

Die Re-Inszenierung des Sprechstundenalltags – Videoaufzeichnungen aus der hausärztlichen Praxis – ein Überblick

O. Bahrs

*Re-enacting Encounters – Video Documentation in Everyday General Practice –
an Overview*

Zusammenfassung

Es wird dargelegt, dass Videoaufzeichnungen den Alltag der hausärztlichen Sprechstunde für Forschung und Praxis nachvollziehbar machen und damit einen Beitrag sowohl zur Theoriebildung wie zur Fort-/Weiterbildung und Qualitätsentwicklung in der Allgemeinmedizin leisten können.

Schlüsselwörter

Qualitative Forschung · Videodokumentation · Habitusbildung · Gesamtdiagnose · Setting · Allgemeinmedizin

Abstract

Video documentation of encounters in everyday general practice is shown to be useful as basis for discussion, for research, for vocational training/CME and for quality improvement.

Key words

Qualitative research · video documentation · changing professional habits · overall diagnosis · setting · general practice

„Ja, verdammt, ich sehe tatsächlich zu oft auf den Bildschirm! Wissen Sie, ich hatte keine Probleme mit dem Computer, bis Sie kamen und diese Videoaufzeichnungen gemacht haben!“ [1]

Videoaufzeichnungen sind zum festen Bestandteil unseres Alltagslebens geworden. So ausgefallen einzelne Bildsequenzen auch sein mögen, dem Dokumentationsverfahren selbst haftet nichts Spektakuläres mehr an, kann doch beinahe jedermann in kürzester Zeit per Handy neueste Bilder übermitteln und erhalten.

In der Medizin werden Videoaufzeichnungen mittlerweile vielfältig und in unterschiedlichsten Disziplinen eingesetzt. Sie können z. B. als bildgebendes Verfahren dienen, Behandlungsprozesse dokumentieren, eine Grundlage verhaltenstherapeutischer Interventionen darstellen, zur Prozessunterstützung genutzt, in der Supervision verwandt und in Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Veranschaulichung herangezogen werden.

Zunehmend werden Videoaufzeichnungen auch im Forschungsprozess genutzt. Gerade zur Darstellung des praxis- und personabhängig variierenden allgemeinmedizinischen Alltags ist das Verfahren grundsätzlich hervorragend geeignet, es hat sich allerdings vor dem Hintergrund von Vorbehalten bezüglich Auswahl- und Interpretationsproblemen (Überblick in [2]) gerade im deutschsprachigen Bereich noch nicht durchgesetzt.

Im Folgenden möchte ich mit Bezug auf den Bereich der Allgemeinmedizin darlegen

- zur Beantwortung welcher Fragen sich Videodokumentationen eignen;
- warum Bilder nicht für sich selbst sprechen und was bei der Auswertung zu berücksichtigen ist;
- welche Auswertungsverfahren zur Verfügung stehen;
- welche (ausgewählten) Ergebnisse bereits vorliegen; und
- warum Videoaufzeichnungen in der Fort- und Weiterbildung eingesetzt werden sollten.

Institutsangaben

Abt. Medizinische Psychologie, Universität Göttingen

Korrespondenzadresse

Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs · Abt. Medizinische Psychologie · Universität Göttingen ·
Waldweg 37 · 37073 Göttingen · Tel.: 05 51/39 81 95 · E-mail: obahrs@gwdg.de

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 237–243 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-836619
ISSN 0014-336251

Was leisten Videoaufzeichnungen?

Im Zentrum der hausärztlichen Tätigkeit steht nach wie vor die Sprechstunde als formal, räumlich und durch Interaktionsregeln gerahmte Begegnung zwischen Patient und Arzt. Diese Begegnung stellt die Schnittstelle zwischen Medizinsystem einerseits und Alltagsleben der Patienten andererseits dar und ist folgenreich: Hier findet die Umwandlung von Beschwerden und Problemen zu Befunden und Diagnosen statt, aus kranken Menschen werden Patienten, Prozesse der somatischen Fixierung und der Medikalisierung können eingeleitet werden [3]. Ebenso können Lösungen für Probleme erarbeitet, Patientenkarrieren vermieden, Fixierungen aufgegeben und Autonomie in gesundheitlichen Fragen gestärkt werden. Was immer hier geschieht, es bleibt in der Regel ohne Zeugen.

Diese Grundoperation der allgemeinmedizinischen Praxis lässt sich hervorragend mit Hilfe von Videoaufzeichnungen nachvollziehbar machen, besser als Berichte der Beteiligten, Protokolle von Beobachtern oder Aufzeichnungen in der Patientenakte, die als Gedächtnisstütze für den Arzt oder als Abrechnungsgrundlage dienen sollen. Während Berichte und Protokolle immer schon ergebnisorientiert sind und Interpretationen des Geschehens darstellen, sind Videoaufzeichnungen gleichsam „natürliche“ Protokolle des Prozesses, die es erlauben, diesen nachzuzeichnen, ggf. unterschiedlich zu interpretieren und herauszuarbeiten, wo die Konsultation auch einen anderen Verlauf hätte nehmen können. Die „Naturprozesslichkeit“ der Konsultation wird damit ein Stück weit aufgelöst, der Beitrag der Interaktoren wird deutlich und diese als handelnde Subjekte erfahrbar.

Videoaufzeichnungen können gleichzeitig verbale und non-verbale Prozesse dokumentieren und eröffnen damit einen ganzheitlichen Zugang zu den Akteuren. Schon auf der Grundlage von Standbildern lassen sich, so wurde im Rahmen des Projekts „Gesundheitsfördernde Praxen“ (<http://www.gesundheitsfoerdernde-praxen.de>) deutlich, Arbeitshypothesen über grundlegende Haltungen der Patienten bilden, die gleichsam eine erste „Gesamtdiagnose“ darstellen, die leiblich-seelische Verfassung und sozialbezogene Selbstpräsentation komprimiert. Dieser „erste Eindruck“ kann Informationen vorweg nehmen, die die Patienten erst im Verlauf der aufgezeichneten Konsultation (oder sogar erst bei späteren Gesprächen) mitteilen. Wegen der überragenden Bedeutung des „ersten Eindrucks“ für das Gelingen der Kommunikation ist es von hohem Interesse, „erste Eindrücke“ rekonstruieren und der kritischen Reflexion zugänglich machen zu können. Hierfür bietet sich die Analyse von Eingangssequenzen videodokumentierter Gespräche an.

„Erste Eindrücke“ werden im Gespräch selbst selten mitgeteilt, sie erschließen sich ein Stück weit aus der Analyse des weiteren Interaktionsprozesses und in vergleichender Interpretation der Eindrücke weiterer Beobachter. Videoaufzeichnungen liefern Bilder, die in immer derselben Form von unterschiedlichen Personen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten wahrgenommen werden können. Sie können daher szenische Informationen nachvollziehbar dokumentieren, die sich in Bruchteilen von Sekunden zu Bildern beim Beobachter verdichten, für den Außenstehenden aber nicht objektivieren lassen. Insofern gleiche Szenen – einem projektiven Test vergleichbar – von unterschied-

lichen Beobachtern unterschiedlich wahrgenommen werden, lassen sich subjektive Anteile des Wahrnehmungsprozesses verdeutlichen. Dies kann im Sinne von Selbsterfahrung und Professionalisierung genutzt werden. Insofern in unterschiedlichen Wahrnehmungen derselben Szene spezifische Facetten der Wirklichkeit selbst zum Ausdruck kommen, wird eine Erweiterung und Präzisierung der „Gesamtdiagnose“ möglich. Insofern schließlich bei verschiedenen Betrachtern ähnliche Stimmungen und Eindrücke ausgelöst werden, verweisen die Gegenübertragungsreaktionen auf grundlegende Strukturen des Patienten selbst. Videoaufzeichnungen schaffen daher einen Zugang zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen und ermöglichen eine Abschätzung ihrer Folgen im Rahmen der Analyse des Interaktionsprozesses.

„Erste Eindrücke“ sind nicht nur für die Behandler entscheidend, auch Patienten machen sich ein Bild von ihren Ärzten, das für den Fortgang der Begegnung prägend sein kann und ebenfalls in der oben beschriebenen Weise auf der Basis von Videoaufzeichnungen rekonstruierbar ist. Hierdurch wird ein ganzheitlicher Zugang zum Arzt gebahnt, der über seine spezifischen Qualifikationen hinaus als individuelle Person in seinem professionellen Kontext sichtbar wird. Sein spezifischer Stil kann auf diese Weise deutlich werden und es kann bei vergleichender Analyse videodokumentierter Gespräche über einen längeren Zeitraum hinweg nachvollziehbar gemacht werden, wie sich die professionelle Identität ausbildet („Habitusformation“). Es liegt daher nahe, Videoaufzeichnungen besonders in prägenden Phasen – wie z. B. der Weiterbildung – einzusetzen, um Bildungsprozesse unterstützen zu können.

Videoaufzeichnungen ermöglichen es nachzuvollziehen, wie sich in wechselseitigen Aktionen der Beteiligten Regelmäßigkeiten der Inter-Aktion herausbilden, die dann Eigenständigkeit gewinnen und ihrerseits den Prozess strukturieren. Dies rekonstruierend kann deutlich werden, wie sich die Beteiligten aufeinander beziehen und ihre Beziehung bilden [4]. Die Analysen von Videoaufzeichnungen ermöglichen es damit, die von den Akteuren hergestellten gemeinsamen Interaktions- und Beziehungsmuster zu beschreiben. Bei vergleichender Analyse können weiterhin fallübergreifend Muster in der Beziehungsgestaltung herausgearbeitet werden. So kann empirisch verdeutlicht werden, ob und wie sich empfohlene Interaktionsstrategien – z. B. non-direktive Gesprächsführung – bei bestimmten Ärzten und Patientengruppen bewähren. Damit bieten Videoaufzeichnungen die große Chance, die gelegentlich stigmatisierend anmutende Kategorisierung von „schwierigen Patienten“ (bzw. analog „schwierigen Ärzten“) empirisch zu prüfen und gegebenenfalls behandler-spezifische Muster „schwieriger Handlungssituationen“ und „schwieriger Beziehungen“ zu beschreiben.

Nicht von ungefähr findet die Konsultation typischerweise in einem „Sprechzimmer“ statt: Das Gespräch zwischen Patient und Arzt ist auch sozialräumlich gerahmt, und dieses Setting wird in Videoaufzeichnungen sehr gut nachvollziehbar. Einrichtung, Farbgebung, Sitzanordnung usw. signalisieren, welche Rollenverteilung in diesem Setting erwartbar und welcher Konsultationsstil wahrscheinlich ist. Videoaufzeichnungen können verdeutlichen, wie die Beteiligten in der Begegnung selbst von diesen Angeboten Gebrauch machen. Erkennbar wird, wie äußere

Einflüsse – Telefonanrufe, Geräte (Computer z.B.), Helferinnen, die Rezepte zur Unterschrift hereinreichen – in die Konsultationen hineinwirken und wie die Akteure damit umgehen [5]. Die Videodokumentation schafft hier die Grundlage dafür, scheinbar selbstverständliche Routinen der Reflexion zuzuführen und Chancen für kleine Veränderungen mit großen Wirkungen aufzuzeigen.

Ein Beispiel: Im Rahmen eines Projekt über die Gestaltung des Erstkontakts in der Allgemeinmedizin war ein Gespräch aufgezeichnet worden, bei dem es in einer zwischen Patient und Arzt angespannten Phase zu einer Unterbrechung durch einen Telefonanruf gekommen war. Das Telefonat dauerte etwa ebenso lang wie die gesamte Konsultation, und der Patient erschien in der Zwischenzeit wie versteinert. Nach gemeinsamer Analyse der Videoaufzeichnung – in der der Arzt die Situation erstmalig von außen sah – beschloss die Praxis, künftig bei Erstgesprächen generell keine Telefonate mehr ins Sprechzimmer zu legen.

Videoaufzeichnungen ermöglichen einen gleichsam vordiagnostischen Blick auf die biopsychosoziale Problempräsentation des Patienten. Sie erlauben Prozessanalysen und wirken damit einer verdinglichenden Betrachtung entgegen, und sie geben Einblick in die Rahmenbedingungen des hausärztlichen Handelns. Videoaufzeichnungen sind damit der Sache nach ein hervorragendes Instrument zur Darstellung der Besonderheit hausärztlichen Handelns und machen Möglichkeiten und Grenzen für die Umsetzung extern gesetzter Anforderungen – Leitlinien etc. – konkret diskutierbar.

Grenzen von Videoaufzeichnungen

Anders als bei einem „Krieg der Bilder“ in den Massenmedien kann zwar im wissenschaftlichen Bereich grundsätzlich von der Authentizität der Aufnahmen ausgegangen werden, doch stellen die quasi-naturgetreuen Abbilder von Handlungssituationen nicht „die Wirklichkeit“ selbst dar, sondern sind von Personen in konkreten Situationen hergestellt worden. Sie bedürfen der Interpretation, wobei der Entstehungskontext in Rechnung zu stellen und auch danach zu fragen ist, was die Aufzeichnungen nicht festhalten (können).

Ein grundlegender Einwand gegenüber der Aussagekraft von Videoaufzeichnungen besteht darin, dass die Dokumentation das Geschehen selbst beeinflusst [2]. Insbesondere wird vermutet, dass sich die Beteiligten um ein Verhalten bemühen, das sie für sozial erwünscht annehmen. Werden also systematische Verzerrungen erzeugt oder gar Artefakte interpretiert?

Zunächst ist offensichtlich, dass sich die Situation „Aufzeichnung einer Arzt–Patienten-Konsultation“ von der Situation „Arzt–Patienten-Konsultation“ unterscheidet. Allerdings ist auf empirischer Basis systematisch nicht zu ergründen, wie die Aufzeichnungssituation auf die Interaktionssituation Einfluss nimmt, weil ohne die Dokumentation keine Vergleichsdaten vorliegen können. Eine Aufzeichnung mit „versteckter Kamera“ ist aus ethischen Gründen prinzipiell zu verwerfen. Darüber hinaus würde sie keine für den Vergleich geeigneten Daten zur Verfügung stellen, weil die Interaktionssituation nunmehr durch

die Kontrollsituation konfundiert wäre. Damit aber würden weitergehend prinzipielle Zweifel an der Vertraulichkeit aufgeworfen und die Arzt–Patient-Beziehung grundlegend verändert. Zweifellos besteht das Beobachtungsdilemma – dies ist allerdings nicht der Videoaufzeichnung selbst geschuldet, sondern gilt analog für jede Form der Datenerhebung und muss bei jeder Auswertung reflektiert werden.

Videoaufzeichnungen setzen den Zugang zu entsprechenden Geräten voraus und erfordern grundsätzlich die Einwilligung der Beteiligten. Insofern kann eine spezifische Selektion erwartet werden. Bei allen Überlegungen zur „Repräsentativität“ des Dokumentierten ist freilich zu bedenken, dass über Verteilungen der interessierenden Merkmale in der Gesamtheit nur wenig bekannt ist. Bei „objektiven Daten“ – Alter, Geschlecht, Qualifikation, Familienstand, Ortsgröße etc. – sind Schätzungen möglich, bei komplexen Merkmalsbündeln ist dies schwierig, und über Interaktionsverläufe liegen keine entsprechenden Kennwerte vor.

Während die Motivationslage nicht beeinflussbar ist, können weitere persönliche Arztmerkmale (Alter, Geschlecht, Niederlassungsdauer, Qualifikation) und praxisstrukturelle Kennwerte (Praxisgröße, Praxisart, Lage, Spezialisierung) im Sinne des „theoretical sampling“ bei der Erhebung (spätestens aber bei der Auswertung) berücksichtigt werden [6, 7]. Damit ließe sich auch dem Problem Rechnung tragen, dass in vielen vorliegenden Studien Fortbilder – gelegentlich auch Fortzubildende –, die in engem Zusammenhang zu den Forschungsinstitutionen stehen, überrepräsentiert sind [2]. Patienten, die tendenziell schambesetzte Themen (z.B. psychische Probleme oder gynäkologische Fragen) besprechen wollen, sind tendenziell seltener zur Teilnahme bereit [2, 6].

Weil die Untersuchungen sich in besonderem Maße für das professionelle Handeln interessieren, sind Steward und Pringle-Evans [8] der Frage nachgegangen, inwieweit die Bewusstheit der Aufnahmesituation das ärztliche Verhalten beeinflusst. In ihrer mit Einwilligung von Patienten und Ärzten durchgeführten Studie wussten die Beteiligten grundsätzlich, dass die Gespräche dokumentiert werden könnten, und die Ärzte wurden in einigen Fällen explizit auf die nun auch tatsächlich gegebene Aufzeichnungssituation aufmerksam gemacht. Bei der vergleichenden Auswertung von Gesprächen, bei denen sich die Ärzte der Aufzeichnung explizit bewusst waren, mit den anderen dokumentierten Gesprächen ließen sich keine Zusammenhänge zwischen Gesprächsverhalten und dem Wissen um die Aufzeichnung nachweisen. Dieses Ergebnis bestätigt Befunde, nach denen Patienten und Ärzte in Befragungen durchgängig angeben, die Kamera nach kurzer Zeit vergessen zu haben. Systematische Beeinflussungen sind ihnen typischerweise nicht bewusst. In Detailanalysen lässt sich weitergehend zeigen, dass die Dokumentationsituation in der Regel bei Beginn und – gelegentlich – am Ende des Gesprächs thematisiert wird. Gesprächsmarker bezeichnen jenen metakommunikativen Akt, in dem die Rahmung des Gesprächs zugleich benannt und begrenzt wird. Ein Beispiel:

Arzt: Gut. Also, Herr K., (kurze Pause) das Ding hab ich Ihnen erklärt, und das vergessen wir jetzt wieder.

Patient: Ja, ich hatte am Mittwochmorgen (kurze Pause) so 'n leichten Sturz...

In der Regel erfolgt die Dokumentation mit einer einzigen fest stationierten Kamera. Der Blick des Betrachters ist damit festgelegt. So mag der Patient (bzw. der Arzt) in den Vordergrund rücken, der Tisch besonders wichtig erscheinen und auch Geräusche anders aufgezeichnet werden, als sie die Akteure in der Situation selbst wahrgenommen haben. War denn „wirklich“ der Drucker so laut, die Tastatur des Computers so klackend, ein beständiges Pfeifen im Raum? Die Praxis ist kein Filmstudio, und so lassen sich gegebene Grenzen (Lichtverhältnisse, Platz, Tonüberlagerungen etc.) nur begrenzt kompensieren. Praxisforschung muss die Grenzen in Rechnung stellen, unter denen sie notwendigerweise stattfindet.

Auswertungsverfahren

Videoaufzeichnungen können sowohl einzelfallbezogen wie fallübergreifend ausgewertet werden. Dabei wird in der Regel auf Verfahren zurückgegriffen, die sich bei der Analyse von Transkriptionen als Tonmaterial vorliegender Interaktionen bewährt haben (Überblick in [9]). Im Hinblick auf die systematische Analyse von Bildmaterial ist noch Entwicklungsarbeit zu leisten, doch liegen innovative Ansätze vor.

Qualitative Methoden

Einige Autoren [1, 10–12] legten die Videoaufzeichnung den Beteiligten – in der Regel den Ärzten – noch einmal vor und ließen diese selbst das Geschehen kommentieren. Wo sahen diese selbst Wendepunkte im Interaktionsverlauf? Was war ihnen in solchen kritischen Situationen durch den Kopf gegangen? Was hatte sie zu ihrem Handeln motiviert? Wie deuteten sie selbst im Nachhinein die dokumentierten Szenen? Die Aussagen wurden ihrerseits auf Tonband aufgezeichnet und das vorliegende Material dann im Hinblick auf die Rekonstruktion handlungsleitender Motivationen und routinierter Handlungsstrategien ausgewertet. Insoweit die Forscher bereits eigenständig in sequenzieller Analyse Strukturmuster herausgearbeitet hatten [10, 12], konnten diese mit den Selbstdeutungen der Beteiligten in Beziehung gesetzt und kommunikativ validiert werden.

Die oben beschriebenen Fragen lassen sich ebenso in einer Gruppe von Gleichrangigen („Peers“) an die Videoaufzeichnungen herantragen. Diese Vorgehensweise ist charakteristisch für den videogestützten hausärztlichen Qualitätszirkel, in dem die Gruppenteilnehmer das Geschehen vor dem Hintergrund eigener Konsultationserfahrungen diskutieren und das Beobachtete mit eigenen Handlungsstrategien in Beziehung setzen. Am Einzelfall werden damit neben den (vermuteten) Motivationen und Strategien des im Video aufgezeichneten Akteurs weitere potenzielle Vorgehensweisen, vorherrschende Motivationslagen und professionstypische Deutungsmuster erkennbar. Auf der Grundlage von Tonprotokollen kann dann der Diskussionsprozess nachgezeichnet und z. B. Bezüge zwischen der Gestaltung der Übertragungsbeziehungen in der dokumentierten Begegnung und deren Diskussion in der Gruppe dargestellt werden [13].

Die Gruppendiskussion lässt sich unterschiedlich strukturieren. Das Gespräch kann insgesamt – der Falleinbringung in der Balintgruppe vergleichbar – vorgestellt und diskutiert werden. Dies ist immer dann angezeigt, wenn in kurzer Zeit ein Gesamteindruck ermöglicht werden soll. Für die Detailanalyse hingegen bietet sich die sequenzielle Analyse nach dem Verfahren der strukturellen Hermeneutik an, deren Grundprinzipien hier in aller Kürze skizziert werden sollen. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass die soziale Welt – innerhalb derer sich auch die Begegnung von Patient und Arzt ereignet – sinnstrukturiert ist. Sie ist gleichsam als Text zu lesen, der der Interpretation bedarf. Verstehen ist prinzipiell möglich, weil die soziale Welt Regeln folgt, die in sozialem Handeln erzeugt und reproduziert werden, und weil die Akteure mit ihrem Handeln zugleich ihr Verhältnis zur normativen Ordnung für sich und für die Außenwelt bezeugen. Um dieses symbolvermittelte Handeln deuten zu können, muss der „Text“ nachvollziehbar gemacht werden. Er muss in Sprache übersetzt werden, d. h. in jenes Medium, das zugleich die Darstellung von Sachverhalten und die Reflexion auf den Text erlaubt. Die Mehrdeutigkeit von Symbolen ist in der Sprache aber nicht gelöscht, sondern aufgehoben. Damit Verständigung gelingen kann, muss Vieldeutigkeit im Fortgang der Interaktion nach und nach reduziert werden. Die strukturelle Hermeneutik als Verfahren ist eine Methodisierung der Verstehensleistungen, derer wir uns im Alltag immer schon bedienen. Sie beruht auf den Prinzipien der künstlichen Naivität, der sequenziellen Analyse und der Strukturgeneralisierung. Künstliche Naivität meint, dass sprachliche Äußerungen zunächst kontextfrei interpretiert werden, um der ganzen Vielfalt möglicher Bedeutungen gerecht werden zu können. Wesentlich ist, dass der so ermittelte Assoziationszusammenhang in den Äußerungen mitschwingt und prinzipiell aktualisierbar ist, auch wenn kein Sprecher/Hörer je alle Interpretationsmöglichkeiten ausschöpfen kann. Die Auswertung erfolgt genau aus diesem Grund in einer Gruppe, deren Teilnehmer möglichst unterschiedliche Erfahrungshorizonte einbringen. In sequenzieller Analyse werden die Äußerungen anschließend aufeinander bezogen. Nun zeigt sich, welche Auswahl in der Interaktion selbst vollzogen wird, und es lässt sich nachzeichnen, welche Möglichkeiten ausgeschlossen werden. Die Logik, nach der diese Wahl erfolgt, zeigt sich im dritten Interpretationsschritt – der Strukturgeneralisierung – als das Muster, nach dem die Interakteure ihr Handeln gestalten. Sie ist den Handelnden typischerweise nicht bewusst, erweist sich als relativ stabil und ist in ihren Grundzügen bereits aufgrund weniger Interaktionszüge rekonstruierbar. Wahrheitskriterium dieser Art von Analyse ist die Plausibilität der so erzeugten Hypothesen, deren Tragfähigkeit am selben Fall geprüft wird. Zur Falsifizierung werden Szenen herausgesucht, die möglichst weitgehend zur zunächst analysierten Szene kontrastieren. Nach erfolgter Analyse können die herausgearbeiteten Muster verglichen und die Strukturhypothese ggf. verworfen bzw. modifiziert werden oder als bestätigt gelten.

Besonders aussichtsreich ist die Analyse der Eingangssequenz, werden doch in diesem frühen Stadium die Regeln ausgehandelt, nach denen das Gespräch stattfinden wird, und damit zugleich die Beziehung und eine erste Problemdefinition festgelegt.

Wenn der Arzt das Erstgespräch mit den Worten: „Was führt Sie des Weges mit Ihrem Sohn?“ eröffnet, bringt er zum Ausdruck,

dass er die Anwesenheit der Angesprochenen für begründungsbedürftig hält („was führt Sie...?“), die Mutter als Hauptadressatin ansieht, die ihren Sohn sozusagen im Schlepptau hat („Sie... mit Ihrem Sohn“) und sich gleichsam auf der Durchreise befindet („des Weges“). Er beschreibt damit ein professionelles Verhältnis, das nicht auf Dauer angelegt ist. Der 10-jährige Junge, im Folgenden der designierte Patient, ist hier kein eigenständiger Gesprächspartner. Damit kontrastiert der bildliche Eindruck: der Junge schreitet, keineswegs schüchtern, voran in den ihm unbekanntem Raum. Welche Beziehungskonstellation deutet sich hier an und wie mag sich das Gespräch in den folgenden 21 Minuten entwickeln?

Zum Kontrast ein anderes Beispiel: die Eröffnung einer Patientin, die nach der Einwilligung in die Gesprächsaufzeichnung sagt: „Ich hoffe, Sie können mich gut verstehen. Ich bin nicht Deutsche.“ Die Patientin bringt hier eine weitreichende („gut“) Erwartung („ich hoffe“) in die Kompetenz des Gegenübers („Sie können“) und die Beziehung („mich verstehen“) zum Ausdruck, eine Erwartung, die zugleich die Angst transportiert (hoffen heißt, nicht sicher sein), dass dies auch misslingen könne (wie möglicherweise bereits andernorts erlebt). Die Schwierigkeit könnte darin liegen, dass sie anders ist („nicht Deutsche“), eine Fremde mithin. Sie beschreibt ihr Anders-Sein nicht positiv – sie ist Spanierin – und benennt damit das Gefühl der Nicht-Zugehörigkeit. Damit ist bereits ein zentrales Problem angedeutet. Vor dem Hintergrund der anstehenden Videoaufzeichnung bringt die Patientin zugleich ihre Sorge zum Ausdruck, die ihr zugeordnete Rolle möglicherweise nicht im erwünschten Maße ausfüllen zu können, und zeigt sich damit als eine um Kooperation bemühte Interakteurin. Wiederum mag man sich die Frage stellen, wie sich die Interaktion in den folgenden knapp 15 Minuten entwickeln wird.

Fallrekonstruktionen erlauben am Einzelfall exemplarische Einsichten in allgemeine Strukturen, deren Dimensionierung sich auf Basis einer Reihe analysierter möglichst verschiedenartiger Fälle weitgehend erschließen kann. Aussagen über quantitative Verteilungen sind mit qualitativen Verfahren nicht möglich.

Quantitative Methoden

Während bei qualitativen Verfahren die Auswertungskategorien aus dem Material selbst entwickelt werden, wird bei quantitativen Analysen ein vorab entwickeltes Schema an die Videoaufzeichnungen herangetragen. Hierfür liegen mittlerweile eine Vielzahl von Vorschlägen vor, von denen hier einige exemplarisch skizziert werden sollen.

Als Beispiel für eine Globalbeurteilung der affektiven Beziehung zwischen Patient und Arzt sei das vom holländischen NIVEL-Institut entwickelt Affektrating genannt. Auf einer sechsstufigen Likkert-Skala beschreibt der Beobachter getrennt für Patient und Arzt das von ihm wahrgenommene Ausmaß von (1) interest/concern, (2) anger/irritation, (3) anxiety/nervousness und (4) warmth/friendliness. Das einfach zu handhabende Instrument ermöglicht auf schnelle Weise einen Globaleindruck, kann für die vergleichende Analyse eingesetzt werden und ermöglicht damit Aussagen über die Verteilung unterschiedlicher emotionaler Konstellationen. Das Instrument wurde z.B. in der EUROCOM-Studie für die vergleichende Analyse von knapp

3700 Konsultationen von 190 Ärzten in 6 europäischen Ländern eingesetzt [6].

Für die Globalbeurteilung des ärztlichen Gesprächsverhaltens haben Peltenburg et al. das Peer-Review-Protokoll vorgelegt, dessen 19 Items sich an der Maxime eines ideal geführten hausärztlichen Erstgesprächs orientieren [14]. Das Auswertungsprotokoll ist über die wissenschaftliche Analyse hinaus auch für die Selbstevaluation und als Grundlage für die Diskussion in videogestützten Qualitätszirkeln („Videokränzli“) geeignet. Es wird weiterhin im Rahmen der Facharztprüfung z.B. in der Schweiz zur Beurteilung jener Videodokumentationen eingesetzt, die die Kandidaten zur Dokumentation ihres eigenen Handelns erstellt und für das kollegiale Gespräch selbst ausgewählt haben.

Die Detailanalyse des Interaktionsgeschehens erfordert wesentlich aufwändigere Verfahren. Das derzeit verbreitetste ist das von Debra Roter entwickelte Roter's Interactional Analysis System (RIAS), eine Skala, die im Beratungsbereich entstanden ist. Nach dem RIAS-Verfahren wird jede abgrenzbare Äußerung für jeden Akteur nach den übergreifenden Dimensionen affektives bzw. instrumentelles Verhalten klassifiziert, die je nach Fragestellung weiter spezifiziert werden. In der EUROCOM-Studie wurden für Patient und Arzt jeweils 16 Kategorien verwandt, die jeweils eindeutig den jeweiligen Äußerungen zugeordnet wurden. Nach entsprechender gründlicher Schulung kann das Instrument gut eingesetzt werden. Für die Analyse werden in der Regel die Anteile der jeweiligen Kategorien am Gesamtgespräch verwandt, doch ist grundsätzlich auch eine sequenzielle Analyse und damit die Ermittlung von Interaktionsmustern möglich. Das Verfahren erlaubt u.a. präzise Aussagen über Gesprächsanteile von Patient und Arzt sowie über Steuerungsleistungen. Ein Problem stellt die Notwendigkeit dar, die Äußerungen eindeutig zuzuordnen, weil diese bisweilen mehrdeutig sind und die selektive Interpretation durch den Interaktionspartner somit notwendig unter den Tisch fallen muss.

Die multiaxiale Kodierung der Kölner Arbeitsgruppe um Rainer Obliers, Armin Koerfer und Karl Köhle [15] stellt das anspruchsvollste mir bekannte quantitative Auswertungsverfahren dar, ist aber – stringent dem biopsychosozialen Modell Thure von Uexkülls folgend – dem Gegenstand auch am angemessensten. Hier wird jede Äußerung zugleich auf 5 Ebenen kodiert: sprachliche Gestaltung, Anschlussgestaltung, thematische Gestaltung, funktionelle Informationsgestaltung sowie handlungsleitendes Konzept. Bei vergleichender Betrachtung lassen sich individuelle Lernprozesse dokumentieren, ein Gesichtspunkt, der für eine gezielte Qualitätsförderung von höchster Bedeutung ist.

Ausgewählte Ergebnisse von Videoanalysen

Auswertungen von videodokumentierten Konsultationen und ergänzende Gespräche mit Patienten und Ärzten machten nachhaltig deutlich, dass mit der Einführung von Computern in die Sprechzimmer wesentliche Veränderungen der Beziehungsgestaltung einher gehen. Anders als von manchem Nutzer zunächst gedacht erwies sich der Computer als keineswegs „neutrales“ Instrument: so wandten sich Ärzte beispielsweise in spannungsgeladenen Situationen dem Computer zu oder griffen

zur Stützung der eigenen Position auf Informationen zurück, die in der „Blackbox“ enthalten waren. Patienten beklagten dementsprechend z.T. den selektiven Umgang mit Informationen [1, 5], befürchteten den Verlust der Vertraulichkeit der Daten und hätten es in jedem Fall vorgezogen, über den Zweck des neuen Gerätes informiert zu werden. Dieser Hinweis dürfte auch für andere Veränderungen im Praxisgeschehen zu bedenken sein. Die an der Studie beteiligten Ärzte erlebten die Selbstkonfrontation als sehr aufschlussreich, waren z.T. im ersten Augenblick aber auch erschreckt und verunsichert.

Die EUROCOM-Studie lieferte Daten, die auf deutliche länderspezifische Unterschiede im Konsultationsstil hinweisen. In Deutschland fanden durchschnittlich die mit Abstand kürzesten Gespräche statt, die Patienten hatten die geringsten Redeanteile und die Beziehungen wurden von den Beobachtern als am angespanntesten erlebt. Weil zugleich die Arbeitsbelastung und die Inanspruchnahme am höchsten waren, ist ein wesentlicher Einfluss struktureller Aspekte anzunehmen [7]. Die Ergebnisse aus der Schweiz stellten gleichsam das Kontrastprogramm dar, so dass sich die Frage aufdrängt, was wir von der Schweiz lernen können.

Ein weiteres wesentliches Ergebnis der EUROCOM-Studie ist die deutliche Variation in den einzelnen Ländern [16]. Diese ist in erheblichem Teil auf – im Rahmen der internationalen Studie nicht erklärbar – Merkmale des Arztes zurückzuführen. Gesprächslänge oder strukturelle Bedingungen beeinflussten in wesentlich geringerem Maße, ob ein weder dem Arzt noch dem Patienten zuvor bekanntes Problem während der Konsultation erkannt werden konnte. Für die deutsche Teilstudie ließ sich am Beispiel der medikamentenbezogenen Gespräche zeigen, dass der Interaktionsstil mit spezifischer Qualifikation und dem jeweiligen hausärztlichen Handlungskonzept korrespondierte [17].

Wir haben in einer Einzelfallstudie die Selbsthilfeförderung durch den Arzt näher analysiert. Dabei ließ sich plausibel machen, dass die erfolgreiche Motivierung des Patienten für die Verhaltensänderung – hier: die Teilnahme an einer Selbsthilfe-

gruppe – neben Überzeugung und Kompetenz des Arztes vor allem davon abhängt, dass berechtigten Ängsten des Patienten Rechnung getragen wird und der Patient sein Vertrauen in die Kontinuität der Beziehung zu seinem Hausarzt behält [18]. Dies konnte mittlerweile in der Analyse eines Vergleichsgesprächs auch belegt werden.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal auf eine Studie der Kölner Arbeitsgruppe verweisen, die mit einem multimethodalen Ansatz erstmalig gezeigt haben, dass die Teilnahme des Arztes an einer Balintgruppe im gewünschten Sinne wirkt: Der Redeanteil der Patienten stieg, die Gespräche fokussierten stärker das Erleben der Patienten, waren mehr auf Verständigung bezogen und steigerten bei den Patienten Vertrauen, Sicherheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden in der Behandlungssituation [15]. Interessanterweise ließen sich individuelle Lernprofile unterscheiden, die in engem Bezug zur jeweiligen Biografie der Ärzte standen.

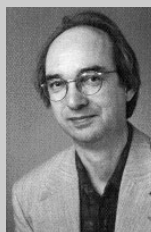
Videoanalysen in der Fort- und Weiterbildung

Es liegt nahe, dass Fort- und Weiterbildung dann besonders effektiv sind, wenn zugleich professionelle und persönliche Bildungsprozesse ermöglicht werden. Die Auseinandersetzung mit eigenen videodokumentierten Behandlungsprotokollen ist dafür eine außerordentlich gute Grundlage, die Diskussion in der Gruppe ein bewährtes Verfahren, das in unseren Nachbarländern zum festen Bestand der Facharztweiterbildung geworden ist. Für die Niedergelassenen bieten sich videogestützte Qualitätszirkel an: die für die Aufzeichnung erforderliche Technik ist mittlerweile leicht erhältlich, praktische Tipps sind verfügbar [19]. Die Auswertungsdiskussionen erfordern freilich Disziplin und sollten strukturiert erfolgen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur beim Verfasser.

Zur Person



Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs wurde 1951 in Hamburg geboren. 1978 Diplom-Sozialwirt, 1990 Promotion an der Universität Göttingen. Langjährige Tätigkeit als Medizinsoziologe in Forschung und Lehre an den Universitäten/Hochschulen in Göttingen, Hannover und Kassel; seit 1994 Organisation und Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen und Seminaren im Auftrag von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, Teamer von Moderatoren von Qualitätszirkeln. Arbeitsschwerpunkte: Umgang mit chronischer Krankheit, Kommunikation zwischen Professionellen und Klienten, Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel, Gesundheitsförderung