sollten es ermöglichen, etwas darüber zu erfahren, wie die Ärzte Menschen mit Demenz wahrnehmen, welches Bild sie von ihnen haben und wie sie sich selbst zu diesem Thema präsentieren. Dazu wurde das Interview mit Norbert Gruber sowohl einer thematischen Feldanalyse unterzogen als auch im Sinne der Grounded Theory kodiert. Auf diese Weise konnten das Präsentationsinteresse des Arztes und verschiedene Kategorien identifiziert werden, die das berufliche Handeln des Arztes widerspiegeln (vgl. Wollny, Fuchs, in der Schmitt et al. 2010).
- Zum anderen wurde das berufliche Handeln von Norbert Gruber bei von ihm durchgeführten Hausbesuchen (in einem Altenpflegeheim) im Sinne der ethnographischen Forschung beobachtet und protokolliert. Die Auswertung erfolgte sowohl sequenziell feinanalytisch als auch mittels Globalanalyse, indem verschiedene Handlungsmuster herausgearbeitet und diskutiert wurden.

Im Interview zu seinen Erfahrungen mit Personen, die an Demenz erkrankt sind, präsentiert sich Norbert Gruber zu Beginn als jemand, der eine strikte Trennung von persönlichen und beruflichen Erfahrungen vornimmt und sich in seinen Erzählungen auf sicherem, ärztlichem Terrain bewegt. In der Analyse der erzählten Patientengeschichten stehen dann jedoch persönliche Präferenzen für den einzelnen Fall deutlich im Vordergrund. Es wird sehr deutlich, dass sein Anspruch darin besteht, sich für den einzelnen Patienten sehr zu engagieren. Konkret bedeutet dies, dass er seinem Bedürfnis, helfen zu wollen, nachgeht sowie sich Sorgen und Gedanken über die Patienten mit Demenz macht, auf diese achtet und sich kümmert. Vor allem zeigt sich jedoch der Wunsch, die Patienten verstehen zu wollen, als grundlegende Merkmalsausprägung dieser Kategorie. Zudem bringt er sich persönlich ins Gespräch ein (z.B. bei ihm sei es auch nicht anders) und versucht, durch eine emphatische Gesprächsführung die Ängste und Sorgen bei den Patienten zu lindern.

Wenn es um Diagnostik und Therapie geht, arbeitet er ganz bewusst mit anderen Kollegen zusammen und teilt so die Zuständigkeiten und die Verantwortung. So präsentiert er sich nicht als Fachmann, aber als derjenige, der versucht, die Personen zu verstehen, der ihren Ängsten und Sorgen nachgeht und dann ggf. den Spezialisten mit hinzuzieht. Aus seiner Sicht erscheint es wichtig, die Ursache der kognitiven Störung abzuklären. Erst nach der Ursachenabklärung kann angemessen behandelt und betreut werden, und dies zusammen mit seinem Praxispartner und den Spezialisten. Zuvor klärt er durch Nachfragen (z.B. nach der Trinkmenge oder nach den Situationen) ab, ob Wesensveränderungen oder normale Abbauprozesse im Alter vorliegen. Seine Interpretation führt dann zu weiteren Schritten: Beschwichtigung oder Überweisung. Distanziert sich Norbert Gruber zu Beginn des Interviews noch von persönlichen Situationen im ärztlichen Handeln, bestimmt

persönliches Engagement sein gesamtes ärztliches Tun. Einerseits handelt er als erfahrungsreicher und wissender Arzt, der sein Aufgabengebiet genau absteckt und Aufgaben wie Diagnostik und Therapie an den spezialisierten Facharzt abgibt. Andererseits berühren ihn die Patienten und ihre Schicksale persönlich. Die Nähe zu und gute Kenntnis von seinen Patienten nutzt Norbert Gruber, um zusätzliche Informationen von ihnen einholen zu können, um ihr Handeln zu verstehen. In diesem Sinne ist er sich der Anteile einer persönlichen Annäherung nicht bewusst, da er sie eigentlich als rein ärztliche Erfahrungen im Interview darstellt.

In der Analyse des Beobachtungsprotokolls werden ebenfalls die ambitionierten Absichten von Norbert Gruber in seiner täglichen Arbeit deutlich. Schon im biographischen Interview erzählt er, dass sein Kollege und er seit einigen Jahren die Hausarztpraxis an einem Wochentag schließen, damit sie mehr Zeit für die alten Menschen in den Seniorenwohnheimen haben und diese somit nicht in der knappen Mittagspause besuchen müssen.

Mit dem erklärten Ziel, die meisten seiner Patienten nur zur Kontrolle zu besuchen, den Blutdruck zu messen und nach ihrem Befinden zu fragen, begleite ich Norbert Gruber bei einem seiner Hausbesuche im Pflegeheim an einem Montagnachmittag. Neben den Kontrollterminen gibt es allerdings auch ein paar medizinische Eingriffe (Fäden ziehen, Spritzen geben) und Untersuchungen (Ausschluss einer Lungenentzündung, Dekubitus an der Ferse, nach Stürzen und bei Schmerzen) zu erledigen. Während der einzelnen Besuche erkundigt sich Norbert Gruber immer nach dem Befinden der Patienten, findet beruhigende Worte oder spricht von einer gemeinsamen Vergangenheit. Dies erweckt den Eindruck, als ob die ärztlichen Handlungen eher beiläufig durchgeführt werden und die Kommunikation mit den Patienten im Vordergrund steht. Obwohl die Patienten zum großen Teil dement sind, versuchen sie mit ihren eingeschränkten Mitteln, Interaktion und Kommunikation aufrecht zu erhalten, was Norbert Gruber sehr unterstützt. So erklärt er ihnen in aller Regel, was er tun will (z.B. Blutdruckmessen, Fäden ziehen), redet beruhigend auf sie ein, geht auf ihre Fragen und Sorgen ein und gibt ihnen Zeit, um sich in der Untersuchungs- und Behandlungssituation zurecht zu finden. Auf diese Weise ist zu spüren, dass Norbert Gruber bestrebt ist, alle seine Patienten ernst zu nehmen und entsprechend ihrer Möglichkeiten auf sie einzugehen. Nicht nur über das obligatorische Blutdruckmessen, sondern auch über das Berühren an der Schulter eines Patienten, das Ruhenlassen der Hand auf dem Arm einer Patientin oder sich zum Patienten aufs Bett setzen stellt Norbert Gruber Nähe zum Patienten her und ermöglicht ihnen somit eine vertrauensvolle Basis trotz ihrer Demenz.

Der Heimsituation ist es vermutlich mit geschuldet, dass jedoch der Eindruck entsteht, dass die Patienten nicht allzu viel Raum für sich selbst bekommen, die im Protokoll beschriebenen Situationen beklemmend wirken (durch z.B. die Assoziation von Abgeschobenheit der Menschen) und so die Intimität der Patienten eingeschränkt erscheint. Individualität scheint in den Heimsituationen fast nicht möglich (wird nur in Gesprächen mit den Pflegekräften manchmal deutlich) und wird auch von Norbert Gruber nur selten hergestellt. So wird von ihm bei allen Patienten grundsätzlich der Blutdruck gemessen – unabhängig davon, ob es therapeutische Konsequenzen nach sich zieht oder nicht. Auch der Kommunikationsstil scheint immer gleich zu sein. Dabei geht er allerdings immer auf die Fragen und Aussagen der Patienten ein und ist bemüht, die Interaktion mit ihnen aufrecht zu erhalten. Es

entsteht der Eindruck, dass das ritualisierte Handeln auf die Patienten einen durchaus positiven Effekt hat. Norbert Gruber erscheint sehr höflich und freundlich – in seiner Rolle als Arzt gleichermaßen professionell und menschlich. Auf diese Weise bietet er nicht nur seine Hilfe an, sondern dirigiert auch dort, wo es den Patienten selbst nicht mehr möglich ist. Zudem geht er den mit den Patienten besprochenen Dingen beim Pflegepersonal nach und gibt entsprechende Anordnungen.

Bei der Analyse des Beobachtungsprotokolls über die tägliche Arbeit von Norbert Gruber wird somit deutlich, was er meint, wenn er sagt, dass sie die „*sprechende Medizin* [praktizieren]. *Also wir haben sehr wenig m- (1) mechanische Sachen*“ (N.G. 25/26-27). Dennoch entsteht der Eindruck, dass die Besuche im Pflegeheim für ihn auch anstrengend sind, obwohl sie so oder so ähnlich immer abzulaufen scheinen. Norbert Gruber erscheint angemessen distanziert und fürsorglich zugleich. Er präsentiert sich als sensibler und warmherziger Arzt, dessen Tun weder aufgesetzt noch gespielt wirkt, so dass sich das Menschliche und Handwerkliche in der Routine die Waage zu halten scheinen.

## Analyse der Krankheitskonzepte

Versuchen wir nun etwas zu den Krankheitskonzepten von Norbert Gruber auszusagen, dann greifen wir vorerst auf die Definition des Begriffs der Krankheitskonzepte von Kreher et al. zurück (vgl. Kapitel 3.2). Nehmen wir nun die Definition und untersuchen die einzelnen Bereiche in Bezug auf die bisherigen Analyseergebnisse, dann fällt als erstes auf, dass sich die Betrachtung der Krankheitskonzepte nicht von seinem Selbstverständnis als Arzt und von seiner Arbeit ablösen lässt. Demzufolge können die Analyseergebnisse von Norbert Gruber vor allem den Aspekten der *Akteursgebundenheit* und *biographischen Prozesshaftigkeit* zugeordnet werden. Darüber hinaus werden mit dem Verlauf der eigenen Biographie *historische* Veränderungen sichtbar. *Entitätsspezifische* Aussagen können dagegen am ehesten aus den Beschreibungen der dementen Patienten als auch aus dem Beobachtungsprotokoll und das *situativ Adaptierbare* am ehesten aus der Differenz zwischen den Erzählungen über die Patienten und dem beobachteten Handeln mit ihnen herausgearbeitet werden. Beachtet werden muss jedoch, dass durch eine analytische Trennung nachfolgend vorübergehend bestimmte Aspekte in den Vordergrund gerückt werden und andere in den Hintergrund treten. Dennoch wird versucht, der Komplexität des Untersuchungsgegenstands gerecht zu werden.

- Die *historisch geprägte* Wahrnehmung, Interpretation und Verarbeitung von Krankheiten bzw. Symptomen dokumentiert sich im Interview mit Norbert Gruber u.a. über die anzweifelnde Richtigkeit der fehlenden Antithromboseprophylaxe bei seiner Adoptivmutter nach der Oberschenkelhalsfraktur auf einer reflektierten Ebene. Norbert Gruber überlegt, ob die Behandlung des Oberschenkelhalsbruchs seiner Mutter ohne Antithromboseprophylaxe aus heutiger Sicht nicht als Kunstfehler gelten würde. Auch die Darstellung seiner eigenen Praxistätigkeit, die sich in Richtung Suchtmedizin und HIV entwickelt hat, wird aus heutiger Sicht in einem historischen Wandel beschrieben. So schildert er z.B. die ungewisse rechtliche und juristische Abklärung zu Beginn seiner Tätigkeit auf diesem Gebiet, und die Schwierigkeiten, die mit anderen

Institutionen/Personen verbunden waren. Mit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) habe sich die Lage dahingehend verbessert, dass die Verordnung der Medikamente heute leichter geworden ist. An diesen Beispielen wird bereits deutlich, dass eine Änderung der Gesetzeslage und medizinisch veränderte Klassifikationen auch die berufliche Tätigkeit in zeitlicher Perspektive prägen und beeinflussen.

- Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben in Bezug auf verschiedene Erkrankungen und die Reflexion eines veränderten Umgangs mit Krankheit anderer könnte vermutlich am ehesten der *Akteursgebundenheit* zugeordnet werden. Sowohl seine schmerzhaften Erfahrungen mit der Spinalkanalstenose als auch die als unerträglich erlebte Resignation bei seiner Adoptivmutter nach deren Oberschenkelhalsfraktur sind einerseits an ihn als Person gebunden und unterliegen andererseits einer zeitlich veränderten Sichtweise, die von ihm im Interview auch benannt wird. So ist ganz deutlich zu spüren, dass der Umgang mit seinen Patienten durch eigene Erfahrungen und die anderer Personen geprägt ist. Darüber hinaus beeinflussen diese Erfahrungen auch seine Arbeitsweise. Er präsentiert sich als jemand, der älteren Menschen zugeneigt ist und gern mit diesen arbeitet sowie als jemand, der seinen Beruf anstatt mit vielen Gerätschaften eher im Sinne der „*sprechende[n] Medizin*“ (N.G. 26/26-27) ausübt. Auch in der Arbeit mit Sucht- oder HIV-Patienten geht es darum, die Patienten zu verstehen, zu begleiten und zu führen. Die von ihm dargestellten, sich stetig verändernden Einstellungen zu sich als Mensch und Arzt sowie zu anderen Personen ermöglichen es uns, die Person Norbert Gruber genauer kennenzulernen und seine biographischen und beruflichen Handlungsmuster aus seiner Sicht besser verstehen zu können.
- Die Einbettung der Krankheitskonzepte in langlebige, *biographisch geprägte* Handlungsmuster als Bestandteile des Alltagswissens lassen sich in ganz verschiedenen Erfahrungsberichten von Norbert Gruber finden. So fördert das Kennenlernen eines Oberarztes während seiner Hepatitis-erkrankung im Krankenhaus das Interesse an der Humanmedizin und ermöglicht die Aufnahme einer Arbeit in der Uniklinik bei stationären Nachtwachen. Die dortigen pflegerischen Erfahrungen prägen den fürsorglichen Umgang von Norbert Gruber mit Patienten nachhaltig. Die Erfahrungen mit eigenem Kranksein oder mit Krankheiten in der Familie sind zudem bei ihm mit der Einsicht verbunden, dass selbst gemachte Erfahrungen auch immer die Wahrnehmung und Interpretation der Erkrankungen der Patienten (z.B. mit Schmerzen, oder des ‚Nicht-Mehr-Wollens‘) beeinflussen und verändern – und somit letztlich mit strukturieren. An diesen Beispielen wird sehr deutlich, dass der Zusammenhang zwischen biographischen Erfahrungen und beruflichem Handeln von Norbert Gruber auch selbst gesehen wird.
- Eine *entitätsspezifische* Differenzierung lässt sich im Fall Norbert Gruber kaum ausmachen. Obwohl mehrerer Entitäten (wie Krebs, Hepatitis, Demenz oder auch HIV) aufgegriffen werden, stehen bei allem das eigene Engagement und die (fürsorgliche) Lenkung gleichermaßen im Vordergrund seiner Arbeit. Patienten werden von ihm als handelnde Subjekte betrachtet, die je nach Bedarf unterstützt und geleitet werden müssen. Darüber hinaus deutet sich an, dass Norbert Gruber eine Einordnung von Erkrankungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer weiteren Di-

agnostik vornimmt. Im Fall einer möglichen sich entwickelnden Demenz überweist er dann zur weiteren Diagnostik und Therapie an den Spezialisten. Stellt sich für ihn heraus, dass es keine Anzeichen für eine demenzielle Entwicklung gibt, wirkt er beruhigend auf die Patienten ein.

- Der Aspekt des *situativ Adaptierbaren* scheint in seinem Fall eng mit den konkreten Handlungen mit den Patienten sowie mit der historischen Komponente verbunden zu sein. Da sich nur im zeitlichen Handlungsverlauf eine Adaptation an die aktuelle Situation in Bezug auf einzelne Patienten untersuchen lässt, es sich beim vorliegenden Material jedoch um Momentaufnahmen handelt, können hier nur die so beobachteten und protokollierten Interaktionssituationen betrachtet werden. Auf diese Weise können wir feststellen, dass sich die beobachteten Situationen mit Norbert Gruber im Altenpflegeheim und die Darstellungen aus dem Interview über an Demenz erkrankte Patienten sehr gleichen. Sein Umgang mit ihnen ist immer gleichbleibend höflich, freundlich und respektvoll dirigierend. Das Blutdruckmessen wird dabei z.B. als symbolische Handlung ähnlich wie die Auskultation mit dem Stethoskop (vgl. Lachmund 1996) bei jedem Patienten durchgeführt. Das Berühren der Patienten (Ärmel hochziehen, Manschette Anlegen etc.) scheint in diesen Situationen jedoch weniger aus medizinischer Notwendigkeit (da sie ohne therapeutische Konsequenz bleibt), sondern vielmehr als Ritual zum Vertrauensaufbau genutzt zu werden. Als erwartbare ärztliche Handlung, die dem Spezialisten einen Blick in den Körper erlaubt (vgl. Lachmund 1996: 80), kann vom Arzt wie scheinbar nebenher das Erleben des Kranken in den Vordergrund gerückt werden. Dies ermöglicht es Norbert Gruber dann, die Patienten nach ihrem Befinden zu befragen und entsprechend möglicher Beschwerden der Patienten weiter zu (be-) handeln.

Zusammenfassend lässt sich zum Krankheitskonzept von Norbert Gruber aussagen, dass eigene und familiale Krankheitserfahrungen zu veränderten Einstellungen, Wahrnehmungen und Handlungen mit den Patienten führen. Dieses wiederum prägt den Umgang und die Arbeitsweise mit den Patienten, was von ihm selbst in den Interviews auch reflektiert wird. Dieser Verlauf ist durch eine starke Prozesshaftigkeit charakterisiert, bei der letztlich die eigenständig handelnden Subjekte in den Erzählungen und Handlungen in den Vordergrund treten und weniger die Erkrankungen als medizinische Entitäten eine Rolle spielen.

#### 5.1.4 Biographische und berufliche Handlungsmuster

Die in der erzählten Lebensgeschichte von Norbert Gruber vermittelte Normalität und Kontinuität in seinem Leben stehen zunächst im großen Gegensatz zur Analyse seiner biographischen Daten, in denen seine Kindheit und seine Jugend durch Zäsuren und Diskontinuitäten (häufige Wechsel von wichtigen Bezugspersonen, Orten und Tätigkeiten) geprägt sind. Diese Brüche zwischen erzähltem und gelebtem Leben vermitteln von ihm ausgehend ein starkes Bedürfnis, Kontinuität herzustellen. Die ersehnte Beständigkeit kann er in seinem späteren Leben auch verwirklichen, indem er einerseits seit seinem Studium in einer festen Partnerschaft lebt und andererseits seit 20 Jahren in einer eigenen Hausarztpraxis tätig ist. Damit stellt er letztlich sowohl im familialen als auch im beruflichen Bereich Kontinuität her.

In der Analyse der Lebensgeschichte von Norbert Gruber kristallisieren sich verschiedene *biographische Handlungsmuster* heraus. Zunächst fällt das *Nicht-Suchen-Wollen* nach Personen (leiblichen Eltern), Gründen (für die Kindsweggabe) oder Ursachen (Todesursache seiner Adoptivmutter) in seiner Biographie auf, dem eine *geographische* und *berufliche Suche* entgegengestellt werden kann. Für das Nicht-Suchen-Wollen gibt er ein Desinteresse an seinen ‚Wurzeln‘ an, das sich auch bei der Abklärung der Todesursache bei seiner Adoptivmutter wiederfindet. Gerade seine Kindheit und Jugend ist von einem Geheimnis umgeben, das er scheinbar bewahren will. So kommt in den Darstellungen auch immer wieder zum Ausdruck, dass er sich zu bestimmten Zeiten in seinem Leben in sein Schicksal ergeben hat und nicht versucht hat, dies zu ändern. Diese *Schicksalsergebenheit* wird vor allem während seiner Militärzeit in Israel und durch die erzwungene Rückkehr nach Deutschland nach dem Studium im europäischen Ausland deutlich. Demgegenüber zeigt sich bei ihm eine *konsequente Haltung* gegenüber Dingen, die ihm nach einer Phase des Ausprobierens nicht zusagen, und er so auch unliebsame Entscheidungen trifft, die immer wieder einen Neuanfang bedeuten. Aufgrund der zahlreichen Einschnitte zu Beginn seines Lebens und in seiner Jugend erscheinen seine Adoptivmutter und sein Lebenspartner als die wichtigsten Bezugspersonen („significant others“) in seinem Leben.

Aus der Analyse des Beobachtungsprotokolls und des narrativen Interviews mit Norbert Gruber zu seinen Patienten mit Demenz können wir festhalten, dass die *beruflichen Handlungsmuster* von Norbert Gruber geprägt sind durch das Bedürfnis, viel von den und über die Patienten zu erfahren, aber auch durch ein großes Interesse an den Beweggründen für ihre Handlungen. Dieses *Interesse an anderen* wird ergänzt durch das Bedürfnis der Abklärung von Ursachen in der Behandlung von Patienten. Das Begleiten und Führen seiner Patienten lässt einen *von Zurückhaltung geprägten*, aber dennoch *bestimmenden und konsequenten Umgang* mit ihnen spürbar werden. In dieser Rolle verkörpert er eine besondere Art des Arztseins – den *Arzt als Helfer*, der sich gleichermaßen um junge und alte Patienten als auch um Angehörige von so genannten Randgruppen (Suchtpatienten, HIV-Patienten) kümmert. Bei diesen akzeptiert und bewundert er den Umgang mit Krankheit und lernt aus seinen eigenen Leidenserfahrungen, um die Handlungsweisen seiner Patienten besser zu verstehen.

Es fällt sofort auf, dass einige Handlungsstrukturen stark divergieren, fast kontrastiv wirken (z.B. das Desinteresse an der eigenen Herkunft und das Verstehen-Wollen der Patienten). Andere Muster sind kohärenter, wie z.B. das Ausbalancieren zwischen dem Akzeptieren und sich in sein Schicksal ergeben sowie die konsequente Haltung und Durchsetzung seiner Interessen in bestimmten Fällen. Obwohl eine Hypothese zu den diametral entgegengesetzt erscheinenden biographischen und beruflichen Handlungsmustern von Norbert Gruber lauten könnte, dass die beiden Bereiche nichts miteinander zu tun haben (es also einfach verschiedene Handlungsmuster gibt), muss beachtet werden, dass biographische Entwicklungen und Erfahrungen den konkreten Handlungsrahmen bzw. den konkreten Hintergrund für die jeweilige Ausgestaltung des beruflichen Handelns darstellen und sich auf diese auswirken. Das macht deutlich, dass die biographischen zwar nicht mit den beruflichen Handlungsmustern gleichgesetzt werden können, aber auch nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. So sind beide Bereiche durch ein

biographisch früh etabliertes Handlungsmuster geprägt – das einer vorzeitig erwachsen gewordenen Person, die die Dinge heute aus einer gewissen Distanz heraus betrachtet und versucht, ihnen reflektierend auf den Grund zu gehen. Indem er bereits in seiner Kindheit (mit der Eröffnung des Adoptivstatus) das Bild einer distanziert erwachsenen Person von sich selbst entwirft, hat er sich mit der Situation (des nicht genau Verstehenden und Wissenden hinsichtlich der Adoption) in all den Jahren arrangiert. Das Nicht-Nachgehen-Wollen im persönlichen Bereich könnte durch ein großes Interesse an den biographischen Details, den Interessen, Ängsten und Sorgen seiner Patienten kompensiert werden. Zwischen dem Nicht-Suchen-Wollen im Privaten und dem Suchen-Müssen im Beruflichen hat er scheinbar für sich einen Weg gefunden, die eigenen biographischen Brüche auszubalancieren und eine ersehnte Lebenskontinuität zu leben.

## 5.2 Sven Turner-Meyer – Lebenskonzept: Hausarzt

### 5.2.1 Kontaktaufnahme und Interviewsituation

Ein weiterer Interviewpartner ist Dr. Sven Turner-Meyer. Da er den Brief zum Zeitpunkt des Telefonats noch nicht gelesen hat, erkläre ich ihm, dass es in meinem Projekt darum geht, die Lebensgeschichten von Hausärzten zu untersuchen, mit den Fragen, wie jemand (Haus-) Arzt wird und welche Entscheidungen dabei eine Rolle spielen. Die Idee fände er sehr spannend und meint, da habe er auch noch einmal die Chance für sich selbst, das zu reflektieren. Die Möglichkeit der Reflexion des eigenen Werdegangs prägt dann auch das gesamte Interview, das etwa zwei Wochen später bei ihm zu Hause stattfindet.

Sven Turner-Meyer ist zum Zeitpunkt des Interviews Mitte 50, groß und schlank. Das blonde Haar trägt er kurz, an manchen Stellen geht das Blond schon in ein Grau-Weiß über. Er ist rasiert und trägt einen dunkelblauen Sweat-Troyer mit schwarzem T-Shirt darunter.

Das Interview findet in der Küche statt, in deren Mitte ein großer massiver Holztisch mit sechs Stühlen steht, an dem wir uns gegenüber sitzen. Während des Interviews stützt er seine Ellenbogen auf den Tisch und ist mir sehr zugewandt, sein Blick verhaftet jedoch sehr oft und lang auf dem Tisch (auch in Richtung Aufnahmegerät, das genau zwischen uns liegt). Direkten Blickkontakt stellt er immer dann her, wenn er an mich abgeben will, oder wenn er scheinbar auf eine Reaktion von mir wartet. Im Interview macht er viele längere Pausen, die ihm die Möglichkeit geben zu überlegen, von welchem biographischen Datum er weiter berichten möchte. Dies führt dazu, dass seine Darstellungen nicht linear verlaufen, sondern immer wieder durch Brüche gekennzeichnet sind. Er gibt an, dass er in den letzten Tagen, als der Termin immer näher rückte, überlegt habe, was aus seiner Lebensgeschichte für seine Entscheidung, Hausarzt zu werden, wichtig gewesen sein könnte. Er ist unsicher, wie das Interview ablaufen wird, und entscheidet sich dann, meine gestellte familienbiographisch geprägte Erzählaufforderung zunächst zu umgehen und beginnt mir zu berichten, welche Ereignisse aus seiner Kindheit ihm in den letzten Tagen wieder eingefallen seien. Nach dem Interview meint er,

dass er sicherlich jetzt noch eine Weile über das Gesagte im Interview nachdenken werde und dass es sehr interessant für ihn gewesen sei.

## 5.2.2 Biographische Fallrekonstruktion

### Frühe Kindheitserinnerungen in gutbürgerlichem, behütetem Umfeld

Sven Turner-Meyer erblickt Mitte der 1950er Jahre das Licht der Welt. Sein Vater ist Jurist und ernährt die von liberalen Grundwerten geprägte Familie als Bürgermeister (ohne einer Partei anzugehören) in einer schwäbischen Mittelstadt mit ca. 100.000 Einwohnern. Die 10 Jahre jüngere Mutter kommt aus einer Handwerkerfamilie und ist „von ihrem Bildungsniveau her ähm ja eben nicht so gebildet“ (TM 16/50). Nach der Heirat hat sie „nicht mehr gearbeitet, [und] war Hausfrau“ (TM 16/32), der Vater war während der Kindheit und Jugendzeit von Sven Turner-Meyer „viel unterwegs“ (TM 16/33).

Die beginnenden 1950er Jahre waren trotz noch herrschender „Wohnungsnot und einer Arbeitslosenzahl von fast 1,5 Millionen“ Menschen durch das Bild voller werdender Schaufenster bestimmt, das „ein allmählich sich festigendes Zutrauen“ (Schindelbeck & Ilgen 1999: 109) in die wiederkehrende Normalität versprach. In Bezug auf die unmittelbare Nachkriegszeit setzte einige Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg so auch eine „Kultur des kollektiven Verdrängens“ (Schindelbeck & Ilgen 1999: 111) ein<sup>44</sup>. Die Zeit der frühen 1950er Jahre war durch einen langsam einsetzenden Wohlstand gekennzeichnet, der das beginnende Wirtschaftswunder markierte, welches bis in die 1960er Jahre anhielt. Dies zeigte sich sowohl in einer nach oben verlaufenden Produktionskurve in allen Branchen nach der Währungsreform und einer verbesserten Versorgung mit den Gütern des täglichen Bedarfs, aber auch in steigenden Preisen und einer steigenden Arbeitslosigkeit (vgl. Niehuss 2007: 110; Bühler 1993: 18). Auf gesellschaftlicher Ebene war damit auch der Beginn bzw. die Wiedergeburt eines „biedermeierliche[n] Kulturambiente[s]“ (Bühler 1993: 11) verbunden, das für Jahrzehnte das traditionelle Familienbild in der Bundesrepublik prägen sollte (vgl. Niehuss 2007: 110).

Über den beruflichen Status des Vaters gehört die Familie Meyer dem Bildungsbürgertum<sup>45</sup> an, was sich auch in einer klassischen Rollenverteilung zwischen den

---

<sup>44</sup> Die Kälte und Grausamkeiten der Kriegsjahre und ersten Nachkriegsjahre wollten vergessen werden, sie gehörten „in der Wahrnehmung der frühen fünfziger Jahre längst zum Kanon der unliebsamen und verdrängten Erinnerungen. Dafür standen jetzt Bilder und Botschaften hoch im Kurs, die das Vergessen leichtmachten und der Deutung von Wirklichkeit idyllische Züge unterlegten“ (Schindelbeck & Ilgen 1999: 111). „Die Fünfziger, Jahre des Wiederaufbaus, mit der Kultur des ‚Niedlichen‘, mit der Trivialromantik in Film und Unterhaltung und der verdrängten Vergangenheit reichen bis in die Mitte der sechziger Jahre“ (Beckenbach 2005: 266).

<sup>45</sup> Zum Bildungsbürgertum gehörten „Ärzte, Architekten, Apotheker, Geistliche, Ingenieure, Journalisten, Juristen, Naturwissenschaftler, Kunstmaler, Lehrer, Professoren, Schriftsteller und Schauspieler, [die] entweder freiberuflich oder im Beamtenstatus tätig“ waren (Budde 1994: 21; vgl. auch Kocka 2001: 13). Kennzeichnend war das Vorhandensein der beiden grundlegenden Qualifikationskriterien von Besitz und Bildung (vgl. Budde 1994: 15). Obwohl die Grenzen des Bürgertums nicht mehr so scharf von den anderen gesellschaftlichen „Klassen“ trennbar waren wie noch im 18. und 19. Jahrhundert und das Bürgertum selbst eine enorme Heterogenität aufwies, hat vor allem die konservative Rollenkonstellation in den Familien als Kulturerbe überlebt. Das bedeutete, dass die „geschlechtsspezifische Rollendifferenzierung“ vorsah, die „Bestimmung

Eheleuten äußerte: Der Vater arbeitete, und die Mutter war Hausfrau und kümmerte sich um die Familie. Das traditionelle Rollenmuster in der Familie wird durch die Geburt des Sohnes noch gefestigt, und der Interviewte wächst in einer finanziell, wirtschaftlich und sozial abgesicherten Zeit und in einem geschützten, familialen Lebensumfeld auf. Als Sven Turner-Meyer sechs Jahre alt ist, bekommen seine Eltern einen zweiten Sohn. Nach der Aufgabe des Bürgermeisteramtes nach 18 Jahren betreibt sein Vater eine eigene kleine Anwaltskanzlei mit „*viel Zeit und Intensität*“ für den einzelnen Fall, „*weil es letztendlich nicht um das äh Verdienen letztendlich da ging*“ (TM 16/16-17). Sein Vater stirbt zum Ende der 1990er Jahre im Alter von 80 Jahren, seine Mutter lebt zum Zeitpunkt des Interviews noch in seiner Heimatstadt.

Weitere Einzelheiten über die Herkunft oder biographische Ereignisse der Eltern erfahren wir im Interview nicht. Obwohl sein Vater zu Beginn des Zweiten Weltkrieges um die 20 Jahre alt war und damit vermutlich zum Wehrdienst eingezogen wurde und seine Mutter den Krieg als Kind miterlebte, spielt dies im ursprünglich familienbiographisch angelegten Interview mit Sven Turner-Meyer keine Rolle und wird nicht erwähnt. Dies könnte bedeuten, dass die späte Nachkriegszeit in der Kindheit von Sven Turner-Meyer keine großen Auswirkungen auf das Leben der Familie hatte und er noch einmal bekräftigen wollte, dass die Familie finanziell und materiell abgesichert war. Ferner wird hieran deutlich, dass Sven Turner-Meyer gleich zu Beginn und während des Interviews die Erzählaufforderung nach der Familien- und Lebensgeschichte weitestgehend umgeht. Stattdessen beginnt er das Interview mit seinen Gedanken, die ihm nach unserem ersten telefonischen Gespräch gekommen sind, und berichtet zunächst über seine „*frühen Arzterfahrungen*“ (TM 1/16) in der Kindheit.

Als Kind hatte Sven Turner-Meyer oft Hals- und Ohrenschmerzen und erinnert sich zunächst an zwei sehr unterschiedliche Begebenheiten mit Ärzten: Zum einen erinnert er sich an einen Arzt, den die Familie mit ihm während eines Urlaubes in der Schweiz aufsuchte. Obwohl er diesen kaum verstand, konnte er dennoch die „*riesige[n] Tabletten schlucken*“ (TM 1/24). Zum anderen erinnert er sich an einen Arzt in der Nähe seines Zuhause, wo er „*den Mund so weit aufmachen*“ (TM 1/30-31) musste, dass ihm das wehtat. Diese ersten – zum großen Teil bruchstückhaft, unstrukturiert – beschriebenen Erinnerungen, die er „*selber [als] Patient eben so als Kind*“ (TM 1/16-17) gemacht hat, symbolisieren aus der Perspektive des Kindes ein partnernalistisches Rollenverständnis; jedoch fühlt er sich von ersterem ernst genommen, und beim anderen wird nur der Schmerz und das unangenehme Gefühl deutlich erinnert. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass Arztbesuche bei Kindern Ängste und Unsicherheiten auslösen, werden beide Ärzte anscheinend jedoch in einer unanfechtbaren Autorität von ihm wahrgenommen, bei denen das getan wird, was von einem verlangt wird. Auch aus der heutigen Perspektive des Erwachsenen und Arztes werden die Handlungen der Ärzte aus Kindheitstagen nicht in Frage gestellt. Auf diese Weise könnte sich früh ein Bild von respektierten und ernst genommenen Ärzten etabliert haben, denen vertraut werden kann.

---

und Fähigkeit des Mannes [...] auf die gesellschaftliche Produktion, die der Frau auf die private Reproduktion“ (Budde 1994: 150) zu richten.

Bereits in diesen Darstellungen der frühen Kindheitserinnerungen wird sein früh etabliertes Bedürfnis, von anderen Personen ernst genommen zu werden, deutlich. So berichtet er zeitgleich zu dem Arztbesuch bei dem Schweizer Arzt von einem Onkel, der die Familie Meyer zum Thermalbad in die Schweiz begleitet hat. Dieser hat ihn *„irgendwie sehr ernst als Person irgendwie und als jungen Menschen eben schon genommen“* (TM 1/21-22), spielt jedoch offensichtlich in keinem weiteren Zusammenhang eine Rolle. So kann festgehalten werden, dass dem Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins in den Schilderungen der ersten Arzterfahrungen ein frühes Bedürfnis nach Anerkennung und Ernst-Genommen-Werden entgegengestellt wird, das ihn so z.B. die großen Tabletten zur allgemeinen Verwunderung seiner Eltern und seiner selbst schlucken ließ.

Trotz der anschließenden Aussage, dass er sich darüber hinaus an *„ärztliche Besuche [...] gar nicht viel“* (TM 1/32) erinnern kann, berichtet er ausgehend von den Erinnerungen an das Spielen mit einer von dem die Familie betreuenden Hausarzt geschenkten Ampullensäge, mit der er rote Knetmasse zerschneiden konnte, von den Erfahrungen mit dem Hausarzt bei Hausbesuchen, als er ungefähr fünf oder sechs Jahre alt war. In der Darstellung stehen weder (allgemein-) medizinische noch praktische Aspekte im Vordergrund, noch treten Patienten auf, es wird nur die Beobachtung des Kindes Sven beschrieben, dass dem Hausarzt bei seinen Besuchen ein neues Handtuch und ein neues Stück Seife hingelegt worden ist; das Handtuch von der Mutter gereicht, und der Vater, der in dieser Situation gegenüber dem Hausarzt in *„Ehrerweisung“* (TM 2/15) erlebt wird. In der heutigen Situationsbeschreibung überwiegt vor allem die Wahrnehmung des Vaters in einer scheinbar veränderten Rolle gegenüber dem kindlichen Alltagserleben. Dabei wird der Vater nicht nur in einer *„Ehrerweisung“*, sondern vor allem auch in einer *„Abhängigkeit“* (TM 2/19) gegenüber dem Hausarzt beschrieben, die sich noch bis zu dem Ausdruck *„da gab es jetzt nicht so viele Leute, die ihm Angst einflößten oder so“* (TM 2/35) steigert. In diesem Zusammenhang erklärt er, dass der Vater als Bürgermeister in seiner Heimatstadt *„schon auch so ne Person des öffentlichen Lebens“* (TM 2/9-10) war. Mit 100.000 Einwohnern wird die Stadt von Sven Turner-Meyer als *„Mittelstadt“* (TM 2/9) bezeichnet, obwohl ab einer Zahl von 100.000 die Bezeichnung Großstadt verwendet werden kann. Daran wird deutlich, dass dem Bürgermeisteramt des Vaters aus Sicht des Jungen zwar ein gewisser Status anerkannt wird, aber im Alltag vermutlich nicht erlebt wird bzw. keine relevante Bedeutung zu haben scheint. Die 18 Jahre im Bürgermeisteramt hätten auch besonders hervorgehoben werden können, da es sich um eine verhältnismäßig lange Zeit in diesem Amt handelt, wird jedoch durch den Zusatz der Mittelstadt eher relativiert. Obwohl Sven Turner-Meyer es dennoch gewohnt war, dass seine Eltern einen *„gewissen Status“* (TM 2/17) hatten, wird die ‚Ehrerweisung‘ gegenüber dem Hausarzt auch aus heutiger Sicht immer noch als etwas Besonderes beschrieben und dargestellt. Auf diese Weise werden zwei Professionen, die mit zu den höchsten im deutschsprachigen Raum zählen, miteinander verglichen. Der Vater, der für einen Jungen häufig die höchste Leitfigur darstellt, noch dazu als Rechtsanwalt und Bürgermeister, wird jedoch als *„klein“* (TM 2/36) und damit in untergeordneter Position gegenüber dem Arzt etikettiert. Dass es jemanden gibt, der dem Vater Ehrfurcht einflößen konnte, fand er als Kind beeindruckend und imponierend: *„aber dieser dieser Arzt das war dann doch noch mal, da war selbst*

*der klein, ne? So und ich glaube, das hat mir irgendwie gefallen“ (TM 2/36-37). In dem Zusammenhang macht Sven Turner-Meyer auch deutlich, dass er aus heutiger Perspektive glaubt, dass dieses Ereignis auch mit zur „Bildung [s]eines Berufswunsches irgendwie beigetragen hat“ (TM 2/30).*

Dargestellt wird die ganze Situationsbeschreibung aus Sicht des Kindes Sven und betont, *„im Nachhinein sehe ich das natürlich irgendwie anders aber zumindest als Kind hab ich das irgendwie so empfunden“ (TM 2/19-21).* Wie genau seine heutige Sicht auf die Situation ist oder was genau (den Statusvergleich, die Abhängigkeit) er heute anders wahrnimmt, wird jedoch nicht weiter ausgeführt. Wenn wir jedoch unterstellen, dass die kindliche Perspektive heute immer noch Gültigkeit hat, dann können wir einerseits vermuten, dass diese Sichtweise mit dieser Aussage zum Teil nachträglich als naiv, unvollständig oder auch falsch klassifiziert werden soll. Andererseits könnte es ihm aus heutiger Perspektive als Arzt unangenehm sein, seine Profession höher als die seines Vaters zu stellen. Wie genau es jedoch zu der Assoziation der Abhängigkeit bzw. der Ehrfurcht seitens seines Vaters gegenüber dem Arzt kommt, bleibt auch weiterhin unklar, da es vornehmlich um den Statusvergleich der Professionen Arzt und Rechtsanwalt bzw. Bürgermeister zu gehen scheint, der an späterer Stelle im Interview auch noch einmal aufgenommen wird. Damals vielleicht schon eher unbewusst wahrgenommen und heute aus der reflektierenden Perspektive betrachtet, stand für ihn jedoch schon früh fest, Arzt werden zu wollen.

## **Berufswunsch Hausarzt – damals und heute**

Sven Turner-Meyer präsentiert sich im gesamten Interview als Jemand, der schon immer Allgemeinmediziner werden wollte und der dieses Ziel seit seiner Kindheit mal mehr, mal weniger zielstrebig verfolgt. So berichtet er, dass er schon während der Schulferien in verschiedenen Ferienjobs (neben dem Austragen von Wahlberechtigungsscheinen) in Krankenhäusern und einer psychiatrischen Klinik gearbeitet hat. In diesem Zusammenhang erzählt er von einer *„ganz schlimme[n] Verwechslung“ (TM 2/45)*, bei der er einem Patienten eine Infusionslösung in die Magensonde verabreicht hätte. Dennoch wird diese Begebenheit aus der heutigen Perspektive mit positiven Erinnerungen verbunden, da der Patient zwar nächtliche Probleme gehabt hätte, ihm aber nach seiner Entschuldigung verziehen habe. Dennoch habe ihm dieses Ereignis *„zu denken gegeben“ (TM 3/9)*, da er sich eigentlich schon sehr sicher und *„versiert“ (TM 3/11)* gefühlt habe. Aus heutiger Sicht reflektiert er: *„war irgendwie ein ganz guter Dämpfer so letztendlich, eine ganz wichtige auch bisschen schmerzhaft Erfahrung“ (TM 3/13-14).*

Trotz seines für die damaligen Verhältnisse guten Notendurchschnitts von 2,3 im Abitur reicht dieser nicht, um sofort ein Medizinstudium beginnen zu können. Während er auf einen Medizinstudienplatz wartet, beginnt er zur Überbrückung auf den Vorschlag seines Vaters ein Jurastudium – auch weil er keine Ausbildung zum Krankenpfleger machen möchte. Obwohl er immer wieder betont, dass er schon immer Arzt werden wollte, entsteht aus der Forscherperspektive ein Widerspruch zwischen dem oft betonten Willen, Arzt zu werden, und dem nicht ausreichenden Notendurchschnitt. Indes macht es einen Unterschied, als Kind und Jugendlicher

etwas zu wollen und es dann als junger Erwachsener von 18/19 Jahren auch umzusetzen. Zudem erscheint das nun begonnene Jurastudium aus Sicht des beschriebenen Ziels des Medizinstudiums als eine eher ungewöhnliche Übergangslösung, die vermutlich mehr dem Vater zuliebe begonnen wurde, als aus der Sicht einer möglichen Verbindung mit dem Medizinstudium (wie es etwa bei einem Biologie- oder Pharmaziestudium möglich gewesen wäre). Auf der anderen Seite spricht es für ein sehr breites und vielfältiges Interessengebiet seinerseits, da er kurze Zeit später zusätzlich ein Politikwissenschaftsstudium aufnimmt. Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass er zum einen das Studentenleben grundsätzlich „*irgendwie ganz schön*“ (TM 5/25) findet, und ihm zum anderen ein Studium mehr Freiheit und Unabhängigkeit ermöglicht, als es eine berufliche Lehre wie die zum Krankenpfleger erlaubt hätte. Das Jurastudium stellt sich dann für ihn auch positiver als erwartet dar, so dass er kurz vor dem Examen steht und alle notwendigen Scheine zusammen hat, als ein neues „*Hochschulrahmengesetz*“ (TM 4/18) in Kraft tritt. Dieses besagt, dass ein Ergänzungsstudium in Numerus clausus-Fächern nur noch gestattet ist, wenn es ein sinnvolles Ergänzungsstudium zum Erststudium darstellt. Davon sozusagen wachgerüttelt sieht er seine letzte Chance für ein Medizinstudium in einer Verwaltungsklage, indem er „*gegen knapp 19 Unis [ein] Verwaltungsgerichtsverfahren [einleitet] und den Studienplatz [einklagt]*“ (TM 4/27-29). Um dies zu bewerkstelligen, wird er für seinen Berufswunsch nun aktiv: einerseits durch die Anwendung seines erworbenen juristischen Wissens und andererseits durch Recherchen vor Ort (z.B. „*also Engpass war meistens ähm, Anatomie und dann zu gucken wie viele Plätze sind da noch*“ TM 4/39-40). Über den Weg einer einstweiligen Verfügung kann er sich dann in zwei Universitäten einschreiben. Obwohl der Weg weiterhin mit einigen Unsicherheiten verbunden ist, entscheidet er sich für die niederrheinische Großstadt F und erhält dort letztlich auch die Chance, weiter zu studieren.

Diesem Wechsel – so kurz vor dem Abschluss des Jurastudiums – stehen seine Eltern anscheinend eher skeptisch gegenüber, so dass sie ihm für einige Zeit die weitere finanzielle Unterstützung verweigern. So verdient Sven Turner-Meyer zunächst sein Geld neben dem Studium in Nachtwachen und behält dies auch bei, als ihn seine Eltern später auch wieder finanziell unterstützen.

Obwohl Sven Turner-Meyer das Studium im Rückblick „*deutlich lockerer*“ (TM 5/29) einschätzt, als er es heute im Studentenunterricht wahrnimmt, reflektiert er die Probleme, die er während des Studiums im Krankenhaus hatte, ausführlich. So beginnt er mit folgender Globalevaluation: „*Was ich eigentlich immer ganz schrecklich fand, war die Hierarchie in den Krankenhäusern*“ (TM 5/35-36). Obwohl er schon als Schüler in den Ferien in verschiedenen Krankenhäusern gearbeitet hat, empfindet er vor allem die Krankenhauszeit während des praktischen Jahres (PJ) als „*schrecklich*“. Hier scheint es vor allem um die Abneigung der Hierarchie zwischen und unter den Ärzten zu gehen, da er früher in der Ferienzeit, in der er dem Pflegepersonal zugeteilt war, durchaus positive Erfahrungen gemacht hat. So berichtet er aus dem praktischen Jahr, dass er sich „*persönlich schlecht*“ (TM 6/1) gefühlt habe, wenn er nicht in Konfrontation gegangen sei, weil ihm das am nächsten Tag „*wieder irgendwie Schwierigkeiten eingebracht*“ (TM 6/2-3) hätte. So gab es auch „*Dinge*“, die er sich „*nicht gefallen lassen*“ (TM 5/50) wollte, aber oft nicht „*die Kraft [hatte, sich] an dem Punkt zu wehren*“ (TM 5/51). Immer wieder spricht er in

diesem Zusammenhang von einem gespürten „*Druck*“ (TM 5/40) und einer „*Gratwanderung [...] zwischen Selbstaufgabe*“ (TM 5/48-49) und dem Bedürfnis, sich zu wehren. Dieser Leidensdruck ist so groß, dass er sich letztlich sogar körperlich auswirkt, indem Sven Turner-Meyer massive Magenprobleme bekommt und sogar ein Magengeschwür diagnostiziert wird. Obwohl in Krankenhäusern Krankheiten bekämpft und Menschen in ihrer Gesundheit gestärkt werden sollen, macht ihn das Arbeiten an diesem Ort selbst krank. Er fühlt sich hilflos, ausgeliefert und erkrankt ernsthaft. Dadurch verbleibt ihm die gesamte Krankenhauszeit als „*schrecklich*“ in Erinnerung, die durch die Verwendung von Dopplungen (z.B. „*ganz schrecklich, ganz schrecklich*“ TM 6/4) noch intensiviert und zudem verallgemeinernd auf alle Krankenhäuser dargestellt wird. Dabei scheint es sich jedoch weniger um medizinische oder ärztliche Problematiken zu handeln, als vielmehr um zwischenmenschliche und persönliche Konkurrenzsituationen sowie einem adäquaten Umgang mit dem gespürten Druck seinerseits. So nimmt er vermutlich vor allem seine eigene Schwäche und Ohnmacht gegenüber dem gespürten Druck in der Krankenhaushierarchie und der konfrontierten Konkurrenzsituation vor Ort wahr. Die erlebten Konflikte bzw. den gefühlten „*Druck*“ kann er nur lösen, indem er sich ihm entzieht. Die Entwicklung des Magengeschwürs könnte im Sinne eines primären Krankheitsgewinnes als eine Möglichkeit zum Rückzug interpretiert werden. Leider schafft Sven Turner-Meyer es im Interview nicht, einzelne Ereignisse oder Situationen zu erzählen oder die angedeuteten „*Dinge*“ direkt zu benennen – vielleicht, weil sie ihm immer noch als schmerzhaft in Erinnerung sind und er sich nicht erneut gedanklich damit weiter auseinandersetzen möchte. Aus den Erfahrungen im PJ entscheidet er sich später gegen eine Facharztausbildung (z.B. als Internist), die wieder für längere Zeit die Absolvierung einer Tätigkeit im Krankenhaus für ihn bedeutet hätte. Mit der Niederlassung als praktischer Arzt entzieht er sich einer erneuten Konfrontation mit der Hierarchie in den Kliniken. Als selbstständiger Arzt ohne direkte Kollegen und Vorgesetzte ist kein Druck von anderen Ärzten zu befürchten. So dient die eigene Praxis vielleicht auch als möglicher Rückzugsort vor (beruflichen) Auseinandersetzungen. Vor diesem Hintergrund empfindet er die Anpassung an das europäische Recht, dass es ihm ermöglicht, nach langen Jahren der praktischen Tätigkeit auch ohne den Nachweis einer Facharztausbildung den Titel Allgemeinmediziner zu tragen, als eine „*späte Rehabilitation*“ (TM 6/12). Insgesamt präsentiert er sich so auch als Jemand, der die medizinische Profession mit hohem Ansehen verbindet und sich anderen Personen nicht gern unterordnet.

Nach Abschluss der Universität arbeitet er zunächst bei einem Landarzt und bei einer Allgemeinärztin. Bei beiden erlebt er, was es heißt, rund um die Uhr für die Patienten da zu sein. Obwohl er sich hätte vorstellen können, sich als Landarzt niederzulassen, kann er seine „*romantisch schön[e]*“ (TM 19/32) Vorstellung des Hineingebundenseins in eine Gemeinde als Landarzt revidieren und kommt zu dem Schluss, dass er dies eher „*als Last*“ (TM 19/33) empfinden würde. Die ständige „*soziale Kontrolle*“ (TM 20/35) schien seinem Bedürfnis, sich abzugrenzen und nach ungestörter Privatsphäre entgegen zu stehen.

Mit den nachgewiesenen Zeiten in Allgemeinarztpraxen kann sich Sven Turner-Meyer dann als praktischer Arzt in einer eigenen Praxis niederlassen. Dazu übernimmt er Ende der 1980er Jahre eine „*verwaiste Praxis*“ (TM 7/34) in einer

niederrheinischen Großstadt, wo er „*der fünfte Arzt innerhalb [...] von fünf Jahren*“ (TM 7/35-37) ist. Aus diesem Grunde muss er für die Praxis „*nichts bezahlen*“ (TM 28/33), und so nimmt er die Herausforderung an, ohne sich finanziell wirklich abhängig machen zu müssen. Im Umgang mit seinen Patienten sieht er seine Stärke in der Anwendung der so genannten „*sprechenden Medizin*“ (TM 7/32) und stellt die Erkrankungen seiner Patienten oft in einen von ihm so bezeichneten psychosomatischen Zusammenhang. Darüber hinaus stellt er dar, dass er davon ausgeht, dass er sich gut an seine Patienten anpassen könne, dass er die Dinge „*auf jeglicher Ebene [...] ansprechen kann*“ (TM 7/28-29) und „*da relativ flexibel*“ (TM 7/29) sei. Bedauernd äußert er sich, dass diese Art der Medizin „*ne Zeit lang mal sehr gut bewertet*“ (TM 7/32-33) wurde. Indem die „*Gesprächsleistungen gut honoriert*“ (TM 7/40) wurden, hat er gut verdient und konnte die Praxis ausbauen. In dieser Zeit hat er sich „*beruflich am besten gefühlt*“ (TM 7/42). Gerade in den letzten Jahren leidet er unter den zunehmenden „*Budgetierungen und Reglements*“ (TM 7/45), die „*[s]ein berufliches Gefühl ziemlich stark*“ (TM 7/46) beeinträchtigen. Die Arbeit der Hausärzte werde aus seiner Sicht gesellschaftspolitisch wenig geschätzt, und dementsprechend fehle ihm die finanzielle Anerkennung. So bilanziert er am Ende seiner Überlegungen zum heutigen Stand seiner Hausarztpraxis: „*Ich bin nur halt mit den Umständen nicht so gut zufrieden, aber ich möchte eigentlich keinen anderen Beruf haben*“ (TM 12/47-48). Diese Umstände betreffen vor allem die Abhängigkeit seiner Praxis von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und von dem von der Politik gestalteten Gesundheitssystem. Sein Ziel, sich mit schon 50 Jahren durch Immobiliengeschäfte von der KV unabhängig machen zu können, um nicht ständig darüber nachdenken zu müssen, „*ob das jetzt eh das Maximum bringt*“ (TM 8/23-24), ließ sich leider nicht erfüllen. Dennoch kann festgehalten werden, dass ihm die Erfüllung seines Lebenskonzepts als Hausarzt gelungen scheint.

## **Reflexion und Bilanzierung im beruflichen und persönlichen Bereich**

Sven Turner-Meyer präsentiert sich im Interview als Jemand, der sich und sein Handeln reflektierend betrachten kann. Letztlich ist das gesamte Interview davon geprägt, dass er sein Leben, seine Entscheidungen und Erfahrungen sowohl im beruflichen als auch im persönlichen Bereich bilanziert.

Im Verlauf des Interviews formuliert Sven Turner-Meyer an verschiedenen Stellen seine Selbstzweifel in Bezug auf sein ärztliches Tun: „*schon [...] während des Studiums [...] dieses Gefühl, ich bin gar nicht so gut wie die anderen*“ (TM 6/37-38). Er schwankt zwischen dem „*Zweifel*“ (TM 6/42) an sich selbst und der Überlegung, dass die anderen „*doch nicht alle so gut sein*“ (TM 6/41-42) können. Dieses Gefühl bezieht sich während des Studiums vor allem auf den Umstand, sich das viele Wissen einerseits anzueignen und andererseits richtig anzuwenden, um in der Behandlung von Patienten keine relevanten Sachen zu vergessen oder zu übersehen. Seine Angst vor möglichen Fehlern ist immer wieder spürbar. Vor allem Klinikärzte vermittelten ihm während des Studiums das Gefühl, dass nur sie die Fehler anderer Ärzte aufdecken und beheben könnten. Da er sich eher auf der Seite der fehlerhaft handelnden Ärzten sieht, ermöglicht ihm die Teilnahme an einer Art

Balintgruppe, „*sein eigenes Tun und die Motivation halt da zu reflektieren*“ (TM 6/24). Dort erfährt er, dass auch Ärzte zugeben können, nur Menschen und damit nicht frei von Fehlern in ihrem Tun zu sein. Auf diese Weise lernt er, dass Fehler zum ärztlichen Beruf dazugehören, dass die Unfehlbarkeit von Ärzten auch angezweifelt werden darf und dass das Entscheidende immer im Umgang mit möglichen Fehlern liegt. Heute als Lehrarzt an der Universität fühlt er sich dazugehörig, und hat das Gefühl, dass Fehler auch diskutiert werden können und es Strategien zur Fehlervermeidung gibt. Aus heutiger Perspektive stellt er zusätzlich heraus, dass er manchmal auch einfach nur ‚Glück‘ gehabt habe.

Auch im privaten Bereich bilanziert Sven Turner-Meyer sein Handeln und stellt seine Entscheidungen immer wieder kritisch in Frage. So berichtet er, dass er während seines ersten Studiums, als er in der französischen Schweiz ein Jahr französisches und deutsches Recht studiert, eine fünf Jahre ältere Amerikanerin kennengelernt habe. Zu dieser Zeit arbeitet die junge Frau als Röntgenassistentin im Krankenhaus und kehrt mit ihm zusammen nach Deutschland zurück. Obwohl er sich zunächst nicht „*unbedingt festlegen*“ (TM 21/47) will, heiratet er sie Ende der 1970er Jahre aufgrund des Problems ihres weiteren Aufenthaltsrechts in Deutschland und nimmt den Doppelnamen Turner-Meyer an. Hin und hergerissen zwischen dem Festhalten an der Beziehung und dem Drang nach Unabhängigkeit wird ihm heute klar, dass er ihr damals „*deutlicher [hätte] machen müssen [...] gut ich heirate dich nur wegen dieser Aufenthaltsgenehmigung*“ (TM 22/3-4). Darüber hinaus beschreibt er sie als jemand, die „*sich sehr stark eben in dieser Tradition als Schwarze äh auch Kämpferin irgendwie so gesehen*“ (TM 22/15-16) hat. Das sie sich oft rassistisch benachteiligt und von ihm in diesem Zusammenhang nicht ausreichend unterstützt gefühlt habe, belastete die Beziehung aus seiner heutigen Sicht. Gesellschaftspolitisch reflektiert er, dass sie es als Schwarze grundsätzlich schwerer hatte, an der Seite eines Weißen akzeptiert zu werden, als es andersherum der Fall gewesen wäre. Zudem fühlte er sich durch ihren Kinderwunsch stark unter Druck gesetzt. Ein Jahr nach der Heirat trennt sich das Paar; die Scheidung erfolgt aufgrund von verschiedenen Schwierigkeiten (u.a. ein zwischenzeitlich unbekannter Aufenthaltsort seiner Ehefrau) jedoch erst viele Jahre später.

Auch für die langjährige Beziehung mit der Mutter seines Sohnes, einer Psychotherapeutin, versucht er im Interview, die Gründe für das Scheitern der Partnerschaft nach fast 20 Jahren darzulegen und zu erläutern. So räumt er „*im Nachhinein*“ (TM 25/7) ein, dass es schon früh in der Beziehung „*Verletzungen*“ (TM 25/10) von beiden Seiten gegeben habe, über die sie all die Jahre „*so ein bisschen auch hinweggegangen*“ (TM 25/8-9) seien, die aber vermutlich „*im Nachhinein [...] ne deutlich größere Bedeutung hatten*“ (TM 25/39-40). Eine mögliche Verletzung von ihm ausgehend sieht er z.B. darin, sich nicht scheiden zu lassen und damit „*nicht frei zu sein, [um] sie eigentlich heiraten zu können*“ (TM 25/11-12).

Zu Beginn der 1990er Jahre bekommt das Paar einen gemeinsamen Sohn. Zu diesem Zeitpunkt ist Sven Turner-Meyer seit fünf Jahren mit der Mutter seines Sohnes liiert und hat seine Praxis aufgebaut. Damit bietet er seinem Sohn – ähnlich wie seine Eltern ihm – ein für die Familie sozial und finanziell gesichertes Umfeld. Jedoch hat er sich als Mittdreißiger bewusst für eine späte Vaterschaft entschieden, um das Heranwachsen seines Sohnes intensiv miterleben zu können. So habe er z.B. versucht, „*möglichst früh aus der Praxis rauszukommen*“ (TM 26/33), und habe

dann Arbeit mit nach Hause genommen. Trotz der späteren Trennung beurteilt Sven Turner-Meyer sich und seine damalige Partnerin als „gute Eltern“ (TM 25/2-3). Nach der Trennung 2005 lebt sein Sohn bei seiner Mutter, hat jedoch ein eigenes Zimmer in der Wohnung seines Vaters und besucht diesen alle 14 Tage. Zudem fahren sie einmal im Jahr zusammen in den Urlaub im südlichen Europa, wo Sven Turner-Meyer ein kleines Ferienhaus hat.

Das Interview endet in der Gegenwart mit einem bevorstehenden Umzug der Praxis und der neuen Beziehung zu einer jüngeren Kollegin, die eine Tochter hat. In dieser Beziehung möchte er das Gelernte aus den früheren Beziehungen umsetzen und damit vielem vorbeugend begegnen. Für sich selbst und seinen Lebensweg reflektiert er abschließend, dass er sich in seinem Leben nie richtig festlegen wollte, jedoch in dieser neuen Beziehung eine Chance für sich sieht, da er sich in dieser sehr wohl fühle.

### **Strukturhypothese zur Lebensgeschichte von Sven Turner-Meyer**

Nachdem Sven Turner-Meyer in der konservativen Zeit der Adenauer-Ära und des Wirtschaftswunders in einer finanziell, wirtschaftlich und sozial abgesicherten Zeit und in einem geschützten Lebensumfeld aufwächst, bildet sich schon früh sein Wunsch heraus, Arzt werden zu wollen. Da sein Notendurchschnitt im Abitur aufgrund des Numerus clausus für das Medizinstudium nicht ausreicht, beginnt er auf den Vorschlag seines Vaters ein Jurastudium, während er auf einen Medizinstudienplatz wartet. Wenig später nimmt er zusätzlich das Studium der Politikwissenschaften auf. Ist sein Weg bis zum Studium durch sein konservativ und liberal erscheinendes Elternhaus geprägt, weicht der Biograph nun von diesem Weg ab, indem er zum einen aufgrund seines juristischen Wissens einen Medizinstudienplatz mittels Verwaltungsgerichtsverfahrens gegen 19 Universitäten einklagt, und zum anderen seine Freundin – eine schwarze Ausländerin – heiratet, um ihren Aufenthaltsstatus in Deutschland zu legitimieren. Diese Ereignisse machen deutlich, dass Sven Turner-Meyer für sich und andere einstehen und trotz unsicheren Ausgangs für seine Ziele ‚kämpfen‘ kann. Mit der Heirat nimmt er den Doppelnamen Turner-Meyer an. Obwohl sich das Paar ein Jahr nach der Heirat wieder trennt, erfolgt die Scheidung erst viele Jahre später. Durch den Erfolg der Klage beginnt er noch im selben Jahr sein Medizinstudium und beendet dieses zu Beginn der 1980er Jahre. Nach mehrjähriger Tätigkeit in verschiedenen Hausarztpraxen lässt er sich fünf Jahre später in einer kleinen Hausarztpraxis als praktischer Arzt nieder. Aufgrund der prägenden Erfahrungen in seiner Klinik­tätigkeit während des Studiums kann vermutet werden, dass er sich nicht nur aufgrund einer fehlenden Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner, sondern vor allem, weil eine Facharztausbildung (z.B. als Internist) wieder eine längere Krankenhauszeit für ihn bedeutet hätte, gegen die Facharztausbildung entscheidet. Mit der Niederlassung als praktischer Arzt konnte er sich einer erneuten Konfrontation mit der Hierarchie in den Kliniken entziehen. Jedoch lässt der zügige Abschluss des Medizinstudiums in der Regelstudienzeit von sechs Jahren und die relativ rasche Niederlassung fünf Jahre später auch eine große Zielstrebigkeit seinerseits erkennen. Die Niederlassung in einer hausärztlichen Praxis sicherte

damals ein gutes Einkommen. In der eigenen Praxis seit zwei Jahren fest etabliert und seit fünf Jahren in einer festen Partnerschaft lebend wird sein Sohn geboren – wie Sven Turner-Meyer selbst in einem für die Familie sozial und finanziell gesicherten Umfeld. Nach der endgültig erfolgten Trennung von der Mutter seines Sohnes nach gemeinsamen 20 Jahren lebt Sven Turner-Meyer zum Zeitpunkt des Interviews in einer festen Beziehung mit einer jüngeren Kollegin.

In Bezug auf die Fallstrukturhypothese lässt sich übergreifend aussagen, dass das Leben von Sven Turner-Meyer stark durch das *Streben nach Autonomie und Unabhängigkeit* gekennzeichnet ist. Dies wird sowohl in der privaten Lebensführung als auch in der Wahl seiner beruflichen Tätigkeit als Arzt deutlich. Trotz der frühen Heirat seiner Freundin aufgrund eines fehlenden rechtlichen Aufenthaltstatus in Deutschland ihrerseits besteht sein Streben weiterhin darin, sich von der Ehepartnerin abzugrenzen und sich auch nach außen hin als Individuum darzustellen. Dieses Handlungsmuster etabliert er auch in der langjährigen Beziehung mit der Mutter seines Sohnes, indem er sich auch hier (z.B. durch eine Heirat) nicht endgültig festlegen will. Das Bild seines Vaters vor Augen, der sich mit 55 Jahren ohne finanzielle Sorgen als Anwalt ganz seinen Mandanten widmen konnte, strebt auch Sven Turner-Meyer nach einer frühen finanziellen Unabhängigkeit, die zum Zeitpunkt des Interviews jedoch durch misslungene Immobiliengeschäfte gescheitert scheint. Obwohl er sich nicht vorstellen kann, in einem anderen Beruf zu arbeiten, belastet ihn die Abhängigkeit von der Kassenärztlichen Vereinigung in seinem beruflichen Empfinden sehr. Trotz des früh erwachten Wunsches, Hausarzt zu werden, ist der Weg zunächst durch den Umweg eines anderen Studiums gezeichnet. Das sich Sven Turner-Meyer in der Wartezeit nicht für eine Krankenpflegeausbildung – wie man es hätte vermuten können – entscheidet, macht auch hier noch einmal deutlich, dass er den Weg einschlägt, von dem er sich größtmögliche Unabhängigkeit verspricht. Sein früh etabliertes Bedürfnis nach Anerkennung sieht er in dem Streben nach der eigenen Zugehörigkeit zur medizinischen Profession erfüllt, welche er mit dem höchsten Ansehen verbindet. Sein Bedürfnis nach Unabhängigkeit wird während des Studiums empfindlich durch die Erfahrungen im Klinikalltag gestört – vermutlich so sehr, dass er an einem Magengeschwür erkrankt. Aufgrund dieser Erfahrungen erscheint es verständlich, dass er sich durch die frühe Niederlassung in einer eigenen Hausarztpraxis als praktischer Arzt ohne Facharzt Ausbildung einer erneuten Unterordnung in die Krankenhaushierarchie entzogen hat. Mit der Niederlassung in einer eigenen kleinen Hausarztpraxis, in der er eigenständig und unabhängig entscheiden und handeln kann, scheint Sven Turner-Meyer sowohl beruflich als auch nach einigen Jahren, in denen er verschiedene Schicksalsschläge (Tod des Vaters, Trennung von der Mutter seines Sohnes, eigene Erkrankung) zu verarbeiten hatte, in einer neuen Beziehung mit einer jüngeren Kollegin privat angekommen zu sein.

### 5.2.3 Krankheitskonzepte zwischen eigenem Kranksein und beruflichem Alltag

#### Persönliche und familiale Krankheitsereignisse

Das Interview mit Sven Turner-Meyer ist geprägt durch sein Bestreben, seinen beruflichen als auch persönlichen Werdegang argumentativ zu belegen. Im Zentrum steht die unausgesprochene Frage, wie er Hausarzt geworden ist. Die Fragen nach dem ‚Wie‘ und ‚Warum‘ versucht er während des Interviews anhand seiner Lebensgeschichte zu beantworten. Auf diese Weise spielen eigene Erkrankungen, seine Vorstellungen zum allgemeinen Krankheitsgeschehen und sein ärztlicher Umgang mit Erkrankungen anderer Personen (Patienten, Familie und Freunde) im gesamten Interview eine große Rolle.

Da Sven Turner-Meyer als Kind häufig Mandelentzündungen hat, macht er schon früh erste Erfahrungen mit Ärzten. Trotz der Betonung dieser Krankheitsepisoden in der frühen Kindheit gleich zu Beginn des Interviews bleiben lediglich zwei unterschiedliche Typen von Ärzten haften: der eine, der ihm etwas zutraut (die großen Tabletten zu schlucken), und der andere, der ihm während der Untersuchung Schmerzen zufügt. Sind diese frühen Kindheitserinnerungen (im Alter von fünf bis sechs Jahren) an eigene Erkrankungen noch sehr bruchstückhaft in der Betrachtung der Wahrnehmung des eigenen erkrankten Körpers, berichtet er im Verlauf des Interviews über ein erstaunliches Phänomen, nämlich, dass er als Kind und Jugendlicher habe Fieber bekommen können, wann immer er dies wollte. Er erläutert dies ausführlicher: *„durch so ne Art Selbstsuggestion konnte ich, ich glaub ich fühl mich so schlecht und irgendwie so ((flüstert)) und ich eh, boah ich glaub ich bin so warm irgendwie so, das hat irgendwie funktioniert“* (TM 10/31-34). Aus der heutigen Sicht belegt er die damalige Beeinflussung seines Körpers mit dem Begriff der Auto- bzw. Selbstsuggestion<sup>46</sup>. Es entwickelt sich bei ihm früh ein Gefühl dafür, dass sich sein Körper durch die eigene Willensstärke beeinflussen lässt. Dadurch erwacht auch früh die Einsicht, dass der Geist (der eigene Wille) und der Körper eine Einheit bilden, wo der eine Teil Auswirkungen auf den anderen hat. Obwohl dies auf den ersten Blick auch an das Funktionieren einer Maschine erinnert, in der ein Rädchen ins andere greift, wird hier schon deutlich, dass sein Tun ihm signalisiert, dass er sich auf seinen Körper verlassen kann.

Später und sogar heute macht er damit immer noch positive Erfahrungen, z.B. wenn er sich bewusst dafür entscheidet, nicht krank werden zu wollen: *„zu denken, ich habe jetzt die Möglichkeit krank zu werden oder nicht und das ist, also so auch zu sagen ich entscheide mich **jetzt** fürs nicht krank werden“* (TM 10/41-43). Sein Umgang mit sich anbahnenden Erkrankungen ist hier ebenfalls stark durch die Vorstellung geprägt, dass der Körper sich durch eigene Willensstärke beeinflussen lässt und er selbst entscheiden könne, was geschieht. Obwohl er aus ärztlicher Perspektive heute weiß, dass die positive Wirkung von unterstützenden Mitteln wie z.B. Echinacea bei Erkältungen wissenschaftlich nicht bewiesen ist, glaubt er doch fest

---

<sup>46</sup> Dabei handelt es sich um ein Konzept, welches z.B. Anwendung bei Entspannungstechniken findet. Bei der Autosuggestion wird derselbe formelhaft umrissene Gedanke über längere Zeit in Form mentaler Übungen wiederholt. Es wird erwartet, dass sich dieser Gedanke in ein reales Phänomen verwandelt.

daran, dass es ihm wie eine „Art Anker“ (TM 11/4) das Gefühl vermittelt, „*das tut mir jetzt gut*“ (TM 11/5). Über die Jahre hat er für sich akzeptiert, dass er diese beiden Gegensätze „*auch nebeneinander bestehen lassen kann*“ (TM 10/47). Diese Einsicht versucht er auch seinen Patienten zu vermitteln.

In den Berichten und Erzählungen aus seinen frühen Kindheits- und Jugenderinnerungen bis heute werden medizinische Sachverhalte kaum sichtbar, dagegen spiegelt sich hier die Vorstellung, dass der Körper sich durch den Geist/ den Willen beeinflussen lassen kann, als ein ausgeprägtes Konzept seiner grundsätzlichen Wahrnehmung von Krankheit wider. Verlaufen diese ersten Erfahrungen für ihn vor diesem Hintergrund noch positiv, erfährt er zu späteren Zeitpunkten in seinem Leben, wie das Konzept der Beeinflussung ins Wanken gerät, das Konzept des Zusammenhangs zwischen Seele und Körper jedoch stärkeren Einfluss nimmt.

Zum einen wird ihm während seines praktischen Jahres im Krankenhaus aufgrund seiner Magenbeschwerden ein Magengeschwür diagnostiziert. Dieses hat sich aus seiner Sicht aufgrund der vielfältigen Probleme und seiner Abneigung gegen die Krankenhaushierarchie unter Ärzten entwickelt. Der psychische Leidensdruck der Arbeit im Krankenhaus – seine gefühlte Hilflosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins – ist demnach so stark, dass er sich letztlich sogar körperlich auswirkt. Dabei scheint er den erlebten Konflikten durch dieses körperliche Symptom entfliehen zu können.

Zum anderen erleidet er mit Mitte 50 einen Leistenbruch, der ihn und seine Vorstellung von der Beeinflussbarkeit seines Körpers aus dem Gleichgewicht bringt: der „*mir ziemlich zu schaffen gemacht hat [...] das hat mich ziemlich ähm, mitgenommen das da irgendwie dieser Körper nicht funktioniert hat*“ (TM 11/33-36). Der Leistenbruch weicht deutlich von seinen sonstigen Erkrankungen wie Halsschmerzen oder Erkältungen ab. Obwohl er sich kognitiv darüber im Klaren ist, kommt er damit „*überhaupt nicht mit zurecht*“ (TM 12/1-2). Zunächst ist der Bruch relativ klein, als er dann immer größer wird, „*drückt*“ er ihn „*immer [wieder] zurück*“ (TM 12/19), bis er sich nach über einem Jahr zu einer Operation durchringen kann. Sven Turner-Meyer erlebt den Leistenbruch vor allem als Kontrollverlust und Verletzung seiner selbst. Für ihn sind körperliche Symptome immer Ausdruck eines psychischen Ungleichgewichts und damit psychosomatisch bedingt. Somit fällt es ihm schwer, seinem Körper ein eigenständiges Kranksein und sich ein organisch bedingtes Leiden zuzugestehen. Wenn dies wie im Fall des Leistenbruchs doch geschieht, dann scheint er dadurch zutiefst verunsichert zu sein und fühlt sich von seinem eigenen Körper im Stich gelassen. Durch die notwendige Operation wird die eigentliche Verletzung nun durch eine weitere körperliche (mit dem Skalpell) noch verstärkt. Durch die gesamte Darstellung ist eine gewisse Distanz zu seinem Körper spürbar, der scheinbar nur die Funktion einer schützenden Hülle für ihn erfüllt. So erwartet er von seinem Körper, dass er funktioniert – tut dieser das nicht, bekommt die Darstellung etwas Schicksalhafter verliehen. Im weiteren Verlauf der Schilderung setzt er seinen Fall zunächst mit dem eines Freundes gleich, der an Krebs gestorben sei, relativiert dann seine eigene Erkrankung jedoch als „*harmlose Geschichte*“ (TM 10/10-11). Beide Erlebnisse zusammen betrachtet erscheinen für ihn so nachhaltig, dass er evaluiert, dass die Gefahr einer ernsthaften Erkrankung immer bestehe.

Wirkt sich beim Magengeschwür im Praktischen Jahr die Psyche auf den Körper aus, ist es beim Leistenbruch viele Jahre später genau umgekehrt. Letztlich wird aber an beiden geschilderten Erkrankungen deutlich, wie für Sven Turner-Meyer Körper und Geist zusammenspielen.

Über seine eigenen Krankheitserfahrungen hinausgehend berichtet er auch über seine Wahrnehmung und ärztliches Handeln in Bezug auf die Erkrankungen in der Familie und im Freundeskreis. Da seine Lebensgefährtin und er beide berufstätig sind, nimmt er seinen Sohn oft mit in die Praxis, wenn er Fieber o.ä. hatte, immer mit dem Gedanken, *„immer erstmal es ist harmlos“* (TM 13/50). Auch in diesem Abschnitt versucht er sich und sein Handeln wieder zu reflektieren und argumentiert: *„wie behandelt man seine eigenen Kinder, das ist so ein Grundsatz eigentlich so Familie und Freunde soll man eigentlich nicht behandeln, dass das schon eh eigentlich eine ganz kluge ähm, (1) Forderung ist es ist halt immer dann so die Frage ja im Alltag ist, ist die so, eh so gut umsetzbar, ne“* (TM 13/34-37). Im Nachhinein sieht er darin auch eine große Gefahr, etwas zu übersehen – eine Unsicherheit, die immer mal wieder im Interview deutlich spürbar wird. Daraufhin erzählt er von zwei Begebenheiten, als er im Freundeskreis zweimal erlebt hat, beinahe etwas zu übersehen. So berichtet er zum einen, dass er bei einem Freund die Krebsvorsorge durchgeführt habe und ihm zunächst mitteilte, dass alles in Ordnung sei. *„Dann ist es zum Glück irgendwie noch mal hoch gekommen [...], dass diese Situation mir noch einmal durch den Kopf ging und ich spürte dass es da eine kleine Irritation gab über die ich also hinweg gegangen bin“* (TM 14/15-18). Während der Untersuchung beim Urologen wird dem Freund ein Prostata-Karzinom diagnostiziert. Sein Freund lebt zwar noch acht Jahre, ist aber letztlich vor ca. fünf Jahren daran verstorben. Heute geht Sven Turner-Meyer davon aus, dass wenn *„das ein Patient mit der emotionalen Distanz gewesen wäre, hätte [...] ich diese Irritation gespürt“* (TM 14/25-26), obwohl ihm kognitiv klar ist, dass der jetzige Ablauf vermutlich am Resultat nichts geändert hätte. Ähnliches schildert er auch bei einem anderen Freund, der wenige Monate vor dem Interview verstorben sei. In diesem Fall macht er sich im Nachhinein Vorwürfe, dass er auf die Symptomschilderungen seines Freundes nicht auf eine Abklärung gedrängt habe.

## **Berufsbezogene Handlungspraktiken**

Über die Untersuchung persönlicher und familialer Krankheitserlebnisse hinaus basiert die Analyse der Krankheitskonzepte und Handlungsstrukturen auch auf der Analyse von Konsultationsaufzeichnungen mit Sven Turner-Meyer und seinen Patienten. Bei der Analyse ging es nicht darum zu beurteilen, ob der Arzt aus medizinischer und ärztlicher Sicht richtig gehandelt hat, sondern zum einen generelle Handlungsmuster im beruflichen Alltag und zum anderen die Krankheitskonzepte aus einer weiteren Perspektive zu untersuchen, um diese anschließend mit den Ergebnissen aus dem biographischen Interview gegenüberstellen zu können.

Die Aufzeichnung der Konsultationen mit Sven Turner-Meyer und seinen Patienten fand an einem Nachmittag im Herbst in seiner Praxis statt. Insgesamt kamen 11 Patienten (zehn Frauen und ein Mann) in die Nachmittagssprechstunde, die alle einer Aufzeichnung zustimmten. Die Konsultationen dauerten im Durchschnitt 12

Minuten (3-27 Minuten). Wie in einer Hausarztpraxis zu erwarten, waren die Beratungsanlässe sehr unterschiedlich, u.a. kamen die Patienten mit Rücken- und Bauchschmerzen, Erschöpfungszuständen und Infekten der Atemwege.

Aus den 11 Konsultationen wurden zwei für eine weitere Analyse ausgesucht, weil sie einen Bezug zum biographischen Interview erlauben. In diesem betont er, dass er seine „Stärke“ in der Anwendung der „*sprechende[n] Medizin*“ sieht und er „*psychosomatisch orientiert*“ (TM 7/25-32) ist. In der ersten Konsultation wird die psychotherapeutische Rahmung des Gesprächs offensichtlich, indem die Patientin Frau Weber um Hilfe in Bezug auf eine Gruppentherapie ersucht. Darüber hinaus spricht Sven Turner-Meyer in dem Gespräch seine eigene Abneigung gegen „*Zwangsprüfungen*“ an und bringt so auch einen biographischen Aspekt mit in die Konsultation. Im Gegensatz zu dieser Konsultation, die in sich stimmig und gelungen scheint, lässt das Gespräch mit Frau Müller eine stringente und gleichberechtigte Struktur zwischen den beiden Interaktionspartnern eher vermissen. Hier wird ein psychotherapeutischer Bezug auch nicht gleich offensichtlich, sondern erst im Nachgespräch von Sven Turner-Meyer erwähnt. Beide haben also Ansatzpunkte zum biographischen Interview, sind aber in der Gestaltung der Kommunikationsstrukturen maximal kontrastierend. Zunächst sollen nun die Zusammenfassungen der Interaktionsanalysen beider Gespräche mit den jeweils herausgearbeiteten beruflichen Handlungsmustern vorgestellt werden, bevor die Analyse in Bezug auf die Krankheitskonzepte des Arztes folgt.

Die Patientin Frau Weber ist um die 50 Jahre alt und kommt regelmäßig in die Sprechstunde. Das 17 Minuten lange Gespräch beginnt damit, dass sie Sven Turner-Meyer um Unterstützung ersucht, konkret um die Entlassung aus einer Gruppe. Einerseits präsentiert sie sich ihm gegenüber zu Beginn der Konsultation als unauffällig („*mir geht's eigentlich gut*“ TM/W6 1/3), andererseits bietet sie aber unterschiedliche Anhaltspunkte zum Einstieg in die Interaktion, indem sie ihm unterschiedliche Schwächen und Probleme darstellt. Durch eine relativ banale Verständnisfrage des Arztes wird schnell deutlich, dass es sich um eine Therapiegruppe handelt, in der sie von den Teilnehmenden „*auseinander genommen*“ (TM/W6 1/6) wurde, weil sie äußerte, dass ihr die Gruppentermine manchmal einfach zu viel seien. Darüber hinaus klagt sie dem Arzt, dass sie abends nicht zur Ruhe kommen könne und ein Problem mit dem richtigen Genießen habe. Implizit stellt sie damit ein Hilfesuch an den Arzt um Ruhigstellung, Einleitung einer Einzeltherapie und um Entlastung von eigenen zu hohen Erwartungen. In dieser Situation scheint Sven Turner-Meyer mehr als Lebensberater und weniger als medizinischer Fachmann zu fungieren.

So lobt Sven Turner-Meyer zunächst auch das Handeln der Patientin und bekräftigt sie in dem Schritt, dass sie den für sich gefühlten Zwang in der Therapiegruppe angesprochen hat. Als die Patientin diese Interpretation durch den Arzt annimmt, bekräftigt er noch einmal die positive Kraft, die durch ihren Widerstand entstehe. Auf diese Weise ermutigt er sie, ihren Gefühlen auch Ausdruck zu verleihen, und stärkt so ihre Unabhängigkeit von der Gruppe. Er bezieht in seine Bewertung der geschilderten Situation und angesprochenen Probleme auch frühere Kontakte mit der Patientin, bringt ein Erfolgserlebnis (eine bestandene Prüfung) mit in das Gespräch ein und versucht, das Geschilderte in Bezug auf frühere Erfahrungen zu deuten. Daraufhin bringt die Patientin ein weiteres Problem mit in die Interaktion

und spricht an, dass sie – je länger sie abstinente sei – sich selbst immer weniger möge. Hier erfolgt Unterstützung und leichte Korrektur durch den Arzt in Bezug auf die Eigenwahrnehmung der Patientin, indem er versucht, ihre Sichtweise auf sich selbst zu korrigieren, und unterstützt sie in Bezug auf ihren Wunsch nach Einzeltherapie. Es wird sehr deutlich, dass zwischen Arzt und Patientin ein vertrauensvolles Gespräch möglich ist, bei dem die Patientin auch Ängste und Selbstzweifel zulassen kann und darf.

Frau Weber folgt dann auch dem dargebotenen Argumentationsstrang des Arztes und baut diesen weiter aus. Das nutzt Sven Turner-Meyer und führt seine Argumentation fort, indem er versucht, positive Anzeichen bei der Patientin zu identifizieren, auf die sie stolz sein könne. Dafür findet die Patientin dann selbst sogar ein positives Beispiel, indem sie zugibt, dass sie sich über ihre neue Wohnung „*sehr* [...] *gefremt*“ (TM/W6 3/10) habe. Das Beispiel nimmt der Arzt zum Anlass, um auf der einen Seite dafür zu plädieren, dass die Patientin Probleme offen benennen könne, aber zugleich diese nicht in einer völligen Hoffnungslosigkeit darstellen würde. Ziel des Arztes ist es an dieser Stelle, dass sich die Patientin möglichen Problemen stellt und diese nicht dramatisiert. Letztlich geht es ihm hier darum, die Gefahr eines Rückfalls zu verhindern bzw. zu verringern. An diesem Punkt der Arzt-Patienten-Kommunikation endet zunächst die gegenseitige positive Beeinflussung, und die Patientin nimmt ihren Wunsch nach sofortiger Einzeltherapie zurück. Diese partielle Rücknahme der Patientin wird vom Arzt aufgefangen, indem er einlenkt, als er merkt, dass sie in ihrem Entschluss nach Einzeltherapie wankt. Als die Patientin das Thema (sofortige Einzeltherapie anzubahnen) allein zurückzieht und beendet, setzt Sven Turner-Meyer noch einmal beim Thema Alkohol an. Darüber nimmt Frau Weber die Gruppe als Therapiemöglichkeit von selbst wieder an und entscheidet sich implizit gegen die sofortige Einleitung der Einzeltherapie. Indem der Arzt also einen Schritt zurück geht und früher Gesagtes wieder aufgreift, ermöglicht er der Patientin, ihren Weg selbst zu finden. Um sie hierhin zu unterstützen, betont er die Normalität des Sich-in-Frage-Stellens, was Frau Weber dankbar annimmt. Um dies noch mehr zu verdeutlichen, bringt Sven Turner-Meyer sich als Person mit ins Gespräch ein, indem er angibt, Zwangsmaßnahmen wie Prüfungen u.ä. auch nicht zu mögen und sich da auch in Frage gestellt fühle. Auf diese Weise stellt er sich mit seiner Patientin auf Augenhöhe und signalisiert ihr, dass er sie ernst nimmt und versteht. Auch wenn die Patientin damit ihre Einzigartigkeit verliert, kann sie sich damit mehr als Teil eines Ganzen sehen, was sie vielleicht in der Gruppentherapie vermisst hatte.

Sven Turner-Meyer führt dann in der weiteren Konsultation vom Allgemeinen zur Therapie zurück und nimmt damit den Gesprächsfaden wieder in die Hand. So macht er darauf aufmerksam, dass das von der Patientin selbst gewählte Datum zum Durchhalten der Abstinenz (bis Weihnachten) immer näher rückt. Nach kurzem Überlegen schlägt Frau Weber ein Datum im März nächsten Jahres vor, welches sie mit einer Familienfeier verbindet. Obwohl der Arzt versucht, eine weiter entfernte Zielvereinbarung mit der Patientin zu treffen, bleibt diese bei dem gewählten Datum – offensichtlich, da sie angibt, letztes Jahr zu Weihnachten wieder rückfällig geworden zu sein, und somit zu verstehen scheint, dass sie dringend ein Ziel nach Weihnachten braucht. Als deutlich wird, dass die Patientin sich nur bis zu diesem Zeitpunkt vom Arzt führen lässt und hier zunächst ihre Grenze setzt, schlägt Sven

Turner-Meyer einen Vertrag für dieses Datum vor, worauf die Patientin auch eingeht. Daraufhin signalisiert die Patientin das Ende des Hilfesuchts und spricht den anstehenden Urlaub ihres Hausarztes an, bevor sie die Sprechstunde verlässt.

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass auf die Defizit- und Problem- darstellung der Patientin eine Stärkung und Ermutigung durch den Arzt in Bezug auf die Aktivitäten der Patientin folgt. Sie erwartet von ihm zunächst Unterstützung in Bezug auf eine Einzeltherapie. Diesen Wunsch gibt sie selbst im Laufe der Inter- aktion mit dem Arzt jedoch wieder auf und entscheidet sich, an der Therapiegruppe weiterhin aktiv teilzunehmen. In dieser Situation fungiert Sven Turner-Meyer mehr als Therapeut und Helfer in Lebensfragen als medizinischer Experte. Sein Anliegen wird vor allem darin deutlich, dass er die Patientin bestärken will, ihre Probleme weiterhin selbst zu definieren, aber auch Hoffnungsschimmer sehen und wahr- nehmen zu können. Auf diese Weise ist er bestrebt, einem ‚Abrutschen‘ der Patientin entgegenzuwirken. Die Rahmung der Interaktion wird somit durch ein therapeutisches Gespräch zwischen Arzt und Patient in der normalen Sprechstunde gebildet. Auf das Hilfesuch der Patientin baut der Arzt die Interaktion auf und er- arbeitet mit ihr nach und nach einen Vertrag über eine Zielvereinbarung der Abstinenz bis ins kommende Jahr, so dass am Ende seine hausärztliche Therapie- vorstellung erfüllt scheint.

Im Gegensatz zu diesem Beispiel eines bereitwilligen Kooperationsstils zwischen Arzt und Patientin beginnt das Gespräch mit Frau Müller, einer Mitte 50-jährigen Sekretärin, schon mit einem Missverständnis. Am Beginn der 10 Minuten langen Konsultation geht Frau Müller davon aus, dass die Forscherin mit in das Behand- lungszimmer möchte, wird jedoch vom Arzt aufgeklärt, dass nur das Aufzeich- nungsgerät mit in den Raum soll. Nachdem dieses Missverständnis geklärt scheint und Frau Müller ihre Zustimmung gibt, signalisiert Sven Turner-Meyer, dass er in seiner Funktion als zuhörender Gesprächspartner bereit ist. Daraufhin beginnt Frau Müller kurz zu berichten, dass sie mit dem verordneten Penicillin „*hinterher hink[t]*“ (TM/W6 1/11-12). Mit dieser Art Enthüllung oder Eingeständnis begibt sie sich in eine erwartungsvolle Position gegenüber dem Arzt, der zu diesem Zeitpunkt noch nicht sicher scheint, was die Patientin eigentlich von ihm erwartet. Da sie nach dieser Eröffnung zunächst innehält, gibt Sven Turner-Meyer zu verstehen, dass er davon ausgeht, dass sie die Tabletten vermutlich vergessen hat. Nachdem sie diese Möglichkeit der Interpretation sehr betont verneint, stellt sie ihr eigentliches Problem in den Raum: Seit dem Wochenende habe sie Magenschmerzen und gehe davon aus, dass die Schmerzen von den Penicillintabletten kommen. Ohne näher darauf einzugehen, greift Sven Turner-Meyer ihren Nebensatz auf, dass sie am Morgen schon angerufen hat, und geht davon aus, dass sie damit den Hals-Nasen- Ohren-(HNO)-Arzt meint, was Frau Müller wiederum vehement verneint. Dadurch scheint ihr bewusst zu werden, dass der Arzt ihre implizite Fragestellung nicht verstanden hat und fragt explizit nach, ob sie die Tabletten „*zu Ende*“ (TM/W6 1/28) nehmen soll. Damit präsentiert sich Frau Müller nach mehreren Interpreta- tions- bzw. Rahmungsversuchen seitens des Arztes als Hilfe- bzw. Ratsuchende in Bezug auf eine Entscheidungsfrage zur Medikamentweitereinnahme. Ohne direkt auf die Frage einzugehen oder zu antworten, beginnt der Arzt eine Debatte um den Beginn der Tabletteneinnahme mit einer geschlossenen Frage nach der Anzahl der Tage seit dem Einnahmebeginn. In diesem Teil des Gesprächs scheint der Arzt

überprüfen zu wollen, inwieweit die Angaben der Patientin richtig sind bzw. seine Interpretation mit ihrer übereinstimmt. Nach einigem Hin und Her gibt sich die Patientin letztlich dem Arzt gegenüber geschlagen und folgt ihm in seinen Ausführungen zum Ablauf der Tabletteneinnahme. Nachdem Sven Turner-Meyer nun Entgegenkommen signalisiert, betont die Patientin ihr Problem mit den Magenschmerzen noch einmal und fordert eine Entscheidung des Arztes in Bezug auf ihr Anliegen ein. Diesem kommt Sven Turner-Meyer zunächst jedoch weiterhin nicht nach und übt stattdessen seine ärztliche Steuerungs- und Definitionsmacht aus, indem er der Patientin die Nicht-Wirkung eines normalen Schmerzmittels bei Antibiotika erklärt, welches sie zuvor als eventuelle Möglichkeit angesprochen hatte. Seine Entscheidung oder seinen Rat weiterhin hinausschiebend, hinterfragt er noch einmal die Beschreibungen und Darstellungen ihrer körperlichen Beschwerden, unterzieht sie einer körperlichen Untersuchung und befragt sie weiterhin zu möglichen Begleitsymptomen in sehr geschlossener und suggestiver Form (z.B. „Durchfall ham Sie nicht?“ TM/W6 2/45-46). Obwohl die körperliche Untersuchung auch als Teil der ärztlichen Funktion beschrieben werden kann, steht in der Interaktionssituation vor allem die (ärztliche) Definition von Magen und Darm im Vordergrund, da Sven Turner-Meyer versucht, die Beschwerden der Patientin in sein ärztliches Arbeitsgebiet einzuordnen. Noch einmal verdeutlicht heißt dies, die Patientin spricht davon, dass ihr das „*alles weh*“ (TM/W6 3/3) tut, und er betont immer wieder, dass er eine eindeutige Zuordnung von ihr erwartet: „*meinen Sie jetzt wenn Sie Magen sagen, Magen oder meinen Sie Bauch?*“ (TM/W6 2/40). Nachdem die verschiedenen Missverständnisse und Begriffsprobleme geklärt scheinen, erläutert der Arzt nun die verschiedenen Möglichkeiten der Weiternahme bzw. des Absetzens, möchte jedoch keine Verantwortung für die weitere Therapie übernehmen, sondern dass sich die Patientin erneut beim HNO-Arzt vorstellt. Obwohl Frau Müller nicht sofort zustimmt, kann er sie überzeugen, indem er ihre gemeinsame Vorgeschichte anspricht, die uns in dem Moment verschlossen bleibt. Offensichtlich wird Sven Turner-Meyer in der Konsultation mit der Patientin mit einem Problem konfrontiert, was er letztlich nicht als sein Problem definiert, da der Patientin das Antibiotikum vom HNO-Arzt verschrieben wurde. Diese ist jedoch mit einer erneuten Überweisung zum HNO-Arzt nicht zufrieden, sondern erwartet von ihrem Hausarzt eine sofortige Lösung ihres Problems. Mit der Empfehlung eines „*biologischen Medikaments*“ (TM/W6 3/40) versucht er ihre Beschwerden ernst zu nehmen, und beide finden auf diese Weise eine zunächst für sie akzeptable Lösung.

Als Sven Turner-Meyer nun das Beschlossene in die Tat umsetzen möchte, geht es auch um die Frage, ob die Patientin eine Krankschreibung benötigt. Dass Frau Müller den nächsten Tag wieder arbeiten gehen möchte, führt beim Arzt wiederum zu einer Irritation, da er anscheinend befürchtet, dass sie doch nicht wie vereinbart den HNO-Arzt aufsucht. So betont er noch einmal die Wichtigkeit des Arztbesuchs beim Kollegen und schlägt vor, dass der Termin auch schnell aus der Praxis organisiert werden könne. Einerseits versucht er damit, einem weiteren Missverständnis vorzubeugen, und andererseits übernimmt er damit konsequent die Führung der Patientin. Es scheint dann auch so, als ließe sich Frau Müller mittlerweile fast willenlos von ihm führen, indem sie ihm weder widerspricht noch ein neues Problem anspricht. Als er seine ärztliche Steuerungsmacht auf diese

Weise ganz ausüben kann, macht er jedoch einen Schritt zurück und schränkt ein, dass die Praxis den Termin nur vereinbaren kann, wenn noch jemand in der HNO-Praxis sei. Ansonsten müsse Frau Müller den Termin am nächsten Morgen selbst vereinbaren. Obwohl für Frau Müller mit dem Verschreiben des „*biologischen Medikaments*“ ihr Magenproblem noch nicht ausreichend bearbeitet worden zu sein scheint, beendet der Arzt durch seine ärztliche Expertenmacht durch eine wiederholte Definition von Magen und Darm die Konsultation mit der Patientin.

Nach der Sprechstunde erfahren wir von Sven Turner-Meyer, dass er Frau Müller zwar als „*psychisch wackelig*“ einschätze, er sich aber nicht gegen sie „*zur Wehr setzen*“ könne. Demzufolge vermute er bei Frau Müller einen psychischen Zusammenhang, kann diesen ihr gegenüber aber nicht ansprechen und mit ihr zusammen bearbeiten. Durch diesen Nachsatz erhält das Gespräch zwar eine psychotherapeutische Rahmung, lässt aber eine stringente, gleichberechtigte und hilfeleistende Struktur durch den Arzt eher vermissen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass ausgehend vom ersten Missverständnis gleich zu Beginn der Konsultation das Gespräch dadurch strukturiert wird, dass die Patientin den Anspruch an den Arzt, er möge für sie die Entscheidung der Tablettenweiternahme treffen, zwar immer wiederholt, der Arzt aber klar diesen Anspruch von sich an den HNO-Arzt als ursprünglich Verschreibenden verweist. Von diesen gegenseitig getragenen Widersprüchen durch unterschiedliche Rahmungen der Interaktionspartner entstehen immer wieder Missverständnisse, die von beiden Seiten bewältigt werden müssen. Sven Turner-Meyer scheint darauf ausgerichtet, bei dieser Patientin von vornherein Schwierigkeiten zu erwarten, obwohl sich in der Konsultation selbst nichts dergleichen andeutet. Dennoch ist eine latente Unzufriedenheit auf Seiten von Frau Müller, die sich mit ihrem eigentlichen Problem – den Magenschmerzen und der ungewissen Tablettenweitereinnahme – allein gelassen fühlt, deutlich zu spüren. Durch die so entstehende Konfliktsituation wirkt die Kommunikationsleistung auf Seiten des Arztes alles andere als sicher. Da Sven Turner-Meyer sich im Interview nicht drängen lassen will, nutzt er seine Steuerungsmacht im Gespräch zur Lenkung der Patientin. Da Frau Müller die Hilfe des Arztes als medizinischen Experten sucht, unterwirft sie sich im Verlauf der Konsultation der Steuerung durch den Arzt, spricht ihre Problematik jedoch immer wieder an, wenn der Arzt gerade davon ausgeht, dass das Problem für den Moment gelöst scheint.

Im Gegensatz zur sicheren und souveränen Gesprächsführung bei Frau Weber trotz eines schwierigen Themas scheint Sven Turner-Meyer in der Konsultation bei Frau Müller eher verunsichert. Auch wird bei Frau Müller weniger Empathie deutlich als dies bei Frau Weber der Fall zu sein schien. In beiden Konsultationen übt er die Funktion der Steuerung aus und lenkt die Konsultationen in die von ihm gewünschte Richtung. Trotz einer psychotherapeutischen Rahmung beider Gespräche kann Sven Turner-Meyer sein im biographischen Interview geäußertes Anliegen nur bei Frau Weber verwirklichen, da sie anscheinend schon länger mit ihm auf dieser Ebene arbeitet. Bei Frau Müller konzentriert er sich dagegen vor allem auf die körperlichen Symptome und stellt sich und seine Experten- als auch Definitionsmacht immer wieder in den Vordergrund.

## Analyse der Krankheitskonzepte

Um nun etwas zu den Krankheitskonzepten von Sven Turner-Meyer aussagen zu können, wird wieder die Definition der Krankheitskonzepte nach Kreher et al. (siehe Kapitel 3.2) zugrunde gelegt und die einzelnen Bereiche in Bezug auf die bisherige Analyseergebnisse untersucht. Dabei fällt als erstes auf, dass durch die selbst bestimmte Rahmung des Interviews durch Sven Turner-Meyer viele eigene Krankheitsepisoden, Erfahrungen im Familien- und Bekanntenkreis mit Erkrankungen und der Umgang mit Patienten eine große Rolle spielen und hinsichtlich der Krankheitskonzepte untersucht werden können. Obwohl die Trennung der einzelnen Aspekte der Krankheitskonzepte an dieser Stelle analytischer Natur bleibt und vielleicht eher künstlich wirkt, soll sie eine eingehendere Untersuchung der Krankheitskonzepte von Sven Turner-Meyer ermöglichen.

- *Historisch geprägte* Veränderungen in der Wahrnehmung, Interpretation und Verarbeitung von Krankheiten bzw. Symptomen sind im biographischen Interview mit Sven Turner-Meyer sowie in den Konsultationen mit seinen Patienten kaum auszumachen. Als Kind gemachte Erfahrungen mit Ärzten und Erkrankungen werden kaum detailliert dargestellt, noch aus heutiger Sicht in Frage gestellt. Der einzige Hinweis auf kulturell langlebige Deutungsmuster, die gleichzeitig einen langsamen Wandlungsaspekt beinhalten, findet sich in der Beschreibung, dass Sven Turner-Meyer als Kind häufig Mandelentzündungen hatte – mit der Betonung: „*obwohl ich meine Mandeln immer noch habe*“ (TM 1/27-28). Zur damaligen Zeit und zum Teil noch bis in die Gegenwart hinein wurde Kindern und Jugendlichen die Indikation zur operativen Mandelentfernung (Tonsillektomie) großzügig gestellt. Aus wissenschaftlicher Sicht rechtfertigen jedoch häufige Mandelentzündungen operative Entfernung nur in ausgesuchten schweren Fällen die operationsbedingten Risiken und Beschwerden (vgl. Wächtler & Chenot 2009: 63). Auf diese Weise lässt sich in der Darstellung ein langsam abzeichnender Wandlungsaspekt in Bezug auf die operative Entfernung von Mandeln bei Kindern ausmachen.
- Die *Akteursgebundenheit* bezieht vornehmlich die Perspektive des handelnden Subjekts ein. Ihr können zum einen die eigenen Erkrankungen von Sven Turner-Meyer in Kindheit und im Erwachsenenalter sowie zum anderen die eigenen von ihm angesprochenen Unsicherheiten und Reflexionen in diesen Bereichen für die Analyse einbezogen werden. Aus seiner Kindheit erinnert sich Sven Turner-Meyer vor allem an erlittene häufige Mandelentzündungen, und erlebt als Jugendlicher, dass es ihm gelingt, seinen Körper mittels des eigenen Willens ‚aktiv‘ zu beeinflussen. Seine Erfahrungen, die er heute mit dem Begriff der Autosuggestion verbindet, lassen ihn die Idee entwickeln, dass er seinen Körper fest im Griff hat. Mit der Entstehung eines Magengeschwürs im praktischen Jahr während des Medizinstudiums, das er mit einer sich immer deutlicher artikulierenden Abneigung gegen die Krankenhaushierarchie und dem damit einhergehenden Arbeitsdruck verbindet, verfestigt sich sein Konzept, dass Erkrankungen häufig psychosomatisch bedingt sind. Im Interview und in der Konsultation mit Frau Weber ist deutlich zu spüren, dass ihm psychosomatisch bedingte Erkrankungen Sicherheit in der Handhabung vermitteln und Erfolg in der Behandlung versprechen. Erkrankungen wie sein selbst durchlittener Leistenbruch symboli-

sieren für ihn dagegen eine gewisse Schwäche und Verletzlichkeit, die er bei sich selbst als massive Bedrohung erlebt, da dadurch sein im Laufe der Zeit fest etabliertes Konzept der Beeinflussung des Körpers durch die Willenskraft in Frage gestellt wird. Durch seine dargestellte psychische Instabilität wird jedoch ein weiteres Konzept – das des engen Zusammenhangs von Körper und Seele – deutlich erkennbar. Eng an die Person von Sven Turner-Meyer sind darüber hinaus die Reflexion seiner eigenen Unsicherheit und seiner Selbstzweifel in Bezug auf sein ärztliches Können gebunden. Einerseits argumentiert er, dass trotz eines immer wiederkehrenden Sicherheitsgefühls viele Unsicherheiten für ihn als Arzt bestehen bleiben. Dies äußert sich z.B. in den Erzählungen im Interview über die Diagnosestellungen bei zwei Freunden, die an Krebs verstorben sind. Andererseits versucht er z.B. im Umgang mit den Kinderkrankheiten bei seinem Sohn, diese nicht zu dramatisieren, hat jedoch immer die Angst im Hinterkopf, dass auch etwas Schwerwiegendes dahinter stecken könne. Letztlich haben beide Konzepte im Laufe seines (Berufs-) Lebens zu der Einstellung geführt, dass das Gelingen und Misslingen nicht nur zum alltäglichen Leben, sondern auch zum ärztlichen Dasein gehören.

- Eng mit dem subjektbezogenen Aspekt der Krankheitskonzepte sind die *biographisch geprägten* Handlungsmuster als Bestandteile des Alltagswissens verbunden. Sie zeichnen sich durch relativ stabile und zugleich lebenszeitlich veränderliche Konzepte aus. So hat sich, wie bereits weiter oben dargestellt, in der Kindheit und Jugend bei Sven Turner-Meyer das Konzept entwickelt, dass der eigene Körper durch den Willen beeinflussbar sei. Dieses nutzt er auch noch heute für sich, wenn er fühlt, dass sich eine Erkältung anbahnt. Dieses handlungswirksame Konzept ist im Kern so stabil, dass es ihm schwer fällt, bei einer körperlichen Erkrankung (wie dem Leistenbruch) die eigene Hilflosigkeit und Verletzlichkeit des Körpers zu akzeptieren. Allerdings gelingt es ihm heute nach eigener Aussage zunehmend besser, wissenschaftliche Konzepte (z.B. kein Nutzen von Echinacea bei Erkältungen) neben seinen eigenen (dem Gefühl, dass es ihm gut tut) bestehen zu lassen. Vor diesem Hintergrund wird verstehbar, dass ihm psychosomatisch bedingte Erkrankungen bei der Behandlung seiner Patienten ein sicheres Gefühl vermitteln und somatische Beschwerden und Erkrankungen ihn dagegen verunsichern. Stark durch die eigene Biographie geprägt scheint auch das Bild, dass Sven Turner-Meyer von sich selbst hat: Aus dem Kind, welches noch Patient ist, wird der erwachsene Arzt. So fällt es ihm auch schwer, sich mit seinem Leistenbruch in die ärztliche Behandlung eines Kollegen zu begeben, was er letztlich nur durch die Vermittlung im Bekanntenkreis zulässt.
- Eine *entitätsspezifische* Differenzierung zwischen verschiedenen Krankheitsbildern und/oder Symptomen lässt sich im Fall von Sven Turner-Meyer trotz zahlreicher Krankheitsepisoden und Krankheitsberichte kaum ausmachen. Jedoch lassen sich aus seinen Darstellungen zwei große Gruppen von Erkrankungen ableiten: Zum einen gibt es für ihn Erkrankungen, die sich (wie z.B. Erkältungskrankheiten) durch die Willenskraft beeinflussen lassen, und zum anderen Erkrankungen, bei denen der eigene Wille allein nicht ausschlaggebend ist und die unter Umständen (wie z.B. bei Krebserkrankungen) auch unter einer medizinischen Behandlung nicht geheilt werden können. Diese Einteilung führt dazu,

dass es für Sven Turner-Meyer auf der einen Seite psychosomatisch bedingte Erkrankungen gibt, die er in der Konsultation und Behandlung mit seinen Patienten sicher handhaben kann, und auf der anderen Seite körperliche (somatische) Erkrankungen, die für ihn mit Unsicherheit, Verletzlichkeit und Versagensängsten verbunden sind.

- Der Aspekt des *situativ Adaptierbaren* ist eng mit den konkreten Interaktionen mit seinen Patienten verbunden und wird vor allem im zeitlichen Handlungsverlauf sichtbar. Die Konsultationsaufzeichnungen mit Sven Turner-Meyer und seinen Patienten sind wiederum Momentaufnahmen, die jedoch an einigen Stellen Verlaufsperspektiven aufweisen. Vor diesem Hintergrund können wir aus der Analyse der Konsultationen mit zwei seiner Patientinnen festhalten, dass obwohl Sven Turner-Meyer bei beiden Patientinnen einen psychotherapeutischen Rahmen herstellt, dieser sich jedoch nur bei Frau Weber in der Konsultation als Moment seines Krankheitskonzeptes realisiert. In ihrem Fall geht es ihm darum, sie im psychotherapeutischen Sinne aufzufangen und emotionell zu stärken. Die patientinnenbezogene situative Adaptierbarkeit seines Krankheitskonzeptes wird darin deutlich, dass Sven Turner-Meyer Details aus dem Leben seiner Patientin mit in die Konsultation einbaut, die er vermutlich in früheren Gesprächen mit ihr erfahren hat. Bei Frau Müller dagegen ist ihm die psychosomatische Beeinflussung ihrer Erkrankungen zwar bewusst (wie er im Nachgespräch mitteilt), konzentriert sich im Arzt-Patienten-Kontakt aber vornehmlich auf die körperlichen Symptome und drängt sie, sich noch einmal beim HNO-Arzt vorzustellen. Dies geschieht mit einem Hinweis auf eine gemeinsame Vorgeschichte, die uns in dem Moment nicht zugänglich ist. Letztlich bleibt spürbar, dass das Umgehen der vermeintlichen psychosomatischen Beeinflussung auf die Erkrankungen von Frau Müller durch den Arzt in der Konsultation auf beide Seiten unbefriedigend wirkt.

Zusammenfassend können wir das Krankheitskonzept von Sven Turner-Meyer als ein Psychosomatisches beschreiben, indem er davon ausgeht, dass Erkrankungen durch eine psychische Instabilität ausgelöst werden können. Damit eng in Verbindung steht die Idee, dass der eigene Körper durch den Willen beeinflussbar ist, was auf das Konzept des engen Zusammenhangs von Körper und Seele hindeutet. Übergreifend nimmt er damit eine Einteilung in psychosomatisch bedingte (und damit willentlich beeinflussbare) sowie körperlich-somatische (und damit wenig beeinflussbare) Erkrankungen vor.

#### 5.2.4 Biographische und berufliche Handlungsmuster

Als erstes fällt die ungewöhnliche Rahmung des familienbiographisch angelegten Interviews mit Sven Turner-Meyer auf, indem er das Interview nutzt, seinen Berufswunsch – Hausarzt zu werden – und sein Leben als Arzt für sich selbst zu reflektieren. Dadurch ist das gesamte Interview durch eine argumentative und berichtende Präsentationsweise gekennzeichnet, in der er seine Handlungsmuster zu begründen versucht.

In der Analyse der Lebensgeschichte von Sven Turner-Meyer kristallisieren sich verschiedene *biographische Handlungsmuster* heraus, die sehr eng miteinander

verbunden sind. Zunächst fällt sein *Streben nach Autonomie und Unabhängigkeit* als wichtiger Handlungspfad auf, welches sich auch in der Fallstrukturhypothese von Sven Turner-Meyer wieder findet. Die in der Lebensgeschichte dargestellten Entscheidungen weisen seinen starken Wunsch bzw. sein starkes Bedürfnis nach Autonomie und Eigenständigkeit auf. Dabei geht es ihm darum, möglichst *Einfluss nehmen zu können* (z.B. auf die Funktion seines Körpers oder auf seine finanzielle Situation), ohne die Zustimmung von anderen Beteiligten einholen oder berücksichtigen zu müssen. Eng damit hängt auch sein Bedürfnis zusammen, sich in sozialen Nah-Beziehungen *nicht festlegen zu wollen*. Dies betrifft sowohl seine frühe Heirat, die er nur wegen einer fehlenden Aufenthaltsgenehmigung seiner Freundin eingegangen ist und deren relativ schnelles Scheitern er auf sein Bedürfnis nach Abgrenzung zurückführt, als auch das ‚Nicht-in großem Umfang Finanzieren-Wollen‘ einer eigenen Arztpraxis. Kann er seine Selbstbestimmung und freie Willensäußerung nicht ausüben und muss sich einer Hierarchie unterwerfen (wie während seiner Krankenhauszeit im Praktischen Jahr), macht ihn der seelische Druck, dem er sich dann ausgesetzt fühlt, körperlich krank (Entwicklung eines Magengeschwürs). Die einzige Konfliktlösungsstrategie, die er in diesen Situationen anwendet, besteht darin, *sich zu entziehen*. Obwohl es sich dabei um keine Lösung im eigentlichen Sinne handelt, gibt ihm die ‚Flucht‘ dennoch seine Autonomie zurück. Sein starkes Bedürfnis nach Autonomie bringt jedoch auch die Konsequenz mit sich, dass sein Leben und seine Entscheidungen mit großen Unsicherheiten behaftet sind. Obwohl Sven Turner-Meyer immer wieder zwischen der Unsicherheit, ob er das alles richtig macht, und der selbstsicheren Erkenntnis, dass Fehler zum Leben (auch dem eines Arztes) gehören, hin und her pendelt, besteht ein weiteres biographisches Handlungsmuster in seiner andauernden *kritischen Selbst-reflexion*, indem er die vermeintlichen Sicherheiten und möglichen Unsicherheiten sowohl im persönlichen als auch beruflichen Bereich immer wieder hinterfragt.

Aus der Analyse des biographischen Interviews und der Konsultationen mit seinen Patientinnen kann festgehalten werden, dass die **beruflichen Handlungsmuster** von Sven Turner-Meyer von dem Gefühl der *Unsicherheit* geprägt sind, in seinem Beruf nicht perfekt zu sein und immer etwas übersehen zu können. Vor dem Hintergrund der Annahme, dass Körper und Geist eine funktionierende Einheit bilden, versteht Sven Turner-Meyer die meisten Erkrankungen als psychosomatisch bedingt. Aufgrund seines *psychosomatisch orientierten Behandlungsstils* praktiziert er vor allem eine „*sprechende Medizin*“ und versucht, die Patienten mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu unterstützen und zu lenken. Bei klar definierter Psychosomatik versucht er die Adhärenz der Patienten zu fördern und eine *gemeinsam geteilte Wirklichkeit herzustellen*. Gelingt ihm das nicht, wirken Gespräche mit seinen Patientinnen deutlich weniger *patientenzentriert*. Übergreifend dokumentiert sich in den Gesprächen eine klare Arzt-Patienten-Asymmetrie, indem er als Arzt derjenige ist, der Bescheid weiß und Ratschläge gibt, also seine ärztliche Steuerungs- und Definitionsmacht ausübt.

Beziehen wir nun sowohl die biographischen als auch die beruflichen Handlungsstrukturen im Fall von Sven Turner-Meyer in die nachfolgende Betrachtung mit ein, können wir feststellen, dass die Grenzen zwischen beiden nicht klar konturiert erscheinen. Dies wird am deutlichsten sichtbar in dem Bedürfnis seinerseits, sich und sein Handeln sowohl im persönlichen als auch im beruflichen Bereich zu

hinterfragen und zu reflektieren. Im privaten Bereich betrifft dies z.B. das Hinterfragen seiner Partnerschaftsbeziehungen und der jeweiligen Trennungsgründe sowie eine Bewertung der Beziehung zu seinem Sohn. Im beruflichen Bereich versucht er, bei seinen Patienten z.B. Probleme aufzuzeigen oder ihre Motivationen zu eruieren. Dabei legt er viel Wert auf geteiltes Wissen: sowohl auf der normalen Hierarchieebene zwischen Arzt und Patient als auch im Interviewverlauf, indem er sich z.B. immer wieder bei der Interviewerin vergewissert, ob sie das Dargebotene auch interessiert. Dabei ist nicht nur die Sprechstunde, sondern auch die persönliche Kommunikation mit der Interviewerin durch einen sehr argumentativen Berichtsstil gekennzeichnet. Obwohl beide Kommunikationssituationen auf den ersten Blick eine gewisse Strukturlosigkeit aufweisen, verfolgt Sven Turner-Meyer sein Ziel und kann am Ende seine Ideen verwirklichen – lediglich die Umsetzung bzw. der Weg bis zum Ziel weist weniger Stringenz auf. Sein in der Biographie verwirklichter Drang nach Unabhängigkeit repräsentiert sich auch in den Konsultationen mit seinen Patienten. So versucht er, bei Frau Weber auch deren Unabhängigkeit (zum einen vom Alkohol und zum anderen von der Gruppenmeinung) zu stärken. In der Konsultation mit Frau Müller wird dagegen eher der Wunsch von Sven Turner-Meyer deutlich, Einfluss auf ihr Handeln nehmen zu wollen und sie wieder zum HNO-Arzt dirigieren zu können. Die Handlungsmuster in beiden Bereichen sind dadurch gekennzeichnet, dass er unabhängig entscheiden, beruflichen und privaten Konfrontationen sowie der Kontrolle durch andere aus dem Wege gehen möchte.

### 5.3 Ingmar Arndt – Zwischen Stringenz und Vagheit

#### 5.3.1 Kontaktaufnahme und Interviewsituation

Der hausärztlich tätige Internist Ingmar Arndt wurde mir von einem Kollegen vermittelt, der ihn fragte, ob er sich für mein Dissertationsthema von mir zu seiner Lebensgeschichte interviewen lassen würde. Ein paar Wochen später vereinbarten wir dann einen Termin für das Interview an einem Freitagnachmittag im Spätsommer bei Ingmar Arndt zu Hause. Am Morgen des vereinbarten Termins rief er mich jedoch noch einmal an und verlegte den Ort für das Interview von zu Hause in die Praxis, die sich in der Großstadt M in einer Art Geschäftshaus befindet.

Ingmar Arndt ist um die 1,75 m groß und hat ein kurzärmliges weißes Hemd, eine hellbraune Jeanshose sowie offene Schuhe mit dunklen Socken an. Das braune Haar ist im Bereich der Stirn schon etwas lichter und besonders an den Schläfen auch etwas grau durchsetzt. Er hat eine helle Haut, ohne blass auszusehen. Die randlose Brille mit breiten, lila- und rosafarbenen Bügeln verleiht ihm ein jugendliches Aussehen. Da wir uns zunächst in seinem Behandlungszimmer in der üblichen Arzt-Patienten-Konstellation gegenüber sitzen, frage ich ihn, ob wir nicht eine andere Möglichkeit für das Interview finden können. Daraufhin schlägt er vor, das Zimmer zu wechseln. In dem benachbarten Zimmer bietet er mir dann den Schreibtischstuhl an, auf dem ich mich mit Zettel und Stift ‚bewaffnet‘ an eine Psychotherapiesitzung erinnert fühle. Obwohl Ingmar Arndt mir über Eck relativ gelassen gegenüber sitzt, vertieft sich die Falte zwischen seinen Augenbrauen immer dann, wenn er für sich mit dem Bericht abgeschlossen hat und er gespannt und scheinbar ziemlich skept-

tisch darauf wartet, was ich ihn als nächstes fragen werde. Trotz der zu Beginn geäußerten Bereitschaft, seine Familien- und Lebensgeschichte zu erzählen, bleibt es im gesamten Interview vor allem bei Berichten und Argumentationen, und es etabliert sich kein richtiges Erzählmuster, da er seine Themen immer relativ schnell beendet und auf konkretere Fragen meinerseits wartet.

Nach dem Interview bespreche ich mit Ingmar Arndt das Vorgehen für die Aufzeichnungen seiner Arzt-Patienten-Gespräche, und wir vereinbaren einen Termin eine Woche später.

### 5.3.2 Biographische Fallrekonstruktion

#### Die Herkunftsfamilie und Kindheit im ländlichen Sauerland

Das Sauerland als südlicher Teil Westfalens ist seit Jahrhunderten durch das Bild von landwirtschaftlichen Dörfern und Bauerngemeinden, aber auch durch den Bergbau und die Metallgewinnung geprägt. Mit Einführung der allgemeinen Schulpflicht zu Beginn des 20. Jahrhunderts wandelt sich auch auf dem Lande der Bildungsstand, indem auch Arbeiterkinder durch Fleiß und Initiative die Möglichkeit des Aufstiegs und der Unabhängigkeit bekommen (vgl. Rörig 1985: 63/75). Die Bundesrepublik Deutschland gewinnt nach dem zweiten Weltkrieg seit den fünfziger Jahren an wirtschaftlicher und militärischer Kraft, es entwickeln sich geordnete politische Strukturen, und die Kontrollen der Westmächte lassen immer mehr nach (vgl. u.a. Cassier 2010: 200; Schwarz 1983: 337). Soziale Konflikte in der Bevölkerung werden „präventiv durch [staatliche] Ausweitung der Sozialsysteme, der staatlichen Leistungen und der Subventionen“ entschärft, so dass letztlich „fast alle sozialen Gruppen vom Wachstum des Sozialprodukts profitieren“ (Schwarz 1983: 341).

Ingmar Arndt wird Anfang der 1960er Jahre als erster eines Zwillingspärchens mit einer Schwester im südlichen Westfalen geboren. Die Mutter Ingmar Arndts kommt aus einer Großfamilie mit vielen Geschwistern und ist in einer Nachbargemeinde seines Heimatdorfes aufgewachsen. Im Abendstudium holt sie erst später ihre mittlere Reife nach, um sich dann für die Lehrtätigkeit an Grundschulen im Fach Theologie zu befähigen; gearbeitet hat sie jedoch in dem Beruf nicht. Der Vater ernährt die Familie als Maurer. Die Großeltern väterlicherseits wohnen im Ort, die Großeltern mütterlicherseits im Nachbarort.

Die Geburt des gegengeschlechtlichen Zwillingspaares<sup>47</sup> erfolgt im achten Monat. Obwohl „*beide ziemlich klein warn*“ (A 2/41), ist vor allem das zweite Kind in der Regel durch eine verschlechterte Durchblutung der Plazenta gefährdeter (vgl. Burchardt 1999: 12). Über die Geburt berichtet Ingmar Arndt, dass er später erfah-

---

<sup>47</sup> Das bedeutet, dass es sich um zweieiige Zwillinge handelt, die sich wie normale Geschwister im Durchschnitt die Hälfte der elterlichen Gene teilen. Dizygote Zwillinge entstehen, „wenn nahezu gleichzeitig zwei Eizellen befruchtet werden. Da die Kinder aus zwei verschiedenen Eizellen entstanden sind, gelten für sie die gleichen genetischen Bedingungen wie für normale Geschwister.“ (Burchardt 1999: 9) Die statistische Wahrscheinlichkeit einer Zwillingsgeburt liegt „in den letzten 130 Jahren konstant zwischen 1,1 % und 1,2 %“ (Burchardt 1999: 7; vgl. auch Lotze 1937: 75).

ren habe, dass er „*als Baby blau*“ (A 2/36) war und seine Mutter „*immer erzählt [hat] dass das ganz schlimm war*“ (A 2/37-38). Aufgrund der zu vermutenden Lebensgefahr, in der sich die Zwillinge während und nach der Geburt befanden, und der Angst der Mutter um das Seelenheil ihrer Kinder, werden diese gleich nach der Geburt vermutlich noch im Krankenhaus „*notgetauft*“ (A 1/3). Obgleich eine Taufe üblicherweise in den ersten Wochen nach der Geburt stattfindet, können Kinder in Notfällen (sprich in Todesgefahr) aufgrund der „Heilsnotwendigkeit“<sup>48</sup> auch in Privat- oder Krankenhäusern getauft werden (vgl. Steinweg 1989: 21 f.). In den kommenden fünf Jahren bekommt Ingmar Arndt einen Bruder und eine weitere Schwester. Die Jungen und Mädchen in der Familie teilen sich zu Hause jeweils ein Zimmer und wachsen in einer dörflich, katholisch<sup>49</sup> geprägten Gegend auf.

Über den Beruf des Vaters ist die Familie Arndt im Handwerker- und Arbeitermilieu anzusiedeln. Vor dem Hintergrund eines traditionell christlichen Verständnisses von Ehe und Familie erscheint es fast natürlich, dass der Vater die Familie in Ausübung seines Berufs ernährt und die Mutter sich als Hüterin von Familie und Heim um die vier Kinder und den Haushalt kümmert (vgl. Liedhegener 2006: 92). Darüber hinaus ist die Kindheit und Jugend von Ingmar Arndt durch den Wunsch der Mutter geprägt, den Kindern einen sozialen Aufstieg zu ermöglichen. Vermutlich ist es der Bildungsorientierung der Mutter zu verdanken, dass drei der vier Kinder nach dem Besuch der dörflichen Grundschule das Gymnasium in der „*nächstgrößeren Kreisstadt*“ (A 1/35) besuchen.<sup>50</sup> Ingmar Arndts Zwillingsschwester ergreift danach den Beruf der Krankenschwester, der jüngste Bruder wird Zimmermann und baut sein Heim neben das elterliche Wohnhaus. Die zweite Schwester wird ebenfalls Krankenschwester und wohnt bei der Mutter. Zu Beginn der 1970er Jahre erkrankt der Vater und Familienernährer an rheumatoider Arthritis<sup>51</sup>. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung wird er wenige Jahre später berentet, „*was auch die, die Finanzen [der Familie] nich unbedingt besser gestellt hat*“ (A 5/47). Als Ingmar Arndt 29 Jahre alt und bereits Arzt im Praktikum ist, stirbt sein Vater Ende der 1980er Jahre.

Trotz der Aufforderung zu Beginn des Interviews, die Lebens- und Familiengeschichte zu erzählen, erfahren wir über die Herkunftsfamilie und deren einzelne Mitglieder von Ingmar Arndt nur wenige Einzelheiten – auch auf Nachfrage der Interviewerin. Obwohl er deutlich signalisiert, dass er die Erzählaufforderung ver-

<sup>48</sup> Über die Lehre von der Erbsünde stellt die Taufe die „Eingangspforte zu den Sakramenten“ (Steinweg 1989: 21) dar. Die Taufe gilt dabei als das grundlegende Sakrament der Christenheit und begründet die rechtliche Zugehörigkeit zur römischen Kirche (vgl. Holtz 1962: 5/7). Sie wird vielfach in der Tradition der Familie und der Ordnung der Kirche als Einweihung in ein christliches Leben verstanden, durch welches die ‚Vergebung von Sünden, das Leben und ewige Seligkeit‘ erlangt werden kann (vgl. Steffen 1988: 7-10; 74).

<sup>49</sup> Weitere Ausführungen zur Bedeutung der Religion in der Familie Arndt siehe weiter unten. Zum Katholizismus in Deutschland siehe z.B. (Liedhegener 2006).

<sup>50</sup> „Der jeweilige historisch gegebene Stand gesellschaftlicher Entwicklung hat erhebliche Auswirkungen auf das Lernen von ‚Persönlichkeitseigenschaften‘ wie die Stetigkeit, mit der an Berufswünschen festgehalten wird, und die Hartnäckigkeit, mit der ihre Verwirklichung angestrebt wird. [...] Wie mit den epochalen Lebensbedingungen umgegangen werden kann [...] ist wiederum wesentlich eine Frage des sozialen und wirtschaftlichen Hintergrundes der Familien.“ (Bolder & Rodax 1987: 3)

<sup>51</sup> Die rheumatoide Arthritis ist eine chronische, systemische Autoimmunerkrankung. Sie führt zu schmerzhaften, geschwollenen Gelenken mit Bewegungseinschränkungen bis hin zu fortschreitender Gelenkerstörung und damit für die Betroffenen im Alltag zu „Funktionseinschränkungen und eingeschränkter Lebensqualität“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V., 2011: 7).

standen hat und andeutet, dass es viel zu erzählen gäbe („*Familien- Lebensgeschichte komplett? Wie viel Zeit ham Se=denn?*“ A1/23), ist das biographische Interview durch einen kurzen und knappen Berichtsstil gekennzeichnet. Lediglich seiner Zwillingsschwester widmet er auf die Nachfrage durch die Interviewerin einen längeren Abschnitt. Es hat den Anschein, als ob Ingmar Arndt – angeregt durch die Nachfrage – zum ersten Mal über seine Beziehung zu seiner Zwillingsschwester nachdenkt: „*wir ham n ganz gutes Verhältnis ob wir ob wir jetzt unbedingt- doch n etwas engeres Verhältnis als zu den andern vielleicht schon glaub=ich schon*“ (A 2/48-49). Zusammenfassend beschreibt er sie als „*eher so zurückhaltend [...] und lieb*“ (A 3/7). Obwohl es sich bei Zwillingen um eine biologische Besonderheit handelt und aus entwicklungspsychologischer Sicht davon ausgegangen wird, dass sich Zwillinge oft stark ähneln, da sie die meiste Zeit miteinander verbringen, wodurch sich eine „starke emotionale Verbundenheit untereinander und eine gegenseitige Identifikation“ (Burchardt 1999: 18) aufbauen kann, steht bei Ingmar Arndt vor allem die Geburtsrangfolge im Vordergrund. So stellt er schon zu Beginn des Interviews und auf die Nachfrage nach seiner Zwillingsschwester erneut fest, dass er der „*Erste war [...] also da war schon ne ne klare Rangordnung ne?*“ (A 3/2-3). Obgleich Zwillinge in der Regel nur wenige Minuten oder Stunden nacheinander geboren werden, zeigt sich die Wichtigkeit der Geburtsreihenfolge darin, wie eilig jemand darüber informiert wird, wer zuerst geboren wurde (vgl. Forer & Still 1991: 47). In diesem Sinne verdeutlicht Ingmar Arndt ziemlich schnell, dass an ihn als Erstgeborenen, der „*fünf Minuten älter*“ (A 1/26) ist als seine Schwester, eine gewisse Erwartungshaltung herangetragen wurde. Vor diesem Hintergrund wird eine klare Rollenverteilung mit Ingmar Arndt in der Position des männlichen Erstgeborenen mit der wahrnehmbaren Tendenz, sich von der Zwillingsschwester unterscheiden zu wollen (vgl. Burchardt 1999: 19; Schmidt 1986: 289 f.) im Interview deutlich. Trotz einer scheinbaren Absicht der Mutter, alle gleich zu behandeln, führt diese offenbar nicht zur Herausbildung einer Ähnlichkeit zwischen den Geschwistern, sondern eher zur Bildung einer klaren Führerrolle des Erstgeborenen, was jedoch auch vom geschlechtsspezifischen Unterschied abgeleitet werden kann (vgl. Schmidt 1986: 240).

Ingmar Arndt geht dann relativ schnell wieder weg von seiner Zwillingsschwester und dazu über, mitzuteilen, dass er zusammen mit ihr auch die Krankenpflegeausbildung begonnen hat. Auf die erneute Nachfrage zur Zwillingsschwester ergänzt er, dass sie nach der Ausbildung geheiratet hat und mit ihrem Mann und den Kindern im südlichen Teil Nordrhein-Westfalens lebt. Von der Interviewerin nach seinen Erinnerungen an konkrete Situationen aus der Kindheit gefragt, blockt Ingmar Arndt zunächst scheinbar ab: „*nich dass=ich=nich sagen wollte wenn=s mir einfallen würd=ich das schon sagen aber, ähm, eigentlich gab`s gar nich so viel*“ (A 3/33-35). Dann erzählt er jedoch eine „*Story*“ (A 3/38) von einem Huhn der Nachbarin, welches immer bei ihnen im Garten „*pickte*“ (A 3/39). Weil ihn das „*irgendwie störte*“ (A 3/39), warf er „*mal n Stein hinterher*“ (A 3/40) unter dem Vorbehalt, dass er „*ja gar=nicht gedacht [hat] dass*“ (A 3/40) er das Huhn trifft. Letztlich wird das Huhn am Bein verletzt, und seine Eltern müssen der Nachbarin „*fünf Mark*“ (A 3/46) zahlen. Diese kleine Geschichte verdeutlicht, wie er sich als Kind ausprobieren konnte; dabei einerseits in die Schranken verwiesen wurde („*ich musste dann da hin gehen und musste mich entschuldigen*“ A 3/45),

und andererseits aber auch unterstützt wurde („*ich glaube auch meine Mutter hat da keinen größeren Zoff gemacht*“ A 3/44). In der gesamten Darstellung wird ebenfalls deutlich, dass es ihm schwer fällt, sich festzulegen bzw. eindeutig zu positionieren. So werden immer zwei verschiedene – sich zum Teil ausschließende bzw. gegensätzliche – Sichtweisen der Interviewerin angeboten.

Letztlich bleibt unklar, ob Ingmar Arndt sich an einzelne weitere Begebenheiten nicht erinnern kann oder sie nicht erzählen möchte. Am Ende des Interviews wird jedoch offensichtlich, dass er sich vorab eine andere Vorstellung vom Interview gemacht hat: „*Mich wundert ja dass=Se gar nich fragen wieso ich eigentlich, wieso ich eigentlich Arzt geworden bin*“ (A 17/32-33). Er hat sich Gedanken gemacht, „*was kann die wohl wissen wolln?*“ (A 18/14-15). Vor diesem Hintergrund wird verständlich, wieso sich der Schwerpunkt im Interview vor allem auf den eigenen Werdegang und seine selbst gegründete Familie verlagert.

### **Weiterer Werdegang: Von der Bundeswehr in die eigene Hausarztpraxis**

Nach dem Abitur absolviert Ingmar Arndt seinen Grundwehrdienst bei der Bundeswehr. Er sagt, für ihn „*war das klar dass man da hin geht (1) ne? man drückt sich da nich*“ (A 6/19-20). Obwohl er die Zeit bei der Bundeswehr einerseits als „*nervig*“ (A 6/21) und „*eher langweilig*“ (A 6/28) bezeichnet, fühlt er sich in der Gemeinschaft, die hauptsächlich aus bekannten Gesichtern des gleichen Abiturjahrgangs besteht, doch wohl. Im Interview berichtet er in diesem Zusammenhang über ein Erlebnis, welches ihm aufgrund seiner Tragik in Erinnerung geblieben sei. Bei einer Übung, in der mit Schwimmpanzern ein Fluss durchquert werden musste, kamen zwei seiner Kameraden ums Leben. Aufgrund einer nicht verschlossenen Klappe drang Wasser in den Panzer, als er dann noch kippte, kam die Rettung zu spät. Durch dieses Erlebnis ist Ingmar Arndt zum ersten Mal bewusst mit dem Tod konfrontiert worden: „*wo man so n bisschen direkt gemerkt hat, was das is wenn einer tot is ne?*“ (A 7/1-2).

Obwohl Ingmar Arndt sagt, dass der Wunsch, Medizin zu studieren, schon während der Schulzeit vorhanden gewesen sei, beginnt er nach dem Ableisten der Bundeswehr aufgrund seines eher schlechten Notendurchschnitts im Abitur gemeinsam mit seiner Zwillingschwester erst einmal eine Krankenpflegeausbildung. Den Ausbildungsplatz bekommen die Zwillinge über familiäre Beziehungen zu einer Ordensschwester in einem Krankenhaus am Niederrhein. Parallel zur Ausbildung bewirbt sich Ingmar Arndt jedes Jahr bei der ZVS (Zentralvergabestelle) um einen Medizinstudienplatz. Während der Ausbildung lernt er seine spätere Frau kennen, die mit ihm genau wie seine Schwester die Ausbildung begonnen hat. Als er „*zwei Jahre Krankenpflegeausbildung hinter*“ (A 1/45/46) sich hat, kann er das Medizinstudium in E beginnen und bricht daraufhin die Ausbildung ab. Als sich ein Jahr später sein erster Sohn „*ankündigt*“ (A 7/34), heiratet er und zieht mit seiner Frau in eine gemeinsame Wohnung.

Ingmar Arndt hat also aufgrund eigener Initiative und Beharrlichkeit das Medizinstudium begonnen. Obwohl er von zu Hause keinen finanziellen Beitrag erhoffen kann, darf vermutet werden, dass er sowohl von dem hohen Erwartungsdruck an

den Erstgeborenen getrieben als auch primär von der Mutter in diesem Wunsch bestärkt wurde. Obwohl Arbeiterkinder durch ihre soziale Herkunft oft bei der Ausbildungs- und Berufswahl benachteiligt sind und weitaus seltener ein Studium als Abiturienten aus höheren Gesellschaftsschichten beginnen (vgl. Bargel, Dippelhofer-Stiem, Sandberger et al. 1987: 183; Stegmann 1987: 171 f.), erfüllt Ingmar Arndt mit dem Medizinstudium letztlich als männlicher Erstgeborener den Wunsch seiner Mutter. Während der Vater – in der Erinnerung Ingmar Arndts – auch mit einem Hauptschulabschluss zufrieden gewesen wäre, wird die Mutter damals wie heute als „*total dominant*“ (A 5/24) erlebt: „*wenn meine Mutter gesagt hat das machen wir jetzt so dann machen=wa das so*“ (A 5/35-36). „Während insgesamt nur ein Viertel der Eltern einen Aufstieg ihres Kindes erwartet, liegt der entsprechende Anteil bei Eltern aus der Arbeiterschaft mit einem Drittel leicht darüber.“ (Stegmann 1987: 174) Obwohl ein Medizin- oder Jurastudium von Arbeiterkindern nur selten vorgesehen wird, korrespondiert die Leistungserwartung der Eltern – hier vor allem die klare Vorstellung der Mutter, einer ihrer Söhne solle Arzt werden – mit der geplanten Ausbildungsebene ihres Kindes (vgl. Bargel, Dippelhofer-Stiem, Sandberger et al. 1987: 201). „Je höher die elterlichen Leistungserwartungen, desto eher wird ein Universitätsstudium von den Abiturienten vorgesehen. Dieser Zusammenhang [erscheint] in der Arbeiterschicht sogar am ausgeprägtesten“ (ebenda). Dabei sind die Jugendlichen aus dem Arbeitermilieu einerseits stärker auf Eigeninitiative und andererseits auch auf zusätzliche (emotionale) Unterstützung durch ihre Umgebung angewiesen (vgl. ebenda: 172). So ist es auch nicht verwunderlich, dass Ingmar Arndt erst mit der Geburt seines ersten Sohnes einen eigenen „*richtige[n] Hausstand*“ (A 7/29) gründet und bis dahin „*irgendwie immer so ein Bein hier [zu Hause] ein Bein da [am Ausbildungsort]*“ (A 7/48) verbringt.

Aufgrund der Einführung eines ‚harten‘ Numerus clausus verbaut sich vielen Abiturienten der Weg zu ihrem Wunschfach, zumal Arbeiterkinder in den statushohen Fächern wie Medizin und Jura deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. Bargel, Dippelhofer-Stiem, Sandberger et al. 1987: 181/192). Dennoch schafft es Ingmar Arndt zunächst durch Ausdauer (Absolvierung der Bundeswehr, Beginn der Krankenpflegeausbildung) und später durch Fleiß, das Medizinstudium zu beginnen und in der Regelstudienzeit abzuschließen.

Die zuvor absolvierten zwei Jahre in der Ausbildung verbindet Ingmar Arndt mit vielen praktischen Erfahrungen, die ihm im Medizinstudium weitergeholfen haben. Während des Studiums musste Ingmar Arndt häufig Nachtdienste machen, zum einen hat er „*gemeint erst müsst das Geld reinkommen [und] zweitens war das auch ne gewisse Anbindung*“ (A 2/9-11) an die frühere Institution. Auf diese Weise geht Ingmar Arndt die Ausbildung genau wie das Medizinstudium auf verschiedenen Ebenen praktisch und pragmatisch an: „*im Übrigen wollt=ich ja auch fertig werden, ne? schließlich muss=ich ja=s BAföG zurück bezahlen*“ (A 9/18-19). So beurteilt Ingmar Arndt die gesamte Studienzeit als „*eigentlich nich so (1) nich so eindrucks-voll*“ (A 9/42). Jedoch fühlt er sich durch die wechselnden Anforderungen (kleines Kind zu Hause, Nachtdienste und Klausuren schreiben) „*permanent unter, unter Druck*“ (A 9/25).

Sein praktisches Jahr absolviert er in einer Spezialklinik für Venenheilkunde. Dort fühlt er sich zwar als „*billige Arbeitskraft*“ (A 2/19) missbraucht, sieht sich selbst aber auch noch nicht in der Lage, eigenverantwortlich als Arzt zu handeln. Nach

einem Jahr wechselt er die Stelle und fängt in einem anderen Krankenhaus an. Seine Assistenzarztstelle tritt er dann durch einen ‚glücklichen‘ Zufall wieder in der Venenklinik an und bleibt dort bis zum Ende seiner Facharztausbildung tätig. In dieser Zeit geht es ihm endlich finanziell zum ersten Mal gut, und es wird sein zweiter Sohn geboren.

Da es die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in dieser Zeit noch nicht gibt und Ingmar Arndt sich nicht als praktischer Arzt (ohne Facharztausbildung) niederlassen will, absolviert er die sechs Jahre Facharztausbildung für Innere Medizin. Bei dieser Entscheidung scheint die eigene Unsicherheit von Ingmar Arndt, noch nicht genug zu wissen bzw. gelernt zu haben, eine große Rolle zu spielen. Mit dem Abschluss der Facharztausbildung Mitte der 1990er Jahre endet auch sein Vertrag in der Venenklinik. Über „**Mundpropaganda**“ (A 13/4) hört er, dass jemand einen Nachfolger für eine Hausarztpraxis in einer nahe gelegenen Großstadt suche. Da sich der Vorgänger innerhalb von zwei Jahren langsam aus der Praxis zurückzieht, erhält Ingmar Arndt die Möglichkeit, sich bei Problemen und Fragen (Abrechnungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Administrative Fragen hinsichtlich der Arzthelferinnen etc.) an ihn zu wenden.

Zu Beginn seiner Hausarztstätigkeit ist Ingmar Arndt besorgt, „**ob=das überhaupt klappt ne? [...] kommt überhaupt einer**“ (A 13/27-28). Diese Angst begründet er u.a. mit dem „**fehlende[n] Doktor[titel]**“ (A 13/42). Eine im Studium in der Augenheilkunde begonnene Promotion wird von ihm nicht beendet, und später sei er „**nich mehr dazu gekommen**“ (A 13/49-50). In den folgenden fünf Jahren vergrößert sich die Praxis, so dass er eine Gemeinschaftspraxis gründet. Mit dem Einstieg eines weiteren Kollegen zieht die Praxis Mitte der 2000 in größere Räume um. Mittlerweile „**macht [ihm] das keine Alpträume mehr**“, und ironisch fügt er hinzu: er träumt „**höchstens dass [er] das alles nich schaff[t]**“ (A 14/3-4).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden: Besuchen die Zwillinge noch gemeinsam die Grundschule und das Gymnasium und beginnen sogar die Krankenpflegeausbildung im selben Krankenhaus, strebt Ingmar Arndt in der Position des männlichen Erstgeborenen – die Bildungserwartung seiner Mutter erfüllend – mit dem Medizinstudium nach einem Abschluss mit „prestigeträchtiger akademischer Traditionalität [und guten] Berufs- und Einkommenschancen“ (Bargel, Dippelhofer-Stiem, Sandberger et al. 1987: 191). Damit präsentiert sich Ingmar Arndt als Jemand, der trotz des Aufwachsens in einfachen Verhältnissen im Arbeitermilieu aufgrund seiner Zielstrebigkeit und seines pragmatischen Umgangs mit den vorhandenen Bedingungen ein erfolgreicher Arzt geworden ist. Mit der Gründung einer eigenen Familie mit einer evangelischen Ehefrau, die weiterhin als Krankenschwester arbeitet, hält er einerseits die Verbindung zu seinen familialen Wurzeln (durch die Übernahme des vorgelebten traditionellen Verhältnisses zwischen Frau und Mann) und vollzieht gleichzeitig eine Trennung (durch die Distanzierung vom Arbeitermilieu).

## **Erlebte Religion damals und heute**

Schon zu Beginn des Interviews und im Verlauf des Gesprächs taucht das Thema Religion mehrfach auf. So beginnt das Interview mit der ‚Nottaufe‘ nach der Geburt

mit der Zwillingschwester und setzt sich mit dem Bericht Ingmar Arndts fort, dass „*man im Dorf religiös*“ und seine „*Mutter [...] sowieso religiös*“ (A 4/4) war. Es wird schnell deutlich, dass Ingmar Arndt in einer ländlichen, katholisch geprägten Gegend aufwächst. Die Religion spielt in seiner Kindheit und in seinem Leben eine große Rolle, weil sie im dörflichen Leben seiner Kindheit eine große Rolle gespielt hat. So ging die Familie Arndt z.B. sonntags in die Kirche<sup>52</sup> und „*noch schlimmer in die Andacht*“ (A 4/30-31). Auf diese Weise wird das kindliche Erleben im Alltag durch einen religiös bestimmten Tages- und Jahresablauf entscheidend mitgeprägt. Auch ohne dass der Einfluss der Religion bewusst durch die Eltern weitergegeben wird, können sich Kinder und Jugendliche in sehr traditionellen ländlichen Gegenden einer religiös durchdrungenen Lebensgestaltung nicht entziehen. Indem alles im Dorf – von der Schule über Vereine bis zum Krankenhaus – religiös geprägt ist, kommt es zu einer untrennbaren Einheit von gesellschaftlichem (Arbeits-) Leben und religiösen Handlungsweisen (vgl. Först 2006: 13). Die wesentliche Form der christlichen Sozialisation scheint dabei das Mit(er)leben zu sein (vgl. Mitterauer 1988: 81). In diesem Sinne erscheint die religiöse Dorfgemeinschaft als eine in sich geschlossene Gesellschaft, in die niemand von außen eindringen und der sich innerhalb dieser niemand entziehen kann. So berichtet Ingmar Arndt etwas abschätzig, dass es Nachbarn gab, die evangelisch waren und im Dorf zur Miete wohnten. Auf diese Weise wird von Ingmar Arndt ein enger, aber auch sehr (be-) schützender Raum des dörflich religiösen Lebens in der Kindheit dargestellt.

Indem also einerseits die Mutter religiös sozialisiert ist und dies an ihre Kinder weitergibt, und andererseits im Dorf eine enge Verbindung zwischen dörflichen Strukturen und religiösem Alltag besteht, erfährt Ingmar Arndt in seiner Kindheit eine tiefe traditionelle katholische Sozialisation. Obwohl ein gewisser Zwang zu spüren ist, wird die christliche Lebensführung als gegeben hingenommen und nicht hinterfragt (vgl. dazu Först 2006: 20). Die Prägnanz bzw. Bedeutsamkeit zeigt sich auch darin, dass es mit zu den wenigen Dingen gehört, die Ingmar Arndt aus seiner Kindheit erzählt (vgl. dazu Mitterauer 1988: 62).

Geprägt durch eine mehr oder weniger intensive religiöse Sozialisation in der Kindheit durch die Mutter und das dörfliche Leben bedauert er heute die fehlenden Strukturen des religiösen Alltags (z.B. sonntäglicher Kirchgang oder Beten). Obwohl er der Meinung ist, dass er „*jetzt auf die Idee nich kommen*“ (A 4/6-7) würde, sich taufen zu lassen, werden die Erinnerungen an die Kinderzeit doch mit Wehmut und nostalgischer Verklärung vorgetragen. Im Hier und Jetzt scheint es kaum noch eine Rolle zu spielen: „*macht ja niemand mehr, wer geht denn sonntags in die Kirche, ja? man zieht sich sonntags wie werktags an*“ (A 4/12-13). Und obwohl er die religiöse Sozialisation im Nachhinein als „*eigentlich gut*“ (A 4/35) bewertet, schränkt er ein, dass es sich bei seinen Kindern nicht durchsetzen ließe (u.a. auch, weil seine Frau „*evangelisch*“ (A 4/38) ist). Es wird deutlich, dass Ingmar Arndt die Enge des dörflichen Lebens zwar überwunden hat, dennoch aber in den Strukturen des katholischen Glaubens tief verwurzelt ist. Einer intensiven Beteiligung in Kindheit und Jugend an religiösen Handlungsweisen folgt eine Distanzierungsphase im Erwachsenenalter, der wiederum eine erneute Kontaktauf-

<sup>52</sup> „Der sonntägliche Kirchgang [...] lag zu Beginn der 50er Jahre im Bundesdurchschnitt bei rund 50% aller Katholiken.“ (Liedhegener 2006: 124)

nahme zur Kirche anlässlich der ersten selbst verantworteten Kasualfeier (Hochzeit oder Taufe) folgt (vgl. Först 2006: 17). Mit einem einsetzenden Generationswechsel und einer zunehmenden Säkularisierung<sup>53</sup> hat sich zwar der Umgang mit religiösen Ritualen (sonntäglicher Kirchgang, Beichten, Fasten etc.) verändert, aber nicht die katholisch geprägte Lebensorientierung im Hinblick auf eine von Unwägbarkeiten gekennzeichnete Zukunft (vgl. Först 2006: 41). Vor diesem Hintergrund erscheint es für Ingmar Arndt „selbstverständlich“, dass seine beiden Söhne „richtig [...] also katholisch“ (A 4/40) getauft wurden.

Das katholische Denken scheint bei Ingmar Arndt durch die kindliche Prägung aus dörflichen Strukturen und katholischen Moralvorstellungen tief verwurzelt zu sein. So sehr, dass es für ihn unverständlich ist, wenn er dahingehend von der Interviewerin gebeten wird, etwas mehr darüber zu erzählen. Die Elemente der Kirche werden wie andere Elemente des Lebensvollzuges auch zu den Bestandteilen eines ‚normalen‘ Lebens gerechnet und sind einer bewussten Reflexion bzw. Problematisierung zum Teil nicht zugänglich (vgl. Först 2006: 46 f.).

### **Strukturhypothese zur Lebensgeschichte von Ingmar Arndt**

Ingmar Arndt wird zu Beginn der 1960er Jahre als Erster eines Zwillingspärchens im südlichen Westfalen geboren und wächst in enger Verbindung zwischen dörflichen Strukturen und religiösem Alltag in einem traditionellen Familienmilieu auf. In den nächsten fünf Jahren bekommt Ingmar Arndt zwei weitere Geschwister. Im Hinblick auf das traditionell christliche Rollenverständnis von Ehe und Familie ernährt der Vater die Familie als Maurer, und die Mutter kümmert sich als Hüterin der Familie um die vier Kinder und den Haushalt. Ungeachtet des heterogenen Elternpaares (Vater als einfacher Handwerker, die Mutter mit starker Bildungsorientierung) und des aufgrund der Zugehörigkeit zum Arbeitermilieu finanziell bescheidenen Rahmens wachsen die Kinder in der dörflich christlichen Gemeinde behütet auf.

Der Erstgeborene Ingmar Arndt wird als männlicher Stammhalter früh mit dem Wunsch der Mutter konfrontiert, einer ihrer Söhne solle Pastor und einer Arzt werden. Im Gegensatz zu seinem jüngeren Bruder führt die hohe Bildungserwartung der Mutter für ihren Erstgeborenen (vgl. Forer & Still 1991: 73) dazu, dass Ingmar Arndt nach dem Abitur durch Ausdauer (Bundeswehr, Krankenpflegeausbildung) und Fleiß (Bewältigung von Lernen für Klausuren, Kindbetreuung und Geld verdienen) das Medizinstudium beginnt und in der Regelstudienzeit abschließt. Obwohl Kinder die von den Eltern zugewiesenen Rollen auch zurückweisen können, gilt das erste Kind in der Regel als konservativer und autoritätskonformer (vgl. Forer & Still 1991: 86 f.).

Besuchen die Zwillinge nach der Grundschule gemeinsam das Gymnasium und beginnen noch gemeinsam eine Krankenpflegeausbildung, strebt Ingmar Arndt in der Position des männlichen Erstgeborenen mit dem Medizinstudium nach einem

---

<sup>53</sup> Unter Säkularisierung wird „die zunehmende Autonomie der Welt gegenüber ihren christlichen Sinn- und Traditionsvorgaben im Verlauf des Modernisierungsprozesses westlicher Gesellschaften verstanden [und verläuft] auf einer gesamtgesellschaftlichen, einer kirchlich-institutionellen, einer kirchlich-sozialen und einer individuellen Ebene“ (Liedhegener 2006: 100).

Abschluss mit hoher akademischer Traditionalität sowie guten Berufs- und Einkommenschancen. Obwohl er damit – die Bildungserwartung seiner Mutter erfüllend – einen Aufstieg aus dem Arbeitermilieu vollzieht und sich so von diesem distanziert, hält er durch die Heirat mit einer Krankenschwester und der Übernahme des ihm vorgelebten traditionellen Verhältnisses zwischen Mann und Frau, indem der Ehemann formal höher qualifiziert ist als die Ehefrau, die Verbindung zu seinen familialen Wurzeln.

Aufgrund seines für das Medizinstudium nicht ausreichenden Abiturnotendurchschnittes verbessert Ingmar Arndt seine Chancen auf einen Medizinstudienplatz durch die Ableistung des Grundwehrdienstes. Einerseits kann die danach begonnene Krankenpflegeausbildung hier ebenfalls unter dem Aspekt der Zielorientierung und als Vorbereitung auf das Medizinstudium eingeordnet werden. Andererseits scheint ihm das Lernen schon in der Schule nicht so leicht gefallen zu sein, und er beginnt deshalb zunächst (auch zur eigenen Absicherung) eine praktische Lehre. Zumal er und seine Schwester mit der Berentung des Vaters aufgrund seiner rheumatischen Erkrankung die Familie durch die Ausbildung nicht zusätzlich finanziell belasten. Das Studium, welches er zwei Jahre später beginnt, finanziert Ingmar Arndt dann durch das BAföG und zusätzlich durch Nachtwachen. Mit nur 37 Jahren übernimmt er als Facharzt für Innere Medizin eine eigene Hausarztpraxis und präsentiert einen erfolgreichen Werdegang mit dem Ausbau der Praxis in eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Kollegen.

Vor dem Hintergrund eines traditionell ländlichen Milieus mit katholischer Tradition und den damit verbundenen klaren Strukturen und Vorgaben erlebt Ingmar Arndt eine normale Kindheit ohne jegliche Auffälligkeiten. Auch in der Jugend setzt sich dies fort, indem er aus der Gemeinschaft der Gemeinde und der Schule in die Gemeinschaft der Bundeswehr eintritt. Diese Tendenz der Vermeidung erkennbarer Abgrenzungstendenzen gegenüber einer selbst definierten Mehrheit wird noch heute z.B. darin deutlich, dass sich die tiefe religiöse Verwurzelung Ingmar Arndts – wie bei anderen auch – nicht im regelmäßigen Vollzug kirchlicher Vorgaben und Rituale widerspiegelt – und dies trotz einer gefühlten Wehmut bzgl. der heutigen Entwicklung. In Bezug auf die Fallstrukturhypothese lässt sich demzufolge aussagen, dass das Leben von Ingmar Arndt stark durch das eigene *Bedürfnis nach Anpassung an seine Umwelt* (an die jeweilige Gemeinschaft) und damit eng verbunden durch das *Bedürfnis, dem Anspruch anderer gerecht werden zu wollen*, gekennzeichnet ist. Letzteres wird besonders darin deutlich, wenn er sich aufgrund der hohen Bildungsorientierung seiner Mutter nach einem Aufstieg aus dem Arbeitermilieu für das eher untypische Medizinstudium und damit für einen prestigeträchtigen Beruf mit guten Einkommenschancen entscheidet und sich auf diese Weise zum ersten Mal aus der gut bekannten Mehrheit heraushebt. Mit dem Beginn des Studiums ändert sich die Richtung seiner Anpassungstendenz. Mit der Geburt des ersten Sohnes und der Gründung einer eigenen Familie vollzieht sich allmählich eine Ablösung von der Herkunftsfamilie. Darüber hinaus ist der gesamte Werdegang durch eine enorme *Zielstrebigkeit und Stringenz* gekennzeichnet. In der Analyse des Interviews wird der Eindruck gewonnen, als müsse nicht nur das Studium, sondern das gesamte Leben „*einfach durchgezogen werden*“ (A 9/46). In diesem Sinne wirkt Ingmar Arndt sehr strukturiert und geerdet. Dabei verläuft sein Leben insgesamt sehr gradlinig und unauffällig. Erfahrungen mit Erkrankungen in der Familie und dem Tod

von nahe stehenden Personen werden scheinbar gut bewältigt. Er präsentiert sich als Jemand, der seinen Beruf und seine Familie gut miteinander vereinbaren kann und ein gut funktionierendes Leben führt.

### 5.3.3 Krankheitskonzepte zwischen eigenem Kranksein und beruflichem Alltag

#### **Persönliche und familiale Krankheitsereignisse**

Obwohl das Leben von Ingmar Arndt nicht durch besondere Unregelmäßigkeiten geprägt ist, finden in Zehn-Jahresabständen bedeutende Ereignisse statt: zunächst wird sein Vater aufgrund einer chronischen Erkrankung berentet und verstirbt 10 Jahre später, weitere 10 Jahre später spürt Ingmar ein Engegefühl in der Brust. Diese Ereignisse bilden im Folgenden vornehmlich den Hintergrund für die Analyse der Wahrnehmung und des Umgangs mit familialen und eigenen Erkrankungen.

Ingmar Arndt wird früh mit der Erkrankung seines Vaters konfrontiert. Zu Beginn der 1970er Jahre machen sich bei seinem Vater Gelenkprobleme bemerkbar, die von den Ärzten zunächst nicht eingeordnet werden können und wie eine Sehnen-scheidenentzündung behandelt werden (u.a. wurde ein Arm in Gips gelegt). Später wurde dann eine „*rheumatoide Arthritis*“ (A 5/47) diagnostiziert. Diese chronisch entzündliche Erkrankung der Gelenke tritt oft schubweise auf und ist sehr schmerzhaft. Die Erkrankung führt zur Berufsunfähigkeit des Familienernährers, er wird bereits einige Jahre später berentet. Ingmar Arndt erinnert sich, dass sein Vater zunächst schlecht laufen konnte, dann mit Gehhilfen ging und später im Rollstuhl saß. Heute als Arzt stellt er Vermutungen darüber an, woran sein Vater verstarb. Er geht davon aus, dass letztlich die Nebenwirkungen der antirheumatischen Medikamente zu einer Niereninsuffizienz geführt haben, die wiederum die Todesursache sein könnte. Über sein Erleben als Kind und Jugendlicher äußert er sich dagegen kaum. Er sagt lediglich, dass das „*alles ziemlich schwierig*“ (A 5/47) gewesen sei und dass die Berentung „*auch die, die Finanzen nicht unbedingt besser gestellt*“ (A 5/47-48) habe. Obwohl vermutet werden kann, dass die chronische Erkrankung und die damit erzwungene Aufgabe des Vaters als Familienernährer sowohl eine große Bedeutung für die Familie gehabt hat, als auch Ingmar Arndt als Jugendlichen daran gehindert hat, sich mit dem Vater auseinandersetzen zu können, gibt es im Interview kaum Hinweise auf eine Ausdifferenzierung des Themas. Einerseits ist denkbar, dass durch eine fehlende Auseinandersetzung mit dem kranken Vater die Mutter mehr ins Zentrum einer Konfrontationsfigur tritt (die Dominanz der Mutter und seine versuchte Auflehnung dagegen wird mehrfach angesprochen). Andererseits denkt er selbst darüber nach, inwieweit die Erkrankung seines Vaters seine Berufswahl beeinflusst hat.

Das Thema ‚Erkrankungen im familienbiographischen Kontext‘ taucht später erst wieder in den Schilderungen zu seiner selbst gegründeten Familie und speziell im Umgang mit den Erkrankungen der eigenen Kindern wieder auf. So bemerkt Ingmar Arndt im Verlauf des Interviews fast wie nebenbei, dass er seine Kinder in der Regel selbst behandelt. Auf die Nachfrage der Interviewerin berichtet er, dass er

versucht, seine Kinder selbst zu behandeln, aber dies manchmal aus Zeitgründen nicht immer möglich sei oder auch schief gehen könne. So seien seine beiden Jungs bis zu einem Alter von ca. fünf Jahren von seiner Frau zum Kinderarzt gebracht worden, danach habe er die meisten Erkrankungen selbst behandelt. In diesem Zusammenhang erinnert er sich daran, dass seine Frau mit dem jüngeren Sohn einmal beim Hautarzt war und Ingmar Arndt sich im Nachhinein über die aus seiner Sicht zu hohe Rechnung geärgert hat. Anschließend erzählt er, dass er ebenfalls bei seinem jüngeren Sohn die Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung durchgeführt habe. Dennoch sei dieser dann mit vier oder fünf Jahren an Mumps erkrankt. Eingeleitet und beendet wird die Geschichte mit der Vermutung, dass Ingmar Arndt den Impfstoff zu lange im Auto gelagert habe und so die Kühlkette unterbrochen worden sei, was wiederum eine Beeinträchtigung des Impfschutzes zur Folge gehabt habe. Letztlich war es dann ein Zufall, dass sein Sohn an Mumps erkrankte und eine sehr ausgeprägte Form von Mumps entwickelte. So schildert Ingmar Arndt sehr eindrucksvoll, wie „schrecklich“ (A 16/9) das gewesen sei: „*der sah wirklich grauslig aus*“ (A 16/19-20), konnte sich aufgrund der Schwellungen kaum bewegen, bekam den Mund kaum auf und hatte Schmerzen. Für die Unterbrechung der Kühlkette hat Ingmar Arndt zunächst auch eine plausible Erklärung: „*weil irgendwie noch wer angerufen-*“ (A 16/7) hat, bricht diese jedoch schnell ab und meint: „*wie auch immer*“ (A 16/7). Entweder erinnert Ingmar Arndt sich nicht mehr an die Einzelheiten, oder diese haben sich später als unwichtig herausgestellt. Die Einzelheiten der Krankheitssymptome werden im Folgenden von ihm auf eine sehr komische Weise präsentiert. Möglicherweise lenkt er (sich) so von seinen eigenen Schuldgefühlen ab. Er befindet sich als Vater und Arzt in einer doppelt verantwortungsvollen Rolle, in der er in diesem Zusammenhang versagt hat. Schuldgefühle werden implizit erkennbar, als es darum geht, dass er damals kein Foto von seinem Sohn gemacht habe, obwohl „*im Nachhinein hätten wir=s ganz gerne=gehabt*“ (A 16/22). Obgleich also davon ausgegangen werden kann, dass er sich für die Mumpserkrankung seines Sohnes verantwortlich fühlt, betont er am Ende noch einmal die Schuldigkeit der mangelnden Kühlkette, und verortet sich damit nur implizit in der Rolle des eigentlich Verantwortlichen. Darüber hinaus wirkt die gesamte Schilderung aufgrund der zwar humorvollen, aber auch unpräzisen Darstellung wenig professionell. Darin wird deutlich, dass er hier nicht als Arzt, sondern als Vater erzählt. Damit könnte er verdeutlichen wollen, dass er sich in erster Linie als eine Person betrachtet, die nicht unfehlbar ist, und zudem darstellen, dass auch Ärzte Fehler machen. Außerdem könnte es sich um eine latente Verarbeitungsstrategie seinerseits handeln, durch welche er seine Schuldgefühle abzubauen versucht.

Betrachtet er die Erkrankung seines Vaters heute mehr aus ärztlicher Sicht, so stehen in der Krankenepisode seines Sohnes mehr seine väterlichen Wahrnehmungen im Vordergrund. Beide Begebenheiten verdeutlichen aber, dass Ingmar Arndt familial gesehen vermutlich wenig mit (ernsthaften) Erkrankungen konfrontiert wurde bzw. Erkrankungen in der Familie keinen sehr starken Einfluss auf sein Leben gehabt haben.

Nach einer Zeit befragt, in der er sich selbst krank gefühlt habe, erfahren wir etwas zu seiner eigenen Krankheitsgeschichte. Diese wird im Gegensatz zu den beiden ersten Schilderungen ausführlicher dargestellt und mit den Erfahrungen anderen

Kollegen verglichen. Aufgrund der Nachfrage scheint Ingmar Arndt zunächst über den offensichtlichen Perspektivenwechsel irritiert zu sein: „*Krank gefühlt? (2) äh (1) oh das soll=ich jetzt erzählen?*“ (A 16/26). So beginnt er mit drei abgebrochenen Ansätzen, bevor er berichtet, dass er „*von Haus=aus [...] n Heuschnupfen*“ (A 16/27) hat. Dies stelle für ihn aber eher eine Befindlichkeitsstörung dar, mit der er gut zu Recht komme und sich arrangiert habe. In scheinbarer Abgrenzung zu dieser ‚harmlosen‘ Erkrankung berichtet er dann von einem „*Engegefühl der Brust*“ (A 16/30), welches ihn um die Jahrtausendwende beschäftigt habe. Obwohl er auf der kognitiven Ebene erkennt, dass er „*gar keine Risikofaktoren*“ (A 16/32) hat, stellt er für sich dennoch die Verdachtsdiagnose Angina Pectoris. Anstatt die Symptome von einem anderen Arzt abklären zu lassen, macht er sich Gedanken über den Fortbestand der Praxis im Krankheitsfalle und schließt schließlich zwei Versicherungen ab. Offenbar etwas überstürzt versichert er sich gegen das maximale Risiko. Erst mit dem Übergang in eine Gemeinschaftspraxis kündigt er eine der beiden Versicherungen wieder. Mit der Einsicht, dass er das „*ganz falsch gemacht*“ (A 16/35) hat und er das keinem Patienten empfehlen würde, wird der Konflikt zwischen Arzt- und Patientenrolle, mit denen er sich hier konfrontiert sieht, offensichtlich. Indem ein beobachtetes, unspezifisches Symptom (Engegefühl) sofort zu einer ernsten Verdachtsdiagnose (Angina Pectoris) führt, wechselt er von der Patientenrolle in die Rolle des Arztes. Obwohl keine Risikofaktoren vorliegen und das Symptom ohne Folgen bleibt, kann der Perspektivenwechsel darauf hinweisen, dass er versucht, einerseits seine Beobachtungen mit medizinischen Fachausdrücken zu objektivieren, und zum anderen, dass er hypochondrisch überreagiert hat. Er schwankt zwischen der eigenen Beruhigung als Arzt („*und wahrscheinlich war=das auch gar nichts*“ A 16/46-47) und der eigenen Betroffenheit und Sorge als Patient (aufgrund einer Erkrankung eines Praxiskollegen, der zwar ebenfalls keine Risikofaktoren aufwies, aber dennoch „*hat=er ja tatsächlich auch was gehabt*“ A 17/8-9). Die erlebte Ambivalenz lässt sich bis heute eigentlich nicht auflösen, da er sich nicht untersuchen ließ, sondern abgewartet, regelmäßig den Blutdruck gemessen habe und abnehmen wollte. Aus heutiger Sicht bezeichnet er seine Reaktion zwar als „*nich vernünftig*“ (A 16/47), scheint aber dennoch den Gedanken an die Möglichkeit einer ernsthaften Erkrankung nicht ganz aufgegeben zu haben. Mit dem Anschluss, das „*machen aber alle gleich*“ (A 16/48), versucht er sich anscheinend zu rechtfertigen, obwohl dies gar nicht nötig erscheint. Auf diese Weise versteckt er sich am Ende in der Gemeinschaft der Ärzte hinter Allgemeinplätzen (Stammtischweisheiten): z.B. „*Ärzte sind die schlechtesten Patienten [...] weil=se alles besser wissen*“ (A 17/11-12). Als Teil eines Kollektivs lenkt er so von sich ab und scheint auf diese Weise seine Ängste und die eigene Unsicherheit überspielen zu wollen.

Im Gegensatz zu den Schilderungen der Krankengeschichte seines Vaters, die Ingmar Arndt mit einiger Distanz aus ärztlicher Sicht präsentiert, werden in den Erzählungen über seine Kinder und seine eigenen Erkrankungen immer wieder Ambivalenzen deutlich. Im Falle der Mumpserkrankung seines Sohnes schwankt er zwischen dem eigenen Verantwortungsbewusstsein und der Schuldzuweisung an die mangelnde Kühlkette. In der Darstellung seiner eigenen Krankengeschichte wird seine ambivalente Haltung zwischen der distanzierten Arztrolle und der emotionalen Patientenrolle überdeutlich.

## Berufsbezogene Handlungspraktiken

Über die Untersuchung persönlicher und familialer Krankheitserlebnisse hinaus basiert die Analyse der Krankheitskonzepte und Handlungsstrukturen auch auf der Analyse von Konsultationsaufzeichnungen mit dem Arzt Ingmar Arndt und seinen Patienten. Bei der Analyse ging es wie bei der Untersuchung von Sven Turner-Meyer nicht darum zu beurteilen, ob der Arzt aus medizinischer und ärztlicher Sicht richtig gehandelt hat, sondern zum einen generelle Handlungsmuster im beruflichen Alltag und zum anderen die Krankheitskonzepte aus einer weiteren Perspektive zu untersuchen, um diese anschließend mit den Ergebnissen aus dem biographischen Interview gegenüber stellen zu können.

Die Aufzeichnung der Konsultationen mit Ingmar Arndt und seinen Patienten fand an einem Vormittag im Sommer 2009 in seiner Praxis in M statt. Insgesamt kamen 17 Patienten (sieben Frauen und zehn Männer) in die Sprechstunde, die alle einer Aufzeichnung zustimmten. Die Konsultationen dauerten im Durchschnitt 13 Minuten (5-31 Minuten). Wie in einer Hausarztpraxis zu erwarten, waren die Beratungsanlässe sehr unterschiedlich, u.a. kamen die Patienten mit Infekten der Atemwege, mit Schmerzen unterschiedlicher Genese, aber auch zu Vorsorgeuntersuchungen sowie zu Besprechungen von Untersuchungsergebnissen oder der Besprechung von medikamentösen Therapien.

Aus den 17 Konsultationen wurden zwei für eine weitere Analyse ausgewählt. Bei der ersten Konsultation handelt es sich um Herrn Bauer, einem Vertretungspatienten<sup>54</sup>, dessen Frau bereits bei Ingmar Arndt in Behandlung ist und der selbst das zweite Mal in die Praxis kommt. Bei Frau Schmidt handelt es sich um ein typisches Arzt-Patienten-Gespräch mit einer langjährig bekannten Patientin. Obwohl beide Patienten thematisch sehr verschieden sind, repräsentieren sie die Breite der Konsultationen des Vormittags. Zunächst sollen nachfolgend die Zusammenfassungen der Interaktionsanalysen beider Gespräche mit dem jeweils herausgearbeiteten Interaktionsgehalt der Konsultationen vorgestellt werden, bevor abschließend die Analyse in Bezug auf die Krankheitskonzepte des Arztes erfolgt.

Herr Bauer ist Vertretungspatient in der Praxis von Ingmar Arndt und vermutlich schon Rentner. In dem 16 Minuten langen Gespräch werden verschiedene Themen wie z.B. Schmerzen, Zoster, Hautirritationen und Probleme mit dem Stuhlgang angesprochen. Zu Beginn der Konsultation sichert sich Ingmar Arndt zunächst bzgl. der Aufnahme des Gespräches doppelt ab. Obwohl der Arzt danach gleich das Anliegen des Patienten erfragt, bleibt das Interaktionsgeschehen zwischen Arzt und Patient eine Weile unklar, was den Arzt zunächst zu verunsichern scheint. Vom Patienten werden verschiedene Themen relativ schnell nacheinander eingebracht (Schmerzen, Tabletten, Probleme mit dem Stuhlgang). Der eigentliche Grund der Konsultation scheint dem Arzt jedoch noch unklar zu sein, weshalb er sich weiter vortastet und Herrn Bauer zunächst die Regie überlässt. Als Herr Bauer dann auf einen medikamentösen Vorschlag von Ingmar Arndt eingeht, übernimmt dieser die Initiative und erklärt dem Patienten, welches Medikament er verschreiben will und warum. Dann gibt Herr Bauer wieder die Richtung vor, indem er viele Sachen nach-

---

<sup>54</sup> Das bedeutet, dass Herr Bauer eigentlich eine andere Hausärztin hat und bei Ingmar Arndt in der Sprechstunde war, als diese Urlaub hatte.

einander anspricht und der Arzt nur versucht, darauf zu reagieren. Ingmar Arndt richtet sich hier im Inhalt und dem Tempo nach dem Patienten. Als Herr Bauer dann beim Medikament einwilligt, eröffnet der Arzt eine weitere medikamentöse Möglichkeit. Nach weiterer Abklärung (der Vergewisserung, dass es sich nicht um einen Nabelbruch handelt) wechselt Ingmar Arndt das Thema und spricht an, dass er für eine weitere Diagnostik (mögliche Darmspiegelung) den Patienten zu wenig kennt. Daraufhin gibt der Patient zu verstehen, dass er zu Ingmar Arndt in die Praxis wechseln möchte. Dieser scheint jedoch nicht begeistert und versucht dem Patienten zu erklären, dass dies gegenüber der bisher betreuenden Kollegin unfair sei. Herr Bauer wiegelt jedoch ab und meint, seine bisherige Hausärztin hätte eben Pech gehabt. Weiterhin versucht er mittels seiner Ehefrau, die ebenfalls in der Praxis von Ingmar Arndt betreut wird, einen Grund anzubringen, der ihn wechseln lässt. Nach einigem Hin und Her kommt Ingmar Arndt ihm unter der Bedingung, dass die jetzige Hausärztin informiert wird und die Unterlagen übermittelt, entgegen. Jedoch möchte Herr Bauer nicht, dass seine Hausärztin darüber informiert wird, und lenkt das Gespräch zur Verordnung seiner Tabletten bzgl. seines „*angebliche[n] Herzinfarkt[s]*“ (A/M5 3/44). Ingmar Arndt greift das Thema des Patienten bzgl. der Medikamente auf und entzieht sich auf diese Weise ebenfalls dem Streitpunkt. So erklärt er ihm die übliche Vorgehensweise bzgl. der Medikation nach einem Herzinfarkt ausführlich und begründet darüber seine Expertenmacht, die vom Patienten auch anerkannt wird. Da der Patient anscheinend das verordnete Schmerzmittel gedanklich in seinen dauernden Medikationsplan eingebaut hat, muss Ingmar Arndt ihn hier berichtigen. Mit dem Verweis auf das bestehende Hausarztssystem mit seinen Strukturen (Betreuung aller Erkrankungen durch *einen* Arzt) macht Ingmar Arndt dem Patienten deutlich, dass er nicht so einfach die Darmprobleme abklären kann. Ingmar Arndt kommt also zum Thema des Hausarztwechsels zurück und verdeutlicht noch einmal seine Bedingungen. Gleichzeitig bietet er aber seine Kompetenzen in Bezug auf die Probleme des Patienten an. Nachdem Herr Bauer ebenfalls verdeutlicht, was er von seinem Hausarzt erwarte (Check-up, Klärung der Verstopfung, Tablettenüberprüfung), kommt es zu einer beiderseits tragbaren Einigung. Als Ingmar Arndt ‚durchschaut‘, dass es Herrn Bauer vornehmlich darum zu gehen scheint, durch einen Arztwechsel weniger Medikamente nehmen zu müssen, gibt er ihm zu verstehen, dass es bzgl. seiner Medikation vermutlich keine Änderung geben wird. Nach einem kleinen Kompetenzstreit behält der Arzt die Oberhand und empfiehlt ein Medikament hinsichtlich eines besseren Stuhlgangs, welches er aber ohne Diagnose nicht verschreiben dürfe. Herr Bauer fügt sich in die Situation und akzeptiert die Rollenverteilung, indem der Arzt die Steuerungs- und Expertenmacht innehat. Mit der Planung einer Check-up-Untersuchung beendet Ingmar Arndt das Gespräch und tröstet den Patienten damit auf den nächsten Termin.

Zusammenfassend wird deutlich, dass das eigentliche Ziel des Patienten Herrn Bauer darin zu bestehen scheint, durch einen Arztwechsel weniger Medikamente nehmen zu müssen. Ingmar Arndt kann diese Hoffnung jedoch nicht erfüllen und erklärt die Zusammensetzung der Medikamente und die möglichen Hintergründe. Damit bestärkt der Arzt die Kompetenz der ehemaligen Hausärztin des Patienten und signalisiert ihm die Richtigkeit der bisherigen medikamentösen Therapie. Auf den vom Patienten forcierten Arztwechsel geht Ingmar Arndt nur zögerlich ein und signalisiert, dass es nicht seine Art sei, „*irgendwelche Leute zu beeinflussen*“ (A/M5

5/2-3). Letztlich stellt er verschiedene Bedingungen für einen möglichen Wechsel der Hausarztpraxis (Ärztin Bescheid geben, Unterlagen anfordern, Medikamente belassen), bietet gleichzeitig aber seine Kompetenzen in der weiteren Betreuung von Herrn Bauer an (Check-up mit Urin- und Blutuntersuchung, Darmspiegelung). Es fällt auf, dass der für Ingmar Arndt noch relativ unbekannt Patient zunächst das Gespräch steuert und den Verlauf maßgeblich beeinflusst. Als dem Arzt jedoch das eigentliche Anliegen von Herrn Bauer deutlich wird, übernimmt er selbst die Regie. Obwohl der Patient weiterhin mehrfach einen Themenwechsel initiiert, bleibt Ingmar Arndt bei seinem Leitfaden und schließt die Konsultation mit der Vereinbarung eines Termins für die geplante Check-up-Untersuchung ab.

Die Patientin Frau Schmidt ist 79 Jahre alt und ist schon in der Praxis des Vorgängers von Ingmar Arndt in Behandlung gewesen. Das 13 Minuten lange Gespräch beginnt mit der doppelten Absicherung des Arztes Ingmar Arndt bzgl. der Aufnahme der Konsultation, obwohl die Patientin bereits auf die erste Nachfrage ihre Zustimmung erteilt. Der Arzt folgt scheinbar seinem eigenen Gedankengang und spricht wie zu sich selbst (oder an die Forscherin gewandt), dass er sich nach Abschluss des Projektes für die Resultate interessiert. Danach schaut er sich die Ergebnisse der letzten Blutzuckerkontrolle (des HbA1c-Wertes) der Patientin an und stellt fest, dass dieser gut war. Auf diese Weise bleibt zu Beginn der Konsultation eine Konzentration auf die Patientin Frau Schmidt und ihr Anliegen aus. Frau Schmidt ordnet sich zudem seiner Struktur unter, indem sie z.B. seine Aussagen bejaht. Das Anliegen der Patientin bleibt so weiterhin unklar, und Ingmar Arndt scheint nicht zu verstehen, warum die Patientin in die Praxis gekommen ist. Ohne Frau Schmidt direkt nach ihrem Anliegen zu befragen, redet er weiter über die Blutwerte und interpretiert diese für die Patientin. Ingmar Arndt steuert so das Gespräch, ohne dass ein Interesse seitens der Patientin gegenüber den Blutwerten erkennbar wird. Lediglich beim gemeinsamen Vergleich und positiver Bestätigung der gerade in der Praxis gemessenen Blutdruckwerte und der von der Patientin in der Häuslichkeit selbst gemessenen Werte wird ein gemeinsames Interesse und Verständnis offensichtlich. Ohne Zustimmung der Patientin öffnet Ingmar Arndt anscheinend am Computer ein Programm zur Ermittlung des kardiovaskulären Gesamtrisikos<sup>55</sup>. Zur Anwendung des Programms auf die Patientin entnimmt er einige Daten aus der Akte von Frau Schmidt und stellt dieser weitere Fragen in Bezug zur Anamnese und Familienanamnese bzgl. Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Als es in dem Programm um die Frage nach sportlichen Aktivitäten auf Seiten der Patientin geht, wird Frau Schmidt zum ersten Mal aktiver. So argumentiert sie gegen die Idee des Arztes, dass sie mehr Sport treiben könne, da ihr immer wieder auftretender Schwindel sie aus ihrer Sicht daran hindere. Der Arzt lässt diesen Einwand jedoch nicht gelten und betont stattdessen die positive Wirkung von Sport auf die errechneten Werte des Programms für ihr individuelles (kardiovaskuläres Gesamt-) Risiko. „*Ein strammes Spaziergehen [...] wenigstens zwei Stunden in der Woche*“ (A/W6 2/43-45) rei-

---

<sup>55</sup> Es handelt sich um das Programm „arriba“. Mit arriba können Hausärzte für ihre Patienten eine individuelle Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall erstellen, welche optisch demonstriert wird und auch Effekte von Verhaltensänderungen oder medikamentöser Therapien darstellt. Hausärzte und Patienten können so über eine dem objektiven kardiovaskulären Gesamtrisiko und den subjektiven Präferenzen des Patienten gleichermaßen Rechnung tragende Therapie gemeinsam entscheiden (siehe <http://www.arriba-hausarzt.de/index.html>).

chen seiner Meinung dafür auch aus, und das sollte sie auch versuchen. Um die Patientin jedoch nicht zu sehr unter Druck zu setzen, flüchtet Ingmar Arndt sich in die Hervorhebung des guten Umgangs von Frau Schmidt bezüglich ihres Diabetes. So bekräftigen beide, dass Frau Schmidt als Patientin alles getan hat, und dass das Ziel darin besteht, das mögliche Eintreffen von Morbidität solange wie möglich *„hinaus zu schieben“* (A/W6 3/14-15). Unvermittelt setzt Ingmar Arndt das Gespräch in einer neuen Richtung fort und sieht in den Unterlagen nach, wann die letzte Check-up-Untersuchung stattgefunden hat. Aufgrund seiner Unterlagen regt er an, beim nächsten routinemäßigen Termin bzgl. der Blutzuckerkontrolle den Check-up anzuschließen. In Verbindung mit dem Thema redet Ingmar Arndt kurz über die Möglichkeit, den Check-up mit der Hautkrebsvorsorge zu verbinden, und fragt nach der Beteiligung der Patientin am DMP Diabetes<sup>56</sup> sowie nach ihrer letzten Vorstellung beim Augenarzt. Als die Patientin berichtet, dass sie ca. vor einem halben Jahr beim Augenarzt war und *„den Zettel“* (A/W6 4/9) in der Praxis abgegeben hat, ignoriert Ingmar Arndt diese Information anscheinend und sagt ihr, dass er jetzt einen Zettel ausdruckt, den sie sich an der Anmeldung abholen kann. Obwohl es einleuchtend erscheint, dass die Patientin den Arztbrief des Augenarztes meint, bleibt unklar, über welchen Zettel der Arzt an dieser Stelle spricht (einen Ausdruck im Rahmen des Check-ups, des DMPs oder des benutzten Risikorechners). Nachdem für Ingmar Arndt die Konsultation eigentlich beendet scheint, fragt Frau Schmidt nach dem weiteren Vorgehen bzgl. ihres Ehemannes und bringt damit anscheinend ihr eigentliches Anliegen zur Sprache. Ingmar Arndt meint, dass das CT abgewartet werden müsse und er genau wissen will, ob nach der Darmoperation vor einem Jahr der Krebs sich zurückgemeldet habe. Dann stellt Frau Schmidt noch die Frage, ob ihr Mann trotz seiner Medikamente Bier trinken dürfe. Ingmar Arndt beruhigt sie dahingehend und meint: *„es sein ihm herzlich gegönnt“* (A/W6 4/41). Womit die Patientin zufrieden scheint und die Konsultation endgültig beendet wird.

Am Ende des Vormittags erfahren wir von Ingmar Arndt in einem Nachgespräch, dass Frau Schmidt vermutlich Hausfrau war und sehr *„päpstlich und akribisch“* mit ihrem Diabetes umgeht. Ihr 82-jähriger Ehemann wurde im vergangenen Jahr am Kolonkarzinom operiert und wollte keine Chemotherapie.

Zusammenfassend wird offensichtlich, dass Ingmar Arndt fast das gesamte Gespräch bestimmt. Die Patientin wird lediglich zu bestimmten Unklarheiten befragt, und ihm reicht ein kurzes zustimmendes oder verneinendes Zeichen von ihr, um in seinem Gedankengang fortfahren zu können. Ohne nach dem eigentlichen Anliegen der Patientin zu fragen, dominiert er von Beginn an die Konsultation – er gibt die Richtung und die inhaltlichen Wendungen vor, und die Patientin versucht im Großen und Ganzen, ihm dabei zu folgen. In der gesamten Konsultation kommt Frau Schmidt kaum zu Wort und erst zum Ende des Gesprächs wird deutlich, was ihr eigentliches Anliegen ist (ihr Mann). Es wird deutlich, dass Ingmar Arndt zwar die Patientin Frau Schmidt immer wieder kurz zu Wort kommen lässt, aber letztlich seinem eigenen inneren Leitfaden folgt und das Thema häufig wechselt, ohne sich zu vergewissern, ob die Patientin dies nachvollziehen kann. Für beide – Arzt und

<sup>56</sup> DMP steht für Disease Management-Programm und bedeutet, dass Menschen mit einer chronischen Erkrankung (hier Diabetes) einer systematischen Behandlung zugeführt werden sollen. Die seit den 2000er Jahren gesetzlich eingeführten strukturierten DMP-Programme sind für versicherte Patienten freiwillig. Im Falle des DMP Diabetes nehmen die Patienten z.B. an Schulungen teil. Darüber hinaus erfolgt die regelmäßige Kontrolle beim Hausarzt in Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten (z. B. Augenarzt).

Patientin – scheint diese Art der Kommunikation jedoch üblich und handhabbar zu sein, da auf beiden Seiten keinerlei Irritationen zu spüren sind. Auch ist denkbar, dass an die vorherige Konsultation nahtlos angeknüpft wurde und folglich das Thema für beide Interaktionspartner vorab festgelegt war, für den außen stehenden Betrachter jedoch unklar bleibt.

Beide Arzt-Patienten-Gespräche scheinen für den in den Konsultationen fest etablierten Kommunikationsstil von Ingmar Arndt typisch zu sein. So orientieren sich die Arzt-Patienten-Interaktionen vielfach an den körperlichen als auch anamnestischen Untersuchungen der Patienten. Darüber hinaus sind die Interaktionen von Arzt und Patient durch ein Hin und Her von kurzen, direkten Fragen und knappen Antworten geprägt, wobei auffällt, dass Ingmar Arndt als Arzt die größeren Redeanteile am Gespräch (in seinen Erklärungen) für sich beansprucht. Die Konsultation mit Frau Schmidt dominiert er in Richtung und Inhalt fast vollkommen, wohingegen Herr Bauer mehr Einfluss auf den Fortgang des Gespräches mit dem Arzt erhält. Letzteres erinnert zwischendurch immer wieder an eine Art Schlagabtausch, der nur durch Erläuterungen und Erklärungen bzgl. der Medikation und des Systems Hausarzt von Ingmar Arndt unterbrochen wird. Mögliche Erklärungen für diese Unterscheidung liegen zum einen in dem Aspekt, dass es sich bei Frau Schmidt um eine langjährig gut bekannte Patientin handelt, bei Herrn Bauer dagegen um einen Vertretungspatienten, den er zum zweiten Mal sieht. Da Herr Bauer aber auch nicht ganz unbekannt ist und dessen Frau zudem in der Praxis von Ingmar Arndt betreut wird, kann zum anderen vermutet werden, dass die Differenz auch auf einen geschlechtsspezifischen Aspekt zurückgeführt werden kann. Das Gespräch mit Herrn Bauer lässt weniger hierarchische Differenzierungen erkennen. Dagegen wird im Gespräch mit Frau Schmidt die Asymmetrie zwischen Ingmar Arndt und ihr überdeutlich. Zudem scheint die Arzt-Patienten-Kommunikation mit Frau Schmidt in einem fest etablierten Rollengefüge festzustecken, während bei Herrn Bauer noch alles offen scheint.

## Analyse der Krankheitskonzepte

Legen wir wieder die Definition der Krankheitskonzepte von Kreher et al. zu Grunde (vgl. Kapitel 3.2) und untersuchen die einzelnen Bereiche in Bezug auf die bisherigen Analyseergebnisse, dann fällt zunächst auf, dass es sowohl im biographischen Interview mit Ingmar Arndt als auch in den untersuchten Arzt-Patienten-Interaktionen auf den ersten Blick relativ wenig Hinweise auf Ingmar Arndts Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung von Krankheiten gibt. Dennoch soll an dieser Stelle wieder eine analytische Trennung erfolgen, um die Krankheitskonzepte von Ingmar Arndt eingehend untersuchen zu können.

- Hinweise auf eine *historisch geprägte* Wahrnehmung, Interpretation und Verarbeitung von Krankheiten bzw. Symptomen sind vor allem im biographischen Interview erkennbar. So spricht Ingmar Arndt aufgrund der eigenen früheren Zwillingsgeburt zwar die im Gegensatz zu heute noch nicht

gut entwickelte Pränataldiagnostik<sup>57</sup> an, versteht jedoch bis in die Gegenwart hinein die Sorgen seiner Mutter diesbezüglich nicht (da sie beide „*so klein ja nu auch nich* [waren,] *acht Monate das war ja schon okay*“, A 2/42-43). Hier scheint ihm selbst als Arzt die Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten nicht von großer Bedeutung zu sein. Dagegen erzählt er ausführlicher über die medizinischen Irrtümer im Zusammenhang mit der Erkrankung seines Vaters (an rheumatoider Arthritis). Da die Ärzte aufgrund der Gelenksbeschwerden des Vaters zunächst eine Sehnenscheidenentzündung diagnostizieren, wird u.a. ein „*Arm in Gips*“ (A 18/24) gelegt. Einige Jahre später wird der Vater aufgrund der Diagnose berentet. Obwohl Ingmar Arndt als Arzt zwar Vermutungen über die Todesursache seines Vaters (Nebenwirkungen der Medikamente führten zu einer Niereninsuffizienz) anstellt, zieht er dennoch keine Parallelen zu den heutigen Diagnostik- und Behandlungsmethoden bei diesem Krankheitsbild. Es bleibt lediglich ein Unverständnis ob der früheren (falschen) Diagnose zurück. Im Gegensatz dazu erscheint es für die Analyse interessant, dass er sich gegen Ende des Interviews Gedanken über die allgemeinen historischen Entwicklungen in der Medizin macht. Am Beispiel Roosevelts versucht er zu verdeutlichen, dass dieser mit den entsprechenden Medikamenten, die es damals „*nicht gab*“ (A 20/4), vielleicht nicht an einer „*Hirnblutung*“ (A 20/2) hätte sterben müssen. Darüber hinaus betont er, dass es für ihn „*unglaublich*“ (A 20/9) ist, wenn die Gesellschaft Angst vor einer immer älter werdenden Bevölkerung und den damit verbundenen steigenden Behandlungskosten hat. Der medizinische Fortschritt, ohne den er sich seine Arbeit vermutlich nicht vorstellen könnte, verwandelt sich in seinen Augen somit in einen Fallstrick für die Gesellschaft.

- Die *Akteursgebundenheit* bezieht vornehmlich die Perspektive des sinnhaft handelnden Subjekts ein. Ihr können zum einen die eigenen Erkrankungen von Ingmar Arndt sowie seine in der Interaktion mit dem Patienten Herrn Bauer geäußerte Weltsicht zur Arztrolle in der heutigen Gesellschaft zugeordnet werden. Ingmar Arndt scheint in Bezug auf seine eigenen Erkrankungen zwischen Befindlichkeitsstörungen (z.B. Heuschnupfen) und ernsthaften Erkrankungen (z.B. Angina Pectoris) zu unterscheiden. Hat er sich mit Ersterer gut arrangiert, reagiert er auf das Engegefühl in der Brust jedoch anders, als er es seinen Patienten raten würde. Obwohl er auf der kognitiven Ebene erkennt, dass er „*keine Risikofaktoren*“ (A 16/32) hat, stellt er für sich dennoch die Verdachtsdiagnose Angina Pectoris. Ohne einen Arzt zu kontaktieren, wartet er zunächst ab, misst regelmäßig seinen Blutdruck und will abnehmen. In der Darstellung scheint er hin und her gerissen zwischen dem Arztsein und der Angst, zum Patienten zu werden. Obwohl das Engegefühl schnell wieder verschwindet und bislang keine weiteren Symptome aufgetreten sind, bleibt seine Sorge einer grundsätzlich möglichen Erkrankung dennoch bestehen. Dies wird auch in der Interaktion mit dem Patienten Herrn Bauer spürbar, indem Ingmar Arndt äußert: „*selbst gute Ärzte werden krank*“ (A/M5 6/36). In der Konsultation präsentiert er zudem

<sup>57</sup> Die Pränataldiagnostik beinhaltet verschiedene vorgeburtliche diagnostische Verfahren, die zur Feststellung von Fehl- und Missbildungen angewandt werden können.

seine Sicht auf seine gesellschaftliche Rolle als Arzt. So können Krankheiten seiner Meinung nach zwar nicht verhindert, aber ihr Ausbruch mit einem guten Management der Risikofaktoren hinausgezögert werden. Ingmar Arndt sieht sich selbst also weniger als Heiler als vielmehr als Jemand, der durch den bisherigen medizinischen Fortschritt in der Lage ist, andere Menschen dabei zu unterstützen, das Eintreten schwerwiegender Erkrankungen (wie Herzinfarkt oder Schlaganfall) möglichst lange zu verhindern. Krankheiten werden von ihm als ein nicht zu verhinderndes Übel dargestellt, das letztlich zum Leben dazu gehört. Auch wenn er bereit ist, als Arzt Verantwortung zu übernehmen und die Patienten dahingehend zu dirigieren, bleibt eine realistische (fast pessimistische) Sichtweise erkennbar, die seinerseits scheinbar ein pragmatisches Herangehen an die Dinge erforderlich macht.

- Die Untersuchung der Krankheitskonzepte von Ingmar Arndt in ihrer Einbettung in relativ stabile und zugleich lebenszeitlich veränderliche *biographische* Handlungsmuster muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass Ingmar Arndt seine Mutter – als Hausfrau und Mutter – schon früh in einer sehr dominanten Familienrolle wahrnimmt. Vermutlich verlagert sich die fehlende Auseinandersetzung mit seinem kranken Vater auf die Mutter. Obgleich Ingmar Arndt letztlich die hohen Erwartungen seiner Mutter an den erstgeborenen Sohn erfüllt, stellt er sie sowie ihre Ansichten und ihren Umgang mit bedrohlichen Ereignissen mehrfach in Frage. Dies beginnt schon mit den Zweifeln an den Geschichten um seine Geburt. Er beschreibt es als „*nervig*“, wenn seine Mutter auf der einen Seite betonte, wie „*schlimm [und] ganz schrecklich*“ (A 2/38-39) das war, aber dass es ihr auf der anderen Seite „*überhaupt nichts ausgemacht*“ (A 2/39) hat. Auch wird die von der Mutter geleistete Pflegearbeit für den Vater von Ingmar Arndt offen angezweifelt und im nächsten Schritt wieder beschwichtigt. Die bereits in den Berichten um seine Mutter wahrzunehmenden Ambivalenzen werden auch im Interview und in den Konsultationen mit seinen Patienten an anderen Stellen immer wieder deutlich. Dies könnte auf eine familienbiographische Verortung oder Übertragung hindeuten. Es kann also festgehalten werden, dass sich im biographischen Kontext die Wahrnehmung, Deutung und Verarbeitung von Krankheiten vor allem auf die Personen, die damit in Zusammenhang gebracht werden, konzentriert. So wird auch verstehbar, dass trotz der prinzipiellen Anerkennung medizinischer Fortschritte diese innerhalb der erlebten Lebensgeschichte in den Hintergrund treten und kaum mitgedacht werden.
- Eine *entitätsspezifische* Differenzierung zwischen verschiedenen Krankheitsbildern und/oder Symptomen scheint für Ingmar Arndt im Unterschied zu Norbert Gruber und Sven Turner-Meyer von großer Relevanz zu sein. So scheint er zum einen zwischen behandlungsbedürftigen Erkrankungen und „*Befindlichkeitsstörung[en]*“ (A 16/28) und zum anderen zwischen Erkrankungen und den sie verursachenden Risikofaktoren zu unterscheiden. Obwohl immer wieder deutlich wird, dass er das biographische Interview vor allem als Person gibt, die zufällig Arzt ist, legt er auch hier viel Wert auf medizinische Fachbegriffe (z.B. rheumatoide Arthritis, Niereninsuffizienz, Angina Pectoris). Darüber hinaus

werden medizinische Zusammenhänge jedoch nur vage dargestellt und spielen kaum eine Rolle. Auch in den Konsultationen mit seinen Patienten werden zwar medizinische Termini eingebracht, die Erklärungen beziehen sich aber vor allem auf bestimmte Medikationen, die dann nach der oben geschilderten Unterteilung entsprechend an Bedeutung gewinnen oder verlieren (Medikation nach Herzinfarkt vs. Schmerzmittel bei Gürtelrose).

- Aufgrund der ungewohnten Aufnahmesituation beginnen die Konsultationen meist mit der nochmaligen Absicherung durch den Arzt bzgl. einer Zustimmung der Patienten zur Aufnahme. Auch in anderen Konsultationen werden vom Arzt ihn betreffende aktuelle Ereignisse (z. B. Reparatur des Autos oder das nicht funktionierende Garagentor) aufgegriffen und den Patienten kommuniziert. Ist der Patient gut bekannt, führt der Arzt – scheinbar nach einem inneren Leitfaden – inhaltlich und zeitlich durch die Konsultation, ohne dass dieser für jemand Außenstehenden und vielleicht auch für die Patienten erkennbar wird. Dies führt in diesen Fällen zu einer größeren Asymmetrie zwischen dem Hausarzt Ingmar Arndt und seinen gut bekannten Patienten. Das noch nicht fest etablierte Rollengefüge bei weniger gut bekannten Patienten ermöglicht es diesen dagegen, mehr Freiraum zur Darstellung ihrer Probleme zur Verfügung zu haben. Letztlich scheint dies jedoch zunächst nicht unmittelbar etwas mit den Krankheitskonzepten des Arztes und ihrer situativen Veränderlichkeit zu tun zu haben, sondern vielmehr mit der Gestaltung der Interaktionssituationen. In Bezug auf den Aspekt des *situativ Adaptierbaren* lässt sich vor diesem Hintergrund herausarbeiten, dass eine Adaption seiner Konzepte an die der Patienten oder die jeweiligen Konsultationssituationen in den analysierten Materialien kaum deutlich wird, da es ihm vornehmlich darum geht, durch eine gute Einstellung der Risikofaktoren die eigentlichen Erkrankungen hinauszuzögern. Die Umsetzung dieses Ziels scheint jedoch vielmehr durch die oben angesprochenen Konzepte als durch den einzelnen Patienten und ihre Geschichte beeinflusst zu werden.

Zum Krankheitskonzept von Ingmar Arndt lässt sich zusammenfassend festhalten, dass er eine strenge Unterscheidung von behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen (bzw. banale Erkrankungen) sowie zwischen schwerwiegenden Erkrankungen und deren Risikofaktoren vornimmt. Dies lässt ein starkes Kausalitätsdenken vermuten. Darüber hinaus scheint er der festen Meinung zu sein, dass er als Arzt Krankheiten nur durch das Management der Risikofaktoren hinauszögern, aber letztlich nur wenig beeinflussen kann. Die Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung von Krankheiten ist eng an die jeweiligen Personen gebunden, die von Krankheit betroffen sind.

#### 5.3.4 Biographische und berufliche Handlungsmuster

In der Analyse der Lebensgeschichte von Ingmar Arndt kristallisieren sich vornehmlich zwei bedeutende **biographische Handlungsmuster** heraus, die eng miteinander verbunden sind. Zum einen hat Ingmar Arndt das *Bedürfnis, dem Anspruch anderer gerecht werden zu wollen*. Diese Ansprüche nimmt er sowohl aus der eigenen Familie kommend wahr als auch aus den Gemeinschaften, in denen er

aufwächst und lebt. Innerhalb der Familie stellt die Mutter ihre hohe Bildungserwartung an den Sohn, die dieser letztlich erfüllt. Innerhalb der Gemeinschaften im dörflich religiösen Alltag in seiner Kindheit und Jugend, der Bundeswehr und aktuell der Gemeinschaftspraxis ordnet Ingmar Arndt sich den dortigen Regeln und Ordnungen unter. Ein Gefühl der *Dazugehörigkeit* scheint ihm wichtig zu sein und führt zu einer *Anpassung* an die jeweilige Gemeinschaft. Zum anderen zeichnet sich die Biographie von Ingmar Arndt durch eine enorme *Zielstrebigkeit und Stringenz* aus. Die notwendigen Dinge zur Zielerreichung müssen getan (bzw. „*durchgezogen*“) werden und werden kaum hinterfragt. Das Ziel einer eigenen Hausarztpraxis erreicht er durch Ausdauer (Bundeswehr, Krankenpflegeausbildung) und Fleiß (viel Arbeit, intensives Lernen während des Studiums). Aufgrund seiner zielgerichteten praktischen und pragmatischen Herangehensweise hat er es geschafft, trotz ungünstiger Bedingungen (fehlende finanzielle Unterstützung durch die Herkunftsfamilie aus dem Arbeitermilieu) ein erfolgreicher Arzt zu werden. In dieser Funktion *lebt* er ausschließlich *im Hier und Heute*, denkt über seinen bisherigen Lebensweg scheinbar wenig nach und reflektiert diesen im Interview auch nicht. Die materiellen Lebensbedingungen spielen in diesem Zusammenhang als Grundlage zum Leben eine entscheidende Rolle und werden im Verlauf des Interviews mehrfach erwähnt (Kindheit, Studium, Facharztausbildung und Beruf). Bei aller Stringenz fällt dennoch auf, dass einzelne Geschichten und Beziehungen zu Personen im Interview von Ingmar Arndt immer wieder als ambivalente dargestellt werden (Kindheit, Bundeswehrzeit, Religion, Mutter), und dass es ihm während des Interviews nicht gelingt, *sich eindeutig zu positionieren*.

Aus der Analyse des lebensgeschichtlichen Interviews und den Konsultationen mit seinen Patienten kann festgehalten werden, dass die ***beruflichen Handlungsmuster*** von Ingmar Arndt auf der einen Seite ebenfalls durch eine *klare Stringenz* gekennzeichnet sind. Sobald er für sich ein (von außen nicht immer erkennbares) Ziel festgelegt hat, verfolgt er dieses scheinbar sehr konsequent und ergebnisorientiert (z.B. Medikation, Aufstellung von Bedingungen zum Arztwechsel). Aufgrund seiner Sichtweise, Krankheiten nicht grundsätzlich verhindern, sondern nur durch ein gutes Management der Risikofaktoren hinauszögern zu können, weist das Handeln von Ingmar Arndt viel *Pragmatismus* und eine hohe *Fokussierung auf körperliche und anamnestiche Untersuchungen* auf. Als Arzt übernimmt er die Verantwortung für die Patienten (vor allem in Diagnostik und Medikation) und dirigiert diese entsprechend. Er sieht sich selbst weniger als Heilkundiger, sondern als Jemand, der durch den bisherigen medizinischen Fortschritt in der Lage ist, andere Menschen dabei zu unterstützen, das Eintreten schwerwiegender Erkrankungen (wie Herzinfarkt oder Schlaganfall) möglichst lange zu verhindern. Auf der anderen Seite bleibt sowohl das Anliegen der Patienten als auch das Ziel Ingmar Arndts in den Konsultationen lange offen und zum Teil bis zum Ende der Interaktionen unklar. Hier *fehlen* häufig eindeutige *Positionierungen* seinerseits sowie evozierte Positionierungen auf Seiten der Patienten. Von außen betrachtet sprechen Arzt und Patient oft parallel und damit aneinander vorbei, ohne dass ein offensichtlicher, grundlegender Konsens erkennbar wird. Ingmar Arndt fragt die Patienten zwar nach ganz konkreten Informationen (Blutdruck, Stuhlgang, Anamnese), lässt jedoch die dahinter stehenden Anliegen offen. Die von Ingmar Arndt häufig evozierten Themenwechsel und Sprünge im Interaktionsgeschehen

können einerseits darauf hindeuten, dass er mögliche Konflikte scheut. Andererseits können sie aber auch als ein legitimes Abwägen zwischen Konsequenz und Entgegenkommen auf diplomatisches Geschick verweisen.

Beziehen wir nun sowohl die biographischen als auch die beruflichen Handlungsstrukturen im Fall von Ingmar Arndt in die nachfolgende Betrachtung mit ein, können wir feststellen, dass beide Bereiche einige Parallelen aufweisen. Im Interview etabliert sich ein sehr knapper Berichtsstil, der sich scheinbar auch im beruflichen Alltag mit seinen Patienten niederschlägt und auf eine schnelle und zügige Arbeitsweise hinweist. In kürzester Zeit wird biographisch viel geschafft und beruflich viel abgehandelt, was auf Stringenz und Zielstrebigkeit in beiden Bereichen hindeutet. Dennoch wird gerade in den Konsultationen mit den Patienten das eigentliche Ziel in den Interaktionen nicht wirklich erkennbar. Indem er die Regie und die Steuerung – seinem inneren Leitfaden folgend – übernimmt, ohne diesen transparent zu machen, bleibt sowohl für den Patienten als auch für den außen stehenden Beobachter die Zielsetzung Ingmar Arndts unklar. Wirkt Ingmar Arndt in den Konsultationen mit seinen Patienten auf den ersten Blick sicher und kompetent, so fällt es ihm – genau wie im biographischen Interview – auch hier schwer, sich zu positionieren. Indem er letztlich seine Beweggründe und Ziele im Vagen hält, muss er auch nicht Position beziehen. Sowohl im Interview als auch in den Konsultationen mit seinen Patienten vermeidet Ingmar Arndt Reflexionen und stützt sich auf vermeintlich klare Fakten. Es hat den Anschein, als ob sowohl das eigene Leben als auch die Konsultationen mit den Patienten „*einfach durchgezogen werden*“ (A 9/46) müssen. Dabei ist ihm sowohl im Privaten als auch im Beruflichen die Gemeinschaft und Zugehörigkeit zu einem Kollektiv wichtig. Hat sich auch im Verlaufe seines Lebens die Größe seines Netzwerkes stark gewandelt, ist ihm das Wissen darum, Teil einer Gemeinschaft zu sein, doch sehr wichtig (z.B. als Arzt schlechter Patient zu sein). Im Gegensatz zum biographischen Muster, dem Anspruch anderer gerecht werden zu wollen, scheint er in den Konsultationen mit seinen Patienten eher seine eigenen Ansprüche zu realisieren. Letztlich ist er aber auch hier bestrebt, die Erwartungen der Patienten zu erfüllen, stellt aber seine eigenen Bedingungen dazu in den Vordergrund. Generell wird deutlich, dass Ingmar Arndt vor allem im Hier und Heute lebt. So macht er sich zwar Gedanken (und manchmal auch Sorgen) um den Fortbestand der Praxis und die eigene Gesundheit, setzt sich aber eher wenig mit der eigenen Vergangenheit oder der der Patienten auseinander. Die Vergangenheit wird von ihm weniger als ein zu reflektierender Bestandteil wahrgenommen als vielmehr als unabdingbarer Bestandteil einer Person, von der sich die Zukunft aus beeinflussen lässt.

## 6. Hausärztliche Handlungsmuster und Krankheitskonzepte – Von der Empirie zur theoretischen Generalisierung

### 6.1 Hausärzte als ‚ganzheitlich handelnde‘ Individuen

Wurden bislang die Ergebnisse aus den biographischen und interaktionsbezogenen Analysen für den einzelnen Fall dargestellt, soll im Folgenden nun eine fallübergreifende Betrachtung angestrebt werden. Ausgangsbasis bilden vor allem die herausgearbeiteten jeweiligen biographischen und beruflichen Handlungsmuster sowie die untersuchten Krankheitskonzepte der Hausärzte. Um abschließend die These der ‚ganzheitlich handelnden‘ Hausärzte aufrechterhalten zu können oder verwerfen zu müssen, sollen die im Kapitel 2.3 aufgestellten Forschungsfragen nachfolgend auf einer verallgemeinernden Ebene beantwortet werden.

Indem zunächst die erzählte und gelebte Lebensgeschichte und danach die biographischen und beruflichen Handlungsmuster der untersuchten Hausärzte gegenübergestellt und kontrastierend verglichen werden, sollen folgende in diesem Abschnitt im Vordergrund stehende Fragen beantwortet werden:

- Welche familienbiographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Muster von Hausärzten lassen sich aus familiengeschichtlichen Erzählungen und beruflichen Interaktionen rekonstruieren?
- Wie hängen biographische Muster und die Ausübung des Arztberufs als professionelle Praxis zusammen?

#### **Gelebte und erzählte Lebensgeschichte**

Das Leben des Hausarztes Dr. Norbert Gruber ist von der frühen Kindheit an bis ins Erwachsenenleben durch ungewollte und gewollte Abbrüche in sozialen Beziehungen gekennzeichnet. Die Auflösung sozialer Strukturen und häufige Wechsel in den sozialen Beziehungen weisen vielfältige Parallelen zu den Orts- und Tätigkeitswechseln (zum Teil sogar Kulturwechseln) auf. Dennoch mündet sein Lebensweg in festen (familialen) Strukturen in der Berufsausübung und der privaten Lebensführung. Vor diesem Hintergrund ist es Norbert Gruber möglich, sich zum Zeitpunkt des Interviews als jemand zu präsentieren, der trotz widriger Umstände und mehrfacher Zäsuren seinen Weg gefunden hat und diesen Lebensweg als Erfolgsgeschichte darstellt.

Das gesamte Leben von Dr. Sven Turner-Meyer ist durch sein Streben nach (sozialer, beruflicher und finanzieller) Autonomie und Unabhängigkeit gekennzeichnet. Sein früh etabliertes Bedürfnis nach Anerkennung wird in der Zugehörigkeit zur medizinischen Profession beruflich erfüllt, das sich für ihn mit einem hohen Statusbewusstsein verbindet. Im Interview stellt er sich als jemand dar, der schon immer Allgemeinmediziner werden wollte und der dieses Ziel von Zeit zu

Zeit mehr oder weniger zielstrebig verfolgt hat und der sein Handeln im persönlichen und im beruflichen Bereich argumentierend reflektieren kann.

Dagegen ist das Leben des Hausarztes Ingmar Arndt von dem Bedürfnis geprägt, sich seiner Umwelt und der jeweiligen Gemeinschaft, in der er lebt, zu integrieren und anzupassen. Damit ist auch sein Bedürfnis verbunden, dem Anspruch anderer gerecht werden zu wollen. Nach außen hin ist sein Leben durch eine enorme Zielstrebigkeit und Stringenz gekennzeichnet. So überrascht es nicht, dass sich Ingmar Arndt als jemand präsentiert, der trotz seiner Herkunft aus dem Arbeitermilieu aufgrund seiner Zielstrebigkeit und seines pragmatischen Umgangs mit den vorhandenen Bedingungen ein ‚erfolgreicher‘ Arzt geworden ist. Er stellt seinen Beruf und seine Familie als gut miteinander vereinbar dar und verweist im Interview auf ein gut funktionierendes Lebensmilieu.

Obwohl alle drei Hausärzte demographisch gesehen vermutlich einer oder zwei Kohorte/n zugeordnet werden könnten, werden die unterschiedlichen historischen Bezüge und ihre Auswirkungen auf den Lebensweg und damit die Einordnung in unterschiedliche Generationen sehr deutlich<sup>58</sup>. Norbert Gruber wird in der unmittelbaren Nachkriegszeit geboren und wächst die ersten beiden Lebensjahre vermutlich in eher prekären Verhältnissen auf, bevor er von einem deutsch-jüdischen Ehepaar adoptiert wird. Sven Turner-Meyer wird dagegen in der Zeit des Wirtschaftswunders in sehr behütete und sichere Verhältnisse hineingeboren. Und Ingmar Arndt wächst Anfang der 1960er in enger Verbindung zwischen dörflichen Strukturen und religiösem Alltag in einem traditionellen Familienmilieu ebenfalls behütet auf.

Vor diesem Hintergrund lassen sich je nach Perspektive verschiedene Zugehörigkeiten zu Generationen für die untersuchten Hausärzte ausmachen. Folgen wir Lutz Leisering und betrachten die Hausärzte in einem sozialstaatlichen Generationszusammenhang, dann kann Norbert Gruber der ‚Nachkriegsgeneration‘ zugeordnet werden. Die Kindheit und Jugendzeit dieser Generation zeichnet sich sowohl durch einige Jahre vielfältiger Entbehrungen als auch durch einen historischen „Zuwachs an Sicherheit, Wohlfahrt und Lebensqualität“ (2000: 64) aus. Sven Turner-Meyer kann der ‚Wohlfahrts- oder Wirtschaftswundergeneration‘ zugeordnet werden, die in den 1960er Jahren mit der „Selbstverständlichkeit des wirtschaftlich generierten und sozialstaatlich flankierten und verbreiteten Wohlstands“ (ebenda: 66) aufwuchs. Ingmar Arndt kann in diesem Schema der nachfolgend ‚klassisch sozialstaatlichen Generation‘ zugeordnet werden, die sich in den 1970 Jahren „wachsende[n] Ansprüche[n] an eine Steigerung von Lebensqualität und an aktive Lebensgestaltung durch den Staat“ (ebenda) gegenüber sah. Unter welchem Blickwinkel eine Einordnung in bestimmte Generationszusammenhänge auch immer erfolgt, bleibt festzuhalten, dass der Lebensweg von Norbert Gruber augenscheinlich wesentlich stärker von äußeren Einflüssen geprägt wurde als die Lebensabläufe von Sven Turner-

<sup>58</sup> Der Generationsbegriff ist im Gesellschaftlichen auf einer Makroebene anzusiedeln und umfasst „Personen, die in einem begrenzten Zeitraum geboren wurden und deshalb bestimmte historische Ereignisse in ähnlichem Lebensalter erfahren haben“ (Kohli & Szydlik 2000: 7). Auch wenn Gabriele Rosenthal im Rückgriff auf Karl Mannheim (1928) – sicherlich zu Recht – eine „empirisch geerdete Konzeptionsentwicklung“ (2000: 163) des Generationsbegriffs fordert, kann dies an dieser Stelle nicht geleistet werden. Beispielsweise schlagen Simone Kreher und Gabrielle Vierzigmann im Rückgriff auf Wolfram Fischer-Rosenthal (1995b) und Joachim Matthes (1985) vor, Generationen „in ihrem Beziehungs- und Verhältnischarakter“ zu untersuchen: „einerseits als Generationsverhältnisse, soweit sie die kulturellen Muster der gesellschaftlichen Regelungen von Zeitlichkeit betreffen“ und „andererseits als Generationenbeziehungen, die über biographische Arbeit, das Kommunizieren und Interagieren in der Familie konstituiert werden“ (1997: 246).

Meyer und Ingmar Arndt. Jedoch ist jedes Individuum „überdies nicht nur Träger gesellschaftlicher Funktionen und Sozialisationsobjekt“, sondern ist „selbst biographisch-individuelle[r] bzw. kollektiv-historische[r] Akteur“ (Weymann 2000: 40), was biographietheoretisch auch noch einmal die enge Verbindung von Individuellem und Gesellschaftlichem in den gelebten Lebensgeschichten der untersuchten Akteure verdeutlicht.

In Bezug zur erzählten Lebensgeschichte wird deutlich, dass alle Hausärzte ihre eigene Biographie als Erfolgsgeschichte darstellen, obwohl die Analyse der biographischen Strukturierungen auch andere Lesarten und Hypothesen zulassen würden. Bei Norbert Gruber fällt der Gegensatz zwischen der vermittelten Normalität und Kontinuität in der erzählten Lebensgeschichte zur Analyse seiner biographischen Daten, in denen seine Kindheit und seine Jugend durch Zäsuren und Diskontinuitäten geprägt sind, besonders auf. Auch bei Sven Turner-Meyer wird ein Ungleichgewicht zwischen seinem Unabhängigkeitsstreben in Verbindung mit dem ärztlichen Beruf, mit dem er für sich das höchste Ansehen verbindet, deutlich. Obwohl Hausärzte innerhalb der Medizinischen Profession einen relativ niedrigen Status besitzen (vgl. Hall 1972: 310 f.), gibt sich Sven Turner-Meyer damit zufrieden und lehnt eine weitergehende Facharztausbildung ab. Mit der Niederlassung als praktischer Arzt kann er sich damit einer erneuten Konfrontation mit der Hierarchie in den Kliniken entziehen sowie eigenständig und unabhängig entscheiden und handeln. Bei Ingmar Arndt fällt der Kontrast zwischen der präsentierten Zielstrebigkeit in seiner biographischen Darstellung einerseits und der Vagheit des sich Nicht-Positionieren-Wollens andererseits auf. Suggestiert die biographische Strukturhypothese eine enorme Beharrlichkeit in der Zielverfolgung (Arzt zu werden), so ist während des Interviews und in den Patientenkonsultationen auch Unsicherheit und eine gewisse Unbestimmtheit wahrzunehmen, die die Zielstrebigkeit vermissen lassen.

Weiterhin fällt auf, dass die Hausärzte ihren Lebensweg auf der Suche und im Finden eines beruflichen und privaten Gleichgewichts präsentieren. Letztlich haben sie ihre lang verfolgten Ziele – wenn auch oft über Umwege und durch eine nicht immer geradlinige Berufskarriere – erreicht. Auch wenn die (Allgemein-) Medizin auf diesem Weg durchaus eine unterschiedliche Rolle spielt, wird von ihnen allen der Wunsch, Hausarzt zu werden, als ein seit der frühen Kindheit verfolgtes Ziel dargestellt – unabhängig davon, ob der Wunsch der eigenen Person entsprungen ist oder durch starke Bezugspersonen beeinflusst wurde. Da keiner der hier interviewten Hausärzte sofort nach dem Schulabschluss sein Medizinstudium begonnen hat, musste das Ziel, Hausarzt zu werden, immer über Umwege mehr oder weniger ‚erkämpft‘ werden.

Nachdem die gelebten und erzählten Lebensgeschichten der drei Hausärzte gegenübergestellt wurden, sollen nachfolgend die herausgearbeiteten biographischen und beruflichen Handlungsmuster kontrastierend verglichen werden.

## **Biographische und berufliche Handlungsmuster**

In den *biographisch-geprägten* Handlungsmustern von Norbert Gruber fällt auf, dass ein ‚Nicht-Suchen-Wollen‘ nach Personen, Gründen und Ursachen einer ‚geo-

graphischen und beruflichen Suche' gegenübergestellt werden kann. Darüber hinaus sind einige Bereiche seines Lebens durch eine gewisse ‚Schicksalsergebenheit‘ gekennzeichnet. Wohingegen sich in anderen Bereichen seine Entscheidungen durch konsequentes Handeln auszeichnen – auch wenn diese oft mit einem Neuanfang verbunden sind. Die *beruflichen* Handlungsmuster von Norbert Gruber sind dagegen durch ein ‚Interesse an anderen‘ sowie einem Bedürfnis der ‚Ursachenklärung‘ geprägt. Das Begleiten und Führen seiner Patienten ist sowohl durch ‚fürsorgliche Zurückhaltung‘ als auch von einem ‚bestimmenden und konsequenten Umgang‘ mit ihnen geformt. Zwischen den biographischen und beruflichen Handlungsmustern lassen sich bei Norbert Gruber Verbindungen auf verschiedenen Ebenen nachzeichnen. Auf einer expliziten Ebene verbindet er seine eigenen Krankheitserfahrungen mit einem geänderten Verständnis für seine Patienten. Auf einer impliziteren Ebene vermitteln die Handlungen von Norbert Gruber, dass er schon früh und in verschiedenen Lebensbereichen soziale und gesellschaftliche Verantwortung übernommen hat (Kibbuz, Militärdienst, Arztsein). Beide Bereiche sind durch ein scheinbar früh etabliertes biographisches Handlungsmuster geprägt – das einer früh erwachsen gewordenen Person, die die Dinge heute aus einer gewissen Distanz heraus betrachtet und versucht, ihnen reflektierend auf den Grund zu gehen. Darüber hinaus fällt besonders auf, dass ein Nicht-Nachgehen-Wollen im persönlichen Bereich mit einem großen Engagement im beruflichen Bereich einhergeht. Durch die Kompensation des einen Bereichs im anderen hat Norbert Gruber scheinbar für sich einen Weg gefunden, die eigenen biographischen Brüche auszubalancieren und eine ersehnte Lebenskontinuität herzustellen. Darüber hinaus weisen andere berufliche und persönliche Handlungsmuster (Akzeptanz, Schicksalsergebenheit und konsequente Haltung) vielfältige Parallelen auf.

In der Lebensgeschichte von Sven Turner-Meyer fällt als eine Art *biographisches* Haupt-Handlungsmuster sein ‚Streben nach Autonomie und Unabhängigkeit‘ auf, welches sich auch in der biographischen Fallstrukturhypothese wieder findet. Mit seinem Bedürfnis nach Autonomie und Eigenständigkeit ist auch der Wunsch verbunden, möglichst auf das eigene Leben, andere Personen und Situationen ‚Einfluss nehmen zu können‘. Dies äußert sich z.B. auch darin, sich in sozialen Beziehungen ‚nicht festlegen zu wollen‘. Dies ist eng damit verbunden, dass er sich konflikthaften Problemen eher ‚entzieht‘ als sich ihnen zu stellen. Obwohl es sich dabei um keine Lösung im eigentlichen Sinne handelt, gibt ihm die ‚Flucht‘ dennoch seine ‚Autonomie‘ zurück. Aufgrund seines starken Bedürfnisses nach möglichst hoher Autonomie sind seine Entscheidungen mit vielen Unsicherheiten behaftet, welche er jedoch mittels ‚kritischer Selbstreflexion‘ immer wieder hinterfragt und auf diese Weise versucht, mit ihnen bewusst umzugehen. Die *beruflichen* Handlungsmuster sind von verschiedenen ‚Unsicherheiten‘ geprägt, denen er ebenfalls durch Reflexion versucht zu begegnen. Aufgrund seines ‚psychosomatisch orientierten Behandlungsstils‘ ist Sven Turner-Meyer bestrebt, die den Patienten zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu unterstützen und zu lenken sowie eine ‚gemeinsam geteilte Wirklichkeit herzustellen‘. Im Fall von Sven Turner-Meyer verschwimmen die Grenzen zwischen den biographischen und beruflichen Handlungsstrukturen und gehen zum Teil ineinander über. Besonders deutlich wird dies an seinem Bedürfnis, sich und sein Handeln sowohl im persönlichen als auch im beruflichen Bereich zu hinterfragen und argumentativ darzulegen. Sowohl in beruflichen

Konsultationen als auch in den biographischen Strukturen ist eine gewisse Stringenz zu beobachten, die von seinem Drang nach Unabhängigkeit in beiden Bereichen begleitet wird. Gerade auch in seiner professionellen Tätigkeit mit seinen Patienten versucht er, diese möglichst in ihrer Unabhängigkeit und Eigenständigkeit zu unterstützen und in dieser zu bestärken. Darüber hinaus sind die Handlungsmuster dadurch gekennzeichnet, dass er beruflichen und sozialen Konfrontationen sowie Kontrollen durch andere zu entgehen versucht.

Bei Ingmar Arndt fallen vor allem zwei *biographische* Handlungsmuster auf. Sein Bedürfnis, dem ‚Anspruch anderer gerecht werden zu wollen‘ erfolgt einerseits aus dem Gefühl der ‚Dazugehörigkeit‘ und führt zum anderen zu einer ‚Anpassung‘ an die jeweilige Gemeinschaft. Darüber hinaus sind die biographischen Handlungen von Ingmar Arndt durch eine enorme ‚Zielstrebigkeit und Stringenz‘ gekennzeichnet. Die notwendigen Dinge werden zur Zielerreichung pragmatisch gehandhabt, ohne reflektiert zu werden. Vor diesem Hintergrund lebt er ausschließlich im ‚Hier und Heute‘. Die scheinbar unreflektierte Übernahme der Gemeinschaftsregeln und Rituale könnte zu den ambivalenten Haltungen gegenüber Personen und Gegebenheiten sowie zu einem ‚Positionierungsproblem‘ führen. Die *beruflichen* Handlungsmuster sind ebenfalls durch eine ‚klare und ergebnisorientierte Stringenz‘ gekennzeichnet. Das Handeln in den Konsultationen mit seinen Patienten zeichnet sich durch viel ‚Pragmatismus‘ und eine hohe ‚Fokussierung auf körperliche und anamnestische Untersuchungen‘ aus. Als Arzt übernimmt er die Verantwortung für die Patienten (vor allem in Diagnostik und Medikation) und dirigiert diese entsprechend. Jedoch weisen die zum Teil bis zum Ende der Interaktionen unklaren und offenen Zielsetzungen auch in den Konsultationen auf ‚Positionierungsschwierigkeiten‘ seinerseits hin. Im Fall von Ingmar Arndt zeigen die biographischen und beruflichen Handlungsstrukturen vielfältige Parallelen auf. Durch eine enorme Entschlossenheit und Zielstrebigkeit in beiden Bereichen wird in kürzester Zeit biographisch viel geschafft und beruflich viel abgehandelt. Wirkt Ingmar Arndt in den Konsultationen mit seinen Patienten auf den ersten Blick sicher und kompetent, so fällt es ihm – genau wie im biographischen Interview – auch hier schwer, sich eindeutig zu positionieren. Indem er letztlich seine Beweggründe und Ziele im Unklaren lässt, muss er keinen eindeutigen Standpunkt vertreten; indem er sich implizit auf die Regeln und Rituale von Gemeinschaften und Kollektiven bezieht, vermeidet er eine eigene ‚Reflexion‘ seines Handelns. Im Gegensatz zum biographischen Handlungsmuster, dass er dem Anspruch anderer gerecht werden möchte, scheint er in den Konsultationen mit seinen Patienten eher seinem eigenen Anspruch gerecht werden zu wollen. Letztlich ist er aber auch hier bestrebt, die Erwartungen der Patienten zu erfüllen, stellt aber seine eigenen Bedingungen dazu mehr in den Vordergrund.

Werden die analysierten Handlungsmuster miteinander verglichen, dann fällt auf, dass es bei allen interviewten Hausärzten strukturelle Ähnlichkeiten zwischen den biographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Handlungsmustern gibt. Vor dem Hintergrund der biographischen Analysen können auch auf den ersten Blick entgegengesetzt wirkende Handlungsweisen als sich strukturell ergänzend erklärt werden. So kann z.B. bei Norbert Gruber das hohe ärztliche Engagement im beruflichen Alltag auf eine Kompensation des Nicht-Suchen-Wollens im privaten Bereich hindeuten. Bei Norbert Gruber fällt in diesem Zusammenhang zudem auf, dass

sich einige seiner biographischen Handlungsmuster vor allem als ‚Unterlassungen‘ von Handlungen (vgl. Weber 2005: 16) darstellen. Die Akzeptanz des Nicht-Genau-Wissens führt letztlich zum Nicht-Handeln und kann hier auch als eine mögliche Art der Auseinandersetzung mit der Vergangenheit verstanden werden.

Allen Ärzten ist gemein, dass sie ihren Beruf als etwas Grundsolides betrachten, der mit viel Zielstrebigkeit und Disziplin in der Ausbildung verbunden wird. Die Motivationen dahinter sind sowohl in dem erwartbar hohen Sozialstatus und Ansehen der Berufsgruppe in der Bevölkerung als auch in der damit verbundenen Unabhängigkeit im sozialen Arbeitsgefüge zu betrachten. Dabei fällt auf, dass die Ärzte, die davon ausgehen, dass ihre Biographie ihr berufliches Handeln beeinflusst, zum einen im biographisch angelegten Interview über ihre Arbeit mit ihren Patienten erzählen und zum anderen die eigenen Erfahrungen auch in den Interaktionen mit den Patienten deutlicher sichtbar werden. Dagegen zeigt sich bei Ingmar Arndt, dass er im familienbiographischen Interview relativ wenig über seine Erfahrungen mit Patienten berichtet. Es scheint, als ginge es nur um ihn als Privatperson, die über eigene ärztliche Handlungen nur in Bezug zu den Erkrankungen seiner Kinder erzählt.

Eng verbunden mit den biographischen und beruflichen Handlungsmustern scheint zudem der Wunsch, das eigene Handeln im privaten und beruflichen Bereich argumentativ zu reflektieren. Der Grad der Reflexion ist dabei bei allen Hausärzten allerdings unterschiedlich und findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Bei Sven Turner-Meyer ist dies am ausgeprägtesten – nicht zuletzt, da er ausgehend vom telefonischen Erstkontakt im familienbiographisch angelegten Interview sich selbst und der Interviewerin gegenüber versucht, argumentativ nachzuzeichnen, wie er Hausarzt geworden ist. Dabei ist sein Bestreben nach eigener Reflexion über die permanenten Möglichkeiten, als Arzt Fehler zu machen, welche Fehler ihm bereits passiert sind und wie diese hätten umgangen werden können, sehr auffallend<sup>59</sup>.

Darüber hinaus wird erkennbar, dass die biographischen Handlungsmuster bei Norbert Gruber nicht mit den biographischen Strukturen identisch zu sein scheinen. Bei Ingmar Arndt und Sven Turner-Meyer gibt es dagegen auch zwischen den biographischen Strukturen und Handlungsmustern enge Verbindungen. Bei Sven Turner-Meyer z.B. ist das Streben nach Unabhängigkeit sowohl strukturbildendes Element in der erlebten Lebensgeschichte als auch ein stark ausgeprägtes biographisches Handlungsmuster. Ähnlich bei Ingmar Arndt, bei dem das Bedürfnis, dem Anspruch anderer gerecht zu werden, sowohl einen Aspekt der biographischen Strukturhypothese als auch ein biographisches Handlungsmuster darstellt. Wohingegen sich bei Norbert Gruber auf den ersten Blick keine offensichtlichen Verbindungen zwischen den Abbrüchen, einhergehenden Auflösungen und Wechsel sozialer Beziehungen in der erlebten Lebensgeschichte und den biographischen Handlungsmustern des Nicht-Suchen-Wollens und der geographischen und beruflichen Suche finden lassen. Einerseits kann dies wiederum durch die historisch auf die biographischen Strukturen stärker einwirkenden Begebenheiten erklärt werden, andererseits können auch hier natürlich implizit Verbindungen hergestellt werden. Diese

---

<sup>59</sup> Vor dem Hintergrund, dass sich Wissenschaft und Ärzte heute selbst immer mehr mit eigenen Fehlern auseinandersetzen (siehe z.B. <http://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/gastkommentar/gastkommentar.jsp>), steht er mit diesen Bestrebungen nicht mehr allein da.

sind jedoch nicht ähnlich oder gar identisch, sondern lassen sich eher in einem gegenseitigen Bedingungsgefüge verstehen.

Kommen wir nun noch einmal auf die zu Beginn dieses Kapitels aufgeworfene Frage hinsichtlich der Hausärzte als ‚ganzheitlich handelnde‘ Individuen zurück, dann können wir festhalten, dass Hausärzte sehr wohl in der Gesamtheit ihrer Subjektivität und Individualität handeln. Sind die Ergebnisse aus den Analysen der (familien-) biographischen Erzählungen und Interaktionen mit ihren Patienten für jeden Arzt individuell sehr verschieden, so können dennoch fallbezogen zwischen den familien- und berufsbiographischen Handlungsmustern strukturelle Ähnlichkeiten rekonstruiert werden, die eine sehr enge Verflechtung zwischen diesen erkennen lassen. Auf der Grundlage einer fallübergreifenden strukturellen Gleichartigkeit der Verflechtungen im einzelnen Fall wird die Annahme bestätigt, dass (Haus-) Ärzte eben nur bedingt in der Praxis als medizinische Experten und im persönlichen Bereich als Privatpersonen handeln, sondern letztlich in ihrem (beruflichen und privaten) Alltag eben immer als ‚ganze‘ Personen agieren.

## 6.2 Hausärztliche Krankheitskonzepte – Eine neue Definitionsbestimmung?

Im Kapitel über den Stand der Diskussion in der wissenschaftlichen Literatur (vgl. 3.2) konnte herausgearbeitet werden, dass bisherige Untersuchungen zu (hausärztlichen) Krankheitskonzepten aufgrund ihrer Datenbasis vorwiegend auf einer manifesten und unmittelbaren Ebene verbleiben. Das bedeutet, dass sich die Definitionen zu den Krankheitskonzepten aufgrund verbalisierter und erklärender Vorstellungen der Personen zu bestimmten Erkrankungen zumeist an medizinisch-naturwissenschaftlichen Denkkategorien orientieren. Darüber hinausgehende Analysen beinhalten ebenfalls bislang zu wenig biographische und familienbiographische Daten, um wichtige Fragen zur Entstehung der Krankheitskonzepte im Kontext des familialen und beruflich professionellen Handelns sowie der darin enthaltenen Relation von theoretischem und vortheoretischem Wissen beantworten zu können. Vor diesem Forschungsdesiderat ermöglichen die in dieser Arbeit vorgestellten biographischen und interaktionellen Analysen auf ganz besondere Weise eine Neubestimmung der Definition der Krankheitskonzepte.

Um sich einer (möglichen) Definitionsneubestimmung der Krankheitskonzepte im folgenden Abschnitt zu nähern, sollen die Ergebnisse der Wahrnehmungs- und Deutungsweisen von und des Umgangs mit Krankheiten der interviewten Hausärzte im privaten und beruflichen Bereich auf einer verallgemeinernden Ebene betrachtet werden. Infolgedessen legen wir zunächst wieder – wie in den Falldarstellungen – die Definition der Krankheitskonzepte von Kreher et al. (vgl. Kreher 2009a: 209 f.) zugrunde und untersuchen die einzelnen Bereiche in Bezug auf die bisherigen Analyseergebnisse in vergleichender Weise. Anschließend soll auf Basis der familien- und berufsbiographischen Analysen sowie der Analysen der Arzt-Patienten-Interaktionen eine erweiterte Sicht auf die hausärztlichen Krankheitskonzepte ermöglicht werden.

Ausgehend von der kontrastierenden Betrachtung der Analyseergebnisse zum beruflich professionellen Handeln und der damit zusammenhängenden beruflichen Handlungsmuster im vorherigen Teilkapitel fällt bereits auf, dass die Hausärzte verschiedene Grundhaltungen gegenüber ihren Patienten und Erkrankungen einnehmen, die sich ebenfalls in unterschiedlichen Krankheitskonzepten der Hausärzte widerspiegeln. Damit lassen sich die Krankheitskonzepte nicht vom Selbstverständnis des Arztes und dem Verständnis, welches er von seiner Arbeit hat, ablösen: Bei Norbert Gruber führen die eigenen und familial erlebten Erkrankungen zu veränderten Einstellungen sowohl zu sich selbst als Mensch und Arzt als auch zu anderen Personen (Familienangehörige und Patienten). Bei Sven Turner-Meyer basiert alles (berufliche) Handeln auf der Annahme, dass Erkrankungen in der Regel psychosomatisch bedingt sind und es einen engen Zusammenhang von Körper und Seele gibt, der bei der Behandlung von Symptomen und Krankheiten berücksichtigt werden muss. Ingmar Arndt dagegen unterscheidet streng zwischen Befindlichkeitsstörungen (z.B. Heuschnupfen) und ernsthaften Erkrankungen (Angina Pectoris). Letztere können jedoch nicht verhindert, sondern von ihm als Arzt lediglich mit einem guten Management der Risikofaktoren hinausgezögert werden. Die eigenen Krankheitserfahrungen der Hausärzte spielen demzufolge eine entscheidende Rolle – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und Prozesscharakter: Bei Norbert Gruber scheint sich seine Einsicht erst im Verlauf seines Lebens und in der Konfrontation mit verschiedenen Erkrankungen zu entwickeln. Bei Sven Turner-Meyer dagegen besteht die Annahme über die Beeinflussbarkeit des Körpers bereits seit der frühen Kindheit. Ingmar Arndt demonstriert vor allem anhand eigener Krankheitserfahrungen seine Grundeinstellungen zu Krankheiten in heutiger Perspektive. Vor diesen fallspezifischen Ergebnissen wird fallübergreifend sichtbar, wie eng die Krankheitskonzepte (durch eigene Erfahrungen mit Erkrankungen und dem eigenen Körper) auf die Subjekte der Ärzte als handelnde Akteure verweisen. Damit wird deutlich, wie die Krankheitskonzepte an die Perspektive der handelnden Subjekte gebunden und damit *akteursspezifisch geprägt* sind.

Eng mit dem vorangegangenen Teilaspekt ist demnach die *biographisch prozesshafte* Entwicklung der Krankheitskonzepte verbunden. Das bedeutet, dass davon ausgegangen wird, dass Krankheitskonzepte sowohl als Bestandteil des Alltagswissen und der biographischen Handlungsmuster wirken als auch durch das Erlernen einer beruflichen Handlungspraxis in der Ausbildungsphase geformt werden. Damit sind sie relativ stabil und zugleich im Laufe des Lebens veränderlich. Norbert Gruber nimmt den Zusammenhang zwischen seinen (familien-) biographischen Krankheitserfahrungen und seinem beruflichen Handeln selbst wahr und reflektiert dies auch im Interview. Bei Sven Turner-Meyer hat sich seit der frühen Kindheit das Konzept entwickelt, dass der eigene Körper durch den Willen beeinflussbar ist. Darauf aufbauend vermitteln ihm psychosomatisch bedingte Erkrankungen in seinem beruflichen Alltag in der Praxis ein sicheres Gefühl, wohingegen ihn rein körperliche Beschwerden und Erkrankungen eher verunsichern und ein Gefühl der Hilflosigkeit steigern. Bei Ingmar Arndt sind – wie die biographischen Handlungsmuster – auch die Wahrnehmungen von Krankheiten und Symptomen von anderen und seiner selbst von ambivalenten Einstellungen durchsetzt. Zudem schwankt er in der Darstellung eigener Erkrankungen zwischen Arzt- und Patientenrolle. Es fällt auf, dass sich bei ihm die Wahrnehmung, Deutung und Verarbeitung von Krankheiten vor

allem auf die Personen, die damit in Zusammenhang gebracht werden, konzentrieren.

Neben den eng an die jeweilige Person und ihrer biographische Deutungsmuster gebundenen Aspekte der Krankheitskonzepte wird auch von einer *historisch langlebigen kulturellen Wahrnehmung und Deutung* von Krankheiten ausgegangen. Jedoch lassen sich im untersuchten Material (der biographischen Interviews und Arzt-Patienten-Interaktionen) kaum Deutungsmuster finden, die einen historischen Bezug erahnen lassen. Es gibt lediglich ein paar Anhaltspunkte, die auf eine veränderte Wahrnehmung in zeitlicher Perspektive hindeuten. Vor allem bei Norbert Gruber wird dies durch die Darstellung einer geänderten Gesetzeslage (Betäubungsmittelgesetz) und medizinisch veränderte Standards (Behandlung eines Oberschenkelhalsbruchs) am deutlichsten. Indem neue medizinische Erkenntnisse Eingang in die Alltagspraxis finden, prägen sie auch die berufliche Tätigkeit. Bei Sven Turner-Meyer deutet sich lediglich ein impliziter Hinweis auf einen sich langsam abzeichnenden Wandlungsaspekt in Bezug auf die operative Entfernung von Mandeln bei Kindern an. Ingmar Arndt dagegen spricht ganz allgemein über die medizinischen Fortschritte in der Geschichte. Dies wirkt jedoch emotional distanziert, da er es nicht – wie man auch hätte vermuten können – auf ihn selbst betreffende Ereignisse (wie z.B. der eigenen Frühgeburt) bezieht, sondern an einem historischen Beispiel erläutert.

Im vorliegenden Material wurde auch *entitätsspezifischen* Äußerungen der Krankheitskonzepte nachgespürt. Der Analyseaspekt lag hierbei auf einer abgrenzbaren Differenzierung verschiedener Krankheitsentitäten und Symptomatiken. Bei allen untersuchten Hausärzten fällt auf, dass es – obwohl einzelne Entitäten genannt werden (z.B. Arthritis, Krebs, Hepatitis, Demenz, Angina Pectoris) – kaum Hinweise auf entitätsspezifische Differenzierungen gibt. Vielmehr werden Krankheiten in selbst gewählte Gruppen bzw. Cluster eingeteilt, die als grundlegende Einordnung für die berufliche Entscheidungsfindung dienen. So unterscheidet Sven Turner-Meyer zwischen psychosomatisch bedingten und somatischen Erkrankungen, wobei erstere seiner Meinung nach durch den eigenen Willen und letztere auch durch ihn als Arzt nicht beeinflussbar sind. Ingmar Arndt dagegen unterscheidet zwischen behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen einerseits, sowie zwischen Erkrankungen und den sie verursachenden Risikofaktoren andererseits. Aufgrund der großen Relevanz dieser Einteilungen richten beide ihr Behandlungsregime nach dieser Clustereinteilung aus. Bei Norbert Gruber lässt sich eine Einteilung von Erkrankungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer weiteren diagnostischen und therapeutischen Abklärung durch einen Spezialisten erkennen. Dabei geht es ihm jedoch vordergründig um das eigene Engagement und die (fürsorgliche) Führung jedes einzelnen behandlungsbedürftigen Subjekts, das je nach Bedarf unterstützt und geleitet werden muss. Aufgrund eigener Erfahrungen hat sich jedoch der Umgang mit diesen gewandelt.

Wenn zusätzlich davon ausgegangen wird, dass sich die Momente hausärztlicher Krankheitskonzepte in den Interaktionssituationen mit ihren Patienten re-aktualisieren, dann kann das *situativ Adaptierbare* im vorliegenden Material am ehesten aus der Differenz zwischen den Erzählungen über die Patienten in den Interviews und dem Handeln mit ihnen herausgearbeitet werden. Norbert Gruber ist in den Interaktionen mit den Patienten gleichförmig höflich, freundlich und respektvoll

dirigierend; seine Handlungen sind durch (medizinische) Rituale (wie die Blutdruckmessung) bestimmt. Bei Sven Turner-Meyer fällt auf, dass bekannte und/oder gemeinsam erlebte Geschichten mit den Patienten in den Konsultationen angesprochen und mit eingearbeitet werden, jedoch lässt sich sein psychosomatisches Krankheitskonzept nur zu einem Teil in den Konsultationen realisieren. Vor dem Hintergrund einer notwendigen guten Beeinflussung der Risikofaktoren, was die eigentliche Erkrankung hinauszögern soll, hat sich bei Ingmar Arndt ein fester Kommunikationsstil etabliert, der durch die Patienten wenig beeinflussbar erscheint. Es fällt fallübergreifend auf, dass die biographisch geprägten und akteursgebundenen Momente der Krankheitskonzepte in die Konsultationen mit den Patienten einfließen und einen großen Raum einnehmen, von den Interaktionen mit den Patienten aber weniger stark beeinflusst werden.

Rekapitulieren wir noch einmal kurz die wichtigsten Erkenntnisse bezüglich der Krankheitskonzepte der untersuchten Hausärzte auf einer fallübergreifenden Ebene, dann können wir feststellen, dass eigene Erfahrungen mit Kranksein und Krankheitserfahrungen anderer Personen im engen Familien- und Freundeskreis in biographisch zeitlicher Perspektive zu veränderten Konzepten führen. Entitätsspezifische Vorstellungen spielen dabei weniger eine Rolle. Krankheiten und Symptome als definierte Entitäten werden von den Ärzten selbst vornehmlich in Gruppen oder Cluster eingeteilt, die die individuellen Handlungen auch in den Arzt-Patienten-Interaktionen zu strukturieren scheinen. Vor diesem Hintergrund wird offensichtlich, wie eigene und familial erlebte Wahrnehmungen, Deutungen und in diesen etablierte Handlungsmuster den Umgang der Hausärzte mit ihren Patienten prägen. Mit unterschiedlichen biographischen Erfahrungen werden auch eine unterschiedliche Einteilung von Krankheitsentitäten und eine in unterschiedlichen Graden wahrgenommene Beeinflussbarkeit jener verstehbar.

Anders als Kreher et al., die leitfadengestützte Interviews mit Hausärzten zu Patienten mit bestimmten Erkrankungen analysiert haben, stehen in der vorliegenden Arbeit die Individuen und Handlungsweisen der Hausärzte im Mittelpunkt der Untersuchung und keine konkreten medizinischen Krankheitsentitäten. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen zu Grunde liegenden Materialien erscheint es notwendig, den Begriff der Krankheitskonzepte aus dieser veränderten Perspektive noch einmal neu zu beleuchten. Anders ausgedrückt können die biographischen Interviews mit den Hausärzten und Arzt-Patienten-Interaktionsaufzeichnungen weitere Perspektiven eröffnen, um Aussagen zur Entwicklung der Krankheitskonzepte und ihrer Wirksamkeit im berufsbiographischen Handeln der Hausärzte zu formulieren.

Vor diesem Hintergrund hat sich auch die Sichtweise der Forscherin auf die Krankheitskonzepte verändert. In der Betrachtung der Krankheitskonzepte haben sich die bisherigen (biographischen, akteursgebundenen, historischen, situativ adaptierbaren und entitätsspezifischen) Dimensionen in ihrem Gleichgewicht verschoben. Ausgehend vom entitätsbezogenen Material (Kreher et al. 2009) konnte davon ausgegangen werden, dass die verschiedenen Dimensionen der Krankheitskonzepte ähnlich stark ausgeprägt sind. Die Analyseergebnisse des biographischen Datenmaterials rücken gegenwärtig weniger einzelne Erkrankungen als vielmehr die (familien- und berufsbiographisch geprägten) Personen der Hausärzte in den Mittelpunkt. Damit sind die Krankheitskonzepte der Hausärzte vielmehr durch die bio-

graphischen und akteursgebundenen Erfahrungen beeinflusst und geprägt als durch medizinisch erworbene Wissensbestände. Auf diese Weise ergibt sich in der vorliegenden Analyse ein übergeordnetes, auf biographischen Erfahrungen beruhendes Krankheitskonzept, welches relativ unabhängig von entitätsspezifischen, historischen und situativ adaptierbaren Aspekten entstanden ist. Hinweise auf die Krankheitskonzepte beeinflussende *berufsbio*graphische Erfahrungen lassen sich ebenfalls kaum ausmachen. Die berufsbiographischen Erfahrungen und Wissensbestände weisen vor allem auf früh eingeübte, sich eher an der Oberfläche abspielende (medizinische) Rituale und Handlungsweisen, scheinen jedoch nur wenig Einfluss auf die dahinter und zugrunde liegenden Krankheitskonzepte zu haben. Zusammenfassend können wir festhalten, dass die biographischen und interaktionellen Analysen den Blick frei auf ein weitgehend entitätsunabhängiges Krankheitskonzept geben, welches als grundlegendes Orientierungsmuster in der Wahrnehmung, Deutung und im Umgang mit Gesundheit und Krankheit dient. Damit lassen sich letztlich (auch unter Einbezug bisheriger, entitätsspezifischer Analysen) bei den ärztlichen Akteuren verschiedene Ebenen von Krankheitskonzepten ausmachen:

- aufbauend auf Erfahrungen mit eigenem Kranksein als *biographische Erfahrungskonzepte*
- auf Grundlage entitätsspezifischer Differenzierungen als *Vorstellungen von Krankheit* (vgl. Kreher 2009b: 40; Wollny 2009: 27) und
- auf Basis entitätsübergreifender Vorstellungen von Krankheiten als *akteursspezifische Orientierungsmuster* (vgl. Abb. 3).



Abb. 3: Krankheitskonzepte und ihre verschiedenen Ebenen

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Hausärzte mit eigenem Kranksein bilden die biographischen Erfahrungskonzepte die Grundlage für die Krankheitskonzepte.

Um dies noch zu präzisieren, können wir davon sprechen, dass es die Erfahrungen mit dem eigenen Körper, dem eigenen *Leib* sind, die das Fundament der Krankheitskonzepte bilden. Denn die Erfahrung des Leibes ist immer eine zutiefst biographische Erfahrung und das Erlebnis der Krankheit in erster Linie das Erleben sehr individuellen Krankseins (vgl. Alheit, Dausien, Fischer-Rosenthal et al. 1999b: 9). In der „Verzeitlichung“ (ebenda: 7) der Biographie stellt das (Nicht-)Funktionieren des Leibes einen ‚fraglos‘ gegebenen Erfahrungskomplex (vgl. Schütz 1971: 214) dar. In Analogie zum Alltagswissen, welches in der primären Sozialisation internalisiert wird (vgl. Berger & Luckmann 1980: 153), scheint auch dieser Erfahrungskomplex seinen ‚Wirklichkeitsakzent quasi automatisch‘ zu erhalten. Das dabei entstehende Wissen über den eigenen Körper und die gemachten Erfahrungen bilden somit einen festen Bestandteil des vortheoretischen Alltagswissens und zwar als Gewissheit, auf der alle späteren Theorien ruhen müssen (vgl. ebenda: 101).

Auf diese Weise erhalten die biographischen Erfahrungskonzepte mit eigenem Kranksein ihre Bedeutungen und werden in Interaktionen mit anderen im weiteren Sozialisationsprozess (u.a. mit der Familie und anderen significant others) bestimmt und geformt sowie in einem interpretativen Prozess benutzt, gehandhabt und abgeändert (vgl. Blumer 1973: 81). Das bedeutet, dass in der Auseinandersetzung mit dem Kranksein und den Erkrankungen anderer entitätsspezifische Differenzierungen als Vorstellungen von bestimmten Erkrankungen im Sozialisationsprozess zu den biographischen Erfahrungskonzepten hinzukommen – und in diesem Sinne zu den Konzepten von Krankheit allgemein.

Indem der eigene Leib sozusagen den „Orientierungsraum“ (vgl. Schütz 1971: 215) für die Krankheitskonzepte darstellt, wirken diese letztlich in den (Arzt-Patienten) Interaktionen auf Seiten der Hausärzte als akteursspezifische Orientierungsmuster und bilden damit die Bedeutungs- und Sinnstrukturen (vgl. Berger & Luckmann 1980: 16) für das Handeln mit den Patienten.

Alles in allem erscheinen die Krankheitskonzepte als Vorstellungen von Krankheit nach der vorliegenden Untersuchung noch mehr durch biographische Erfahrungen als durch medizinisches Wissen geprägt zu sein, als dies in den Analysen von Kreher et al. bereits angedeutet wurde (vgl. Wollny, Kreher, Sielk et al. 2007: 58). Sind wir bislang noch davon ausgegangen, dass die Krankheitskonzepte der Hausärzte als Bestandteile des Alltags- und Expertenwissens fungieren und in ihnen entstehen und sich figurieren (vgl. Wollny 2009: 27; siehe auch Kapitel 2.3), können wir aufgrund der vorliegenden biographischen und interaktionellen Analysen schlussfolgern, dass die Krankheitskonzepte aufgrund (familien-) biographischer Erfahrungen mit eigenem Kranksein und dem Kranksein anderer als biographische Erfahrungskonzepte entstehen und als akteursspezifische Orientierungsmuster wirken. Damit handeln die Hausärzte als Individuen sinnkonstituierend auf der Grundlage ihrer in der biographischen Sozialisation erworbenen alltäglichen Wissensbestände. Das theoretische, im Studium und in der Berufspraxis erworbene Wissen nimmt damit viel weniger Raum ein, als ursprünglich angenommen wurde. Vielmehr nehmen letztlich die vortheoretischen bzw. alltäglichen Wissensbestände der Hausärzte einen entscheidenden Einfluss auf die Interaktionen mit ihren Patienten.

## 7. Hausärztliches Handeln als kulturelle Praxis: Zusammenfassung und Ausblick

Die Perspektive der Forscherin und der damit eingenommene wissenschaftliche Blick auf den Untersuchungsgegenstand beeinflusst letztlich das Ergebnis der Untersuchung. Dabei ist der „Frage- und Wissenshorizont des Wissenschaftlers“ weder dem seiner Untersuchungsobjekte noch dem anderer Wissenschaftler (mit anderen Fragestellungen) überlegen, sondern aufgrund „autobiographische[r] Sinngebungsprozesse der Akteure“ notwendigerweise ein anderer (vgl. Gestrich 1988: 12 f.). Zudem können „Handlungsstrukturen und Textstrukturen [hermeneutisch gesehen] nicht einfach gleichgesetzt werden“, sondern die erhobenen „umgangssprachlichen Gegebenheiten“ müssen ‚adäquat‘ in „wissenschaftliche Daten“ übersetzt werden (vgl. Luckmann 2007: 149). Vor dem Hintergrund des jeweiligen Forschungsinteresses spielt vor allem der Bezugsrahmen, in welchem das (über den Forschungsgegenstand Aufschluss gebende) Datenmaterial erhoben wird, eine entscheidende Rolle.

In der vorliegenden Arbeit hat sich die Forscherin aufgrund ihrer im ersten Kapitel aufgeworfenen Forschungsfragen bezüglich der familienbiographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Handlungsmuster sowie der Krankheitskonzepte von Hausärzten für familiengeschichtliche Interviews mit diesen und für Interaktionsaufzeichnungen zwischen den interviewten Ärzten und ihren Patienten entschieden (vgl. Kapitel 4). Da die Hausärzte in ihrer Funktion als hausärztlich tätige Ärzte angesprochen wurden, war der Bezugsrahmen der familienbiographisch angelegten Interviews entsprechend fachlich geprägt. Das bedeutet, dass der berufsbiographische Werdegang zum niedergelassenen Hausarzt einen wichtigen Kontext für die Erhebungen der Interviews durch die interviewten Personen bildete. Damit können die biographischen Interviews auch als ein Versuch der Interviewpartner betrachtet werden, sich gesellschaftlich zu positionieren<sup>60</sup>, indem sie sich in den Interviews letztlich als *Hausärzte* darstellen, die um die Erzählung ihrer Lebensgeschichte gebeten wurden. Aufgrund der im Forschungsverlauf verschiedenen erhobenen Daten (Interviews, Konsultationsaufzeichnungen und Beobachtungen) und der zu ihnen in Beziehung gesetzten Analyseergebnisse kann methodisch von einem triangulären Vorgehen gesprochen werden. Dieses Vorgehen ermöglichte es zu erfahren, wie die interviewten Personen Hausärzte geworden sind, welche (familien- und berufs-) biographischen Entscheidungen sie auf diesem Weg getroffen haben und vor welchem familiengeschichtlichen Hintergrund sie dies taten. Es ermöglicht auch, zu verstehen, welche Krankheitskonzepte bei den Hausärzten gegenwärtig handlungswirksam sind, wie sie sich entwickelt haben und wie diese in den Interaktionen mit ihren Patienten zum Tragen kommen. Vor diesem Hintergrund sollen die im zweiten Kapitel formulierten Forschungsfragen zusammenfassend beantwortet und reflektiert werden, ob und auf welche Weise mit dem gewählten methodischen Design der Studie die beschriebenen Fragentypen beantwortet werden können.

---

<sup>60</sup> Zur Positionierung von Individuen allgemein siehe z. B. (Fischer 2006).

Konzentrieren wir uns zunächst auf die Frage, welche Lebensbedingungen in den Herkunftsfamilien es jemandem ermöglichen, Arzt – genauer Hausarzt – zu werden. Auf Grundlage der biographischen Analysen konnten wir erfahren, dass alle drei Hausärzte – zwar scheinbar schon immer vom Gedanken an eine eigene Hausarztpraxis begleitet – letztlich auf Umwegen zu ihrem Ziel gelangten. Ausgangspunkt bildeten sehr unterschiedliche frühe Sozialisationsbedingungen: Von den erschwerten Lebensbedingungen in der unmittelbaren Nachkriegszeit über behütete Verhältnisse in der Zeit des Wirtschaftswunders zum traditionellen Arbeitermilieu der ‚klassisch sozialstaatlichen Generation‘. Damit eng verbunden sind die unterschiedlichen Milieus und Herkunftsfamilien, in die die Biographen hineingeboren wurden und in denen sie aufgewachsen sind. Die als normal erlebte Schulzeit wird von allen drei Hausärzten lediglich als für das Medizinstudium nicht ausreichender Schulabschluss thematisiert. Das bedeutet, dass keiner der hier interviewten Hausärzte aufgrund seiner Abiturnote oder des Schulabschlusses sofort nach der Schulzeit Medizin studieren konnte. Die Wege jedes Einzelnen führten zum Teil über artfremde Tätigkeiten, ein anderes Studium oder eine vorbereitende Lehre bis zum Medizinstudium, das dann von allen zielgerichtet und in der Regelstudienzeit abgeschlossen wurde. Unabhängig von der gewählten Facharztausbildung haben die Hausärzte die sich ihnen bietenden Möglichkeiten genutzt, um sich nach dem Studium relativ schnell niederzulassen. Vor diesem Hintergrund ermöglichten den Hausärzten sowohl ihre Herkunftsfamilien, die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen als auch die verschiedenen Erfahrungen in den zuvor gewählten Tätigkeitsbereichen, sich als erfolgreiche Hausärzte darstellen zu können. Die Herkunftsfamilien wirkten dabei als tolerierende Instanz, unterstützender Background oder treibende Kraft und damit mehr oder weniger als ‚Ursprung‘ und ‚Motor‘ für die beruflichen Ambitionen der angehenden Hausärzte. Jedoch bilden die Familie, die Familienstrukturen und die Familiengeschichte nur einen Rahmen, der die eigenen Möglichkeiten und Entwicklungen offen lässt (vgl. u.a. Hildenbrand 2011: 4). Letztlich waren die interviewten Hausärzte selbst die treibende Kraft, um durch Ehrgeiz und Anstrengungen ihre Ziele zu erreichen und die schwierigen Zugangsmöglichkeiten sowie die lange Ausbildungs- und Vorbereitungszeit zu bewältigen (vgl. Hall 1972: 304) – was ihnen letztlich erfolgreich gelungen zu sein scheint.

In Bezug zu den Fragen nach den familienbiographisch geprägten und beruflich einsozialisierten Handlungsmustern sowie nach dem Zusammenhang der biographischen Muster mit der Ausübung des Arztberufs als professionelle Praxis konnte im vorherigen Kapitel (6.1) bereits gezeigt werden, dass es einen engen Zusammenhang zwischen den familien- und berufsbiographischen Handlungsmustern der Hausärzte zu geben scheint. Ärztliche Entscheidungen und gewählte Handlungsstrategien in den Arzt-Patienten-Interaktionen können so mit den biographischen Handlungsmustern des jeweiligen Hausarztes erklärt bzw. verstanden werden. Damit erscheint es notwendig, Hausärzte in den Arzt-Patienten-Konsultationen als ganzheitlich und sinngebend handelnde, biographisch geprägte und nicht nur als medizinisch ausgebildete Experten zu betrachten. Vielmehr können sie als ‚Repräsentanten‘ ihrer eigenen Geschichte – ihrer Lebensgeschichte im Allgemeinen und ihrer Berufsbiographie im Besonderen – verstanden werden (vgl. Wollny, Kreher, Sielk et al. 2007: 4). Vor dem Hintergrund des biographischen ‚Rahmens‘ müssen jegliche Beobachtungen, Situationen und Interaktionen – alle

Arten von Wahrnehmungen – von jedem Subjekt interpretiert werden, um zwischen Handlungsalternativen wählen und Handlungen vollziehen zu können (vgl. Pfadenhauer 2003: 270 f.). Auf diese Weise gehen sowohl Wissen als auch früher gemachte Erfahrung in jede Situationsdefinition ein (Hitzler 2003: 291) und wirken sich so auf das Handeln der Hausärzte aus.

Wollen wir im Folgenden die kulturellen Praktiken der Hausärzte näher betrachten, dann können wir unter Einbezug der historischen Entwicklungen (vom Magier zum Techniker; siehe Kapitel 2.1) festhalten, dass sich die ‚symbolischen Praktiken‘ in der Medizin hinsichtlich der Unterscheidung von ‚Normal und Pathologisch‘ (vgl. Lachmund 1996: 57) über die Jahrhunderte hinweg sehr verändert haben. Ausgehend von einer makrosoziologischen Ebene (einer gesellschaftlichen, Public Health oder auch gesundheitspolitischen Ebene) steht heute neben den chronischen und nicht-heilbaren Erkrankungen das Risikofaktorenmodell zur Krankheitsentstehung im Vordergrund medizinischen Erkennens, Erklärens und Behandelns. Auf einer mikrosoziologischen Ebene in der direkten Arzt-Patienten-Interaktion deuten die Analyseergebnisse der hier untersuchten Hausärzte darauf hin, dass das medizinische Risikofaktorenmodell als Deutungshintergrund entweder einen sehr großen oder geringen Raum in den Konsultationen einnimmt. Demgegenüber erscheinen klassisch medizinische Handlungen lediglich als eine Art Ergänzung zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Das bedeutet, dass in den ‚nicht-akuten‘ Situationen einer Hausarztpraxis bei den oft seit langer Zeit bekannten Patienten medizinische (Be-) Handlungen (wie das seit dem 19. Jahrhundert zur Routine gewordene Blutdruckmessen oder das Abhören mit dem Stethoskop) scheinbar mehr als symbolische zur ärztlichen Praxis gehörige Handlung am Patienten vollzogen werden, ohne ein zu erkennendes (Be-) Handlungsziel preiszugeben. Gerade in den Situationen im Altenpflegeheim mit vielen Patienten mit Demenz weist z.B. das Blutdruckmessen vor allem auf eine symbolisch verdichtete und rituell vollzogene (körperliche und damit auch kommunikative) Kontaktaufnahme zum Patienten hin. Rituale als ‚eine, symbolische Art von Handlungen‘ (Luckmann 2007: 124) spielen in der Hausarztpraxis eine besondere Rolle und sind dabei das Ergebnis eines ‚komplexen kulturellen Prozesses‘ (Lachmund 1996: 55). Indem Symbole und Rituale als übergeordnete Instanzen das Verhalten in der Wirklichkeit des Arzt-Patienten-Kontaktes ‚regulieren‘ (vgl. Luckmann 2007: 125), geben sie Halt und Orientierung sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite.

Hinsichtlich der Fragestellung der hausärztlichen Krankheitskonzepte konnten wir im zweiten Teil des vorherigen Kapitels (6.2) herausarbeiten, dass die Hausärzte in den Konsultationen mit ihren Patienten scheinbar auf ein aktorenspezifisches, auf biographischen Erfahrungen beruhendes Krankheitskonzept zurückgreifen: Eigene und familiäre Krankheitserfahrungen führen so zu einer veränderten Wahrnehmung und Deutung der Patientenleiden; aufgrund eigener körperlicher Erfahrungen hinsichtlich der Beeinflussbarkeit von Erkrankungen, spielen psychosomatische Deutungen eine große Rolle in den Arzt-Patienten-Interaktionen; die vorgenommene Einteilung von Krankheiten in ‚Schwerwiegende‘ und ‚Unbedeutende‘ wird zur Grundlage für die Wahrnehmung und Deutung der Patienten und ihrer Beschwerden bzw. zur Grundlage für die Überweisung der Patienten an Spezialisten zur weiteren Diagnostik und Therapie.

Mit den Ergebnissen der biographischen und interaktionsbezogenen Analysen erscheinen die untersuchten hausärztlichen Krankheitskonzepte als weitestgehend entitätsunabhängig und dienen vielmehr als akteurspezifische Orientierungsmuster in der Wahrnehmung, Deutung und im Umgang mit Gesundheit und Krankheit ihrer Patienten. Das bedeutet auch, dass die biographischen Erfahrungen mit eigenem Kranksein oder dem Kranksein von Familienangehörigen oder engen Freunden ganz wesentlich die Interaktionen mit den erkrankten Patienten beeinflussen. Die eigenen biographischen Erfahrungen, die Aufschichtungen des Erlebten mit Krankheitsepisoden und dem Kranksein als Erleben sowie die sich daraus entwickelnden grundlegenden Konzepte über Krankheit und Gesundheit bestimmen entscheidend die Wahrnehmung, Deutung und den Umgang mit ihren Patienten. Mit verschiedenen biographischen Erfahrungen werden auch die je verschiedenen Einteilungen von Krankheitsentitäten und die je verschiedenen Wahrnehmungen der Beeinflussbarkeit von Krankheiten verstehbar.

Mit diesen Erkenntnissen müssen die Angehörigen der medizinischen Profession lernen, „ihre fest gefügten Wissensordnungen durch das biographische Wissen [nicht nur] ihrer AdressatInnen anzureichern und zu verändern“ (Alheit & Hanses 2004: 23), sondern auch die eigenen biographischen Erfahrungen zu akzeptieren und zu reflektieren. Um zu erfahren, wie die Handlungsmuster und Krankheitskonzepte der Patienten neben denen der Hausärzte in den Arzt-Patienten-Interaktionen zum Tragen kommen, müsste ein nächster Schritt darin bestehen, nicht nur die Biographien der Ärzte, sondern auch der Patienten zu untersuchen (wie es bereits von Ottomar Bahrs und Kollegen begonnen wurde) und beide als komplementär zu rekonstruieren. Demzufolge könnte es möglich sein, alle Beteiligten für ihre „blinden Flecken“ zu sensibilisieren (vgl. Bahrs, Heim, Kalitzkus et al. 2007: 322) und den subjektiven (professionsspezifischen) Deutungshintergrund durch gemeinsamen Austausch zu erweitern.

Im Zusammenhang mit der Ausübung der ärztlichen Profession spielten in den Interviews immer wieder die Behandlung von Familienangehörigen und Freunden eine Rolle. Obwohl Ärzte aus konventionellen und ethischen Gründen traditionell dazu angehalten werden, sich selbst und enge Familienangehörige nicht selbst zu behandeln (vgl. Fromme, Farber, Babbott et al. 2008; Chen, Feudtner, Rhodes et al. 2001), können sie sich den Wünschen der ratsuchenden Angehörigen in der Realität oft nicht entziehen. Das Ziel medizinischer und ethischer Richtlinien besteht darin, einen Rollenkonflikt zwischen professioneller und privater Person – z. B. in Form von Behandlungsfehlern durch unbewusstes Abweichen von der Routine oder durch emotionale Befangenheit (vgl. Mortsiefer 2011) – zu vermeiden. Aufgrund der vorliegenden Fallauswertungen kann vermuten werden, dass dieser Rollenkonflikt ein ständiger Bestandteil des (ärztlichen) Alltags der untersuchten Hausärzte darstellt, insbesondere dann, wenn wie in zwei Fällen Kleinkinder in der Familie leben. Die Gründe für eine Selbstbehandlung oder für eine medizinische Behandlung von Angehörigen können vielfältig und komplex sein und dabei von Bequemlichkeit bis zum mangelnden Vertrauen in andere Ärzte reichen (vgl. Krall 2008). Die möglicherweise entstehenden Konflikte zwischen professioneller und privater Rollenerwartung wurden von den Hausärzten in den Interviews jedoch unterschiedlich stark formuliert und reflektiert (von impliziten Anhaltspunkten bis zur Analyse möglicher Probleme). Die Daten und bisherige Ergebnisse im Hinblick

auf dieses Phänomen noch weiter herauszuarbeiten und zu untersuchen, konnte in der Arbeit leider nicht geleistet werden, verdeutlicht aber die Notwendigkeit, auf diesem Gebiet weiter (familienbiographische) Forschung zu betreiben.

In wieweit Konzepte bzgl. Erkrankungen in der Herkunfts- oder Gegenwartsfamilie (z.B. der Eltern, Geschwister oder Ehepartner) auf die Herausbildung und Formung der Krankheitskonzepte im Sozialisationsprozess eine Rolle spielen, kann auf Grundlage des untersuchten Datenmaterials nicht abschließend beantwortet werden. Zur Erweiterung der Datenbasis wären u.a. familienbiographisch, narrative Interviews mit der Elterngeneration als auch mit den Kindern denkbar sowie die Analyse eines Mehrgenerationszusammenhangs hinsichtlich der Krankheitskonzepte. Letztlich sind leibliche Störungen bzw. Krankheiten aber in einen sozial und biographisch interpretativen Prozess der Akteure eingebettet (vgl. Alheit & Hanses 2004: 13; Freidson 1988: 264) und innerhalb der (familialen) Wahrnehmungs- und Deutungsprozesse das Produkt „sozial erzeugte[r] Wirklichkeit“ (Illich 1975: 124).

Wenn ich als Forscherin abschließend mein gewähltes methodisches Erhebungsdesign sowie die analytische Vorgehensweise kritisch betrachte, dann muss ich eingestehen, dass es wünschenswerter gewesen wäre, meine Perspektive als Forscherin während des gesamten Arbeitsprozesses systematisch zu reflektieren. Dieses kritische Hinterfragen des erhobenen Datenmaterials (welches ja immer auch als Interaktion mit der Forscherin zu begreifen ist) und der darauf aufbauenden Analysen wurde letztlich aus zeitlichen und pragmatischen Gesichtspunkten abgekürzt. Auch wenn dieser Aspekt zu wenig berücksichtigt wurde, soll betont werden, dass gerade die Ergebnisse zu den Krankheitskonzepten der Hausärzte einen wichtigen Baustein für meine Arbeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin einer allgemeinmedizinischen Abteilung darstellt. Sowohl für die öffentlichen Diskurse über die Arbeit von (Haus-) Ärzten als auch für die Hausärzte selbst ist es wichtig zu verstehen, auf welcher Grundlage Ärzte in ihrer täglichen Praxis handeln, wie die eigenen und familialen Krankheitserfahrungen den Umgang mit den Patienten beeinflussen, die eigenen Krankheitskonzepte in den gemeinsamen Konsultationen mit ihren Patienten zum Tragen kommen oder wie die biographischen und beruflichen Handlungsmuster der Hausärzte miteinander verknüpft sind – auch wenn wir mit den gewählten Methoden nur bedingt „die Lebenswelt eines anderen Menschen“ mit seinen Augen sehen und den „subjektiv gemeinten Sinn seiner Erfahrungen“ (Hintzler 2003: 298) verstehen können.

Aufgrund biographischer Analysen gibt es in anderen (therapeutischen) Settings wie z.B. im professionellen Kontext der sozialen Arbeit Bestrebungen, lebensgeschichtliche biographische Analysen in die professionelle Arbeit zu integrieren (vgl. z.B. Fischer 2004; Welter-Enderlin & Hildenbrand 2004). Dennoch kann vermutlich *nicht* davon ausgegangen werden, dass die biographische Analysearbeit Eingang in den normalen Sprechstundenalltag von Hausärzten haben wird (vgl. auch Kalitzkus, Wilm & Matthiesen 2009: 20). Dessen ungeachtet ist es wünschenswert und denkbar, dass einerseits der narrative Ansatz im Sinne einer ‚narrativen Medizin‘ mehr und mehr Eingang in den Sprechstundenalltag der Hausärzte findet und andererseits die Ergebnisse aus sozialwissenschaftlicher und allgemeinmedizinischer Forschung zum Nachdenken und Reflektieren der eigenen ärztlichen Einstellung gegenüber den Patienten, den Rollenverteilungen in der Arzt-Patient-

Beziehung und der eigenen ärztlichen Handlungs- und Kommunikationsmuster anregen (vgl. Kalitzkus, Wilm & Matthiesen 2009: 20). Damit erscheint es möglich, sowohl die eigenen biographischen Einflüsse als auch die der Patienten wahrzunehmen, zu deuten und entsprechend in den Interaktionen zu berücksichtigen. Erste Ansätze dazu sind z.B. in einer Debatte um den Umgang mit der Komplementärmedizin in der vorwiegend wissenschaftlichen allgemeinmedizinischen Community erkennbar. Es wird deutlich, wie wichtig den dort diskutierenden Hausärzten und Wissenschaftlern die Kommunikation mit den Patienten in der Hausarztpraxis ist und als wie wenig bedeutsam die Anwendung bestimmter medizinischer Techniken (der Blutdruckmessung, einer Sonographie, eines EKGs etc.) betrachtet wird (vgl. z.B. Brockmann 2011; Kühnlein 2011). Den Patienten wieder in seiner „Ganzheitlichkeit“ (Hontschik 2006: 125) wahrzunehmen und die medizinische Heilkunst als das wieder zu entdecken, was sie war – „nämlich die Kultur der authentischen Sorge um den anderen“ (Maio 2011: 26), erscheint hier als durchgängiges Konzept. Dazu erscheint es zwingend notwendig, auf Seiten der Ärzte sowie der Patienten, die jeweiligen Wirklichkeitskonstruktionen, die Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungen der beteiligten Akteure weiter zu untersuchen – und dies gerade auch mittels weiterer biographischer Analysen.

## 8. Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H. (2010). Das Unscharfe, das Auszudeutende. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86(5), 177.
- Abholz, H.-H. & Kochen, M. M. (2006). Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen, M. M. (Ed.). *Duale Reihe - Allgemeinmedizin*. Stuttgart: Georg Thieme: 502-506.
- Ackermann, E. & Frommer, J. (2006). Der Einfluss biographischer Faktoren auf das Krankheitserleben von Tinnituspatienten - ausgewählte Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Luif, V., Thoma, G. & Boothe, B. (Eds.). *Beschreiben - Erschließen - Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft*. Lengerich: Pabst Science Publishers: 320-339.
- Albrecht, H. (2010). Einer für alle. *Die Zeit*. Hamburg: 39-41.
- Alheit, P., Dausien, B., Fischer-Rosenthal, W., Hanses, A. & Keil, A. (1999a). *Biographie und Leib*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Alheit, P., Dausien, B., Fischer-Rosenthal, W., Hanses, A. & Keil, A. (1999b). Vorwort. In: Alheit, P., Dausien, B., Fischer-Rosenthal, W., Hanses, A., Keil, A. *Biographie und Leib*. Gießen: Psychosozial-Verlag: 7-12.
- Alheit, P. & Hanses, A. (2004). Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses, A. (Ed.). *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit*. Stuttgart: Schneider Verlag Hohengehren: 8-28.
- Altiner, A. & Donner-Banzhoff, N. (2008). Chronisch krank sein - subjektive Aspekte. *Z Allg Med*, 84(4), 157-160.
- Amann, K. & Hirschauer, S. (1997). Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Hirschauer, S. & Amann, K. (Eds.). *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 7-52.
- Angerer, P., Petru, R., Nowak, D. & Weigl, M. (2008). Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 26-29.
- Aymanns, P. & Philipp, S. H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In: Schwarzer, R. (Ed.). *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe-Verlag: 3-21.
- Bahrs, O. (2003). Überdeterminierung des Hörens. Alltag des Hausarztes erfordert biopsychosoziales Konzept. *Psychoneuro*, 29, 212-216.
- Bahrs, O., Fischer-Rosenthal, W. & Szecsenyi, J. (1996). Interaktion in der Arztpraxis und ihre diskursive Einholung im Qualitätszirkel. In: Bahrs, O., Fischer-Rosenthal, W. & Szecsenyi, J. (Eds.). *Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein. Ärztliche Qualitätszirkel und Video-Analysen*. Würzburg: Königshausen und Neumann: 7-26.
- Bahrs, O. & Heim, S. (2007). Der Arzt als Subjekt: Rekonstruktion der biographischen Prägung ärztlicher Handlungsstile. In: Bahrs, O. & Matthiessen, P. F. (Eds.). *Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. Bern: Huber: 148-156.
- Bahrs, O., Heim, S., Kalitzkus, V., Matthiessen, P. F., Meister, P. & Müller, H. (2007). Zusammenfassung der Ergebnisse und weiterführende Gedanken. In: Bahrs, O. & Matthiessen, P. F. (Eds.). *Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. Bern: Huber: 315-343.
- Bahrs, O., Heim, S., Kalitzkus, V. & Seidel, T. (2007). Der Stellenwert des Einzelfalles: Fallanalyse Frau Klaus. In: Bahrs, O. & Matthiessen, P. F. (Eds.).

- Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis.* Bern: Huber: 177-221.
- Bahrs, O. & Matthiesen, P. F. (2007). *Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis.* Bern: Huber.
- Balint, M. (2010). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bargel, T., Dippelhofer-Stiem, B., Sandberger, J.-U. & Walter, H.-G. (1987). Arbeiterkinder nach dem Abitur: Leistungsauslese oder soziale Auslese beim Hochschulzugang? In: Bolder, A. & Rodax, K. (Eds.). *Das Prinzip der auf(ge)sc)hobenen Belohnung. Die Sozialisation von Arbeiterkindern für den Beruf.* Bonn: Verlag Neue Gesellschaft GmbH: 181-206.
- Bauer-Wittmund, T. (1996). *Lebensgeschichte und subjektive Krankheitstheorien.* Frankfurt/Main: VAS.
- Beckenbach, N. (2005). *Wege zur Bürgergesellschaft. Gewalt und Zivilisation in Deutschland Mitte des 20. Jahrhunderts.* Berlin: Duncker & Humblot.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychother med Psychol*, 34, 313-321.
- Beer, S. (2005). Kriegsende und Besatzung. In: Riegler, J. (Ed.). *Die Neue Steiermark. Unser Weg 1945 - 2005.* Graz: Steiermärkisches Landesarchiv: 18-44.
- Begenau, J., Schubert, C. & Vogel, W. (2010). Einleitung: Die Arzt-Patienten-Beziehung aus soziologischer Sicht. In: Begenau, J., Schubert, C. & Vogel, W. (Eds.). *Die Arzt-Patienten-Beziehung.* Stuttgart: Kohlhammer: 9-33.
- Benz, W. (1991). Die Verfolgung und Vernichtung der Juden im Bewusstsein der Deutschen. In: Freimark, P., Jankowski, A. & Lorenz, I. S. (Eds.). *Juden in Deutschland. Emanzipation, Integration, Verfolgung und Vernichtung.* Hamburg: Hans Christians.
- Berg, T. & Lucius-Hoene, G. (2000). Gesundheitsvorstellungen im biographischen Kontext. Deutungsmuster in Erzählungen der Gesundheitsbiographie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 168-179.
- Berger, J. & Mohr, J. (2001). *Geschichte eines Landarztes.* Frankfurt am Main: Fischer.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1980). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie.* Frankfurt am Main: Fischer.
- Birkner, K. (2006). Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 152-183.
- Blankenburg, W. (1989). *Biographie und Krankheit.* Stuttgart: Thieme.
- Blumer, H. (1973). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Ed.). *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit.* Reinbek: Rowohlt: 80-146.
- Blättner, B. & Wachtlin, M. (2005). Lebensgeschichtliche Arbeit im Krankheitsverlauf. Ein blinder Fleck im Konzept des Disease-Managements. In: Essers, M., Gerlinger, T., Hermann, M., L., H., Lenhardt, U., Seidler, A., Simon, M. & Stegmüller, K. (Eds.). *Jahrbuch für Kritische Medizin* Hamburg: Argument Verlag: 71-92.
- Bohsem, G. & Hulverscheidt, C. (2011). Mediziner aufs Land. *sueddeutsche.de*, <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/mediziner-aufs-land-im-notfall-kommt-der-aerztebus-1.1127482> (3.8.2011).
- Bolder, A. & Rodax, K. (1987). Elitförderung statt Chancengleichheit? In: Bolder, A. & Rodax, K. (Eds.). *Das Prinzip der auf(ge)sc)hobenen Belohnung. Die Sozialisation von Arbeiterkindern für den Beruf.* Bonn: Verlag Neue Gesellschaft GmbH: 1-17.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44, 542-573.
- Bovier, P. A. & Perneger, T. V. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*, 13, 299-305.
- Brockmann, S. (2011). Ist der Zug nicht längst abgefahren? *Z Allg Med*, 87(6), 250-251.

- Brockmann, S., Schönefeld, D., Sielk, M., Wilm, S. & Kreher, S. (2004). Lässt sich das Unfassbare fassen? Einblick in Krankheitskonzepte von Hausärzten zu Kopfschmerz. *Z Allg Med*, 80, 343-348.
- Bucher, R. & Strauss, A. (1972). Wandlungsprozesse in Professionen. In: Luckmann, T. & Sprondel, W. M. (Eds.). *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch: 182-197.
- Budde, G.-F. (1994). *Auf dem Weg ins Bürgerleben. Kindheit und Erziehung in deutschen und englischen Bürgerfamilien 1840-1914*. Göttingen: Vandenkoek & Ruprecht.
- Bührer, W. (1993). *Die Adenauer-Ära. Die Bundesrepublik Deutschland 1949-1963*. München: Piper.
- Burchardt, R. (1999). *Monozygot oder Dizygot? Ein Vergleich zwischen genetischer und phänotypischer Zygotitätsbestimmung bei Zwillingkindern im dritten Lebensjahr*. Hamburg: Kovac.
- Büssow, R. (2011). Pläne gegen Ärztemangel für Thüringer kalter Kaffee: *Ärzte Zeitung*, [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/666830/plaene-aerztemangel-thueringer-kalter-kaffee.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/666830/plaene-aerztemangel-thueringer-kalter-kaffee.html) (24.8.2011).
- Cassier, P. (2010). *Der andere Weg. Deutschland und der Westen in den westdeutschen Depatten 1945-1960*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Chen, F. M., Feudtner, C., Rhodes, L. A. & Green, L. A. (2001). Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med*, 175(4), 236-239.
- Chenot, J.-F. & Blank, W. A. (2008). Weiterbildung Allgemeinmedizin? Eine Entscheidungshilfe für Medizinstudenten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 84(12), 532-537.
- Dausien, B., Lutz, H., Rosenthal, G. & Völter, B. (2005). Einleitung. In: Völter, B., Dausien, B., Lutz, H. & Rosenthal, G. (Eds.). *Biographieforschung im Diskurs*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 7-20.
- Deppermann, A. (2008). *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie. (2011). *Management der frühen rheumatoiden Arthritis*. Interdisziplinäre Leitlinie. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-002l\\_S3\\_Management\\_fr%C3%BChe\\_rheumatoide\\_Arthritis\\_2011-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002l_S3_Management_fr%C3%BChe_rheumatoide_Arthritis_2011-10.pdf) (23.10.2011).
- Dohnke, B. & Knäuper, B. (2002). Subjektive Gesundheit: Eine quantitativer und qualitativer Vergleich von Selbst-, Fremd- und Arzturteil. *psychomed*, 14(3), 161-166.
- Duden, B. (1987). *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dunkelberg, S. (2002). Krankheitsvorstellungen in der Hausarztpraxis: „Frau Doktor, ich hab' eine Kopf Grippe“. *Psychomed*, 14(3), 167-172.
- Ebertz, B. (1987). *Adoption als Identitätsproblem. Zur Bewältigung der Trennung von biologischer Herkunft und sozialer Zugehörigkeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Elstner, S., Burian, R. & Diefenbacher, A. (2007). Depression in der hausärztlichen Praxis. *Medizinische Klinik*, 102(2), 141-150.
- Faltermaier, T. (2002). Gesundheitsvorstellungen und Laienkompetenz. Die Bedeutung des Subjekts für die Gesundheitspraxis. *Psychomed*, 14 (3), 149-154.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.

- Fischer-Rosenthal, W. (1995a). Biographische Methoden in der Soziologie. In: Flick, U., Kardorff, E. v., Keupp, H., Rosenstiel, L. v. & Wolff, S. (Eds.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union: 253-256.
- Fischer-Rosenthal, W. (1995b). Schweigen - Rechtfertigen - Umschreiben. Biographische Arbeit im Umgang mit deutschen Vergangenheiten. In: Fischer-Rosenthal, W. & Alheit, P. (Eds.). *Biographien in Deutschland. Soziologische Rekonstruktionen gelebter Gesellschaftsgeschichte*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 43-86.
- Fischer-Rosenthal, W. (1996a). Medizinische Diagnose als offene praktische Beschreibung - Ein Versuch über das Nicht-Wissen und das ärztliche Handeln. In: Bahrs, O., Fischer-Rosenthal, W. & Szecsenyi, J. (Eds.). *Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein. Ärztliche Qualitätszirkel und Video-Analysen*. Würzburg: Königshausen und Neumann: 27-53.
- Fischer-Rosenthal, W. (1996b). Strukturelle Analyse biographischer Texte. In: Brähler, E. & Adler, C. (Eds.). *Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren*. Gießen: Psychosozial Verlag: 147-208.
- Fischer-Rosenthal, W. & Rosenthal, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In: Hitzler, R. & Honer, A. (Eds.). *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung*. Opladen: Leske+Budrich: 133-164.
- Fischer, T., Simmenroth-Nayda, A., Herrmann-Lingen, C., Wetzel, D., Chenot, J. F., Kleiber, C., Staats, H. & Kochen, M. M. (2003). Medizinische Basisfähigkeiten - ein Unterrichtskonzept im Rahmen der neuen Approbationsordnung. *Z Allg Med*, 79, 432-436.
- Fischer, W. (1978). Struktur und Funktion erzählter Lebensgeschichten. In: Kohli, M. (Ed.). *Soziologie des Lebenslaufs*. Darmstadt: Luchterhand: 311-335.
- Fischer, W. (2004). Fallrekonstruktion im professionellen Kontext: Biographische Diagnostik, Interaktionsanalyse und Intervention. In: Homfeld, H. G., Merten, R. & Schulze-Krüdenener, J. (Eds.). *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Rekonstruktion von Wirklichkeit*. Baltmannsweiler: Schneider: 62-86.
- Fischer, W. (2006). Über die allmähliche Verfertigung des Selbst beim Sprechen von sich. Begrenzung und Entgrenzung der Erinnerung im autobiographischen Dialog. In: Strauss, B. & Geyer, M. (Eds.). *Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht: 307-336.
- Fischer, W. & Kohli, M. (1987). Biographieforschung. In: Voges, W. (Ed.). *Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung*. Opladen: Leske + Budrich: 25-49.
- Flick, U. (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa.
- Flick, U. (2001). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Forer, L. K. & Still, H. (1991). *Erstes, zweites, drittes Kind... Welche Bedeutung hat die Geschwisterreihenfolge für Kinder, Eltern, Familie?* Reinbek bei Hamburg: rowohlt.
- Först, J. (2006). Die unbekannt Mehrheit. Sinn- und Handlungsorientierungen 'kasualienfrommer' Christ/inn/en. In: Först, J. & Kügler, J. (Eds.). *Die unbekannt Mehrheit. Mit Taufe, Trauung und Bestattung durchs Leben? Eine empirische Untersuchung zur "Kasualienfrömmigkeit" von KatholikInnen - Bericht und interdisziplinäre Auswertung*. Berlin: LIT Verlag: 13-53.
- Foucault, M. (2005). *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fromme, E. K., Farber, N. J., Babbott, S. F., Pickett, M. E. & Beasley, B. W. (2008). What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med*, 149(11), 825-831.
- Frommer, J. & Rennie, D. L. (2006). Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. *Psychoth Psych Med*, 56, 210-217.
- Fuchs-Heinritz, W. (1998). Soziologische Biographieforschung: Überblick und Verhältnis zur Allgemeinen Soziologie. In: Jüttemann, G. & Thomae, H. (Eds.). *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Psychologie Verlags Union: 3-23.
- Fuchs, P. (2004). *Der Sinn der Beobachtung. Begriffliche Untersuchung*. Göttingen: Velbrück Wissenschaft.
- Geertz, C. (1994). *Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geller, M. (1992). *Biographien erwachsener Adoptierter: Lebenserfahrungen und Lebensstrategien*. Essen: Westarp Wissenschaften.
- Gerhardt, U. (1984). Typenkonstruktion bei Patientenkarrerien. In: Kohli, M. & Roberts, G. (Eds.). *Biographie und soziale Wirklichkeit*. Stuttgart: Metzler: 53-77.
- Gestrich, A. (1988). Einleitung: Sozialhistorische Biographieforschung. In: Gestrich, A., Knoch, P. & Merkel, H. (Eds.). *Biographie - sozialgeschichtlich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 5-28.
- Girtler, R. (1998). *Ländärzte: als Krankenbesuche noch Abenteuer waren*. Wien: Böhlau Verlag.
- Goblirsch, M. (2007). Wie entstehen Lebensgeschichten? Ein interdisziplinärer Zugang zur Fallrekonstruktion. In: Giebeler, C., Fischer, W., Goblirsch, M., Miethe, I. & Riemann, G. (Eds.). *Fallverstehen und Fallstudien. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeiterforschung*. Opladen: Barbara Budrich: 53-65.
- Goffman, E. (1986). *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Golomb, E. (1992). Vorwort. In: Geller, M. (Ed.). *Biographien erwachsener Adoptierter: Lebenserfahrungen und Lebensstrategien*. Essen: Westarp Wissenschaften: 7-8.
- Gosewinkel, D. (2001). *Einbürgern und Ausschließen. Die Nationalisierung der Staatsangehörigkeit vom Deutschen Bund bis zur Bundesrepublik Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ*, 318(7175), 48-50.
- Hahn, A. (1994). *Erfahrung und Begriff. Zur Konzeption einer soziologischen Erfahrungswissenschaft als Beispielhermeneutik*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Hall, O. (1972). Die Stufen einer Arztkarriere. In: Luckmann, T. & Sprondel, W. M. (Eds.). *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch: 303-317.
- Hammer-Luza, E. (2005). Lebensmittelmarken, Minirock und Fototapete - Alltagskultur im Wandel. In: Riegler, J. (Ed.). *Die Neue Steiermark. Unser Weg 1945 - 2005*. Graz: Steiermärkisches Landesarchiv: 466-541.
- Hartmann, H. (1972). Arbeit, Beruf, Profession. In: Luckmann, T. & Sprondel, W. M. (Eds.). *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch: 36-52.
- Heim, S. & Kalitzkus, V. (2007). Projektbegleitende Workshops. In: Bahrs, O. & Matthiesen, P. F. (Eds.). *Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. Bern: Huber: 142-148.
- Hesslow, G. (1993). Do We Need a Concept of Disease? *Theoretical Medicine*, 14, 1-14.

- Hildenbrand, B. (1983). *Alltag und Krankheit: Ethnographie einer Familie*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Hildenbrand, B. (1999). Was ist für wen der Fall? Problemlagen bei der Weitergabe von Ergebnissen von Fallstudien an die Untersuchten und mögliche Lösungen. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitativen Forschung*, 1(4), 265-280.
- Hildenbrand, B. (2005). *Einführung in die Genogrammarbeit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Hildenbrand, B. (2011). Ereignis, Krise und Struktur - ein Konzept von Wandel im Lebenslauf und in der Beratung und Therapie. *Familiendynamik*, 36(2), 2-10.
- Hirschauer, S. (2001). Ethnographisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung. *Zeitschrift für Soziologie*, 30(6), 429-451.
- Hitzler, R. (2003). Konsequenzen der Situationsdefinition. Auf dem Wege zu einer selbstreflexiven Wissenssoziologie. In: Hitzler, R., Reichertz, J. & Schröer, N. (Eds.). *Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation*. Konstanz: UVK: 289-308.
- Hoffmann-Riem, C. (1989). *Das adoptierte Kind. Familienleben mit doppelter Elternschaft*. München: Fink.
- Holtz, G. (1962). Einleitung. In: Schmidt, K. D. & Sucker, W. (Eds.). *Die katholische Lehre von der Taufe*. Lüneburg: Heliand-Verlag Alfred Winter: 5-8.
- Honer, A. (1989). Einige Probleme lebensweltlicher Ethnographie. Zur Methodologie und Methodik einer interpretativen Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 18(4), 297-312.
- Honer, A. (2011). *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hontschik, B. (2006). *Körper, Seele, Mensch. Versuch über die Kunst des Heilens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hopf, C. (2004). Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 349-360.
- Huerkamp, C. (1983). *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Illich, I. (1975). *Die Enteignung der Gesundheit. >>Medical Nemesis<<*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Isler, M. P. (2003). Forschung in der Hausarztmedizin - eine weltweite Herausforderung. *Primary Care*, 3, 391-397.
- Jacob, R. (2002). Krankheitsbilder als soziale Konstruktionen: Laienkonzepte von Krankheit - Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 14(3), 132-139.
- Kafka, F. (1919/2004). *Ein Landarzt und andere Drucke zu Lebzeiten. Originalfassung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Kalitzkus, V., Wilm, S. & Matthiesen, P. F. (2009). Narrative Medizin - Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(2), 16-22.
- Knoblauch, H. (2001). Fokussierte Ethnographie. *Sozialersinn*, 1, 123-141.
- Knorr Cetina, K. (2002). *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kocka, J. (2001). Zivilgesellschaft. Zum Konzept und seiner sozialgeschichtlichen Verwendung. In: Kocka, J., Nolte, P., Randeria, S. & Reichardt, S. (Eds.). *Neus*

- über Zivilgesellschaft aus historisch-sozialwissenschaftlichem Blickwinkel*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB): 4-21.
- Köhler, K., Kreuzmann, N., Koenigsmann, M., Köhler, M., Franke, A. & Frommer, J. (2006). Normalisierung durch Übernahme der Patientenrolle - subjektive Krankheitsvorstellungen, Bewältigungsstrategien und Zukunftserwartungen bei Patienten mit akuter Leukämie nach Adaptation an den Klinikalltag. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 8(1), 11-27.
- Kohli, M. (1981). Wie es zur „biographischen Methode“ kam und was daraus geworden ist. Ein Kapitel aus der Geschichte der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 10(3), 273-293.
- Kohli, M. & Robert, G. (1984). Einleitung. In: Kohli, M. & Robert, G. (Eds.). *Biographie und soziale Wirklichkeit*. Stuttgart: J.B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung und Carl Ernst Poeschel Verlag GmbH: 1-6.
- Kohli, M. & Szydlik, M. (2000). Einleitung. In: Kohli, M. & Szydlik, M. (Eds.). *Generationen in Familie und Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich: 7-18.
- König, R. (1973). Die Beobachtung. In: König, R. (Ed.). *Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 2: Grundlegende Methoden und Techniken*. Stuttgart: Ferdinand Enke: 1-65.
- Konitzer, M., Doering, T. J. & Fischer, G. C. (2002). Narrative based medicine: Neuorientierung qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin? Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 78(12), 565-570.
- Köttig, M. (2005). Triangulation von Fallrekonstruktionen: Biographie- und Interaktionsanalysen. In: Völter, B., Dausien, B., Lutz, H. & Rosenthal, G. (Eds.). *Biographieforschung im Diskurs*. Wiesbaden: VS: 65-83.
- Krall, E. J. (2008). Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ*, 107(6), 279-284.
- Krämer, J. D. (2001). *Das Verhältnis der politischen Parteien zur Entnazifizierung in Nordrhein-Westfalen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kreher, S. (2009a). Krankheitskonzepte als „social kinds“ in der gesellschaftlichen Kommunikation über Krankheit und Gesundheit. In: Kreher, S., Brockmann, S., Sielk, M., Wilm, S. & Wollny, A. (Eds.). *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen von Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Huber: 195-211.
- Kreher, S. (2009b). Sozialwissenschaftliches Forschen in der Allgemeinmedizin oder was die Krankheitskonzepte von Hausärzten mit dem Platonschen Höhlengleichnis verbindet. In: Kreher, S., Brockmann, S., Sielk, M., Wilm, S. & Wollny, A. (Eds.). *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen von Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Huber: 29-43.
- Kreher, S., Brockmann, S., Sielk, M., Wilm, S. & Wollny, A. (2009). *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Hans Huber.
- Kreher, S. & Vierzigmann, G. (1997). Der alltägliche Prozess der transgenerationalen Bedeutungskonstruktion. Eine interdisziplinäre Annäherung. *Bios* 10, 246-275.
- Kühnlein, T. (2011). Ist normale menschliche Kommunikation tatsächlich ein Komplement oder gar eine Alternative? *Z Allg Med*, 87(6), 251-252.
- Labisch, A. (1992). *Homo hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt am Main: Campus.

- Labisch, A. (2006). Geschichte der Medizin - Geschichte in der Medizin. In: Vögele, J., Fangerau, H. & Noack, T. (Eds.). *Geschichte der Medizin - Geschichte in der Medizin. Forschungsthemen und Perspektiven*. Hamburg: LIT Verlag: 13-26.
- Lachmund, J. (1987). Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. *Zeitschrift für Soziologie*, 16(5), 353-366.
- Lachmund, J. (1996). Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. Zur historischen Soziologie der stethoskopischen Untersuchung. In: Borck, C. (Ed.). *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin Macht Moleküle*. Frankfurt am Main: Fischer: 55-85.
- Lange, I. (1976). *Entnazifizierung in Nordrhein-Westfalen. Richtlinien, Anweisungen, Organisation*. Siegburg: Respublica.
- Leisering, L. (2000). Wohlfahrtsstaatliche Generationen. In: Kohli, M. & Szydlik, M. (Eds.). *Generationen in Familie und Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich: 59-76.
- Liedhegener, A. (2006). *Macht, Moral und Mehrheiten. Der politische Katholizismus in der Bundesrepublik Deutschland und den USA seit 1960*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Linden, M., Nather, J. & Wilms, H. U. (1988). Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KKSkala) für schizophrene Patienten. *Fortschr Neurol Psychiat*, 56, 35-43.
- Lotze, R. (1937). *Zwillinge. Einführung in die Zwillingsforschung*. Oehringen: Verlag Hohenlohesche Buchhandlung Ferd. Rau.
- Luckmann, T. (2007). *Lebenswelt, Identität und Gesellschaft. Schriften zur Wissens- und Protozoziologie*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Luckmann, T. & Sprondel, W. M. (1972). Einleitung. In: Luckmann, T. & Sprondel, W. M. (Eds.). *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch: 11-21.
- Lüders, C. (2000). Beobachtungen im Feld und Ethnographie. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt: 384-401.
- Lueger, M. (2000). *Grundlagen qualitativer Feldforschung*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Maio, G. (2011). Medizin ist mehr als eine personennahe Dienstleistung. Plädoyer für eine neue Kultur der Sorge in der Medizin. *Erfahrungsheilkunde*, 60, 26-31.
- Mannheim, K. (1928). Das Problem der Generationen. *Kölner Vierteljahrshefte für Soziologie*, 7(2), 157-185.
- Marotzki, W. (1998). Ethnographische Verfahren in der Erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In: Jüttemann, G. & Thomae, H. (Eds.). *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Psychologie Verlags Union: 44-59.
- Marx, G. & Wollny, A. (2010). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 3: Das narrative Interview als Methode der Datenerhebung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86(9), 331-336.
- Matthes, J. (1985). Karl Mannheims „Das Problem der Generationen“, neu gelesen. Generations-, „Gruppen“ oder „gesellschaftliche Regelung von Zeitlichkeit“? *Zeitschrift für Soziologie*, 14(5), 363-372.
- Merkens, H. (1989). Einleitung. In: Aster, R., Merkens, H. & Repp, M. (Eds.). *Teilnehmende Beobachtung. Werkstattberichte und methodologische Reflexionen*. Frankfurt am Main: Campus Verlag: 9-17.
- Meyer, R. L. (2006). Was ist spezifisch hausärztlich bei der Betreuung alter Menschen? *Primary Care*, 6(32-33), 581-585.

- Mitterauer, M. (1988). Religion in lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen. In: Gestrich, A., Knoch, P. & Merkel, H. (Eds.). *Biographie - sozialgeschichtlich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 61-85.
- Mortsiefer, A. (2011). „Diese Tabletten schreibt mir immer meine Mutter auf“. Wie können Ärzte verantwortlich mit Krankheitsfällen in ihrer eigenen Familie umgehen? *Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft. Wissenschaftlicher Kongress zur Positionsbestimmung der Familienmedizin in Deutschland*. Witten 11.-11.11.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Müller, H. & Kalitzkus, V. (2007). Hermeneutische Fallanalysen und -vergleiche. In: Bahrs, O. & Matthiesen, P. F. (Eds.). *Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chance einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. Bern: Huber: 84-97.
- Niehuss, M. (2007). *Zwischen Seifenkiste und Playmobil. Illustrierte Kindheitsgeschichte des 20. Jahrhunderts*. Darmstadt: WBG (Wissenschaftliche Buchgesellschaft).
- Nikendei, C., Weyrich, P., Jünger, J. & Schrauth, M. (2009). Medical education in Germany. *Medical Teacher*, 31(7), 591-600.
- Nordenfelt, L. (2007). The Concepts of Health and Illness Revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), 5-10.
- Oevermann, U. (1993). Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik. In: Jung, T. & Müller-Doohm, S. (Eds.). *>> Wirklichkeit << im Deutungsprozeß. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 106-190.
- Oevermann, U. (2002). Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik - Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. *Institut für hermeneutische Sozial- und Kulturforschung e.V.*, <http://www.ihsk.de/publikationen.htm> (5.5.2010).
- Parsons, T. (1970). Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, R. & Tönnemann, M. (Eds.). *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag: 10-57.
- Paul, N. (1996). Der Hiatus theoreticus der naturwissenschaftlichen Medizin. Vom schwierigen Umgang mit Wissen in der Humanmedizin der Moderne. In: Borck, C. (Ed.). *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin Macht Moleküle*. Frankfurt am Main: Fischer: 171-200.
- Perleberg, K., Schütze, F. & Heine, V. (2006). Sozialwissenschaftliche Biographieanalyse von chronisch kranken Patientinnen auf der empirischen Grundlage des autobiographisch-narrativen Interviews - exemplifiziert an der Lebensgeschichte einer jungen Patientin mit Morbus Crohn. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 8(1), 95-145.
- Pfadenhauer, M. (2003). Rollenkompetenz. Träger, Spieler und Professionelle als Akteure für die hermeneutische Wissenssoziologie. In: Hitzler, R., Reichertz, J. & Schröer, N. (Eds.). *Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation*. Konstanz: UKV: 267-285.
- Pfeffer, S. (2010). *Krankheit und Biographie : Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Remmers, H. (2006). Zur Bedeutung biographischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. *Z Gerontol Geriat*, 39(3), 183-191.
- Rörig, M. (1985). *Eine ländliche Arbeiterfamilie der vorindustriellen Zeit. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des kurkölnischen Sauerlandes*. Münster: F. Coppenrath.
- Rosenthal, G. (1995). *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte*. Frankfurt am Main: Campus.

- Rosenthal, G. (2000). Historische und familiale Generationsabfolge. In: Kohli, M. & Szydlik, M. (Eds.). *Generationen in Familie und Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich: 162-178.
- Rosenthal, G. (2005a). Die Biographie im Kontext der Familien- und Gesellschaftsgeschichte. In: Völter, B., Dausien, B., Lutz, H. & Rosenthal, G. (Eds.). *Biographieforschung im Diskurs*. Wiesbaden: VS: 46-64.
- Rosenthal, G. (2005b). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Salewski, C. (2002). Subjektive Krankheitstheorien und Krankheitsverarbeitung bei neurodermitiskranken Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10(4), 157-170.
- Schäfer, H. M., Becker, A., Krentz, H. & Reisinger, E. (2008). Wie zufrieden sind Hausärzte im Nordosten Deutschlands mit ihrem Beruf? - Ein Survey zur Berufszufriedenheit von Allgemeinärzten in Mecklenburg-Vorpommern. *ZEFQ*, 102, 113-116.
- Schegloff, E. A. (1987). Analyzing Single Episodes of Interaction: An Exercise in Conversation Analysis. *Social Psychology Quarterly*, 50(2), 101-114.
- Schegloff, E. A. & Sacks, H. (1973). Opening Up Closings. *Semiotica*, VIII(4), 289-327.
- Schers, H., van den Hoogen, H., Bor, H., Grol, R. & van den Bosch, W. (2005). Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. *Fam Pract*, 22, 15-19.
- Schindelbeck, D. & Ilgen, V. (1999). *"Haste was, biste was!" : Werbung für die soziale Marktwirtschaft*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Schlich, T. (1996). Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In: Borck, C. (Ed.). *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin Macht Moleküle*. Frankfurt am Main: Fischer: 201-229.
- Schmidt, L. (1986). Paarbeziehungen und Persönlichkeitsentwicklung von Zwillingen. In: Friedrich, W. & Job, O. K. v. (Eds.). *Zwillingsforschung international*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften: 238-248.
- Schöggel-Ernst, E. (2005). Flüchtlinge im Land. In: Riegler, J. (Ed.). *Die Neue Steiermark. Unser Weg 1945 - 2005*. Graz: Steiermärkisches Landesarchiv: 127-144.
- Schuster, W. (2004). Entnazifizierung im regionalen Vergleich: Der Versuch einer Bilanz. In: Schuster, W. & Weber, W. (Eds.). *Entnazifizierung im regionalen Vergleich*. Linz: Archiv der Stadt Linz.
- Schütz, A. (1971). *Das Problem der Relevanz*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütze, F. (1977). *Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien - dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen*. Bielfeld: Fakultät für Soziologie.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13, 283-293.
- Schütze, F. (1984). Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M. & Robert, G. (Eds.). *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Stuttgart: Metzler: 78-117.
- Schütze, F. (2001). Rätselhafte Stellen im narrativen Interview und ihre Analyse. *Zeitschrift für Sozial- und Kulturwissenschaften*, 10(1), 12-28.
- Schwarz, H.-P. (1983). *Die Ära Adenauer. Epochenwechsel 1957-1963*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt GmbH.
- Sennekamp, M., Gilbert, K., Schäfer, H. M. & Gerlach, F. M. (2008). Neukonzeption eines Kurses zur ärztlichen Gesprächsführung im Rahmen der vorklinischen Ausbildung von Studierenden der Medizin. *Z Allg Med*, 84, 382-387.

- Siegrist, H. (1995). Der Akademiker als Bürger. Die westdeutschen gebildeten Mittelklassen 1945-1965 in historischer Perspektive. In: Fischer-Rosenthal, W. & Alheit, P. (Eds.). *Biographien in Deutschland*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 118-136.
- Soeffner, H.-G. (2004). *Auslegung des Alltags - Der Alltag als Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*. Konstanz: UVK.
- Spiewak, M. (2010). Notruf nach dem Landarzt. *Die Zeit*. Hamburg: 35-36.
- Steffen, U. (1988). *Taufe. Ursprung und Sinn des christlichen Einweihungsritus*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Stegmann, H. (1987). Hauptschüler aus Arbeiterfamilien beim Übergang in Ausbildung und Beruf. In: Bolder, A. & Rodax, K. (Eds.). *Das Prinzip der aufge(sc)hobenen Belohnung. Die Sozialisation von Arbeiterkindern für den Beruf*. Bonn: Verlag Neue Gesellschaft GmbH: 171-180.
- Steinweg, K. F. W. (1989). *Die Taufe in der evangelischen und katholischen Kirche. Ein Beitrag zum ökumenischen Gespräch*. Konstanz: Christliche Verlagsanstalt.
- Stolberg, M. (1998). Der gesunde und saubere Körper. In: Dülmen, R. v. (Ed.). *Erfindung des Menschen. Schöpfungsträume und Körperbilder 1500-2000*. Wien: Böhlau: 295-306.
- Stuhlmann, W. (2004). *Demenz - wie man Bindung und Biographie einsetzt*. München: reinhardt.
- Treichler, M. (1995). *Biographie und Krankheit : Wendepunkte im Lebenslauf*. Stuttgart: Urachhaus.
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1988). *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Vierzigmann, G. & Kreher, S. (1998). „Zwischen den Generationen“ - Familiendynamik und Familiendiskurse in biographischen Erzählungen. *Berliner Journal für Soziologie*, 8 (1), 23-37.
- Vocelka, K. (2000). *Geschichte Österreichs. Kultur - Gesellschaft - Politik*. Graz, Wien, Köln: Styria.
- Vogd, W. (2010). Rahmungen - Sterben im Modus des >>als ob<<. In: Begenau, J., Schubert, C. & Vogel, W. (Eds.). *Die Arzt-Patienten-Beziehung*. Stuttgart: Kohlhammer: 129-142.
- Wächtler, H. & Chenot, J.-F. (2009). *Halsschmerzen. DEGAM-Leitlinie Nr. 14*. Düsseldorf: omikron publishing.
- Walther, T. (2004). Das frühe homosexuelle Selbst zwischen Autobiographie und medizinischem Kommentar [39 Absätze] *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6 (1 ), Art. 10.
- Weber, M. (2005). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Zweitausendeins.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (2004). *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weymann, A. (2000). Sozialer Wandel, Generationsverhältnisse und Technikgenerationen. In: Kohli, M. & Szydlik, M. (Eds.). *Generationen in Familie und Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich: 36-58.
- Wilensky, H. L. (1972). Jeder Beruf eine Profession? In: Luckmann, T. & Sprondel, W. M. (Eds.). *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch: 198-215.
- Wilm, S. (2009). Krankheitskonzepte in der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Literatur. In: Kreher, S., Brockmann, S., Sielk, M., Wilm, S. & Wollny, A. (Eds.). *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Huber: 45-59.

- Wilm, S. & in der Schmitt, J. (2007). Was ist der Kern der hausärztlichen Tätigkeit? *Primary Care*, 7(29-30), 481-485.
- Wilm, S. & Kriebel, S. (2001). Krankheitskonzepte und Krankheitserleben von Patienten und ihren Hausärzten bei *Ulcus cruris venosum*. *Gesundheitswesen*, 63, 85-88.
- Witte, N. (2010). *Ärztliches Handeln im Praxisalltag. Eine interaktions- und biographieanalytische Studie*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Wollny, A. (2009). Das Wichtigste in Kürze: Eine Vorschau auf die entitätsspezifischen und entitätsübergreifenden Krankheitskonzepte von Hausärzten. In: Kreher, S., Brockmann, S., Sielk, M., Wilm, S. & Wollny, A. (Eds.). *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen von Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Huber: 17-28.
- Wollny, A., Fuchs, A., in der Schmitt, J., Altiner, A. & Pentzek, M. (2010). Zwischen Nähe und Distanz. Eine Studie zu hausärztlichen Wahrnehmungsweisen von an Demenz erkrankten Personen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86(11), 425-434.
- Wollny, A., Kreher, S., Sielk, M., Wilm, S. & Brockmann, S. (2007). Hausärzte in der „Beziehungsfalle“? Ergebnisse einer qualitativen Studie zu ärztlichen Krankheitskonzepten und Behandlungsstrategien bei *Ulcus cruris venosum* [72 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 9(1), Art. 42.
- Zinn, J. O. (2005). The biographical approach: A better way to understand behaviour in health and illness. *Health, Risk & Society*, 7(1), 1-9.

# Transkriptionszeichen

,	= kurzes Absetzen
((räuspern))	= Kommentar des Transkribierenden
(4)	= Dauer der Pause in Sekunden
Ja:	= Dehnung
<b>Ja</b>	= Betont
Viel-	= Abbruch
Ja=ja	= schneller Anschluss
(...)	= Inhalt der Äußerung unverständlich
(sagte er)	= unsichere Transkription

Gemeinhin wird von der Annahme ausgegangen, dass (Haus-) Ärzte ausschließlich ihr im Medizinstudium und in der Berufspraxis erworbenes Wissen über Krankheiten und Krankheitsbilder in die Arzt-Patienten-Interaktion einbringen. Diese Sichtweise vernachlässigt jedoch, dass Arzt und Patient in die medizinisch geprägte Begegnung gleichermaßen ihre familienbiographisch, sozial und kulturell geprägten Erfahrungen mit dem eigenen Kranksein und dem Kranksein und Krankheiten anderer einbringen. In diesem Zusammenhang stellen Krankheitskonzepte einen wichtigen Bestandteil des hausärztlichen Handlungswissens dar. Neben der Bearbeitung der Fragen, wie Krankheitskonzepte bei Hausärzten entstehen und wie sie die Konsultationen mit ihren Patienten beeinflussen, besteht ein weiteres Ziel in der Untersuchung familienbiographisch geprägter und beruflich einsozialisierter Handlungsmuster auf Seiten der Hausärzte. Diese Fragen werden in der Arbeit mittels Narrationsanalyse biographisch-narrativer Interviews sowie Analysen aufgezeichneter Arzt-Patienten-Interaktionen untersucht.

Anja Wollny, geboren 1977, studierte nach einer Ausbildung zur Arzthelferin Gesundheitswissenschaften in Neubrandenburg. Seit 2005 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Instituten für Allgemeinmedizin der Universitäten Düsseldorf (2005–2009) und Rostock (ab 2010) und als Lehrbeauftragte im Bereich qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung.