

# KOMMUNIKATION UND INSTITUTION

Johanna Lalouschek  
Florian Menz  
Ruth Wodak

## Alltag in der Ambulanz



Gunter Narr Verlag Tübingen

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

**Lalouschek, Johanna:**

Alltag in der Ambulanz : Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten /  
Johanna Lalouschek ; Florian Menz ; Ruth Wodak. – Tübingen : Narr, 1990  
(Kommunikation und Institution ; 20 : Untersuchungen)  
ISBN 3-8233-4420-X

NE: Menz, Florian.; Wodak, Ruth.; GT

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Werkdruckpapier

© 1990 · Gunter Narr Verlag Tübingen

Dischingerweg 5 · D-7400 Tübingen 5

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes  
ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.

Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen  
und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: Luupp / Göbel, Nehren

Vorbereitung: Goiger, Ammerbuch-Poltringen

Printed in Germany

PAPERBACK 4420 X

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Ein kurzer Literaturüberblick</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>Design</b>	<b>12</b>
3.1.	Die Beschreibung der Ambulanz	12
3.2.	Die Aufgaben der Ambulanz	14
3.3.	Probleme der Feldforschung	14
3.4.	Materialübersicht	16
<b>4.</b>	<b>Institution, Mythen, Widersprüche: Versuch eines Erklärungsmodells</b>	<b>23</b>
4.1.	Zusammenfassung	30
<b>5.</b>	<b>Ein Vormittag auf einer Ambulanz</b>	<b>32</b>
5.1.	Einleitung	32
5.2.	Ein Überblick	34
5.3.	Von Fall zu Fall	35
5.3.1.	Die ruhige Anfangsphase	35
5.3.2.	Die gestörte Anamnese	52
5.3.3.	Die spannungsgeladene Endphase	59
5.3.4.	Zusammenfassung	71
5.4.	Die "Mythen" der Ambulanz	73
5.4.1.	Die Funktionalisierung von Widersprüchen	73
5.4.2.	Der Mythos vom ungestörten, vorhersagbaren Ablauf	74
5.4.3.	Der Mythos der Effizienz	77
5.4.4.	Der Mythos der Zeit	79
5.4.5.	Der Mythos des gemeinsamen Wissens - die Realität der Insider und Outsider	81
<b>6.</b>	<b>Die Kommunikation zwischen Ärzt/inn/en und Ambulanzschwestern</b>	<b>85</b>
6.1.	Die Schwester wird ignoriert	86
6.2.	Die Schwester muß argumentieren	90
6.3.	Organisatorische Fehlleistungen	96
6.4.	Schlußbemerkung	106

<b>7.</b>	<b>Die Kommunikation der Ärzte/innen untereinander</b>	<b>108</b>
7.1.	Einleitung	108
7.2.	Die "routinemäßige Störung der Routine"	112
7.3.	Der Umgang mit Autorität: "Der Bauer schickt den Jokl aus"	126
7.3.1.	Weitere Arten des Umgangs mit Autorität	135
7.4.	Die Ausbildungsfunktion der Ambulanz	139
7.4.1.	Die Oberarzt als Ausbildungsinstanz	139
7.4.2.	Die Lernsituation im Gespräch untereinander	143
7.4.3.	Die Kontrollgruppe	149
7.5.	Zusammenfassung	153
<b>8.</b>	<b>Die Arzt-Patient-Kommunikation in der Ambulanz</b>	<b>156</b>
8.1.	Der Einfluß der Ambulanzsituation auf das ärztliche Sprachverhalten	156
8.2.	Die Teamarbeit oder "zwei gegen einen"	158
8.2.1.	Fachsprachliches Reden über die Patient/inn/en	159
8.2.2.	Umgangssprachliches Reden über die Patient/inn/en	162
8.3.	Die Kooperationsbereitschaft der Patient/inn/en	166
8.4.	Die "Einmal-Patient/inn/en"	175
8.4.1.	"Der interessante Fall"	175
8.4.2.	"Der arme Patient"	179
8.4.3.	Spontane Beziehungen	182
8.4.4.	"Der Profi"	184
8.5.	Aber manche sind gleicher	185
8.5.1.	Die Privatpatientin	186
8.5.2.	Die Operationsschwester	192
8.6.	Schlußbemerkungen	196
<b>9.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>197</b>
<b>10.</b>	<b>Literatur</b>	<b>203</b>
<b>11.</b>	<b>Anhang</b>	<b>212</b>
11.1.	Das Gespräch <B05-B-09>	212
11.2.	Einige weitere Tabellen	233

## 1. EINLEITUNG

"Seit bei uns im Westen Massenurteile über Tod und Leben kaum mehr ausgesprochen werden, sind es allein die Mediziner, die oft in einem sehr kurzen Verfahren in größerem Maßstab über die Zukunft ihrer Patienten entscheiden. Ihre Macht ist daher unerhört; sie wurde dadurch verschleiert, daß man ihnen in den meisten Fällen einen Vertrauensvorschuß gab, daß sie ihre Arbeit in kompetenter Weise zum Besten der Gesundheit ihrer Patienten ausübten und daß im großen und ganzen keine wesentlichen Klagen zu erheben waren. Kunstfehler wurden akzeptiert, weil ja auch die "Götter oder Halbgötter in Weiß" im Grunde Menschen sind und daher Versager vorkommen können, seien sie durch Mangel an Kenntnis, Verantwortung oder Können oder sonstige Fehlleistungen verursacht. Dieser paradiesische Zustand hat seit ungefähr fünfzehn Jahren an Glanz verloren, und das Machtgebäude bröckelt an fast allen Ecken."  
(STROTZKA 1985, 130)

STROTZKA spricht in dieser kurzen Passage mehrere Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation und des Arzt-Patient-Verhältnisses an:

- 1) Das Macht-Ohnmacht-Gefälle
- 2) Alltagsmythen zu Allwissenheit, Unfehlbarkeit, Effizienz, Verantwortungsbewußtsein, Humanität von Ärzten usw.
- 3) Das Ende dieser paradiesischen Zeit: die Patienten werden aufmüßig, Bürger und Bürgerinnen verlangen Information und bessere Organisation, auch die politischen Parteien beginnen sich mit der Gesundheitsorganisation zu beschäftigen (vgl. Kap.10), wobei sich die Vorschläge auf rein quantitative, organisatorische Belange beziehen ("small is beautiful").

In unserer Pilotstudie haben wir uns gerade die kleinste Einheit eines Krankenhauses ausgewählt, eine interne Ambulanz, und haben feststellen müssen, daß die Kommunikationsmängel, das notwendige und alltägliche Chaos keineswegs nur mit den Räumen bzw. dem großen System Kran-

kenhaus zusammenhängen: viele andere manifeste und latente Faktoren sind dafür verantwortlich, daß Mythos und Realität weit auseinanderklaffen.

In unserer sozio- und psycholinguistischen Studie haben wir uns v.a. mit der verstehenden, "inneren" Perspektive befaßt (vgl. WODAK 1987): Mittels teilnehmender Beobachtung konnten wir das "Leben in der Ambulanz" erfassen und mikroanalytisch-qualitativ beschreiben. Dies ist natürlich eine Fallstudie, die sich ergebenden Muster und Strukturen sind jedoch wahrscheinlich verallgemeinerbar.

Die Wahl dieser Methode und dieses Zugangs ist nicht zufällig: bisher wurde institutionelle Kommunikation, besonders aber die Kommunikation zwischen Arzt und Patient unter "traditionellen" Aspekten betrieben: statische Kategorien wie Alter, Schicht, Geschlecht, Häufigkeit der Unterbrechungen, Turnlängen, Fragemodus usw., wurden qualitativ und quantitativ erfaßt, v.a. anhand von Anamnese- und Visitengesprächen (vgl. Kap. 2). Wie der Alltag tatsächlich aussieht, welche kommunikativen Einheiten sonst existieren, wie manifeste und latente Hierarchien wirken, welche Rolle Störungen haben und was sie bewirken, wurde noch nicht erfaßt. Und dies ist leicht erklärbar: der Aufwand einer Studie aus der inneren Perspektive ist viel größer, das Risiko, sowohl was die Beobachterrolle als auch das Material betrifft, beträchtlich (wie wird man akzeptiert, funktioniert die Feldforschung, ethisch-moralische Fragen usw.). Außerdem ist die Auswertung viel schwieriger, da das Material nicht standardisierbar ist und die wichtigen Indikatoren und Variablen erst gefunden werden müssen. Zum Teil decken sie sich mit schon bekannten, z.T. sind sie aber settingspezifisch.

Wir meinen - und dies beweisen die Studie und ihre Ergebnisse -, daß die "innere Perspektive" v.a. als Pilotstudie und Voruntersuchung besonders wichtig ist; solcherart läßt sich ein Untersuchungsobjekt überhaupt erst aufschlüsseln und richtig differenzieren. Danach sind natürlich quantifizierbare Methoden möglich und sinnvoll.

So konnten wir eben auch beweisen, daß rein quantitative Untersuchungen wie auch Änderungsvorschläge nicht sinnvoll sind. Möglichst viel qualitative Kontextinformation ist notwendig. Die Ineffizienz der Krankenhäuser hat viel mit den selbst auferlegten Mythen und Tabus zu tun, nicht nur mit nicht bewältigbaren organisatorischen Einheiten (vgl. Kap.4).

Dementsprechend beschäftigen wir uns eingangs mit dem methodischen und theoretischen Zugang, mit den Mythen und Funktionen der Institution und deren Auswirkungen auf die reale Arzt-Patient-Situation. Danach folgen in einzelnen Mikroanalysen genaue Untersuchungen der Arzt-Arzt-, Arzt-Schwester- und Arzt-Patient-Kommunikation. Diese Kapitel sind mit viel authentischem Material angereichert und leicht lesbar, für Laien und Experten. Allerdings kann jede/r sicherlich Erfahrungen an die Texte knüpfen, denn jede/r war schon mit dem Gesundheitswesen in Kontakt.

In diesem Zusammenhang wollen wir allen Patient/inn/en und Arzt/inn/en danken, die uns geholfen haben; ohne sie wäre diese Untersuchung unmöglich gewesen. Auch danken wir Prof. Dr. Slany für seine Unterstützung sowie der Nationalbank für die Förderung des Projekts<sup>1</sup>. Unseren besonderen Dank für die finanzielle Unterstützung der Drucklegung möchten wir Herrn Dr. Johannes Hawlik, Herrn Dr. Karl Jungbauer, Frau Dr. Luise Lalouschek und Herrn Dr. Wolfgang Menz ausdrücken. Und letztlich wollen wir unseren Partner/inn/en und Kindern danken, daß sie soviel Geduld hatten und uns derart zur Seite gestanden sind.

Uns hat die Arbeit großen Spaß gemacht, die Teamarbeit war fruchtbar, eifrig und liebevoll. In diesem Sinne danken wir auch einander.

Wien, im Februar 1990.

Johanna Lalouschek, Florian Menz, Ruth Wodak

---

1) Projektnummer 2778 des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank, Wien.

## 2. EIN KURZER LITERATUR- ÜBERBLICK

Bisherige Untersuchungen zur Kommunikation in der Institution Krankenhaus beschränkten sich auf die Interaktionen zwischen Arzt / Ärztin und Patient/in.

In der bundesdeutschen medizinsoziologischen Forschung wurde vor allem der Stationsvisite als einzigem routinemäßigen Arzt-Patient-Kontakt besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Nach zuerst formal-quantitativen Verfahren (BEGEMANN 1976, RASPE 1982a,b, NORDMEYER 1981), später auch nach diskursanalytischen Methoden (BLIESENER 1982, QUASTHOFF 1982) wurden die Redeanteile, Häufigkeiten und Frageaktivitäten von Arzt / Ärztin und Patient/inn/en erfaßt und eine grundlegende Asymmetrie der Kommunikationschancen aufgezeigt. Eine ausführliche Darstellung des Forschungsstandes findet sich in FEHLENBERG (1983, MENZ 1989a).

Grundlegende Ergebnisse dieser Studien sind,

- o daß der *quantitative Anteil* der Ärzte am Gespräch weit größer ist als der der Patienten;
- o daß der größte Teil der Kommunikation der Patienten *reaktiver Natur* ist, d.h. daß sie in erster Linie Fragen beantworten, jedoch selbst nicht initiativ werden (für einen Überblick vgl. RASPE 1982:1-15, SIEGRIST 1982:16ff.);
- o daß Ärzte häufig die Patienten *unterbrechen*, ohne daß dies medizinisch notwendig wäre, im Gegenteil, dadurch geht sehr oft wesentliche Information verloren;
- o daß es in der Arzt-Patient-Interaktion *keinen wirklichen Informationsaustausch* gibt, sondern Arzt und Patient häufig aneinander vorbeireden, da die Patient/inn/en ihre subjektive Leidensgeschichte erzählen wollen, Ärzte/innen jedoch an Fakten und Symptomen interessiert sind;
- o daß Ärzte/innen sehr viele *geschlossene Fragen* stellen, die den Patient/inn/en keine Möglichkeit der eigenen Entwicklung ihrer Schilderung lassen (vgl. auch HEIN et al. 1985, WIMMER / NOWAK 1987, FISHER / TODD (eds) 1983).

Seit dem Beginn der 80er Jahre wurde auch in Österreich zunehmendes Interesse für die Probleme der Arzt-Patient-Kommunikation gezeigt. Die Forschung geht vor allem vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie und dem Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien (Abteilung für angewandte Linguistik) aus. Schwerpunkte der Untersuchung waren Anamnesegespräche in verschiedenen Krankenhäusern (WIMMER / PELIKAN / STROTZKA 1981, 1983; WIMMER / PELIKAN 1985; WIMMER / NOWAK 1987; HEIN / HOFFMANN-RICHTER / LALOUSCHEK / NOWAK / WODAK 1985; LALOUSCHEK / MENZ 1987; MENZ 1989a, b). WIMMER (1986) konnte nachweisen, daß eine strukturierte und ausführliche Aufklärung von Patienten vor Operationen die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus signifikant verkürzt. Dies könnte, ganz abgesehen von der weit geringeren psychischen Belastung der Patienten auch zu einer Kostensenkung im Spitalwesen beitragen.

In HEIN / HOFFMANN-RICHTER / LALOUSCHEK / NOWAK / WODAK (1985) wurde zum ersten Mal eine genuin *soziolinguistische* Fragestellung gewählt und an mehreren Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten untersucht, welchen Einfluß Variablen wie Schicht und Bildung, Alter, Geschlecht sowie Persönlichkeitsmerkmale der Patienten auf den Gesprächsverlauf haben. Diese Arbeiten sind als Ergänzung zu rein diskursanalytisch ausgerichteten Untersuchungen von einigen wenigen, einzelnen Gesprächen für eine anzustrebende Generalisierbarkeit der Ergebnisse von besonderer Bedeutung. Allerdings beschränkte sich auch diese Studie auf klar abgegrenzte Ausschnitte aus dem Institutionsalltag im Krankenhaus, eben auf Anamnesegespräche.<sup>2</sup>

Die Zielsetzung der vorliegenden Studie ist es - erstmalig im Rahmen der Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion - nicht nur einzelne Gesprächsereignisse zu beschreiben, sondern das gesamte Kommunikationsnetz einer (Teil-)Institution zu erfassen und somit die Vielschichtigkeit und Multidimensionalität institutioneller Kommunikation zu dokumentieren.

2) Zum Stand der amerikanischen Forschung siehe HEIN / HOFFMANN-RICHTER / LALOUSCHEK / NOWAK / WODAK (1985); VAN DIJK (1987).

### 3. DESIGN

Aufgrund einer längeren Voruntersuchung und Exploration der Organisation in der Ambulanz in den Monaten Oktober bis Dezember 1986 haben wir für die Hauptuntersuchung die folgende Vorgangsweise entworfen: Während eines Zeitraumes von zwei Monaten (Jänner / Februar 1987) wurden 6 *Behandlungstage* auf der Ambulanz zur Gänze auf Tonbandkassette aufgenommen (jeweils ca. 3 Stunden von 9 Uhr bis 12 / 12 Uhr 30). Wir verwendeten dabei 2 *Kassettengeräte*, von denen eines auf dem Arzteschreibtisch stand und ein eingebautes, ausschließbares Mikrofon hatte (SONY TCM-141); das andere Gerät hatte einer der Untersucher in der Tasche (SONY TCM-7). Bei diesem Gerät verwendeten wir ein Lavallier-Mikrofon.

Zusätzlich zu dem eigentlichen Untersuchungsmaterial führten wir *Interviews* mit den beteiligten Turnusärzten/innen durch, den Ambulanzschwester und einzelnen Patient/innen, um neben unserer "Beobachterperspektive" auch die Perspektive der Betroffenen bzw. Beteiligten einfangen zu können. Dabei achteten wir darauf, daß das Geschlecht des / der Interviewten und des / der Interviewer/in identisch waren, um diesbezügliche Einflußvariablen eliminieren zu können. Darüber hinaus waren immer zwei Teammitglieder während der Aufnahme als *teilnehmende Beobachter/innen* anwesend, wobei abwechselnd eines ein schriftliches Protokoll führte, das andere die technische Kontrolle der Geräte (Überprüfung, Kassettenwechsel, Mikrofontausrichtung usw.) übernahm.

Die gefundenen Parameter wurden zusätzlich an einer Kontrollgruppe überprüft (vgl. Kap. 7)

Die Transliteration der Aufnahmen schließlich erfolgte parallel zur Erhebung nach einer mehrstufigen Vorgangsweise (vgl. LALOUSCHEK / MENZ / WODAK 1988, bes. Kap. 4.).

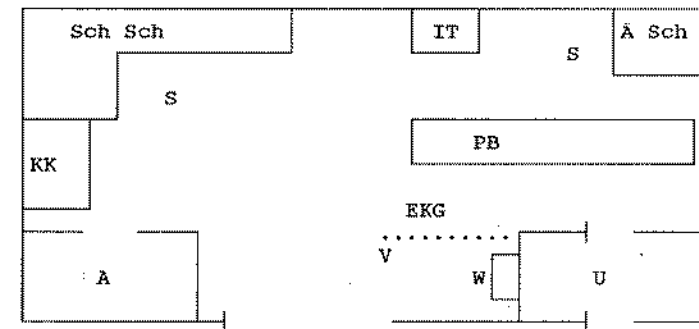
#### 3.1. Die Beschreibung der Ambulanz

Innerhalb des Krankenhauses, das ja weiter in verschiedene Abteilungen gegliedert ist (mit je einem/r verantwortlichen Primar/ia), und diese wie-

der in verschiedene Stationen (Bettenstation, Ambulanz) mit je einem/r verantwortlichen Oberarzt/ärztin haben wir uns, wie in Kapitel 1 begründet, in dieser Untersuchung für eine Interne Ambulanz in einem öffentlichen Wiener Spital entschieden. Diese Ambulanz besteht aus mehreren Räumen links und rechts eines Ganges mit Stühlen für die Wartenden und umfaßt neben der Hauptambulanz noch eine Gefäßambulanz und einen Ergometrieraum. Unsere Untersuchung konzentrierte sich auf die Hauptambulanz, die von zwei Turnusärzt/inn/en und einer Ambulanzschwester geführt wird.

Bei dieser Hauptambulanz handelt es sich um einen ca. 3 mal 4m grossen Raum mit angeschlossener Umkleidekabine. Im Raum befinden sich je ein Schreibtisch für die Ambulanzschwester und einer für die Ärzte, ein Tisch für Instrumente, eine Patientenliege und ein EKG-Gerät sowie diverse Karteikästen (vgl. Graphik). Im Normalfall sind stets beide Ärzte/innen und die Ambulanzschwester anwesend.

Graphik



#### Legende:

- A = Abstellraum mit Medikamentenschrank
- A Sch = Arzte-Schreibtisch
- EKG = EKG-Gerät
- IT = Instrumente-Tisch
- KK = Karteikästen
- PB = Patientenbett
- S = Sessel / Stühle
- Sch Sch = Schwestern-Schreibtisch
- U = Umkleidekabine
- V = Vorhang
- W = Waschbecken

### 3.2. Die Aufgaben der Ambulanz

- 1) Die Betreuung spitalsinterner Patienten, also Operationsfreigaben, Entlassungsfreigaben, interne Untersuchungen von Patienten nicht-interner Stationen (z.B. Chirurgie, Gynäkologie, Zahnmedizin usw.). Bei diesen Untersuchungen handelt es sich um Routineuntersuchungen mit an sich gleichbleibendem Ablauf (EKG, Blutdruckmessung, Statusuntersuchung und kurze Anamnese zu früheren Erkrankungen und derzeitiger Therapie). Dazu kommen Vorschläge zur Beibehaltung oder Änderung der jeweiligen Therapie sowie Hinweise auf neue Befunde.
- 2) Die Betreuung externer Patienten, also Blutabnahmen (Kontrollen) und Erstversorgungen. Dabei handelt es sich um Untersuchungen von Patienten, die mit akuten Beschwerden ins Spital kommen und vom Journalarzt auf diese Ambulanz überwiesen werden. Hier kommt zur Routineuntersuchung eine ausführlichere Anamnese zur Abklärung der akuten Beschwerden hinzu, sowie die nachfolgende Entscheidung über entweder eine stationäre Aufnahme oder eine Entlassung nach Hause mit entsprechender (medikamentöser) Therapie.

Bei den Aufnahmen und allen anderen schwierigen Entscheidungen wird der Oberarzt, der in einem anderen Raum tätig ist, zu Rate gezogen.

Jeder Turnusarzt bleibt zwei Monate auf der Ambulanz, der Wechsel erfolgt so, daß jedes Monat ein "alter" und ein "neuer" Turnusarzt zusammen arbeiten. Die vier Ambulanzschwestern bleiben stationär auf der Ambulanz, wechseln jedoch im Wochenrhythmus zwischen den 3 Teilambulanzen; die 4. Schwester übernimmt jeweils als EKG-Schwester die diesbezügliche Behandlung der Stationspatient/inn/en.

### 3.3. Probleme der Feldforschung

Bei der Umsetzung des Designs in die Praxis kristallisierten sich einige Schwierigkeiten und Probleme heraus, die wir kurz anreißen wollen.

Zum einen war der zeitliche und personelle Aufwand für die Erhebung der Daten beträchtlich: Wir verbrachten zu zweit mehrere Vormittage in der Woche über Monate hinweg in der Ambulanz, um zunächst einen allgemeinen Eindruck des dortigen Ablaufs durch teilnehmende Beobachtung zu bekommen, bevor wir mit den eigentlichen Aufnahmen begannen. Während dieser Beobachtungszeit erfolgten nach der beschriebenen Vorgangsweise (Kap. 3.2.) mehrere Wechsel der Ambulanzärzte/innen, was zu einer latenten Konfliktsache zwischen dem Forscherteam und dem medizinischen Team in der Ambulanz führte, da wir es versäumt hatten, bei *jedem* Wechsel explizit und ausführlich unsere Anwesenheit zu begründen und unsere Untersuchungsabsichten genügend zu erklären. Zu Beginn der Studie im Oktober 1986 hatten wir bei einer Ärztebesprechung, bei der der Primar, alle Oberärzte/innen und Turnusärzte/innen der Abteilung anwesend waren, eine kurze Darstellung des Projekts gegeben. Zusätzlich hatten wir mit dem verantwortlichen Oberarzt der Ambulanz längere Gespräche geführt. Diese Informationsmaßnahmen von unserer Seite hatten jedoch offensichtlich nicht ausreichend zum Abbau von Zweifeln und Ängsten, kontrolliert zu werden, beigetragen. Daher haben wir in die Interviews mit den Krankenschwestern und Turnusärzten/innen eine Frage nach der Untersuchungssituation aufgenommen, um im nachhinein reflektierend diese Spannungen aufgreifen zu können.

Ein zweites Problem ergab sich für uns in einzelnen Fällen aus ethischer Sicht: Kann Patienten unsere Anwesenheit zugemutet werden, befinden sie sich doch ohne Aufnahmesituation auch schon oft genug in einer angespannten, meist auch sehr leidvollen Lage. Obwohl wir die Patient/inn/en für die Aufnahmen um Erlaubnis bitten, läßt sich dieser Grundkonflikt für Forscher/innen, die von außen in eine Institution eintreten, nie ganz verhindern, im besten Fall eben nur vermindern (Befragung der Betroffenen, totale Anonymisierung, Diskretion und Zurückhaltung im Auftreten usw.).

Trotz - oder gerade wegen unserer häufigen Anwesenheit ist es uns gelungen, unverzerrte Kommunikation in der Ambulanz aufzunehmen, da sich nach einiger Zeit eine gewisse Gewöhnung an unsere Präsenz eingestellt hatte und eine ständige Kontrolle des eigenen Verhaltens über so lange Zeiträume hinweg nicht ohne weiteres möglich ist (vgl. WODAK 1981 zu diesem Problem).

Einen dritten Problemkomplex stellten die Transliterationen dar. Da in der Ambulanz oft bis zu 12 Personen gleichzeitig anwesend waren (Ärz-

te/innen, Schwestern, Pfleger, Patient/inn/en, Untersuchungsteam), ist es sehr aufwendig, alle - oft parallelen Gesprächsstränge auseinanderzuhalten und zu Papier zu bringen. Erleichtert wurde uns die Aufgabe ein wenig dadurch, daß wir mit zwei Geräten von verschiedenen Standorten aus aufgenommen hatten, allerdings erhöhte sich dadurch auch der Abhöraufwand. Die Grobtransliteration erfolgte auf der Basis eines Gerätes. Anschließend wurde das Transkript anhand der zweiten Kassette durchgegangen, korrigiert und verbessert. Schließlich wurde das so erstellte Zwischentranskript noch einmal nach- und feintransliteriert und als vorläufige Fassung (für Analysen der Makrostruktur) EDV-mäßig gespeichert. Die Transliteration erwies sich als sehr zeitaufwendig und arbeitsintensiv (1 Stunde Band = je nach Transliterationssystem 30 bis 60 Stunden Transliterationsaufwand). Allerdings garantiert nur eine solche genaue Verschriftung die linguistisch explizite Analyse.

### 3.4. Materialübersicht (Tabellen)

Zur Bearbeitung standen uns insgesamt 83 Gespräche zur Verfügung, von denen 62 transliteriert wurden. Sie teilen sich folgendermaßen auf Tage und Geschlecht der Patient/inn/en auf:

TABELLE 1

Tag	männlich	weiblich	Summe
Dezember 86	9	14	23
Jänner, 1.Tag	6	5	11
Jänner, 2.Tag	5	1	6
Jänner, 3.Tag	2	7	9
Februar, 1.Tag	1	1	2
Februar, 2.Tag	1	3	4
Februar, 3.Tag	6	1	7
<b>SUMME</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>62</b>

Das kürzeste Gespräch betrug 2 Minuten 29 Sekunden, das längste 22 Minuten, 15 Sekunden, die durchschnittliche Gesprächsdauer der transliterierten Gespräche lag bei insgesamt 10'50" Minuten, bei der Untersuchungsgruppe bei 12'07", bei der Kontrollgruppe 7'30" Minuten (vgl. Tabelle im Anhang). Bei den weitaus meisten Untersuchungen handelte es

sich um Operationsfreigaben (50%), bei den übrigen um Erstversorgungen, interne Untersuchungen und Kontrollen.

Das Alter der Patient/inn/en reichte von 17 bis 87 Jahren, der Durchschnitt betrug 49,6 Jahre (45,6 bei den Frauen, 53,1 bei den Männern).

Insgesamt haben in unserem Sample drei Ärztinnen (AF1, AF2, AF3) und zwei Ärzte (AM8, AM9) die Untersuchungen durchgeführt, wobei sie von insgesamt vier Schwestern (S1 - S4) unterstützt wurden. Die Verteilung der Ärzte/innen, die die aktive Untersuchung (Anamnese und körperliche Untersuchung) durchgeführt haben, sieht folgendermaßen aus:

TABELLE 2A  
AM9

Cass. Nr.	Pat. Geschl. M F	Alter
B01-A-01	1	43
B01-A-03	1	54
B01-B-07	1	50
B01-B-08	1	40
B01-B-10	1	35
B02-A-11	1	45
B02-A-12	1	75
B02-A-17	1	26
B02-B-20	1	30
B02-B-21	1	60
B02-B-22	1	25
<b>SUMME</b>	5 7	

TABELLE 2B  
AM8

Cass. Nr.	Pat. Geschl. M F	Alter
B03-A-03	1	60
B03-B-05	1	47
B03-B-06	1	60
B04-A-08	1	35
B04-A-09	1	
B04-A-10	1	36
B05-A-01	1	73
B05-B-09	1	63
B06-A-10	1	47
B06-A-11	1	73
B06-B-14	1	55
B07-A-03	1	50
B07-B-05	1	
B07-B-06	1	
B08-A-11	1	25
<b>SUMME</b>	11 4	



TABELLE 2C  
AF1

Cass. Nr.	Pat. Geschl.		Alter
	M	F	
B01-A-02	1		65
B01-A-04	2		30/65
B01-A-05	1		33
B01-B-06	1		44
B01-B-09	1		25
B02-A-13	1		52
B02-A-14	1		77
B02-A-15	1		50
B02-A-16	1		27
B02-B-18	1		54
B02-B-19	1		25
B03-A-01	1		60
B03-A-02	1		87
SUMME	6	8	

TABELLE 2D  
AF2

Cass. Nr.	Pat. Geschl.		Alter
	M	F	
B03-B-07	1		30
B04-B-11	1		75
B05-B-08	1		33
B07-A-01	1		42
B07-A-02	1		60
B07-B-04	1		68
B09-A-08	1		70
B08-A-09	1		31
B09-A-02	1		68
B11-A-03	1		71
B11-A-04	1		71
B12-A-03	1		17
B13-A-07	1		48
SUMME	4	9	

TABELLE 2E  
AF3

Cass.Nr.	Pat. Geschl.		Alter
	M	F	
B09-B-06	1		23
B11-A-01	1		39
B11-B-06	1		52
B12-A-02	1		57
B12-B-04	1		20
B12-B-06	1		70
B12-A-09	1		55
SUMME	4	3	

Folgende Paarungen haben jeweils zusammengearbeitet:  
AF1 und AM9 (Dezember 1986)  
AF2 und AM8 (Jänner 1987)  
AF2 und AF3 (Februar 1987).

Bei jedem Textausschnitt ist das entsprechende Patient/inn/en-Kürzel angegeben. Diese Gesamtüberblickstabelle soll deshalb auch dazu dienen, während des Lesens die einzelnen Patient/inn/en verfolgen zu können und wesentliche Charakteristika der einzelnen Gespräche auf einen Blick zur Verfügung zu haben. Die Tabelle gliedert sich in drei Teile, die durch Doppelstriche voneinander getrennt sind:

- o in Informationen über den Patienten/die Patientin (Kürzel, Geschlecht, Alter, Untersuchungszweck);
- o in Informationen über das Gespräch (Zeitpunkt, Dauer);
- o in Informationen über die gesprächsführenden Ärzte/Ärztinnen (A1 führt die Untersuchung durch, A2 schreibt die Befunde).

TABELLE 3

Cass.Nr.	Pat. Geschl.	AL	Untersuchung	Datum	Zeit	Länge	A1	A2	S
B01-A-01	F	43	Nachkontrolle	Dezember	9.30	5'44"	AM9	AF1	S1
B01-A-02	M	65	OP-Freigabe	Dezember	9.36	14'12"	AF1	AM9	S1
B01-A-03	M	54	OP-Freigabe	Dezember	9.50	13'43"	AM9	AF1	S1
B01-A-04	F	30	Blutabnahme	Dezember	10.05	3'41"	AF1	AM9	S1
	F	65	Blutabnahme	Dezember					
B01-A-05	F	33	OP-Freigabe	Dezember	10.08	4'20"	AF1	AM9	S1
B01-B-06	M	44	Intern.Unters.	Dezember	10.15	7'11"	AF1	AM9	S1
B01-B-07	M	50	Intern.Unters.	Dezember	10.22	9'03"	AM9	AF1	S1
B01-B-08	F	40	Blutabnahme	Dezember	10.31	8'20"	AM9	AF1	S1
B01-B-09	M	25	OP-Freigabe	Dezember	10.40	10'04"	AF1	AM9	S1
B01-B-10	F	35	OP-Freigabe	Dezember	10.50	9'57"	AM9	AF1	S1
B02-A-11	F	45	EKG	Dezember	11.00	2'44"	AM9	AF1	S1
B02-A-12	M	75	Erstversorgung	Dezember	11.03	14'23"	AM9	AF1	S1
B02-A-13	M	52	OP-Freigabe	Dezember	11.18	9'11"	AF1	AM9	S1
B02-A-14	F	77	Blutabnahme	Dezember	11.28	2'55"	AF1	AM9	S1
B02-A-15	M	50	OP-Freigabe	Dezember	11.31	8'57"	AF1	AM9	S1
B02-A-16	F	27	Entlassungsfg.	Dezember	11.40	2'29"	AF1	AM9	S1
B02-A-17	F	26	OP-Freigabe	Dezember	11.43	6'09"	AM9	AF1	S1
B02-B-18	F	54	OP-Freigabe	Dezember	11.50	6'03"	AF1	AM9	S1
B02-B-19	F	25	OP-Freigabe	Dezember	11.56	8'05"	AF1	AM9	S1
B02-B-20	M	30	OP-Freigabe	Dezember	12.05	7'45"	AM9	AF1	S1
B02-B-21	F	60	OP-Freigabe	Dezember	12.13	7'34"	AM9	AF1	S1
B02-B-22	F	25	OP-Freigabe	Dezember	12.20	8'04"	AM9	-	S1
B03-A-01	M	60	Intern.Unters.	1.TagJan	9.30	9'12"	AF1	AM8	S2

Cass.Nr.	Pat. Geschl.	AL	Untersuchung	Datum	Zeit	Länge	A1	A2	S
B03-A-02	F	87	Untersuchung wg.Herzbeschw.	1.TagJan	9.45	20'40"	AF1	AM8	S2
B03-A-03	M	60	Intern.Unters.	1.TagJan	10.05	21'25"	AM8	AF2	S2
B03-B-05	M	47	Intern.Unters.	1.TagJan	10.25	17'36"	AM8	AF2	S2
B03-B-06	M	60	Zuckereinst.	1.TagJan	10.45	10'09"	AM8	AF2	S2
B03-B-07	F	30	Erstversorgung	1.TagJan	10.55	20'45"	AF2	AM8	S2
B04-A-08	F	35	OP-Freigabe	1.TagJan	11.30	7'16"	AM8	AF2	S2
B04-A-09	M	55	Intern.Unters.	1.TagJan	11.40	15'27"	AM8	AF2	S2
B04-A-10	M	36	OP-Freigabe	1.TagJan	11.55	8'30"	AM8	AF2	S2
B04-B-11	F	75	OP-Freigabe	1.TagJan	12.10	7'19"	AF2	AM8	S2
B05-A-01	M	73	Erstversorgung	2.TagJan	9.00	13'09"	AM8	AF2	S3
B05-B-08	F	33	OP-Freigabe	2.TagJan	10.00	10'55"	AF2	AM8	S3
B05-B-09	M	63	OP-Freigabe	2.TagJan	10.10	22'15"	AM8	AF2	S3
B06-A-10	M	47	OP-Freigabe	2.TagJan	10.30	19'10"	AM8	AF2	S3
B06-A-11 = B05-A01	M	73	Entlassungsgespräch	2.TagJan	10.50	6'36" 1'38"	AM8 OA	AF2	S3
B06-B-14	M	55	Kontrolle	2.TagJan	11.15	7'29"	AM8	AF2	S3
B07-A-01	F	42	OP-Freigabe	3.TagJan	10.00	15'30"	AF2	AM8	S3
B07-A-02	F	60	Erstversorgung	3.TagJan	10.15	16'24"	AF2	AM8	S3
B07-A-03	M	50	OP-Freigabe	3.TagJan	10.30	9'14"	AM8	-	S3
B07-B-04	M	68	OP-Freigabe	3.TagJan	10.40	8'30"	AF2	AM8	S3
B07-B-05	F		OP-Freigabe	3.TagJan	10.50	14'43"	AM8	AF2	S3
B07-B-06	F		OP-Freigabe	3.TagJan	11.05	12'20"	AM8	AF2	S3
B08-A-08	F	70	EKG	3.TagJan	11.30	3'49"	AF2	-	S3
B08-A-09	F	31	OP-Freigabe	3.TagJan	11.35	11'27"	AF2	AM8	S3
B08-A-11	F	25	Intern.Unters.	3.TagJan	12.15	20'30"	AM8	AF2	S3

Cass.Nr.	Pat.   Al.   Untersuchung Geschl.	Datum	Zeit	Länge	A1	A2	S
B09-A-02	M  68  OP-Freigabe	1.TagFeb	9.30	13'53"	AF2	AF3	S1
B09-B-06	F  23  Blutabnahme	1.TagFeb	10.15	4'30"	AF3	AF2	S1
B11-A-01	M  39  OP-Freigabe	2.TagFeb	9.00	11'28"	AF3	AF2	S3
B11-A-03	F  71  OP-Freigabe	2.TagFeb	10.00	8'36"	AF2	AF3	S3
B11-A-04	F  71  OP-Freigabe	2.TagFeb	10.10	7'39"	AF2	AF3	S3
B11-B-06	F  52  OP-Freigabe	2.TagFeb	10.30	18'37"	AF3	AF2	S3
B12-A-01	M  84  Entlassungsg.	3.TagFeb	9.20	8'20"	AF3	AF2	S4
B12-A-02	M  57  OP-Freigabe	3.TagFeb	9.30	11'42"	AF3	-	S4
B12-A-03	M  17  OP-Freigabe	3.TagFeb	9.50	18'25"	AF2	AF3	S4
B12-B-04	M  20  OP-Freigabe	3.TagFeb	10.20	17'19"	AF3	AF2	S4
B12-B-06	M  70  OP-Freigabe	3.TagFeb	10.50	9'50"	AF3	AF2	S4
B13-A-07	M  48  Intern.Unters.	3.TagFeb	11.10	20'18"	AF2	AF3	S4
B13-A-09	F  55  OP-Freigabe	3.TagFeb	11.40	8'41"	AF3	-	S4

Nach dieser Präsentation des uns zur Verfügung stehenden Materials wollen wir uns nun einem theoretischen Modell der Analyse zuwenden.

#### 4. INSTITUTION, MYTHEN, WIDERSPRÜCHE: VERSUCH EINES ERKLÄRUNGSMODELLS

Theorien zur Institution wie auch der Begriff der Institution lassen sich bis auf Hobbes und Rousseau, ja in gewisser Weise sogar bis auf die Scholastik des Mittelalters zurückführen. Hobbes ging in seiner Gesellschaftstheorie von einem "Vertrag" der Menschen untereinander aus, der es ihnen ermöglicht, relativ konfliktfrei zusammenzuleben, sieht in diesen Regelungen also durchaus etwas Positives, während Rousseau im genauen Gegenteil gerade diese bestehenden Strukturen und Verhältnisse kritisiert und zu einem "natürlichen" Zustand wieder zurück will.

Diese beiden Argumentationsstränge ziehen sich weit bis in die gegenwärtige Diskussion über verschiedene Gesellschaftstheorien hinein. So vertreten PARSONS und GEHLEN z.B. eher Hobbes' Argumentationslinie, während LAPASSADE, BASAGLIA u.a. ähnlich Rousseau die Unangemessenheit der institutionellen Strukturen in bezug auf die menschlichen Bedürfnisse hervorstreichen.<sup>3</sup>

3) Auch FREUD hat diesen Konflikt zwischen "natürlichem" und "kulturellem" Zustand, analysiert und ihm wesentliche Bedeutung in der Entwicklung der Menschheit beigegeben. Allerdings zieht er einen eher negativen Schluß:

Die Schicksalsfrage der Menschenart scheint mir zu sein, ob und in welchem Maß es ihrer Kulturentwicklung gelingen wird, der Störung des Zusammenlebens durch den menschlichen Aggressions- und Selbstvernichtungstrieb Herr zu werden. In diesem Bezug verdient vielleicht gerade die gegenwärtige Zeit ein besonderes Interesse. Die Menschen haben es jetzt in der Beherrschung der Naturkräfte so weit gebracht, daß sie es mit deren Hilfe leicht haben, einander bis auf den letzten Mann auszurotten. Sie wissen das, daher ein gut Stück ihrer gegenwärtigen Unruhe, ihres Unglücks, ihrer Angststimmung. Und nun ist zu erwarten, daß die andere der beiden "himmlischen Mächte", der ewige Eros, eine Anstrengung machen wird, um sich im Kampf mit seinem ebenso unsterblichen Gegner zu behaupten. Aber wer kann den Erfolg und Ausgang voraussehen?

(FREUD 1972:128f.)

Ebenso ist die ethnologische Tradition wichtig: Studien über Inselkulturen und "primiti-

Eine stärkere Differenzierung des Institutionsbegriffs beginnt jedoch erst gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jh. durch DURKHEIM und seine Schule in Frankreich und durch Max WEBER in Deutschland. Auch in Amerika bilden sich selbständige soziologische Schulen und Theorien zur Institution heraus (SUMNER, COOLEY, ANGELL).

In den sechziger Jahren verliert der Institutionenbegriff als zentrales Element einer Gesellschaftstheorie allerdings weitgehend seine Bedeutung, da die Interessen der dominierenden Schulen (Behaviorismus, Interaktionismus, [Empirizismus]) nicht mehr in einer derartigen Begrifflichkeit lagen. Trotzdem lebt der Institutionsbegriff vor allem in Lehrbüchern und Nachschlagewerken der Soziologie (z.B. FUCHS et al. 1973, KÖNIG (ed.) 1967, BERNSDORF (ed.) 1969, BURGHARDT 1979 etc.) in dieser Tradition fort, und zwar in sehr unterschiedlicher Weise:

1. nennen wir die jeweils kulturell geltende, einen Sinnzusammenhang bildende, durch Sitte und Recht öffentlich garantierte Ordnungsgestalt, in der sich das Zusammenleben von Menschen darbietet. Der Anwendungsbereich des Terminus I. ist freilich schwankend, es fallen darunter Gestalten mit übersehbarem Kleingruppenhintergrund (wie z.B. Ehe und Familie), andererseits aber auch "große", z.T. hochkomplexe Systeme: Vertrags- und Verwaltungsformen, Phänomene wie Gastrecht, Asyl, Schuldknechtschaft, Sklaverei, Feudalismus, Herrschaftsformen (u.a. Bürokratie), Marktformen, die "Stadt" u.a.m. Auch die Abgrenzung gegen "Brauch" kann fraglich sein.

(MÜHLMANN in BERNSDORF (ed.) 1969:466)

Aufgrund dieser Vielfalt und Unsicherheit in der Terminologieverwendung kann SCHÜLEIN (1987) also schreiben:

"Der Institutionsbegriff führt in der Soziologie ein eigenartiges Doppelleben. Auf der einen Seite gehört er zweifellos zu den zentralen

---

ve" Gesellschaften beweisen, daß gewisse gesellschaftliche Bereiche funktional differenziert, ebenso gleichzeitig ideologisch überhöht wurden (vgl. MALINOWSKI). Ritus, Rituale, Mythen usw. verbanden sich mit diesen institutionellen Bereichen, gerade um die Stabilität der Gesellschaft, ihrer Machtträger und ihrer Hierarchien zu gewährleisten.

Begriffen, sozusagen zum harten Kern soziologischer Begrifflichkeit und wird auch mit entsprechendem Respekt behandelt. Er fehlt in keinem Lexikon und wird in fast allen gesellschaftstheoretischen Werken zumindest en passant verwendet. Aber auf der anderen Seite besteht wenig bis gar kein Konsens darüber, was mit diesem Begriff eigentlich genau gemeint ist. Die Zahl der Definitionen ist beachtlich, ihr Spektrum umfaßt sehr verschiedene inhaltliche und formelle Bestimmungen und Kriterien. Aber auch, wo kein Dissens besteht, bleiben inhaltliche Bestimmungen auffällig diffus und vage." (SCHÜLEIN 1987: 9)

Aus der Entwicklungsgeschichte des Institutionenbegriffs heraus wird also erkennbar, daß er theoretisch entlastet werden muß, da er unmöglich in einem sowohl Prozeßhaftes (z.B. Institutionalisierung) als auch Strukturelles (z.B. Hierarchisierung) abdecken kann und in einem Ansatz Entwicklung und Aufrechterhaltung sozialer Realität, Integration von unterschiedlichsten Aspekten (wie Familie, Tauschgeschäft und Krankenhaus) usw. nicht geleistet werden kann, ohne daß entweder der Begriff sehr abstrakt und damit nicht praktisch handhabbar ist oder aber indifferent bleibt.

Zu dieser theoretischen Entlastung scheint mir SCHÜLEINS Ansatz (SCHÜLEIN 1987) geeignet, der einen *relationalen Institutionenbegriff* entwickelt und bei seiner Differenzierung von der *basalen Trias Umwelt-Entität-Binnenwelt* ausgeht. Der Institutionsbegriff muß nicht mehr als zentrales Konzept für eine Gesellschaftstheorie herhalten, denn damit ist er ohne Frage überlastet und überfordert, wie seine Entwicklungsgeschichte zeigt. Welche Größe als Einheit gewählt wird, von der dann Umwelt und Binnenwelt differenziert werden, hängt von der *Perspektive* ab. Denn generell ist jeder Zugriff auf Realität selektiv und wählt nur eine (oder wenige) von allen möglichen Umwelt-Entität-Binnenwelt-Relationen aus.

Entitäten sind nur innerhalb einer bestimmten Distanzzone als solche identifizierbar; tritt man näher, so löst sich das Produkt auf in einen Prozeß und umgekehrt. Es ist also eine Frage der Perspektive, ob man es mit einem Prozeß oder mit einem Produkt zu tun hat. Der Schreibtisch ist für den Normalbetrieb seines Benutzers eine feste Einrichtung seines Büros, an dem er sich selbstverständlich orientiert. Würde man genauer (etwa unter dem Mikroskop) hinschauen, so verengt sich das Blickfeld (und damit auch der Praxisbezug), der Schreibtisch löst sich auf in z.B. ein Aggregat von Zellulose- oder Metallmoleküle [sic], die heftig in Bewegung sind. Tritt man dagegen einen Schritt zurück, so verschwindet der Schreibtisch im

Gesamtensemble der Möbel eines Hauses und / oder in der Summe aller Schreibtische - je nachdem, welche Ebene der Blickweise man wählt.  
(SCHÜLEIN 1987:129ff.)

So ist es z.B. auch eine Frage der Perspektive, ob man im Krankenhaus Gespräche zwischen Arzt oder Patient analysiert, oder ob man "einen Schritt zurücktritt" und die Gesamtkommunikation in einer (Teil-)institution untersucht. Allerdings scheint es sinnvoll zu zeigen, in welche *Umwelt* der Untersuchungsgegenstand eingebettet ist (vgl. Zwischenbericht Kap. 2.1., v.a. 2.1.2.), daß er also in einer bestimmten Relation zur Außenwelt und zu seiner differenzierten Innenwelt steht. So gesehen ist das vorliegende Projekt unseres Wissens das erste, das in der Arzt-Patient-Kommunikation einen derart weiten Blickwinkel einnimmt.

Diese "Interaktion" mit der Umgebung geschieht nicht von allein, sondern muß geschaffen bzw. *aktiv erhalten* bleiben. Dazu bedarf es eines gewissen Aufwandes, der jedoch nicht notwendigerweise gezielt und bewußt sein muß. Durch Filter und Normen wird Zugehöriges zu einer Institution von Nichtzugehörigem getrennt, werden "Nichtteilhaber" ausgeschlossen. Man muß also zwischen *produktivem* und *reproduktivem* Bereich einer Institution unterscheiden. Dieser Aspekt ist bisher von der Institutionentheorie zu wenig berücksichtigt worden, da sie sich in erster Linie mit der Leistung (Produktion) von Institutionen beschäftigt hat. Auch ist Produktion und Reproduktion nicht immer zu trennen, da produktive Prozesse auch der Reproduktion, d.h. der Selbsterhaltung der Institution dienen können und umgekehrt reproduktive Prozesse auch etwas "produzieren" können. Insofern ist diese Unterscheidung eher analytisch als empirisch.

Im produktiven Bereich muß man zunächst auch zwischen intendierten und nicht intendierten, sekundären Produkten unterscheiden, wobei wir im folgenden in *heuristischer* Weise als produktiven Bereich in der Ambulanz die *Behandlung von Patienten* ansehen, da dies die vom Gesetz her definierte Aufgabe des Krankenhauses ist. Auf die nichtintentionalen Effekte kommen wir noch im Zusammenhang mit dem Begriff des Mythos zu sprechen.

Der reproduktive Bereich ist im engeren Sinne ein Sonderfall des produktiven, nämlich "eine *Konzentration von produktiven Leistungen auf die Reproduktion der Institution selbst.*" (SCHÜLEIN 1987: 148). Bei einer komplexen Institution wird die Reproduktion meistens von einer eigenen Stel-

le übernommen. Das ist ganz sicher im Krankenhaus so: Die Verwaltung hat zum großen Teil diesen reproduktiven Bereich über und sorgt dafür, daß die Institution *stabil* bleibt, bestehen kann, sich selbst erhält und organisiert:

Die allgemeinen Funktionen wurden bereits angesprochen: Aufrechterhaltung eines bestimmten Verhältnisses zur Umwelt, Aufrechterhaltung einer bestimmten Binnenstruktur, Anpassen an Veränderungen und Ausbalancierung eines Gleichgewichts der Institution insgesamt. In technischen Kategorien beschrieben bedeutet dies, daß jeweils eine bestimmte Menge an Versorgungsleistungen erbracht werden müssen, daß Verhältnisse und Abläufe gepflegt und kontrolliert, weiterentwickelt und integriert werden müssen.  
(SCHÜLEIN 1987 148f.)

Einen Teil der Verwaltungsarbeit in der Ambulanz übernehmen jedoch z.B. auch die jeweilige Krankenschwester durch ihre Tätigkeit als Organisatorin und die Ärzte, die ja letztlich auch mit dieser Organisation arbeiten müssen. Insofern sind auch Teile der Ambulanztätigkeit *reproduktiv*.

Als potentieller *Destabilisierungsfaktor* kommt hier noch dazu, daß die Situation in der Ambulanz hoch *kontingent*, d.h. nicht genau definiert und das Geschehen nicht voraussagbar ist. Es handelt sich also um ein unterbestimmtes System, mit einem gewissen Grad an Ungewißheit, kurz, es wären oft auch "andere Möglichkeiten" (LUHMANN 1975:39f.) der Lösung vorhanden gewesen. Dies gilt einerseits für die Ärzte in ihrer Behandlung von Zweifelsfällen, wo in der Ambulanz ad hoc nicht entschieden werden kann, welche Therapie jetzt die angemessene oder gar um welche Krankheit es sich überhaupt dreht.

Uns interessiert jedoch hier in diesem Zusammenhang die andere Art von Kontingenz, die darin besteht, daß viele unvorhergesehene organisatorische Zwischenfälle sich ereignen können, die sich dann auf das Verhalten auswirken (Erstversorgungen und Notfälle, Interventionen von hierarchisch höhergestellten Personen, Ausfall von Personal und Geräten und dgl.). Um mit diesen Schwierigkeiten umgehen zu können, müssen von den Beteiligten "*Strategien*" entwickelt werden, die diese Widersprüche und Ungewißheiten einebnen.

Diese *Ausgleichsstrategien* liegen im reproduktiven Bereich der Institution und tendieren dazu, diesen gegenüber dem produktiven Bereich zu ver-

stärken. Daraus ergibt sich eine Gefahr vieler Institutionen, daß sich der reproduktive Bereich gegenüber dem produktiven verselbständigt, daß eine Institution "selbstgenügsam" (MENZ 1985) wird, d.h. ihren Zweck in der Aufrechterhaltung ihrer selbst und nicht mehr in ihrer Dienstleistung sieht. Sie wird dadurch aus der Perspektive der Produktion *irrational*.

Weitere Quellen der "Pathologie" (SCHÜLEIN 1987:151) von Institutionen sind neben dem bereits erwähnten Mißverhältnis von Produktion und Reproduktion solche "Pathologien, die an den Umweltvorgaben gemessen sind", d.h. ob die von der Umwelt definierte Funktion der Institution angemessen und ökonomisch vertretbar erfüllt werden kann. Die Kriterien können sich von institutionsinternen natürlich erheblich unterscheiden. Drittens schließlich können natürlich auch die Normen der Umwelt widersprüchlich sein, so daß innerhalb der Institution die Konflikte der Umwelt ausgetragen werden müssen (SCHÜLEIN 1987: 151f.).<sup>4</sup>

Aus den Überlegungen zur ersten Quelle von "Pathologien" ergibt sich also, daß Stabilität nicht unbedingt mit operativer Zielerfüllung und Funktionalität in der Produktion zusammenhängen muß - ganz im Gegenteil: produktive Irrationalität kann reproduktiv durchaus funktional und rational sein. Es ist daher leicht ersichtlich, daß Widerstände gegen eine produktiv "rationalere" Vorgangsweise entstehen, wenn sie der reproduktiven Rationalität widersprechen. Bestimmte Strategien des Ambulanzpersonals dienen einerseits der Bewältigung der Kontingenz und decken andererseits die Widersprüche zwischen produktivem und reproduktivem Bereich zu.

Wir nennen solche rationalisierende und ideologisierende "Strategien" in diesem Zusammenhang (um Brüche in der Kontingenz und Konflikte im Schnittpunkt von Produktion und Reproduktion zu überbrücken!) *Mythen*. Eine weitgehend immer noch gültige Definition von Mythos hat BARTHES (1964) geleistet, an die auch wir uns hier anlehnen. BARTHES sieht die Funktion des Mythos darin, willkürliche Beziehungen zwischen zwei Elementen (in seiner Terminologie zwischen Bedeutetem und Bedeutendem) als naturgegeben auszugeben:

4) Damit unterscheiden wir uns in unserem Ansatz von der klassischen Systemtheorie (Strukturfunktionalismus) in der Anwendung der "offenen Systeme" und ihrer Interaktion zwischen einander (vgl. LEODOLTER 1975: Kap.III).

In dem sekundären (mythischen) System ist die Kausalität künstlich und falsch, aber sie schlüpft gewissermaßen in den Güterwagen der Natur. Deshalb wird der Mythos als eine unschuldige Aussage empfunden: nicht weil seine Intentionen verborgen sind - wenn sie das wären, könnten sie nicht wirksam sein -, sondern weil sie natürlich gemacht sind.  
(BARTHES 1964:115)

Es werden also Werte als Fakten interpretiert. Die Funktion ist offensichtlich: Es geht darum, soziale Gruppen aneinanderzubinden, um Konsens herzustellen (HALPERN 1961, MOSS 1985). Mythen sind dadurch in gewisser Weise "undifferenzierte und emotional besetzte Vorannahmen" (KATHAN 1976:74), deren Aufgabe darin besteht, wesentliche Teile der Realität auszuschließen, dadurch Komplexität zu reduzieren und Angst abzuwehren. Beispiele solcher Mythen, die wir analysieren werden, sind der *Mythos der Effizienz*, der *Mythos der Zeit*, der *Mythos von Harmonie* (vgl. dazu Schwesterninterview in Kap. 5.4.), aber auch z.B. die *Mythen von Allwissenheit*, der *Heilbarkeit von Krankheiten* und der *Humanität*.

Die zweite Kategorie von Pathologien (Leistungen der Institution, ökonomische, ökologische Vertretbarkeit) ist nicht Gegenstand dieses Forschungsprojekts; wir gehen daher auch nicht näher auf sie ein.

Die dritte Quelle von Widersprüchen (widersprüchliche Normen der Umwelt, die von der ersten (angemessene innere Strukturierung) getrennt werden muß, ergibt sich aus den konfligierenden Aufgaben von Krankenhäusern, wie sie die Umwelt (der Gesetzgeber) definiert hat. Dazu gehören neben der Behandlung und Heilung von Kranken auch die *Ausbildung* und die medizinische *Forschung*. Die Ausbildung ist insofern ein "Zwitterbereich", als die Heranbildung und Rekrutierung von Personal für die Institution in gewisser Weise auch zum reproduktiven Bereich gehört, aber sie geht auch wesentlich darüber hinaus. Sie steht nämlich - zumindest in der Ambulanz - dem anderen Zweck eines Krankenhauses, dem eigentlich produktiven Zweck, nämlich der Behandlung von Kranken, diametral gegenüber. Da die Ausbildung jedoch nicht zum unmittelbar notwendigen reproduktiven Bereich der Ambulanz (als Teilinstitution) gehört, unterscheiden sich die sich daraus ergebenden Widersprüche signifikant qualitativ von den von uns so genannten Mythen, deren Hauptfunktion es ist, den unmittelbaren Ambulanzbetrieb zu gewährleisten.

#### 4.1. Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich unser heuristisches Modell zur Analyse von Kommunikation in Institutionen in folgenden Schritten zusammenfassen:

- 1) Wir haben den Institutionsbegriff theoretisch entfrachtet und aus einer dreiteiligen Differenzierung in "Umwelt", "Einheit" und ihrer "Binnenwelt" (inneren Struktur) die Ambulanz als solche zentrale zu untersuchende Einheit gewählt (zur Begründung vgl. Kap. 1.).
- 2) Wir haben eine in der Institutionstheorie häufig vernachlässigte heuristische Unterscheidung zwischen produktiven und reproduktiven Handlungen in einer Institution wieder aufgegriffen.
- 3) Wir haben in diesem Zusammenhang den Kontingenzbegriff eingeführt, um die tendenzielle Instabilität und organisatorische Gefährdetheit der Ambulanz einfangen zu können.
- 4) Wir haben aus dem Kontingenzbegriff die Notwendigkeit der Interaktanten abgeleitet, Strategien zu entwickeln, um mit Kontingenz umgehen zu können.
- 5) Wir haben die Gefahren aufgezeigt, die aus einer Verselbständigung des reproduktiven gegenüber dem produktiven Bereich entstehen können.
- 6) Wir haben den Begriff des Mythos eingeführt, um eine Klasse von Widersprüchen und Bewältigungsstrategien zu bezeichnen.
- 7) Wir haben weitere potentielle Widersprüche (Pathologien) in Institutionen aufgezeigt und sie in Beziehung zur Ambulanzsituation gesetzt (Ärzteausbildung).

Es sei abschließend noch einmal betont, daß es sich bei diesem Entwurf um keine abgeschlossene Theorie handelt, sondern um ein heuristisches Modell, das jedoch unserer Meinung nach wichtig ist, da es bisher für die vorliegende Art von institutioneller Kommunikation noch keine ausgearbeiteten soziolinguistischen Modelle gibt. In unseren Analysen werden wir

uns auf diese Kategorien beziehen und derart Mikro- und Makroanalyse aufeinander beziehen.

## 5. EIN VORMITTAG AUF EINER AMBULANZ

### 5.1. Einleitung

Beschreibungen und Analysen von einzelnen Gesprächsauschnitten aus möglichen Arzt-Patient-Interaktionen (Anamnese, Visite) haben den Nachteil, daß es sich bei diesen stets um aus dem Gesamtzusammenhang herausgelöste Gesprächsereignisse handelt. Gerade in einer Ambulanz ist jedoch die Erfassung des Gesamtablaufs von grundlegender Bedeutung für das jeweilige Gespräch mit einer Patientin oder einem Patienten, da sich die äußeren Bedingungen im Laufe der Vormittagsstunden sehr stark verändern.

Nach einem ruhigen, meist noch ungestörten Beginn unterbrechen vorhersehbare und unvorhersehbare Störungen und Veränderungen den erwarteten organisatorischen Ablauf, gegen Ende des Vormittags nimmt der Zeitdruck und somit die Belastung der Ambulanzärzte/innen und -schwestern zu. Der Ablauf jedes Patientengesprächs wird deshalb sehr stark dadurch beeinflußt und bestimmt, an welchem Punkt des Gesamtablaufs es stattfindet und was in den unmittelbar und mittelbar vorangegangenen Interaktionen und Handlungsabläufen passiert ist. Manche Aushandlungen und Besprechungen von organisatorischen Problemen oder komplizierten therapeutischen Maßnahmen können sich über mehrere Patientengespräche erstrecken, Inhalte von früheren Patientengesprächen werden unter Umständen mehrmals in nachfolgenden Interaktionen wiederaufgenommen, zunehmender Zeitdruck, steigende Belastung und Erschöpfung, und dadurch steigende Unzufriedenheit drücken sich unmittelbar im sprachlichen Umgang sowohl mit den Patient/inn/en als auch im Miteinander des Ambulanzteams aus.

Unter dem Blickwinkel des Gesamtzusammenhangs läßt sich ein Ambulanzvormittag also als ein in sich geschlossenes interaktives Ereignis erfassen und beschreiben, das sich aus sämtlichen an einem Vormittag stattfindenden Arzt-Patient-Gesprächen zusammensetzt.

Anhand ausgewählter sprachlicher Kategorien, die in jedem Gespräch zwischen Arzt / Ärztin und Patient / Patientin auftreten, lassen sich interaktive Vorgänge und deren Bedeutung für den Gesprächsablauf und die sich in diesem Gespräch entwickelnden Beziehungen zwischen den Interaktanten und Interaktantinnen gut erfassen und beschreiben.

Diese grundlegenden Kategorien sind folgende:

#### 1. Das Auftreten von Patienteninitiativen:

Patienteninitiativen sind von den Patient/inn/en selbst initiierte Erzählungen und Schilderungen sowie Fragen nach zusätzlichen Informationen und Erklärungen.

#### 2. Der Umgang der Ärzte / Ärztinnen mit Patienteninitiativen:

Erzählungen werden zugelassen und unterstützt oder unterbrochen, geforderte Erklärungen und Informationen über die Untersuchung, Therapie und weitere Vorgänge werden gegeben oder verweigert, die Form dieser Informationen bzw. Erklärungen ist umgangssprachlich oder fachsprachlich orientiert.

#### 3. Der Umgang der Ärzte / Ärztinnen mit Problemen:

Probleme im ärztlichen Gespräch entstehen durch die Nicht-Informiertheit der Patienten und Patientinnen über ihre Befunde oder ihre derzeitige medikamentöse Therapie, durch die Nicht-Befolgung der Therapie (non-compliance) und durch sogenannte "schwierige" Patienten und Patientinnen, die sich dem vom Arzt oder von der Ärztin erwünschten Gesprächs-, Untersuchungs- oder Therapieverlauf nicht fügen. Der Umgang mit diesen Problemen erfolgt entweder sachlich-erklärend oder moralisch-bewertend.

#### 4. Die Herstellung von Beziehung:

Über die Einhaltung von Gesprächsritualen wie Begrüßung und Verabschiedung, sowie über nicht rein medizinische Bemerkungen und Fragen (soziale turns) und positive Bewertungen wird eine persönliche Beziehung zu den Patient/inn/en hergestellt. Das Fehlen dieser Kategorien drückt unpersönliches, wenn nicht distanzierendes Verhalten den Patient/inn/en gegenüber aus.



In der folgenden Analyse des gesamten Ambulanzvormittages soll es nun darum gehen, die oben dargestellten Kategorien in den einzelnen Arzt-Patient-Gesprächen zu erfassen und deren Auftreten bzw. Fehlen in einen systematischen Zusammenhang mit dem übrigen Ablauf des Ambulanzbetriebes zu bringen. So wird sichtbar, wie sich das Auftreten von unerwarteten äußeren Störungen, die notwendige Reorganisationen des Ablaufs, der zunehmende Zeitdruck und die wachsende Belastung des Ambulanzteams auf die Gespräche mit den Patienten und Patientinnen auswirken. Damit steht v.a. der Umgang mit Kontingenz im Mittelpunkt dieses ersten Einstiegs in unser komplexes Material. Detailanalysen in den weiteren Abschnitten greifen einzelne wesentliche Punkte heraus.

## 5.2. Ein Überblick

An diesem Vormittag besteht das Ambulanzteam aus einem Arzt, einer Ärztin und einer Ambulanzschwester. Beide, Arzt und Ärztin, hatten die Nacht zuvor Dienst versehen und deuten gleich zu Beginn der Tonbandaufnahmen auf ihre dadurch ohnehin schon bestehende Belastung hin. An diesem Vormittag herrscht an sich normaler Betrieb, da keine akuten Notfälle behandelt werden müssen. Ein unvorhergesehenes Ereignis belastet den geplanten Ambulanzablauf allerdings ganz wesentlich: gegen 11 Uhr erfahren der Arzt und die Ärztin über eine Lautsprecherdurchsage, daß infolge der massiven Schneefälle der Parkplatz des Krankenhauses geräumt würde und die dort parkenden Autos deshalb bis 13 Uhr, das entspricht etwa dem Ende des Ambulanzbetriebes, von dort entfernt werden müssten. Dieser Umstand verstärkt den ohnehin schon bestehenden Zeitdruck ganz enorm und schlägt sich dementsprechend im Umgang mit den Patient / inn/en nieder, aber auch in der Behandlung der übrigen "alltäglichen" Störungen und im Umgang des Teams miteinander.

Bedingt durch diese äußeren Umstände läßt sich der Ablauf dieses Ambulanzvormittages in eine relativ ruhige Anfangsphase (9.30 - 11.10), eine problematische Mittelphase (11.10 - 11.30) und in eine gespannte Endphase (11.30 - 12.20) einteilen. Da eine detaillierte Darstellung aller Gespräche schon aus Platzgründen unmöglich wäre, wollen wir in der folgenden vergleichenden Analyse jeweils einige ausgewählte Gespräche aus jeder dieser Ablaufphasen anhand von Textauschnitten darstellen, auf Besonderheiten der übrigen Gespräche lediglich beschreibend hinweisen.

Schematisch gesehen sieht der Ablauf folgendermaßen aus:

Zeit	Patient/in	Gesprächs- länge	Art der Untersuchung (U)
9:30	<B03-A-01>	9 min.	interne U. (Herz)
9:45	<B03-A-02>	21 min.	interne U. (Herz)
10:05	<B03-A-03>	20 min.	interne U. (Leberzirr.)
10:25	<B03-B-04>	-----	P. verweigert Aufnahme
10:35	<B03-B-05>	18 min.	interne U. (HNO)
11:00	<B03-B-06>	10 min.	Zuckereinstellung
11:10	<B03-B-07>	21 min.	Erstversorgung (Lunge)
11:30	<B04-A-08>	7 min.	OP-Freigabe (gynäköl.)
11:40	<B04-A-09>	15 min.	interne U. (Herz)
11:55	<B04-A-10>	8 min.	OP-Freigabe (Gefäße)
12:10	<B04-B-11>	7 min.	OP-Freigabe (Halsschlagader)

## 5.3. Von Fall zu Fall

### 5.3.1. Die ruhige Anfangsphase

9.30 Uhr

<B03-A-01>

Der erste Patient, männlich, 60 Jahre, kommt zur internen Kontrolluntersuchung von der chirurgischen Station, wo er wegen eines Magengeschwürs behandelt worden war. Das vom Arzt zu lösende Problem ist, daß der Patient am Vortag selbständig Medikamente eingenommen hat (non-compliance).

#### Umgang mit dem Problem

Der Patient wird vom Arzt wegen seiner Medikamenteneinnahme zur Rechenschaft gezogen:

- |    |   |
|----|---|
| 11 | AM8: Ab heute schon in Tablettenform<br>P: Jo - und gestern hams ma |
| 12 | AM8: Na hoffentlich gehts guat - najo<br>P: überhaupt ka gem.       |

Im weiteren Verlauf des Gesprächs klärt sich aber auf, daß der Patient richtig gehandelt hat und eine vorübergehende Pausierung der Medikamente von der Station nicht wieder aufgehoben worden war (36/37).

- 31 AM8: Najo - das is oba immer - des is nur das Lasix 80 -
- 32 AM8: das kriegn Sie an und für sich von uns - ja AUCH
- 33 AM8: - wissen Sie. Oda habens heut noch zusätzlich  
P: I hob überhaupt - - nein
- 34 AM8: a Ochziger gnumman.  
P: I hob überhaupt kans kriegt - bis jetzt
- 35 AM8: Da steht Lasix 80 Milligramm - - als tägliche
- 36 AM8: Therapie - - auf da Kurvn. Lasix 80 - - jo da wars
- 37 AM8: kurz pausiert. Naja  
P: I hobs erst - i hobs erst kriegt -
- 38 AM8: mhm  
P: wia - da Doktor X. (Name Arzt) ah untn bei mir
- 39 AM8: jaja  
P: gwesn is net. Hot a ma des ah - Novarin. Sunst hob
- 40 AM8: Ja versteh - hams erst  
P: i übahaupt kane Pulva kriegt - (.....)
- 41 AM8: ab heute wieda kriegt? - - Gestern war  
P: Hab i heute
- 42 AM8: sehr gut  
P: kriegt und GESTERN hab i a eigenes genommen weu i
- 43 P: wenn Sie Sich erinnern können - hab ich Sie gefragt
- 44 AM8: ja alles bestens - GUT -  
P: (.....) daß ich die abgesetzt hab - des

45 AM8: olles klor - ob heute könnens es wieder nehmen -  
P: Pulver net.

46 AM8: weil Sie jetzt keine Infusionen mehr brauchen.

Nach Aufklärung des Mißverständnisses gesteht der Arzt dem Patienten zu, richtig gehandelt zu haben. Er bewertet dessen Verhalten positiv ("alles bestens", "GUT - olles klar" (44, 45)), die Schuld der Institution nimmt er aber nicht auf sich, sondern "verdeckt" sie mit einer Information über eine Therapieänderung ("ob heute könnens es wieder nehmen - weil Sie..." (46)).

### Umgang mit Patienten-Initiativen

Im Rahmen dieser für den Patienten günstigen Situation stellt der Patient einige Fragen, auf die der Arzt mit ausführlichen, meistens umgangssprachlichen Erklärungen reagiert.

- 111 AM8: - - jo  
P: Und wie geht das weiter - die Med(.....) No -
- 112 AM8: Jo wenn Sie  
P: zumindest jetzt amal hier im Spital net
- 113 AM8: wenn Sie - von Seiten der - des Ulcus entlassungs=
- 114 AM8: fähig sind - von da Chirurgie wos ja sichtlich bald
- 115 AM8: erscheint Daß ma vielleicht doch noch  
P: Ja das meint ich jo
- 116 AM8: kurz - a bißl bei UNS an Aufenthalt anschließn - bis
- 117 AM8: die Frequenz wieder halbwegs beinand is.  
P: Is des möglich daß ich -
- 118 AM8: Auf der Chirurgie?  
P: dort bleiben kann? jo - - geht des?
- 119 AM8: Najo - i mein theoretisch gehts schon - jo aber aber  
P: geht des schon

- 120 AM8: die ob die da Primarius X. /Name/ des zulaßt net -  
P: ob er ob ers zuläbt
- 121 AM8: wenn Sie eben kein chirurgischer Fall mehr sind. -
- 122 AM8: Wir werden des no besprechen - ja. Jedenfalls an
- 123 AM8: Entlassung ist noch nicht zu denken. - Aber die
- 124 AM8: Leberwerte sind auch besser geworden - und die
- 125 AM8: Sequenz ist etwas abgesunken - - jo?

Im Anschluß daran geht der Arzt auf weitere Beschwerden des Patienten über Nachlässigkeiten der Station (142,143) nicht ein, auf eine nicht rein-medizinische Initiative des Patienten über seine "Erfahrungen mit der Institution" (*"inzwischen weiß ich des schon"*) reagiert er mit einer allgemeinen Bewertung (*"Na richtig."*) und einem Themenwechsel (146).

- 141 P: Es is ah so - des is - - wie haßt des Mulox oda wia.
- 142 AM8: Malox ja  
P: Die Malox - san zwar aufschriebm - hab i aba nie
- 143 P: kriegt. Des is nur a Beispiel (.....) zuerst amol
- 144 AM8: mhm  
P: des. (.....). Inzwischen - inzwischen weiß ich des
- 145 AM8: Na richtig.  
P: schon - wenn ma net frogt (.....).
- 146 AM8: Also wann war die Atemnot - sagn'S ma das bitte?

### Herstellung von Beziehung

Der Arzt stellt in diesem Gespräch eine recht persönliche Beziehung zu

dem Patienten her, indem er dessen Verhalten mehrmals positiv bewertet und auf medizinische Fragen des Patienten mit ausführlichen, wenig Fachvokabular enthaltenden Erklärungen reagiert. Nicht direkt medizinische Initiativen des Patienten werden allerdings blockiert. Zusätzlich schließt der Arzt jeden nicht medizinische, persönlichen Bereich des Patienten durch rein faktisch-medizinisch orientierte Fragen aus.

Die Verabschiedung erfolgt ausführlich:

- 183 AM8: Jo - wird raufgeschickt.  
P: Wird des raufgeschickt?
- 184 AM8: ja bitte X. /Nachname/  
P: Herr Doktor - dürft ich um Ihren Namen
- 185 AM8: Bitte Wiederschaun.  
P: Danke schön Wiedersehn.

Der Patient agiert professionell, er orientiert sich über die unmittelbaren weiteren Vorgänge (*"Wird des raufgeschickt?"* (183)) und fragt den Arzt um dessen Namen. Der Arzt reagiert auf diese Initiative sehr rasch (*"ja bitte"*), die Untersuchung wird mit einer ausführlichen Verabschiedungssequenz beendet.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Arzt den Fragen und Erklärungswünschen des Patienten viel Platz einräumt und er so eine sachlich orientierte, positive Beziehung zum Patienten herstellt. (Zur zweiten, einige Tage später erfolgenden Begegnung zwischen dem Arzt und dem Patienten vgl. Kap.8.4.4).

9.45 Uhr

<B03-A-02>

Die zweite Patientin wird, diesmal von der Ärztin, wegen cardialer Beschwerden (Herzbeschwerden) begutachtet. Sie ist nicht ganz einfach zu behandeln, da sie sehr alt ist, sie sich ihr Hemd zuerst nicht "vor allen Leuten" ausziehen will, sie beim EKG nicht ruhig liegt und ihr "eigentlich alles weh tut". Die untersuchende Ärztin schwankt zwischen Ungeduld, Zunei-

gung und Mitleid.

### Umgang mit Problem

- 1 AF2: So das Hemd müß ma auch ausziehn  
P: (.....) net
- 2 AF2: Warum nicht? - Wir san ja im Spital. So - da da
- 3 AF2: draufsetzn gell.  
P: /leise/ (.....)
- 4 AF2: SO tun Sie das Hemd bitte ausziehen.  
P: Hemd - i hob jo
- 5 AF2: Ziehns das aus bitte - das Hemd. Wir  
P: nua des Hemd an
- 6 AF2: müssen ein EKG schreibn. So Na schaut  
P: (.....) Hemd
- 7 AF2: schon niemand ha - - so - is ja nur der Herr Doktor
- 8 AF2: da. - Gell  
P: Da Herr Doktor der kann schau - aba
- 9 AF2: schon schau göll - so tun ma uns do rauf setzn -
- 10 AF2: gell.  
P: Der muß sogar manchmal schau (.....) eben
- 11 AF2: So - sagens welcher Arm war denn da Gebrochene?
- 64 AF2: De wockelt imma - - JETZT BLEIBENS ABER RUHIG LIEGN
- 65 AF2: TUNS NET IMMER WACKELN HM - SONST WIRD DAS EKG NIX.
- 66 AF2: GANZ RUHIG - SCHÖN LOCKER JA. Gut - - - so:  
P: Gut is - ja.

- 67 AF2: is gu:t.
- 221 AF2: Aber es tut ihr ALLES weh bitte - - überall tuts ihr
- 222 AF2: weh. DA TUTS AUCH WEH?  
P: Ah: ja /seufzt/ (.....) nein nein
- 223 AF2: Ah da nicht - nur da Rücken und da tuts weh gell.  
P: geht schon (.....)
- 224 AF2: Ja - und da?  
P: Da tuts weh. Naja - spürns tu ichs - aber
- 225 AF2: geht  
P: zum Ertragn is es.

Die Ärztin schwankt in ihrem Umgang mit der Patientin zwischen Zuneigung und ungeduldigem, distanzierendem Verhalten. Stets korrigiert sie ihre distanzierenden Äußerungen mit positiven (vgl. z.B. "Aber es tut ihr ALLES weh bitte" (221) - "und da tuts weh gell" (223)). Dieses Verhalten ist einerseits eine Form von Machtausübung, es spiegelt aber andererseits auch den Zwiespalt der Ärztin wider, der in diesem Gespräch durch mehrere Faktoren ausgelöst wird: es handelt sich um ihr erstes Patientengespräch in der ungewohnten Situation der Tonbandaufnahme und anwesender teilnehmender Beobachter/innen; die Patientin ist "schwierig", da sie durch ihr "unprofessionelles" Verhalten (Angst, den Oberkörper vor mehreren Personen freizumachen, ruhig liegen zu bleiben) den Ablauf verzögert.

So ist dieses Gespräch ein Beispiel für ein "Störungs-Paradoxon", das in Situationen mit institutionell geregelter Ablaufschema typischerweise auftritt: Das Fehlverhalten wenig routinierter Patienten und Patientinnen mit mangelhaftem Ablaufwissen "stört" den Ablauf und wird von den Arzt/inn/en als unkooperatives Verhalten, nicht als Wissensmangel interpretiert. Somit wird Patient/in und Fehlverhalten abwehrend behandelt und mit knappen Handlungsaufforderungen in scharfem bis ungehaltenen Ton bedacht. Erklärungen und Informationen werden gerade dort verweigert, wo sie nötig wären, um weitere Störungen und Unterbrechungen zu verhindern und die Patient/inn/en zu kooperativem Handeln

überhaupt erst zu befähigen. (vgl. dazu ausführlich Kap. 7.2.; 8.3.). Solche Handlungsweisen werden mit Hinweisen auf Zeit und Effizienz rationalisiert und verschleiert.

### Umgang mit Initiativen

- 79 AF2: Was hams denn für Beschwerdn ghabt mitn Herz?  
P: Jo -
- 80 AF2: Wann denn?..  
P: Schmerzen Jo vor einigen Wochen schon - hob
- 81 P: i hob i - i hob mi a bißl aufgregt und - und ich hob
- 82 AF2: Mhm - vor  
P: glaubt des is - des san de Folgen davon.
- 83 AF2: Wochen schon. Und jetzt im Spital hams auch Schmer-
- 84 AF2: zen ghabt?  
P: Im Spital eigentlich - kann ich net sogn daß
- 85 P: ich solche Schmerzen ghobt hätt die wos net zum Aus-
- 86 P: halten wärn.
- 110 AF2: Ach so:? Wie alt sinds denn? Na geh - im  
P: 87
- 111 AF2: ALTER is ma doch nimma so zornig ha - doch?  
P: doch - doch.
- 112 AF2: Da hat Sie jemand SEHR geärgert - ha?  
P: Wenn Sie imma
- 113 P: gut sind zu an jeden und dann wird Ihnan das - -
- 114 AF2: Dann ärgern Sie Sich auch -  
P: schlecht verzollt - dann (...)

- 115 AF2: gell jo. Tut im Bauch irgendwo was weh?  
P: Nein - - nur
- 116 P: jetzt das Drücken - sonst

Die Herzbeschwerden werden sehr ausführlich besprochen, der Patientin wird Zeit gelassen, zu erzählen. Zuerst geht die Ärztin nur auf den medizinischen Teil der Äußerungen ein, nach der wesentlichen Abklärung auch auf den mehrmals erfolgten Hinweis der Patientin, die Herzschmerzen stünden im Zusammenhang mit häuslichen Aufregungen. Die Ärztin führt die Initiative der Patientin sogar aktiv weiter (112), indem sie detaillierte Fragen zum Grund der Aufregungen stellt.

Dieses Verhalten, mit dem sie eine persönliche Beziehung zu der Patientin herstellt, steht in ziemlichem Gegensatz zu ihren, an einigen anderen Stellen auftretenden starken negativen Bewertungen, die Distanz signalisieren. Möglicherweise spürt die Ärztin, daß die Patientin für ihr "schwieriges" Verhalten nichts kann, sie kann aber nicht analytisch damit umgehen sondern nur sehr emotionell auf Momente der Störung und auf Momente der Kooperation reagieren.

Trotz ihrer ambivalenten Haltung nimmt sie die Patientin mit ihren Beschwerden und persönlichen Problemen letztlich doch ernst und geht auf entsprechende Hinweise der Patientin ein. Auffallend ist, daß die Ärztin bei der auf Grund ihres Alters schon etwas hilflos wirkenden Patientin sehr schnell in das typische "kindliche" Sprachverhalten (tuma, müssma, gell) verfällt, was von vorneherein ein ziemliches Machtgefälle herstellt.

10.05 Uhr

<B03-A-03>

Der 60-jährige Patient war am Vorabend, also während des Nachtdienstes des Ambulanzarztes, verwirrt, mit sehr schlechten Leberwerten und mit Hepatitisverdacht eingeliefert worden. Der Arzt hatte sich bis spät in die Nacht intensiv um ihn gekümmert und ihn mit sichtlichem Erfolg behandelt. Es ist sozusagen SEIN Patient. Das Gespräch mit dem Patienten ist in erster Linie ein medizinisches Fachgespräch, da der Arzt die meiste

Zeit dafür verwendet, der Ärztin die verschiedenen Befunde des Patienten, die Befundänderungen und seine Behandlungsmethode darzulegen, die Person des Patienten tritt ein wenig in den Hintergrund. Er wird vor allem als Informant für nicht ganz geklärte Detailfragen in die Befundbesprechung miteinbezogen. Trotzdem verläuft das Gespräch nicht zu unpersönlich, da auch viel Zeit dafür verwendet wird, dem Patienten das Versprechen abzunehmen, in Zukunft abstinent zu bleiben, ihm ausführlich die Notwendigkeit einer Gastroskopie (Magenuntersuchung mit Sonde) erklärt wird und der Arzt explizit darauf hinweist, wie zufrieden er mit seinem momentanen Zustand sei. Auffallend ist, daß der Bereich des Alkoholmißbrauchs und der zukünftigen Abstinenz ziemlich sachlich und erklärend behandelt wird und nicht moralisch-bewertend, wie es häufig der Fall ist (vgl. Kap. 8.7.2.).

10.35 Uhr

<B03-B-05>

Der 47-jährige Patient kommt von der Hals-Nasen-Ohren-Station zu einer internen Durchuntersuchung wegen seiner Schwindelanfälle (Vestibularis-ausfall).

#### Umgang mit Patienteninitiativen:

Zu Beginn der Untersuchung wird dem Patienten reichlich Zeit gelassen, seine Leidensgeschichte zu schildern:

- 37 AM8: Und wie hat sich das geäußert - am 16.1.?  
P: Des wor
- 38 P: eigentlich ganz blitzartig - mir wor am Vormittag a
- 39 P: bißl übel - bin vom Geschäft nach Hause gefahren - und
- 40 P: dann is ma so schwindlig wordn daß i faktisch nicht
- 41 P: mehr stehn konnte. - - Brechreiz. - - Brochn. - Hab

- 42 P: faktisch nix drinnen ghabt außa Frühstück. - Konnte
- 43 P: faktisch nicht mehr stehn. - Bin mehr oder weniger
- 44 AM8: Von da HNO - Vestibularis-ausfall.  
P: beim Telefon glegen.  
AF2: Von wo kommt er denn?
- 45 AM8: - Und wor des - Wie war der Schwindel?  
P: I könnt ma vor-
- 46 P: stelln wenn ma schwer betrunken is - so muß ma sich
- 47 P: fühl'n. - Brechen und: - - es hot mi noch olle Rich-
- 48 P: tungen wie gsogt i bin a irgendwie auf olle Viere
- 49 P: imma zwischn zum Telefon - weu i angrufn hob - den
- 50 AM8: Wor des ein Drehschwindel oda - - wor des eher  
P: Arzt.
- 51 AM8: nur so - Schwank - wie ham Sie des empfunden?  
P: I würd
- 52 P: eher Schwank - jo ich - ich hob so gor net so rich-
- 53 AM8: Wenn Sie die  
P: tig aufpaßt - weu es war ma so übel.
- 54 AM8: Augen zu gmacht ham is es bes - tschuldign  
AF2: So bitte  
(Unter=
- 55 AM8: Ich wollte fragen - wie des  
brechung durch EKG-Schreiben)
- 56 AM8: wor - bei geschlossenen Augen is besser geworden.
- 57 P: (.....) so wie jetzt zum Beispiel - wie

- 58 P: do reinkommen bin - i lieg am Rücken mit gschlossene
- 59 P: Augen - is auch da Brechreiz gleich a bißl leichter.
- 60 AM8: Mhm mhm - ham Sie jetzt noch immer Brechreiz?  
P: Nein -
- 61 P: da Brechreiz is eigentlich - - schon seit Samstag -
- 62 AM8: Mhm - -  
P: weg.  
AF2: Wenn Sie die Augen aufmachen - dreht Sies
- 63 P: Na jetzt nicht  
AF2: dann oder wie? Nicht - sehn Sie mich
- 64 P: jaja  
AF2: normal?

Im Lauf der übrigen Befundbesprechung stellt sich ein erhöhter Cholesterinspiegel (erhöhte Blutfettwerte) heraus, der dem Patienten bekannt ist, mit dem er sich einigermaßen auseinandergesetzt zu haben scheint und der ihn zu einer Reihe von Initiativen veranlaßt.

#### Er zeigt, daß er informiert ist:

- 191 P: Na i - i moch einmal im Jahr moch ich a Blutunter=
- 192 P: suchung - und do is - beim Cholesterinspiegel - da
- 193 P: ewige Streitpunkt wie hoch der sein soll oder nicht.
- 194 P: I waß net - jetz homma wieder gsprochn - a Arzt hat
- 195 P: gsogt - hat gsogt in München. Ma soi net unta 200
- 196 AM8: mhm  
P: überhaupt net hom - des is übahaupt ungesund - jetz

- 197 P: hob i gsogt werd i net Tablettn schluckn - wenn ma
- 198 P: ma net ganz genau weiß wos gesund und wos ungesund is.

#### Er bittet den Arzt explizit um Information:

- 239 P: Was sagen Sie mitn Cholesterin? - Da hör i imma von
- 240 AM8: Nein es gibt jetzt - eh seit  
P: jedn a andere Meinung.
- 241 AM8: Neuen - i hob mi grad do mit mein - Oberarzt unter=
- 242 AM8: halten - es gibt da ebm neue NEUE Richtlinien -- die
- 243 AM8: nicht mehr so so - den SPIEGEL - sondern eine eine  
P: (...)
- 244 AM8: andere Untersuchung wichtig machen laßt - und zwar  
P: ja
- 245 AM8: des - HDL und des LDL Cholesterin - und des werd ma
- 246 AM8: bei Ihnen abnehmen. Und dann werd ma weitersehn.  
AF2: Das
- 247 AF2: sind so Untergruppen - - nicht wovon eine - die
- 248 AF2: einen ham eher a Schutzfunktion und die anderen -
- 249 AF2: das sind ebm eher die schlechtn hm.

#### Er etabliert ein Quasi-Experten-Gespräch:

- 250 P: Jo i verfolg des irgendwie - a bißl - eben weils mi

- 251 P: interessiert und i hob da amal hätt i Tabletten  
AF2: mhm
- 252 P: kriegt und wie i glesn hob die Nebenwirkungen - hob  
AF2: mhm
- 253 P: i ma denkt - des is so sinnlos - anfangen von Haar=
- 254 P: ausfall - waß gar net - wos do gstanden is - hob i
- 255 AM8: /lacht/  
P: ma denkt es is besser - i moch NIX.  
AF2: Naja auf
- 256 P: Des moch i eigentlich  
AF2: jeden Fall halt amal Diät halten
- 257 P: eh - i bin jo sehr - wo i ihn her hob is ma echt
- 258 P: a Rätsel - is des Anzige wos i net (dekodiert) kann  
AF2: mhm
- 259 AF2: Gut werd ma schau'n - wie die Relation is net - wenn
- 260 AF2: das stimmt -dann  
P: Gut danke

Die Initiativen des Patienten werden entweder ohne Weiterführung mit "mhm" quittiert (Zeile 196, 251, 252) oder aber aufgenommen, jedoch "verweigernd", d.h. unverständlich beantwortet (Zeile 245). Diese Umgangsweisen können dazu dienen, das Gespräch nicht ausufern zu lassen. Das ist in diesem Fall auch verständlich, da der erhöhte Cholesterinspiegel des Patienten nicht der Grund seiner Ambulanzuntersuchung ist. Die Verwendung unerklärter Fachausdrücke ("des HDL und des LDL Cholesterin") und unverständlicher jargonhafter Redewendungen ("wie die Relation is") sind in diesem vom Patienten jedoch sichtlich erwünschten "Expertengespräch" auch als Machtdemonstration des Arztes aufzufassen: Denn der Arzt kann als Träger des medizinischen Wissens durch gezielte Verweigerung oder Gabe von Information seine Macht gegenüber dem Patienten

ausspielen und somit das Gespräch und die Art der Behandlung wesentlich beeinflussen.

Diese distanzierende Haltung des Arztes dem Patienten gegenüber zeigt sich auch in der anschließenden Verabschiedung:

- 270 AM8: /murmelt/ Schau  
P: Jo i wort draußen - wiedersehn danke  
AF2: Wiedersehn
- 271 AM8: - - Gammaglobuline sind a bißl erhöht - Albumine
- 272 AM8: sind a bißl vermindert - 52.

Für den Arzt ist die Untersuchung (der "Fall") beendet, ihm geht es noch um eine Differenzierung der weiteren Befunde. Er überläßt die Verabschiedung der Ärztin, die sich auch noch um den Patienten "kümmert", als dieser fertig ist ("*Und im Moment sind Sie auch schwindlig?*") und veranlaßt, daß ein Träger ihn auf die Station zurückbegleitet.

Im Lauf der Nachbesprechung beginnt die Zeit zu drängen, da für jede Untersuchung bisher ziemlich viel Zeit aufgewendet worden ist. Es fallen die ersten strukturierenden und "vorwärtstreibenden" Kommentare:

- 293 AM8: Moch ma schnell fertig daß ma - bitte? - Senkung is
- 294 AM8: a hoch. Ja wenn - könnte  
AF2: Die erhöhten Gammaglobuline.
- 295 AM8: er sie z.B. ham bei einem Myelom - nicht?  
AF2: Ja ehm - des
- 296 AF2: is nämlich des Einzige wos i ma (.....) hob.
- 297 AM8: Sunst follt ma (.....)  
AF2: (.....)
- 298 AM8: Moch ma weiter und dann tun ma  
AF2: oda so irgendwos. Mhm



299 AM8: diskutiern. SO - - jetzt hamma da den

Dem Arzt geht es natürlich auch darum, daß alle Patienten, die draußen warten müssen, noch an die Reihe kommen, vor allem aber möchte er mit dem Oberarzt die "interessanten Fälle" besprechen können ("und dann tun ma diskutiern."). Für ihn sind Krankheiten in sehr starkem Maße Herausforderungen, die es naturwissenschaftlich zu lösen gilt (vgl. Patient <B03-A-03>). Hier tritt der Konflikt zwischen produktiven und reproduktiven Bereich (vgl. Kap.1) hervor: Wissenschaftliches Interesse und Ausbildung stehen mit der Zerrissenheit einerseits, mit dem Mythos der Effizienz und der Kommunikationsbereitschaft andererseits in Widerspruch. Der Patient "zählt letztlich drauf", der Fall zählt und nicht der Mensch.

11.00 Uhr

<B03-B-06>

Der nächste Patient kommt zur Diabeteseinstellung. Der Umstand, daß er durch ein Versehen der Schwester nicht einem dafür zuständigen Spezialisten bzw. dem Oberarzt zugeteilt wurde, ist für den Arzt nach anfänglichen Beschwerden letztendlich doch ein Anreiz, diese Aufgabe selbst durchzuführen. Die mehrfachen Probleme, die mit dem Patienten selbst auftreten, wie seine beträchtliche Schwerhörigkeit, seine völlige Uninformiertheit über Sinn und Zweck der Untersuchung sowie seine Diätfehler, werden sehr gutmütig, beinahe scherzhaft behandelt:

1 AM8: Ja: - da werd ma BRÜLIN mit  
P: Ich hör etwas schlecht

2 AM  
AM8: Ihnen - JA? - -

15 AM8: Soll wieder operiert werden? Na eben - ich  
P: I weiß net

16 AM8: auch net - nein steht nichts da

110 AM8: ja - also guat  
P: I - i i holt schon Diät um 12 herum gell

111 AM8: Aha: - Sie:  
P: Oft isß i a bißl mehr dann is wieder

112 AM8: Sie: Sie: - Ok  
P: weniger - net.

130 AM8: Ham Sie abgenommen oder zugnommen? 68  
P: Nein - 68 Hab ich

131 AM8: Konstant - das is gut.  
P: schön konstant.

Es bleibt Zeit für Witzchen (1,2,15,16), scherzhafte Drohungen (111,112) und explizite positive Bewertungen (131), also für Beziehung. Probleme und "Vergehen" des Patienten werden nicht mit Beschuldigungen bestraft. Es bleibt auch Zeit für kurze, sachbezogene Erklärungen:

126 AM8: Sind ma schon fertig - ja. Wir schreibm des aufs

127 AM8: Zetterl - wir sind schon fertig - wir schreibm das

128 AM8: aufs Zetterl gell - jo Vielleicht  
P: Weniga Spritzn?

129 AM8: jo - - aber aber es is so - es is so ganz schön.

Auch das medizinische Nachgespräch über die Diabeteseinstellung und andere Befunde des Patienten ist sehr ausführlich, der Umgang der Ärzte miteinander sehr sachbezogen, ebenso wie die ablaufstrukturierenden Äußerungen ("So - i ruf jetz die Y. /Name Ärztin/ an - (...) Du kannst dann glei den Nächsten anschaun.").

### 5.3.2. Die gestörte Anamnese

11.10 Uhr

<B03-B-07>

Die folgende Patientin ist eine sogenannte Erstversorgung, d.h. sie wurde nicht von einer Station geschickt, sondern ist wegen ihrer Beschwerden direkt ins Spital gegangen und vom Journalarzt an die entsprechende Ambulanz verwiesen worden. Sie ist 30 Jahre alt, gebürtige Jugoslawin mit sehr guten Deutschkenntnissen und mit ziemlicher Krankenhauserfahrung, da sie schon einige Spitalsaufenthalte und Operationen (künstlicher Darmausgang) hinter sich hat; der Grund ihres Ambulanzbesuches ist ein schon länger andauernder fieberhafter Infekt und Bronchitis. Im Laufe dieser Untersuchung treten hintereinander eine ganze Reihe unterschiedlicher größerer und kleiner Störungen auf, die den bisher ruhig verlaufenen Ambulanzbetrieb in ein strukturelles Chaos stürzen lassen und das Ärzteteam sukzessive handlungsunfähig machen.

#### 1. Störung:

Der vom Arzt wegen der vielen zu diskutierenden "interessanten Fälle" schon erwartete Oberarzt kommt in die Ambulanz, wird aber von der Ambulanzschwester sofort für die Ergometriebetreuung, seine eigentliche Aufgabe, "abkommandiert" (12,13), auch die Ärztin ist zuerst für die Beendigung der gerade begonnenen Untersuchung (12). Der Arzt ist in seinen Erwartungen bezüglich des Ablaufs sichtlich enttäuscht ("is scho recht" (14)).

- 10 AM8: /telefoniert/ Herr Oberarzt - - Du  
S1: SO - den Oberarzt  
/OA kommt herein/
- 11 AM8: Wir hätten a bißl a a paar Diskussionen  
S1: brauch I.
- 12 AM8: hätt ma  
AF2: Na du - mach ma des - mach ma des.  
S1: Jetzt moch
- 13 AM8: Also mochts die Ergometrie.  
S1: ma zerscht die Ergometrie.

- 14 AM8: Is scho recht. (.....)  
S1: Wia ham noch vier Ergometrien.

#### 2. Störung:

An jedem zweiten Tag müssen Erstversorgungen mitbetreut werden. Dieser sogenannte Journaltag ist potentiell störungsreich, da mit akuten Notfällen und unerwarteten Aufgaben gerechnet werden muß und auch die Patientenanzahl nicht exakt vorhersehbar ist. Die Ärztin, die nicht mit einem Journaltag gerechnet hatte, muß ihre Erwartungen bezüglich eines ruhigen Vormittages ändern.

- 30 AF2: I hab imma glaubt an ungeradn Tagn homma Journaltag?
- 31 AF2: Na - mocht a nix.  
S3: Na. - - -

#### 3. Störung:

Der Oberarzt kommt noch einmal herein und trägt, von der mit der Untersuchung beschäftigten Ärztin unbemerkt, den gut funktionierenden Blutdruckapparat davon. Damit stört er den Untersuchungsablauf der Ärztin und demonstriert gleichzeitig seine Machtposition.

#### 4. Störung:

Im Anschluß an die 3.Störung kommt es zu einer problematischen Gesprächspassage zwischen dem Arzt und der Ärztin: Seit Beginn der Untersuchung hat der Arzt wegen der Diabeteseinstellung des vorherigen Patienten mit einer Oberärztin einer Station telefoniert und danach die Befunde und therapeutischen Maßnahmen fertig eingetragen, ohne die Ärztin weiter darüber zu informieren. Das heißt, er übernimmt die medizinisch relevanten, also interessanten Aufgaben - schreibt schwierige Befunde, telefoniert ausführlich und sehr fachbezogen mit der Oberärztin - ohne die Ärztin in sein Tun miteinzubeziehen.

- 130 AM8: Den hat jetzt grad da  
AF2: Wo isn da (Blutdruckapparat)?

- 131 AM8: X. /Name OA/ weggetragen. - - So  
AF2: Darf ich das auch  
/AM8 legt Befunde weg/
- 132 AM8: Ich hab  
AF2: noch anschauen bitte - bevor Du das weglegst.
- 133 AM8: alles - ich sag da alles - da liegt so viel herum  
AF2: Weil ichs
- 134 AM8: - - was ich geschrieben hab? - Ich  
AF2: auch wissen wollt
- 135 AM8: hab geschrieben nach Rücksprache mit Frau Oberarzt
- 136 AM8: X. - ah Diabetes - Was denn?  
AF2: Na net was Du gschriebn hast (.....)
- 137 AM8: Na das hats ja gsagt - belassen - das ist gut ein-
- 138 AM8: gestellt. Belassen und nur mehr - einmal pro Woche
- 139 AM8: dreimal täglich den Blutzucker.

Die Ärztin wehrt sich gegen diese Behandlung seinerseits ("Darf ich das noch anschauen bitte" (131,132)), betont ihr ebenso großes medizinisches Interesse ("Weil ichs auch wissen wollt" (133,134)) und wird sehr ungehalten, als der Arzt ihr wortwörtlich die Befunde vorzulesen beginnt ("nach Rücksprache mit Frau Oberarzt X." (135)), also das gleichberechtigte medizinische Fachgespräch verweigert.

##### 5. Störung:

Der Arzt schaltet sich das erste Mal in die Untersuchung ein, die von der Ärztin schon begonnen worden ist. Es kommt zu einem Mißverständnis zwischen ihm und der Patientin, da sie wegen ihrer pulmonalen Beschwerden gekommen ist und nicht, wie er annimmt, wegen ihres Darmleidens.

- 190 AM8: Jo aber warum kommt sie dann zu uns - jetzt  
AF2: Ja zur

- 191 AF2: Begutachtung  
P: Weil ich noch Fieber habe - und ich kann
- 192 AM8: Ja aber ich mein wissen Sie - Sie warn -  
P: jetzt nicht
- 193 AM8: Sie sind doch sicher - auf welcher Abteilung sind
- 194 AM8: Sie denn gelegen?  
P: Was hat des mit Colestomiesackerl?
- 195 AM8: Nana - ich sog jo - schau Sie des is - des is ja
- 196 AM8: ja doch schwierig. Ah - Durchfall - guat Antibiotika
- 197 AM8: - des spielt ja doch alles irgendwo  
P: Ich bin nicht wegn
- 198 AM8: Ja nur wengan Fieber  
P: Durchfall - Durchfall hab ich seit gestern
- 199 AF2: Fieber und ihre  
P: Aber wengan Fieber - Fieber hab ich sowieso ghabt.
- 200 AF2: pulmonalen Beschwerden  
P: Des hat mit (.....) überhaupt nichts zu tun.

Der Arzt ist ungeduldig und will diese Untersuchung abwehren, die seines Erachtens nach nicht in die Ambulanz gehört, den Betrieb aufhält, also sozusagen ein zusätzliche Störung verursacht. Er signalisiert Distanz, indem er nicht MIT der Patientin, sondern, neben ihr stehend und ohne sie begrüßt zu haben, ÜBER sie spricht ("Jo aber warum kommt sie dann zu uns - jetzt." (190)). (Zum Problem des Redens ÜBER die Patient / inn/en vgl. Kap.8.2.1.)

##### 6. Störung:

An diese mißverständliche Passage schließt eine Beschuldigungssequenz zwischen dem Arzt und der Ärztin an, eben wegen dieses Mißverständnisses.

- 206 AM8: Hauptsächlich wegen pulmonaler Beschwerden - i hab
- 207 AM8: zuerst gedacht - die Diarrhöe steht so im Vorder=
- 208 AM8: grund net - host Du ma gsogt. Therapieresistente  
AF2: jo: ah - beides wahrscheinlich
- 209 AM8: Diarrhöe.  
AF2: Na gsogt hob i des eigentlich net - glesn
- 210 AF2: hostas. Bis jetzt hob i dir no gor nix gsogt von da
- 211 AM8: Na:? - I hob des ghört - wie i telefoniert  
AF2: Diarrhöe.
- 212 AM8: hab - da is es um Diarrhöe gegangen  
AF2: I hob sie do gor
- 213 AF2: net gfrogt.

### 7. Störung:

Mitten in die emotionell angespannte Situation platzt die schon erwähnte Lautsprecherdurchsage (LS):

- 266 LS: Achtung eine Durchsage. Die Feldambulanz Götzendorf
- 267 LS: wird heute ab 13 Uhr in partnerschaftlicher Hilfe den
- 268 LS: Parkplatz vom Schnee räumen. Alle Bediensteten werden
- 269 LS: aufgefordert ihre Autos bis dahin wegzufahren um die
- 270 LS: Arbeit zu erleichtern.

Der Umgang mit dieser, den Ambulanzbetrieb ziemlich belastenden Störung, ändert sich in zunehmend dramatischer Weise. Zuerst wird der Inhalt der Durchsage belacht und in den medizinischen Diskurs eingebaut:

- 271 AF2: Ach Gott - das darf doch nicht wahr sein.  
AM8: (.....)
- 272 AF2: Heute ab 13 Uhr? /lacht/ Ja -  
AM8: Des net - aba um 13 Uhr (.....)
- 273 AF2: aber da aber da kommen ma ja nimmer raus - da sind
- 274 AF2: ma ja nicht hineingekommen Wird lustig  
AM8: I bin draußen
- 275 AF2: werdn - gut ah - jo Pulmo - Basenverschieblichkeit
- 276 AF2: links is mir etwas höherstehend als rechts vorge=
- 278 AF2: kommen. Und nicht so gut verschieblich.

Während der Arzt der Patientin Blut abnimmt, hat er Zeit, die Konsequenzen der Handlungsaufforderung zu bedenken. Die Störung wird zur Bedrohung:

- 309 AM8: /zu P/ Gems amal die Uhr a bißi weg - - - Aber geh -
- 310 AM8: daß ich da jetzt um 1 dann die Fortbildung - ich hab
- 311 AM8: glaub ich seit seit DREI Wochn ka Fortbildung mehr
- 312 AM8: ghört. Jetzt wieder mitn Auto - wo  
AF2: Du vielleicht kamma früher dahin.
- 313 AM8: soll ichs denn hinfahrn  
AF2: Ja dann - wir lassens einfach stehn
- 314 AM8: Mhm - do is eine. - - Gibts da noch a dünnere als
- 315 AM8: die Schwarze - die Grüne nein die Gelbe is dünner?

Der bedrohliche Charakter der Situation wird auf die noch wartenden Patienten, auf die gesamte Ambulanzsituation übertragen:

AM8: Gut  
AF2: De sind jo auch noch zum Anschaun do - oder wie?

AM8: Daß das noch dazwischen kommen muß  
AF2: jo (.....) Wieviel

AM8: Ja - noch genug.  
AF2: kommen denn da noch herst

Diese Sequenz ist ein typisches Beispiel für Gesprächsverhalten um Überbelastung und Zumutung zu demonstrieren. Jedes, bis zu diesem Zeitpunkt normale Ereignis wird nur mehr aus dem Blickwinkel seines Belastungs- und Störungspotentials betrachtet und emotionalisiert dargestellt. Die Krankengeschichten der Patienten und Patientinnen, die noch auf ihre Untersuchung warten, die bis dahin unbeachtet, wie immer der Reihe nach sortiert gelegen sind, sind plötzlich *"auch noch zum Anschaun da"*. Die Anzahl dieser Patienten und Patientinnen, die - betrachtet man die Länge der vornagegangenen Untersuchungen - bisher keine bemerkenswerte Rolle gespielt hat, wird zur Bedrohung: *"Wieviel kommen denn da noch"*. Der tägliche Ambulanzablauf, nämlich daß eine große Anzahl von Patienten innerhalb eines bestimmten Zeitraumes untersucht werden soll, wird als ein, die Ärzte völlig überraschendes Ereignis präsentiert und beinahe als unerhörte Zumutung dargestellt. Dieses Verhalten führt dazu, daß die gesamte Situation unbeherrschbar wird: die Belastung wird noch stärker, als sie ohnehin schon ist, und jeder sinnvolle Umgang, der eine Lösung der Situation herbeiführen könnte, wird verhindert.

Die Beziehung zwischen den Ärzten und der Patientin ist neutral-sachbezogen: es erfolgt eine sehr genaue Untersuchung und eine genaue Abklärung der Beschwerden, nicht-medizinische Bereiche werden weder von den Ärzten noch von der Patientin angesprochen.

### 5.3.3. Die spannungsgeladene Endphase

11.35 Uhr

<B04-A-08>

Die nächste Patientin ist 35 Jahre alt und steht vor einem gynäkologischen Eingriff (Punktion), benötigt also eine Operationsfreigabe. Die Untersuchung erfolgt sachlich, rasch und wortkarg, die Fragen werden telegrammstilartig formuliert (AM8: *"Zuckerkrankheit nicht bekannt - Blutdruck?"*). Da der Patientin sonst nichts fehlt, alle Befunde unauffällig sind, sie alle Fragen rasch und knapp beantwortet und keine einzige Frage stellt, sie somit als geradezu *"ideale kooperative Patientin"* den Ambulanzbetrieb in keiner Weise erschwert, behindert oder aufhält, erhält sie auch einige explizite positive Bewertungen:

99 AM8: Tief atmen - Sie halten das lang aus. - Nicht atmen.

102 AF2: Tief atmen. - - - Ich weiß ich bin lästig.

105 AM8: guat - fertig Wiederschaun. - Alles Gute.  
AF2: Alles in Ordnung - gö. Herr R. - bitte.  
P: Gut.

Im Vergleich zu den früheren Gesprächen ist die Untersuchung wesentlich kürzer, auch die Nachbesprechung entfällt. Der nächste Patient wird schon während der Verabschiedungssequenz aufgerufen.

11.40 Uhr

<B04-A-09>

Der 55-jährige Patient kommt wegen Herzschmerzen und Zuckereinstellung zu einer internen Untersuchung.

## Umgang mit Patienteninitiativen:

24 AM8: Jetzt tuns amoi s'Leiberl auszieh'n - dann mach mas

25 AM8: EKG. - - Ham Sie scho öfters Herzschmerzen ghobt?  
P: Jo

26 P: es is vor a poar Monat augaungen - wors sehr sehr

27 AM8: Und seit wann  
P: wenig - oba seit da Gripp is stärker.

28 AM8: nehmen Sie jetzt wieder Euglucon 2 Null?

Der Arzt geht auf die kurze Symptomdarstellung des Patienten und auf eine Präzisierung seiner vagen Formulierungen ("es", "vor a poar Monat", "sehr sehr wenig") hier nicht weiter ein, er wechselt sogar das Thema (27). Ähnlich verfährt die Ärztin mit einer Initiative des Patienten gegen Ende der Untersuchung:

209 P: Wor eh ziemlich guat - nur aufamoi de Gripp - aus

210 AF2: mhm Und wieso liegn Sie  
P: wors - hob i ghobt 38,9 Fieba - - (.....)

211 AF2: auf da Hautabteilung?

Sie reagiert auf die Schilderung zwar mit "mhm" (209), geht aber nicht darauf ein, sondern stellt eine Informationsfrage zu einem anderen Thema.

63 AF2: Hoher Blutdruck is bekannt?  
P: Na is nix - - i hob amal

64 AM8: Und seit wann essen Sie -  
P: - wollt i Sie was fragn

65 AM8: seit wann ham Sie wieder 12 Broteinheiten?  
P: Najo de

66 P: de iß i imma.

Die untersuchende Ärztin hat einen, dem Patienten bisher nicht bekannten, erhöhten Blutdruck festgestellt. Im Zuge dieses Themas richtet sich der Patient an sie mit einer expliziten Frageeinleitung ("wollt i Sie was fragn" (64)). Die Weiterführung dieser Initiative wird jedoch vom Arzt, der die Befunde studiert, mit einer Frage zur Diät unterbrochen. Diese Frage löst eine längere Frage-Antwort-Sequenz aus, danach kommt der Patient auf seinen Informationswunsch nicht mehr zurück.

## Herstellung von Beziehung

Die Ärzte zeigen kein Interesse an Zusatzinformationen, sie signalisieren Distanz. Das zeigt sich auch bei der Begrüßung und Verabschiedung:

1 AF2: So der Herr R. (.....) - i waß net wos ma do

2 AF2: brauchn.  
AM8: Grüß Gott - wos is los do - (.....) Diabetes

3 AM8: (.....) - wos soll ma do jetzt mochn mit Ihnen?

4 AM8: - Sie liegn nicht stationär net?  
P: Bitte?

280 AM8: Aso - Sie nehmen des wieder mit. - Des braucht aba jojo

281 AM8: die Schwester S. noch. - - Guat.  
P: jojo - i hobs jo brocht ah.

Der Patient wird zu Beginn der Untersuchung von der Ärztin mit einer abwehrenden, noch dazu unpersönlich formulierten Äußerung ("i waß net wos ma do brauchn." (1)) konfrontiert. Vom Arzt erfolgt immerhin eine Begrüßung, die aber ebenfalls mit einer abwehrenden Äußerung gekoppelt wird ("wos soll ma do jetzt mochn mit Ihnen?" (3)). Die Verabschiedung entfällt überhaupt, der Arzt signalisiert lediglich das Ende der Untersuchung mit einem abschließenden "guat" (281). Die große Kontin-

genz führt letztlich zu Ineffizienz, wie auch zu Widersprüchen mit latenten Mythen: Allwissenheit, Heilbarkeit, Menschlichkeit und Harmonie sind in Frage gestellt.

Die gesamte Untersuchung wird von Seiten der Ärzte mit einer Fülle von abwehrenden, abwertenden, antreibenden und Unmut bezeugenden Kommentaren gespickt:

- 13 AF2: Mach ma a EKG - oda wos mach ma denn?
- 122 AM8: Na so a Pech. Guat - wurscht weitermachn. Herztöne
- 133 AM8: tachycard - kumm. Tu weiter - i hob jetz nix mehr.
- AF2: Pulmo beidseits basal trocken - (...) weniga.  
AM8: Tu des
- AM8: Ganze kürzen - nur mehr des nur mehr des Pathologi=
- 140 AM8: sche. - basal?  
AF2: Jo i kann nix mochn.
- 162 AF2: Wo is des?  
AM8: I waß a net.
- 248 AF2: I brauch jetzt dann bold wos zum Essn sunst foll i  
AM8: jo
- 249 AF2: nämlich um. Und überhaupt  
AM8: jo
- 267 AM8: Na ich glaub auch - daß es jetzt amoi - eventuell
- 268 AM8: Gefäßambulanz. Jetzt kann mas jo nimmer lesn - wos

269 AM8: wollt i noch schreibm - - i kann scho nimmer.

Gerade die Äußerung "*Jetzt kann mas jo nimmer lesn*" (268) des letzten Textbeispiels würde in einer entspannteren Situation sehr wahrscheinlich als witziger oder ironischer Kommentar formuliert werden. In dieser Form, mit entsprechend gefärbter Intonation, unterstreicht sie die unhaltbare Situation.

An einer Stelle besinnt sich der Arzt und überwindet seine Abwehr gegenüber zusätzlichen Problemen. Der Patient hat mehrmals seine Besorgnis wegen einer diabetischen Gangräne (Geschwür) am Fuß angedeutet. Dieser Befund taucht während der Befundbesprechung wieder auf:

- 160 AM8: Wos do - wos do is - pulsmäßig kurz nur - weil da
- 161 AM8: mit dem - mit der Gangräne oder wos da steht -
- 162 AM8: irgendwos - Prägangrän. I waß a net. - Na  
AF2: Wo is des?
- 163 AM8: wegn welchn Fuß mochn Sie sich Sorgen?  
P: Mit beide - vor
- 164 P: zwa Johr is augaunga - links - und daun links rechts
- 165 P: links rechts - und manchmal zwamal - in da Nocht steh
- 166 AM8: Tu amal Pulse tasten.  
P: i auf geh im Zimmer auf und ob.

Zuerst versucht der Arzt, diesen zusätzlichen Befund abzuwehren ("*mit der Gangräne oder wos da steht*" (161), "*I waß a net.*" (162)), dann gibt er sich einen Ruck "*Na*" (162) und geht auf die vom Patienten schon erwähnten Sorgen ein ("*wegn welchn Fuß mochn Sie sich Sorgen?*" (163)). Er reagiert auf die Erzählung des Patienten allerdings weder mit bestätigenden noch nachfragenden oder erklärenden, direkt an den Patienten gerichteten Äußerungen; er reagiert nur indirekt mit einer Handlungsanweisung an die Ärztin ("*Tu amal Pulse tasten.*" (166)).

Nach Beginn der Untersuchung kommt der Oberarzt wieder in den Raum.

- 120 AM8: /zu OA/ Hilfst Du uns jetzt? Hilfst Du uns jetzt  
AF2: Was?
- 121 AM8: dann? - Wär nett Na so a  
OA: Ich hab aba noch Patientn drübm.
- 122 AM8: Pech. Guat - wurscht weitermachn. Herztöne rein
- 123 AF2: Rein rhythmisch tachycard - Pulmo is sonor - Basen
- 124 AF2: sind verschieblich - beidseits basal - trockene RGs
- 125 AF2: und links basal (.....)  
OA: Okay den mochts no fertig -
- 126 AM8: Nana moch nur - des geht schon  
OA: wenn dann a Pause is.
- 127 AF2: Wir hom Probleme /lacht/  
OA: Na i hob jatz noch Patientn da drüben.
- 128 AM8: Jaja Na waßt wos a Problem is - daß mei Auto am  
AF2: Hm
- 129 AM8: am Parkplatz steht und i solls - bis ein Uhr weg=
- 130 AM8: stelln - des is a Problem - des zusätzlich  
AF2: Und wir ham heute Fortbildung. Wir ham
- 131 AF2: noch viele Thromboteste (.....)  
S2: Herr Oberarzt
- 132 AM8: Jo: des war a  
S2: darf ich Ihnen die Erstversorgung mitgebm?
- 133 AM8: Gschicht - - so - tachycard - kumm. Tu weiter - i  
AF2: jo

134 AM8: hob jatz nix mehr.

Nachdem der Oberarzt neuerlich die Hilfe verweigert hat, bemerkt er an der "flapsigen" Reaktion des Arztes ("Na so a Pech. Guat - wurscht weitermachn." (121,122)) die angespannte Situation und verspricht, nach Beendigung dieser Untersuchung Zeit zu haben (126). Die Ärzte erklären ihm die zusätzliche organisatorische Problematik, die entstanden ist. Und auch die Ambulanzschwester versucht zur Entspannung der Situation beizutragen, indem sie dem Oberarzt eine weitere Erstversorgung mitgibt, was von dem Arzt mit einem freudigen "Jo: des war a Gschicht" (133) quittiert wird.

11.55 Uhr

<B04-A-10>

Zu Beginn der Untersuchung läßt der Arzt seinen Ärger an allem aus, was den Ambulanzablauf belastet: an einem Patienten (PX), der vorhin nicht zur Stelle war (1-4); an der dermatologischen Station, die anstatt einen internistischen Konsiliararzt zu bestellen, die Ambulanz mit Zuweisungen "bombardiert" (5-8) und schließlich an dem zu untersuchenden Patienten (PC), der sich nicht an die ärztlichen Vorschriften hält und trotz Raucherbein raucht (14-22).

- 1 AM8: C. bitte - - ah /zu PX/ jatz issa wieder do -
- 2 AM8: warns do bliebn gleich - hob i Ihnen jo gsogt  
PX: De oben
- 3 AM8: Wos? Na jatz  
PX: homs mi wegagschickt. De ham mi weggschickt (....)
- 4 AM8: tun sa se net aufregn - i wollt Sie aufnehmen - - -
- 5 AM8: C. - bitte. Der is ja wirklich ein Witz - soll er
- 6 AM8: sich an Consilar - ah ah an Internistn diese - diese



7 AM8: Derma an holn - wirklich woahr.  
AF2: Ja die die bombadiern

8 AF2: uns do - mit.

### Umgang mit Problem (non-compliance)

14 AM8: /zu PC/ DER Fuaß - DO de Tschiks - i mein WOS SOLL

15 AM8: DES. Des is jo ois a Bledsinn.  
S: Warn Sie schon

16 AM8: Es is wirklich sinnlos.  
AF2: Des is sinnlos  
S: einmal auf da Ambulanz?

17 AM8: Ich mein - a - drübn Kortn spüin und rauchn - und

18 AM8: dann krank spieln. I man entschuldign - aber es is

19 AM8: wirklich amal is genug - wissens des is A WITZ. WEIL

20 AM8: GRAD GRAD BEI DE HINIGN FIASS - WAS SOLLN WIR DENN

21 AM8: UND DO WIRD GRAUCHT. Des is doch a Blödsinn. Schreib  
/zu AF2/

22 AM8: zurück - aus. - - Was wollts denn - was wollns denn?

23 AM8: Also guat - ok.  
AF2: Na - OP-Freigabe fuan Fuaß wollns.

24 AM8: OP-Freigabe - ok.

Auch die Ärztin und die Schwester, sogar der Patient, versuchen die Situation mit positiven, sachlichen Meldungen zu entspannen, der Arzt versteht und fängt sich wieder.

29 AF2: LUNGENFUNKTIONSPRÜFUNG - is auch schon angemeldet  
S: War er schon war

30 AM8: Sie worn scho do? - dann is jo eh  
P: War i schon  
S: er schon

31 AM8: alles gut. Und is die halbwegs in Ordnung - die

Die überdeutliche Bemerkung "dann is jo eh alles gut." (30) dient hier weniger der Bewertung dieser Untersuchung denn als allgemein beruhigendes Signal.

### ("Wieder"-)Herstellung von Beziehung

Die Ärztin übernimmt die Untersuchung betont freundlich:

78 AF2: Sie ham jo schon Einiges hinter sich. Da Magn is

79 AF2: schon operiert - a Zwölffingerdarmgeschwür und die

80 AF2: Bauchspeicheldrüse ham Sie ja auch nur noch die  
P: jo des is

81 AF2: Hälfte.  
P: jo des is glei in an gaunga - des wor A

82 P: Operation.

Auch der Arzt versucht einen Ausgleich zu seinem Auftritt herzustellen, indem er seiner Sorge um den Patienten Ausdruck gibt.

104 AM8: Tun Sie genug essen? - 17 Broteinheiten essens?  
P: jo

105 AM8: Und des Gwicht is immer konstant? Sie mochn schon an  
AF2: Mhm

- 106 AM8: sehr mageren Eindruck.  
P: Jo des - hob i eigentlich seit
- 107 P: dem Autounfall. - - Mir is - vur da - also vur dera
- 108 P: Gallnoperation und dera Bauchspeicheldrüsn - hob i
- 109 P: cirka 85 90 Kilo ghobt. Dann bin i obagfalln - auf
- 110 P: 60 - do wor i dann in Bad Aussee - do hob i mi daun
- 111 AM8: Also  
P: wieda sche dafaungt. Bin i wieda so auf - 75 Kilo
- 112 AM8: jetzt is es konstant?  
P: Jo - und jetzt da Autounfall
- 113 P: und seitdem - -

Er geht allerdings auf den Inhalt der Erzählung und den lebensgeschichtlichen Zusammenhang nicht weiter ein, er thematisiert nur das momentane Gewicht des Patienten.

#### Umgang mit Initiativen

- 193 P: Herr Dokta - entschuldign bitte - de Schwester drübn
- 194 P: hot gsogt - i soll Ihna sogn - daß ma heut des Blut
- 195 AM8: Jojo des weiß i schon.  
P: abgenommen wordn is. Jo - sie
- 196 AM8: Die Befunde - müssen halt  
P: hot nur gsogt i soll des sogn
- 197 AM8: in Ordnung sein. Sie sind fertig. Können sich
- 198 AM8: anziehn und gehn.

Diese Sequenz schließt zugleich die Untersuchung ab. Der Patient ist betont höflich und entschuldigt sich quasi für die Initiative, die er nur gezwungenermaßen einbringt ("de Schwester drübn hot gsogt" (193)). Trotz dieser "Präventivmaßnahmen" demonstriert der Arzt ungeduldige Distanz und deutet dem Patienten mit "des weiß i schon" (195) die Unnotwendigkeit seiner Äußerung an. Der Patient rechtfertigt sich noch einmal, der Arzt geht aber nicht weiter darauf ein, sondern beendet die Untersuchung mit einer Handlungsanweisung, an deren Ende er demonstrativ die Verabschiedung unterläßt.

Auch im Laufe dieser Untersuchung kommt es zu einer Reihe abwehrender Kommentare, vor allem auch bei medizinischen Differenzierungen, die den Ärzten sonst sehr am Herzen liegen (vergleiche die langen und ausführlichen differentialdiagnostischen Nachbesprechungen am Beginn des Vormittages):

- 77 AF2: Was isn des dann für a Diabetes? - Typ 1 net? -  
/zu AM8/
- 78 AF2: Oder? - X.? /Vorname AM8/  
AM8: I hob jetzt gor net zughört -
- 79 AM8: i kann nimmer i kann einfach nimmer.
- 175 AF2: Also vom Gefäßstatus schreib i jetzt gor nix.  
AM8: Na nix
- 176 AM8: - der is doch uninteressant.
- 205 AF2: Der is oba a bißl weniger - mhmm (...) 186 - so schen  
/zu AM8/
- 206 AF2: is eigentlich a net.  
AM8: Najo oba wos soll ma jetzt ändern.
- 207 AM8: Die solln jetzt dreimal täglich Blutzucker mochn

208 AM8: perioperativ. - - So - de sojn a amoi wos arbeitn.

12.10 Uhr

<B04-B-11>

Während die nächste Patientin hereingerufen wird, ertönt noch einmal die Lautsprecherdurchsage, woraufhin der Arzt die Initiative ergreift und telefonisch versucht, den für die Parkplatzräumung Zuständigen zu erreichen. Er wird - erwartungsgemäß - von einer Stelle zur anderen verwiesen und wird von Mal zu Mal wütender. Da er nichts erreicht, begibt er sich letztendlich in den Widerstand, den er mit einem Hinweis auf seine Funktion als überbeanspruchter Ambulanzzarzt absichert:

64 AM8: ja du - wir gehn da in da Ambulanz über - ICH KANN /telefoniert/

64 AM8: jetzt net dahergehn und des Auto vom Parkplatz

65 AM8: wegstelln. ICH bleib da stehn - und des is wirklich

66 AM8: a Witz des um 1 Uhr anzusetzn.

Zur gleichen Zeit kommt ein weiterer Arzt in die Ambulanz und bittet die Ärztin darum, die Begutachtung eines Patienten einzuschieben, der der Großvater einer Kollegin ist und dem es akut sehr schlecht geht. Die Ärztin läßt sich einige Zeit bitten, willigt schließlich doch ein. Diese zusätzliche Belastung bringt auch bei der Ärztin das Faß zum Überlaufen: während der Arzt telefonisch schimpft, läßt sie ihre Gefühle, ein EKG schreibend, sowohl an der zusätzlichen Begutachtung (77,78), als auch ganz generell an allen "anderen Leuten" (78) und schließlich an der, diese Situation sicherlich zusätzlich belastenden Situation der Tonbandaufnahme aus, allerdings ohne sich direkt an die anwesenden Untersucher/innen zu wenden (79, 80):

75 AF2: /zu AM8/ Geh pfeif  
AM8: /telefoniert/ - des wird se kaum ausgehn.

76 AF2: auf diese Fortbildung. Es is  
AM8: /zu AF2/ Wort a bißl wort a bißl.

77 AF2: a Witz - jetzt konn i mi um dera ihrn Großvota a

78 AF2: kümman. (. . . .) andere Leut - - - /zum EKG gebeugt/  
AM8: Es is no net fertig

79 AF2: und außerdem reicht jetzt diese Aufnahme auch schon.

80 AF2: Bitte kann ma des vielleicht dann - bald abdrehn.

Die Untersuchung, die wieder von abwehrenden Kommentaren begleitet wird, erfolgt rasch und kurz, ebenso wie die wenigen Antworten der Patientin; es werden nur die allernotwendigsten Befunde eingetragen und die medizinische Nachbesprechung entfällt. Da die Patientin durch ihr kooperatives Verhalten und ihre durchwegs normalen Befunde keine zusätzlichen Probleme aufwirft, wird sie sachlich-neutral behandelt und die Belastung der Situation nicht auch auf sie übertragen.

#### 5.3.4. Zusammenfassung

Die Texte und deren Beschreibungen und Analysen konnten deutlich machen, wie sehr die äußere Situation den (verbalen) Umgang von Arzt und Ärztin mit den Patienten und Patientinnen wie auch miteinander beeinflusst, wie direkt Unterbrechungen, Störungen und Belastungen in das Gespräch hineingetragen werden und unverarbeitet bleiben, da sowohl emotional wie auch kognitiv die Disharmonie, nämlich das "Chaos als Routine" nicht akzeptiert wird. Die Unverträglichkeit von Kontingenz wirkt natürlich noch immer zurück, sodaß innere und äußere Faktoren in ihrer Eigen-dynamik das Gespräch bestimmen. Ein sinnvoller Umgang mit Störung, deren Wahrnehmung als Routine und Alltag und eine Distanzierung von einem "Harmoniemythos" würden den inneren Druck auf das Personal vermindern und einen flexibleren Umgang mit der Gesamtsituation er-

möglichen (vgl. Kap.2.5.).

In noch ruhigen, entspannten Momenten, vor allem also zu Beginn des Ambulanzvormittages, gehen der Arzt und die Ärztin mit den Patienten und Patientinnen gleichermaßen ruhig und freundlich um: Die Gespräche dauern im Schnitt 16 Minuten, ebenso wie die Nachbesprechungen und fachlichen Diskussionen. Fragen und Erklärungswünsche von Patient/inn/en werden - wenn auch nicht immer "patienten-orientiert" beantwortet - aufgenommen, unter Umständen sogar von den Arzt/inn/en erweitert. Zu positiven Bewertungen kommen auch nicht rein medizinische Äußerungen und spaßhafte Bemerkungen. Die eher entspannte, wenig belastete äußere Situation wird direkt auf den Umgang mit den Patienten und Patientinnen übertragen und ein im Großen und Ganzen entspanntes, freundliches Gesprächsklima geschaffen.

Mit Eintreten eines gewissen Ausmaßes an Störungen und Unterbrechungen, die sich an diesem Vormittag vor allem im Ablauf einer - noch dazu komplizierteren - Untersuchung abspielen, ändert sich das Gesprächsverhalten des Arztes und der Ärztin schlagartig: Die Gespräche mit den Patient/inn/en fallen eindeutig kürzer (durchschnittlich 9 Minuten) aus, auf differenzierte Befundabklärungen und Nachbesprechungen wird verzichtet. Initiativen von Patienten und Patientinnen werden nicht aufgenommen oder unterbrochen. Auffallend ist, daß die Zahl der Initiativen von Patient/inn/enseite minimal ist, die spürbar angespannte Situation also direkte Auswirkungen auf das verbale Verhalten der Patient/inn/en hat, ebenso wie die entspannte Atmosphäre des frühen Vormittags Initiativen der Patienten und Patientinnen geradezu förderte. Vor allem nicht-kooperative und problematische Patient/inn/en werden vom Arzt und von der Ärztin systematisch unterschiedlich behandelt und implizit beschuldigt, zusätzliche Störungen und Belastungen im Ambulanzbetrieb zu verursachen.

Die Ergebnisse dieses einen, beispielhaft herausgegriffenen Vormittages sind durchaus typisch und für das Geschehen auf dieser Ambulanz verallgemeinerbar. Viele belastende Faktoren, wie die Unvorhersehbarkeit mancher Ereignisse oder die Parallelität von Untersuchungs- und Ausbildungssituation sind in ihrer Dysfunktionalität leicht durchschaubar und wären durch geeignete organisatorische Maßnahmen durchaus behebbar. Dies geschieht jedoch nicht einmal in Ansätzen, ja die Institutionsinsider/innen tragen selbst oft zusätzlich zu einer Steigerung der

schon bestehenden Überbelastung bei. Es stellt sich also im weiteren die Frage, welche Strategien des Verhaltens, welche Erwartungshaltungen und welche Interpretationsmuster der Angehörigen der Institution dazu beitragen, daß die Widersprüche als sinngebend und systemerhaltend erlebt werden, *die Dysfunktionalität "funktionalisiert"* wird.

## 5.4. Die "Mythen" der Ambulanz

### 5.4.1. Die Funktionalisierung von Widersprüchen

Wie die bisherigen Beschreibungen und Analysen gezeigt haben, handelt es sich bei diesen Ambulanzgesprächen um hochkomplexe, vielschichtige Abläufe, um ein ständiges Nebeneinander von mehreren gleichwertigen oder untergeordneten Handlungssträngen. Es wird gleichermaßen untersucht, behandelt, beraten, gelehrt und gelernt, organisiert, reorganisiert und telefoniert. Turnusärzte/ärztinnen, Oberärzte/ärztinnen, Professoren und Primarii, Oberschwester, Ambulanzschwestern, Stationschwester, Schwesternschülerinnen, Pfleger, Träger, Sanitäter, Bedienerinnen und letztendlich Patienten und Patientinnen geben sich die Klinke in die Hand. Fast ohne Unterbrechung reiht sich eine Behandlung oder Untersuchung an die andere.

Diese gleichzeitig ineinandergreifenden wie einander widersprechenden Abläufe und Funktionen müssen notwendigerweise zu Widersprüchen und Rollenüberlastungen und Rollenkonflikten der Aktant/inn/en führen. Eine Strategie, diese internen Widersprüche zu verdecken und zu verschleiern ist die Schaffung von Mythen. Diese Mythen dienen dazu, den Widersprüchen systemstabilisierende Funktion zuzuschreiben und die Institution der Ambulanz zu erhalten. Zudem bieten sie den Angehörigen der Institution ein Mittel, um den widersprüchlichen Rollenerwartungen und den Rollenkonflikten einen Sinn geben zu können und sie dadurch scheinbar bewältigen zu können.

Im folgenden wollen wir einige, diese Mythen fördernde Strategien, Verhaltensmuster und Erwartungshaltungen der Institutionsinsider/innen herausarbeiten.

#### 5.4.2. Der Mythos vom ungestörten, vorhersagbaren Ablauf

Bei der Ambulanz handelt es sich um ein *hoch kontingentes Geschehen*. D.h. bedingt durch vielerlei Unterbrechungen und Störungen wie akuten Notfällen, Vorziehen und Einschleichen von Patient/inn/en und dem Eintreten von nicht erwarteten Einzelereignissen (Lautsprecherdurchsagen, Ausfall von Personal und Geräten) ist das Geschehen nicht voraussagbar. Es herrscht immer ein beträchtlicher Grad an Ungewißheit.

Eine Strategie, mit der Instabilität des Systems fertig zu werden, ist die Erwartung der Voraussagbarkeit und Gleichförmigkeit der Abläufe, z.B. des Ablaufs des Untersuchungsgeschehens. Der, von den Interaktantinnen und Interaktanten idealerweise erwartete NORMALE Ablauf einer Untersuchung, z.B. einer Operationsfreigabe, sieht folgendermaßen aus:

- o der Patient / die Patientin wird hereingerufen (von Arzt / Ärztin oder Schwester)
- o er / sie macht in der Kabine den Oberkörper frei und legt sich aufs Bett
- o einer der beiden Ärzte führt die Untersuchung durch
- o der Patient / die Patientin zieht sich wieder an und geht auf die Station zurück
- o der / die untersuchende Arzt / Ärztin diktiert dem / der anderen die Befunde und bespricht sie auch mit ihm / ihr bzw. schreibt die Befunde selbst
- o der / die nächste Patient/in wird aufgerufen.

Untersuchungsabläufe dieser Art sind jedoch die seltene Ausnahme. Der alltäglich eintretende KONKRETE Ablauf einer Untersuchung sieht ganz anders aus (vgl. Kap.7):

#### < B05-B-09 >

- o die Schwester ruft den Patienten herein
- o er macht in der Kabine den Oberkörper frei und legt sich aufs Bett
- o AM8 kommt herein und bespricht mit AF2 Befunde einer früheren Patientin
- o der Patient wird begrüßt
- o AM8 ordnet fertige Krankengeschichten
- o AF2 beginnt mit der Untersuchung
- o es gibt keine Befunde von P

- o AM8 sucht Nasentropfen
- o ein Arzt kommt herein und erkundigt sich bei AF2 wegen eines anderen Patienten, AF2 gibt Auskunft und nimmt die Untersuchung wieder auf
- o die Schwester bringt eine Röntgenaufnahme eines früheren Patienten zur Begutachtung
- o das EKG muß wiederholt werden, da es nicht richtig angelegt war
- o die Befunde sind nicht in Ordnung
- o das Telefon läutet, die Schwester telefoniert
- o der Pfleger kommt herein, um den Patienten zur Operation abzuholen
- o AM8 geht hinaus, um den Oberarzt zu holen
- o AF2, P und der Pfleger warten
- o AM8 kommt wieder, der Oberarzt ist beschäftigt
- o die Schwester ruft AM8 zum Telefon: noch ein Patient soll eingeschoben werden
- o AF2 horcht P nochmals ab
- o ein Taxichauffeur klopft an und sucht eine Patientin
- o zwei Träger kündigen den telefonisch eingeschobenen Patienten an
- o AM8 diktiert AF2 die Befunde
- o AM8 geht wieder hinaus um den Oberarzt zu holen
- o AF2 erklärt P die Wartezeit
- o die Schwester telefoniert
- o AM8 und der Oberarzt kommen herein
- o Fachgespräch zwischen AM8, AF2 und OA
- o das Telefon läutet, die Schwester telefoniert
- o ein Patient kommt herein und sucht die Anmeldung
- o der Professor kommt herein, spricht mit dem OA und nimmt den Patienten mit
- o AF2 und AM8 schreiben die Befunde fertig

Nicht der ruhige, eingleisige, ungestörte Ablauf ist der Normalfall, sondern der durch Störungen gekennzeichnete, unsichere, sich ständig verändernde. Der Alltag in der Ambulanz ist ein dauerndes Neben- und Durcheinander von unterschiedlichen Handlungs- und Gesprächssträngen. Pointiert könnte man den *gestörten Ablauf als den Normalablauf* bezeichnen. Solange Ambulanzärzte/innen und Schwestern nicht akzeptieren, daß die meisten der Störungen und Unterbrechungen Teil der normalen Ambulanzroutine sind und eine ungestörte, ruhige Untersuchung einen glücklichen Ausnahmefall darstellt, solange müssen sie jede Störung als Zumutung interpretieren und sich potentiell überlastet fühlen. Da sie aufgrund ihrer idealisierten Erwartungen der Situation hilflos ausgeliefert sind, blei-

ben ihnen nur abwehrende Kommentare und meist sehr einträchtiges Schimpfen über, um mit ihr fertig zu werden (vgl. Kap.5.2.2.):

<B05-B-09>

44 AM8: OK. - Mia hetzn eh scho wieda durch die Gegend.

65 AM8: Najo: - i hob glaubt des is scho  
AF2: Jojo - ma soi jo

66 AM8: Jaja. Olles olles - ma  
AF2: olles durchanand machn net.

67 AM8: ma muaß sie um alles kümmern gleichzeitig  
AF2: Gleichzeitig

68 AM8: Des is bei uns so angenehm  
AF2: drei Sachen.

<B03-B-07>

395 AF2: De sind jo auch noch zum Anschau do - oder wie?  
AM8: Daß

396 AF2: Jo (.....) Wieviel kommen  
AM8: das noch dazwischen kommen muß

397 AF2: denn da noch herst  
AM8: Ja - noch genug.

420 AM8: Mhm -- - Jo des kommt heute des öfteren vor - wir  
/telefoniert/

421 AM8: sind schon etwas wir sind schon etwas dekompensiert

422 AM8: - jeder hat Wünsche - Sonderwünsche - kommt bei da

423 AM8: Tür herein - also um wos gehts denn do bitte?

498 AM8: I hobs schon ghört i hobs schon ghört. - wir werden

499 AM8: uns bemühn - des is olles dringend - ja i hobs schon

500 AM8: ghört - ja er kommt als Nächster dran - mein Gott

501 AM8: wos soll i denn noch.

In Momenten der Überbelastung scheint *gemeinsames Schimpfen* über die Situation, über Stationen oder über hierarchisch höherstehende Personen sowohl entlastende wie auch solidarisierende Funktion zu haben.

### 5.4.3. Der Mythos der Effizienz

Ein vorherrschendes Charakteristikum aller Gespräche ist also die Unterbrechung bzw. Störung der gerade stattfindenden Untersuchung. Diese Unterbrechungen werden einerseits von außen verursacht, sei es durch Telefonanrufe, Lautsprecherdurchsagen oder durch eintretende Personen (Ärzte / Ärztinnen, Schwestern, Pfleger, Patient/inn/en etc.), andererseits durch die Ärzte und Ärztinnen selbst initiiert: während der Untersuchung eines Patienten oder einer Patientin werden Befunde vorheriger Patienten und Patientinnen besprochen, es wird telefoniert, der Raum verlassen oder mit hereinkommenden Arzt/inn/en "getratscht". Viele der Unterbrechungen sind notwendig und fixer Bestandteil der Ambulanzroutine (Telefonanrufe von außen, Einschub von dringenden Fällen, Warten auf den Oberarzt bei schwierigen Entscheidungen), andere Unterbrechungen wären vermeidbar. Eines ist auf alle Fälle klar: effizientes Arbeiten ist unter diesen Umständen unmöglich; Ärger, Enttäuschung und Unzufriedenheit sind vorprogrammiert.

Ein von den Ambulanzärzten und -ärztinnen selbst initiiertes Beitrag zur *Förderung der Ineffektivität durch scheinbar effizientes Handeln* ist das Besprechen von Befunden vorheriger Patient/inn/en im Beisein des / der gerade Untersuchten. Wie schon erwähnt, führt dieses scheinbar zeitsparende, weil überlappende Arbeiten, regelmäßig zu weiteren Störungen. Es kommt zu unklaren Gesprächssituationen, Fehlinterpretationen und Mißverständnissen für die gerade anwesenden Patient/inn/en, da diesen normalerweise sowohl das medizinische Fachwissen als auch das Wissen um diese Arbeitsregel fehlt, das ihnen helfen könnte, nur das auch wirklich sie

jeweils Betreffende auf sich zu beziehen (vgl. LALOUSCHEK / MENZ / WODAK 1987, bes. Kap. 5).

<B05-B-08>

- 35 AF2: So Grüß Gott. Sie is wer? X.  
P: X. /Name PX/ /AF2 schaut in  
/zu PX/
- 36 die Befundmappe von P<B05-B-07>, in die AM8 einträgt/
- 37 AF2: DU die hot die hot a ziemliche Anämie- die Patientin  
/zu AM8/
- 38 AF2: 27,9 und hot a ausgeprägte Leukozytose. Ich  
AM8: Ach so Mhm
- 39 AF2: mein Kalium - er hat ihr ein Kalioral aufgeschriebm
- 40 AF2: aber ich glaub schon daß ma der a Konservn auf=
- 41 AF2: schreibn sollt. - Weu des is sicher - dann a größere
- 42 AF2: - ein größerer Eingriff - mh? - -  
AM8: Mhm - - des wer ma
- 43 AF2: /murmelt/(.....)  
AM8: min X. (Name Oberarzt) besprechen
- 44 AF2: So - Sie kommen von da - von welcher Station?  
P: Gebur=  
/zu PX/
- 45 P: tenabteilung.
- 120 AF2: Na i glaub des woa vom  
P: Wor des von mia die Anämie?
- 121 AF2: vorherigen Patienten - hat sie beunruhigt - nana: -  
P: mhm

122 AF2: von Ihnen hom ma eigentlich no nix gsehn.

<B13-A-09>

- 23 P: NA - Blutdruck is net normal - nieder - immer nieder
- 24 AF1: Nieder - mhm - - -  
P: - fast immer nieder  
AF2: Komisch Komisch  
/AF2 bearbeitet Befunde des vorherigen Patienten/
- 25 AF2: is des - warum hat der erhöhte Leberwerte - - -Hepa=
- 26 AF1: /zu AF2/ hm?  
AF2: titis - najo - oba des is oba net gut - Wenn er
- 27 AF1: Wann hat der die Hepatitis ghabt? 70?  
AF2: jetzt immer noch.  
/AF1 mißt Blutdruck/
- 28 AF1: Na jetzt issa net so nieda. Wahrscheinlich die  
/zu P/
- 29 AF1: Aufregung.

#### 5.4.4. Mythos der Zeit

Alle Störungen, Unterbrechungen und Unvorhersehbarkeiten fördern den Druck auf das Ambulanzpersonal und dessen Überbelastung, die bei den Ärzten und Ärztinnen durch die in sich widersprüchliche Doppelrolle Untersuchender, d.h. Experte UND Lernender ohnehin schon vorhanden ist. Gleichzeitig sind diese Überbelastung und der ständige Zeitdruck für die Angehörigen der Ambulanz durchaus funktional für die Bezeugung der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit des Tuns. Nicht umsonst existiert das Rollenklischee des sich ständig in Bereitschaft und somit ständig in Zeitnot befindlichen Arztes, dem durch "prophylaktisches Notfallverhalten" nur allzuoft entsprochen wird.

Ein Paradoxon des gespannten, unter Druck und Zeitnot stehenden Ambulanzgeschehens ist das Warten auf den Oberarzt: Wenn sich im Laufe

der Untersuchung herausstellt, daß die Befunde eine Operationsfreigabe oder eine Entlassung in Frage stellen, so muß der Oberarzt zur Entscheidung herangezogen werden; und dies bedeutet - wie im folgenden Fall -, daß auf ihn gewartet werden muß.

<B05-A-09>

110 AF2: Mhm - also wenn Du glaubst es gibt hier auch nur /zu AM8/

111 AF2: EINEN Befund - - dann hast Du dich geirrt  
AM8: Jo aber dann bitte - dann schick ma ihn

112 AF2: Jo genau -  
AM8: zum X. (Name Oberarzt)

Ärzte, Ärztinnen und Schwestern beginnen, im Einklang mit den Mythen der Zeit, der Effizienz und der Vorhersehbarkeit des Ablaufes, die Wartezeit mit diversen Aufgaben (Ordnen von Karteikarten, Beschriften von Befundblättern) zu überbrücken bzw. machen sich auf die Suche nach dem Oberarzt. Nur dem Patienten, der nicht informiert wurde, ist nicht klar, warum er mit entblößtem Oberkörper auf der Liege verharren muß und der Fokus des allgemeinen Interesses sich plötzlich von ihm abgewendet hat. Nach einigen Warteminuten beginnt er von sich aus, die Situation zu klären:

337 P: Kann i mi wieder anzieh'n?  
AF2: Na Sie müssen noch a bißl

338 AF2: auf'n Oberarzt warten - gell - weil wie gesagt Ihr

339 AF2: EKG nicht in Ordnung ist. - - Und Sie KEINE Blute

340 AF2: haben - ja

Spät aber doch erfolgt die schon längst fällig gewesene Erklärung von der Ärztin. Dies führt uns zu der Frage, wie die Patient/inn/en und Ärzte / Ärztinnen die Ambulanzsituation unterschiedlich erleben und wieweit es die Institutionsinsider für notwendig erachten, die Institutionsoutsider über Abläufe und Vorgänge zu orientieren und informieren.

#### 5.4.5. Der Mythos des gemeinsamen Wissens - die Realität der Insider und Outsider

Für die Insider der Institution, d.h. die Ärzte / Ärztinnen und das Pflegepersonal ist der komplexe Ambulanzablauf tägliche Routine, d.h. sie sind über alle Vorgänge informiert und verfügen über eine ausreichende Orientierung im komplizierten Netzwerk der unterschiedlichen Aufgaben, Personen, Hierarchien, Verantwortungs- und Kompetenzbereichen der Institution.

Diejenigen, die am wenigsten mit den Vorgängen vertraut sind, sind die, um die allein im Grunde es geht, nämlich die Patient/inn/en. Für sie ist es normalerweise unmöglich, die komplexen Abläufe zu durchschauen, sich zu orientieren, Vorgänge richtig zu interpretieren und deren Sinn und Zweck wirklich zu verstehen. Bisherige Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation zeigen immer wieder deutlich, daß Nicht-Information der Patient/inn/en so etwas wie ein Bestandteil dieses Kommunikationstyps ist, und zwar Nicht-Information über momentane Vorgänge und über das weitere Geschehen, über die Krankheit, über Fachausdrücke, über Befunde oder über die Therapie. Die prinzipielle Nicht-Informiertheit der Patienten und Patientinnen geht oft so weit, daß sie nicht einmal wissen, warum sie überhaupt in der Ambulanz sind und was hier mit ihnen passieren soll bzw. wann, was und warum z.B. operiert werden soll.

<B03-B-06>

1 P: Des is a Untersuchung - net?  
AM8: Eine Untersuchung - ja:

2 P: Für a Operation - ja  
AM8: Najo najo net so recht - weil da

3 P: ja -  
AM8: steht ja Sie sind ja schon operiert WORDEN soll

4 P: i weiß net  
AM8: wieder operiert werden? Na eben - ich auch

5 AM8: net - nein steht nichts da.



Abgesehen von dem fehlenden medizinischen Fachwissen haben die Patient/inn/en, wenn sie nicht besonders krankenhauserfahren sind, d.h. ein gewisses "Insider-Wissen" besitzen, auch weder das differenzierte Wissen der Ärzte / Ärztinnen und Schwestern über den routinemäßigen Ablauf der Untersuchung noch gar das Wissen, daß Unterbrechungen und Überlappungen von Handlungs- und Gesprächssträngen ein Bestandteil des Normalablaufs sind und sich daher während ihrer Anwesenheit im Ambulanzraum meist *nur ein Teil des Geschehens auf sie bezieht*.

Auffallend an den von uns untersuchten Gesprächen ist, daß die Patienten und Patientinnen von den Ärzten und Ärztinnen nie explizit davon in Kenntnis gesetzt werden, wenn sich der Fokus des Gesprächs ändert, d.h. die Untersuchung unterbrochen wird. Das führt sehr häufig zu mißverständlichen Situationen: die Patient/inn/en reagieren auf Äußerungen, die nicht an sie gerichtet sind, sie beziehen Befunde vorheriger Patient/inn/en fälschlicherweise auf sich und werden dadurch beunruhigt, sie messen einer Frage, die bedingt durch Unterbrechungen und Vermischung von Handlungsabläufen versehentlich mehrfach gestellt wird, einen falschen, meist beängstigenden Stellenwert bei.

Die sprachlichen Routinen der Ärzte, Ärztinnen und Schwestern, mit deren Hilfe sie sich gegenseitig über Unterbrechungen und Themenwechsel orientieren, sind in Anbetracht derer alltäglichen Vertrautheit mit der Situation so minimal, daß sie für Außenstehende kaum Orientierungshilfen bieten.

Die "Betriebsblindheit" der Institutionsinsider/innen ist jedoch oft so groß, daß sie ganz vergessen, daß sich viele Patienten und Patientinnen mit Betreten des Ambulanzzimmers in einer für sie möglicherweise völlig neuen, zumindest jedoch ungewohnten Situation befinden, die für sie in keiner Weise alltäglich ist und für die ihnen differenzierte Orientierungs- und Verarbeitungsroutinen fehlen.

<B03-A-02>

1 AF2: So das Hemd müß ma auch ausziehn  
P: (.....) net

2 AF2: Warum nicht? - Wir san ja im Spital. So - da da

3 AF2: draufsetzn gell.  
P: /leise/ (.....)

4 AF2: SO tun Sie das Hemd bitte ausziehen.  
P: Hemd - i hob jo

5 AF2: Ziehns das aus bitte - das Hemd. Wir  
P: nua des Hemd an

6 AF2: müssen ein EKG schreibn. So Na schaut  
P: (.....) Hemd

7 AF2: schon niemand ha - - so - is ja nur der Herr Doktor

8 AF2: da. - Gell Der derf  
P: Da Herr Doktor der kann schau - aba

9 AF2: schon schau göll - so tun ma uns do rauf setzn -

10 AF2: gell. eben  
P: Der muß sogar manchmal schau (.....)

11 AF2: So - sagens welcher Arm war denn da Gebrochene?

64 AF2: De wockelt imma - - JETZT BLEIBENS ABER RUHIG LIEGN

65 AF2: TUNS NET IMMER WACKELN HM - SONST WIRD DAS EKG NIX.

66 AF2: GANZ RUHIG - SCHÖN LOCKER JA. Gut - - - so:  
P: Gut is - ja.

67 AF2: is gut.

96 AM8: So - und wos wor wos is do bei ihr los - bei da Frau

97 AM8: (....)?  
AF2: NEIN - Sie können noch nicht aufstehn. Ich sags

98 AF2: Ihnen dann schon.

Bei dieser besonders alten Patientin wird das ihr fehlende Wissen über den Ablauf einer Untersuchung (Oberkörper frei machen, beim EKG ruhig liegen, auf ärztliche Anordnungen warten) als mangelnde Kooperationsbereitschaft, die den reibungslosen Ablauf stört, ausgelegt (vgl. Kap.2.1., Kap.8.3.).

Diese Textausschnitte und Beschreibungen zeigen, daß die Patienten und Patientinnen die Untersuchungssituation und den Untersuchungsablauf völlig anders erleben als die Institutionsinsider/innen. Auf Grund der mangelnden Informationsbereitschaft der Ärzte, Ärztinnen (und auch Schwestern) über Abläufe, Vorgänge und Zusammenhänge wirkt die gesamte Situation auf sie wesentlich undurchschaubarer und uninterpretierbarer und damit auch wesentlich beängstigender und verunsicherender.

Wenn notwendige Information in die Untersuchung miteinbezogen würde, könnte die Kooperationsbereitschaft und das Verständnis der Patienten und Patientinnen gefördert werden. Die damit Hand in Hand gehende Verhinderung von unnötigen Mißverständnissen und Störungen wär ein erster Schritt zur tatsächlichen Effektivierung des Handelns und zur Milderung der Zeitnot.

## 6. DIE KOMMUNIKATION ZWISCHEN ÄRZT/INN/EN UND AMBULANZSCHWESTERN

Über das hierarchische Verhältnis von Pflegepersonal und ärztlichem Personal gibt es mittlerweile eine Reihe von Untersuchungen, die sich vor allem mit der zweifachen Rollenausrichtung des Pflegepersonals auseinandersetzen (ROHDE 1974, SEIDL / WALTER 1979, 1984, SEIDL 1981, WALTER 1979, BERNER / ZAPOTOCZKY 1981). Wenn man von einer dreifachen Hierarchiepyramide im Krankenhaus ausgeht (vgl. LALOUSCHEK / MENZ / WODAK 1987), die zueinander etwas verschoben sind (nämlich der der Verwaltung, des Pflegepersonals und des ärztlichen Personals), so fällt auf, daß das Pflegepersonal in gewisser Weise zwischen dem Verwaltungs- und dem ärztlichen Kreis steht, d.h. sich nach beiden Richtungen hin orientiert und orientieren muß: Einerseits fällt den Krankenpfleger/inne/n eine beträchtliche Organisationsarbeit zu, weshalb sie hier die Verbindung zwischen diesen beiden Funktionskreisen herstellen, andererseits unterstützen sie die ärztliche Tätigkeit zusätzlich zu ihrem genuinen Bereich der Krankenpflege. Diese unterstützende Tätigkeit im ärztlichen Bereich ist eine Folge des Einzugs der Medizin in das Krankenhaus (vgl. ROHDE 1974, MENZ 1989) und ihrer Übernahme des zentralen Aufgabengebietes.<sup>5</sup>

Die Aufgaben der Ambulanzschwestern in der von uns untersuchten Ambulanz bestehen jedoch vor allem in der Organisation und Verwaltung des Ambulanzbetriebes, weniger in der Pflege der Patienten, da diese ja nur für kurze Zeitspannen in die Ambulanz kommen - und das auch nur dann,

---

5) Bis weit ins 18. Jh. waren Krankenhäuser in erster Linie Pflegestätten der Armen, die im Mittelalter vom Konzept der christlichen Caritas getragen wurden.

wenn sie transportfähig sind. Auch die sogenannten Erstversorgungen, also Notfälle, die von außerhalb des Krankenhauses auf die Ambulanz kommen, sind keine Pflegefälle im eigentlichen Sinn. Hinzu kommt, daß die Ärzte immer nur für zwei Monate Dienst auf der Ambulanz machen, während die Schwestern sich zu viert die Ambulanzaufgaben für längere Zeit aufteilen, wobei eine in der Haupt-, eine in der Venenambulanz, eine in der Ergometrie und die vierte als ambulante EKG-Schwester im Krankenhaus tätig ist.

Dadurch ergibt sich folgende im Grunde widersprüchliche Situation: die Ärzte sind zwar formal in bestimmten Fragen weisungsberechtigt gegenüber den Schwestern, aber auf der anderen Seite sind die Schwestern aufgrund ihrer kontinuierlichen Tätigkeit an der Ambulanz in vielen Bereichen erfahrener und haben ein viel stärkeres Interesse, jenen Bereich, der ihre Arbeit betrifft, möglichst rationell und reibungslos zu gestalten. Dies muß im Widerspruch zu den manifesten und latenten Zielen des ärztlichen Personals stehen (vgl. Mythos der Harmonie in Kap. 6.4.), d.h. produktiver und reproduktiver Bereich geraten miteinander in Konflikt.

Die daraus sich ergebenden Spannungen und Aushandlungsprozesse lassen sich sprachlich sehr gut nachvollziehen und können in verschiedene Gruppen eingeteilt werden, die vom einfachen Ignorieren der Schwesterninitiativen über die Korrektur organisatorischer Fehlleistungen des ärztlichen Personals durch die Schwestern bis hin zur Schwester als "bessere Ärztin" reichen können. Im folgenden wollen wir daher einige Muster dieses Sprachverhaltens beschreiben und analysieren.

### 6.1. Die Schwester wird ignoriert

In hierarchisch strukturierten Systemen ist immer auch die Frage interessant, wer welche Rechte und Pflichten in der Gesprächsführung hat, wer etwa wen unterbrechen darf, wer Initiativen von Gesprächspartnern ignorieren darf etc. In dem von uns untersuchten Material wurden Ärzteinitiativen, die an die Schwestern gerichtet waren, kein einziges Mal ignoriert, während der umgekehrte Fall regelmäßig vorkam und an dieser Stelle wegen seiner Auffälligkeit genauer analysiert werden soll.

In dem hier zu besprechenden Gesprächsausschnitt wird die Schwester von den beiden Ärztinnen ignoriert, als sie eine Frage an diese stellt, welche Patienten heute noch in die Ambulanz geholt und untersucht werden sollen.

<B13-A-09>

- 1 S4: und (.....)? - - Aha - - aso: - - Na - gut. WartnS
- 2 S4: amal a Moment - /spricht zu AF2, AF3/ i hob do C2
- 3 S4: liegn - nehma die Frau heute no?  
AF2: (.....)
- 4 S4: Hm? Oder soll i H2 runterkommen lassn? -  
AF2: (Gut)
- 5 S4: I ruf no amal an  
AF2: Kann des sein daß da - - chronisch  
AF3: (.....)
- 6 S4: (.....brauchen) gell? Bitte wiederhörn  
AF2: (.....)
- 7 AF3: mhm -  
AF2: nehmen)? Und Hepatitisserologie? - Hat des an
- 8 AF3: (hm und für mich) schon - ja - jo wenns  
AF2: Sinn? - - Schon? -
- 9 AF3: chronisch is müßt ma schon was /tun/sehn) hm?  
AF2: Mhm
- 10 AF3: Im Vergleich zu aner - ah (.....) ausgeheilten -
- 11 AF3: - -  
AF2: (müßte man) schon?

Die Schwester S4 telefoniert mit der Station C2 und erfährt offensichtlich Argumente, die für eine Annahme der Frau auf C2 sprechen (Aha - -aso: -

-. Sie akzeptiert diese Argumente zunächst einmal (*Na - gut*), will / kann aber nicht selbst entscheiden, ob dieser Fall dringend genug ist, bzw. ob die Argumente zwingende sind und wendet sich daher an die entscheidungsbefugten Ärztinnen:

&lt;B13-B9&gt;

2	S4: i hob do C2 liegn - nehma die Frau heute no? AF2: (.....)
3	S4: Hm? AF2: (.....)

AF2 beginnt genau an einem Turntaking-Punkt, also an einer Stelle zu reden, an der in einem Gespräch ein Sprecherwechsel möglich ist. Allerdings ist nicht verständlich, was AF2 sagt; S4 führt daher ihre Frage noch weiter aus, während AF2 ebenfalls fortfährt. Da S4 keine befriedigende Antwort erhält, gibt sie mit der Frageinterjektion "hm?" an, daß sie noch immer auf eine Antwort wartet. AF2 reagiert jedoch noch immer nicht auf S4, sondern ihr "Gut" bezieht sich auf die offenbar befriedigende Lösung eines Teilproblems, das sie gerade beschäftigt.

S4 unternimmt daher noch einen dritten Anlauf und macht einen Alternativvorschlag:

&lt;B13-B9&gt;

4	S4: Oder soll i H2 runterkommen lassn? - AF2: (Gut)
---	--

Eine andere Möglichkeit des Procedere wäre für die Schwester also, anstelle von H2 eine/n andere/n Patientin/en herunterzuholen. Doch auch nach diesem Versuch reagiert keine der beiden Ärztinnen auf die Bemühungen der Schwester. Im Gegenteil, AF2 richtet sich explizit mit einer Frage an AF3: "Kann des sein, daß da ..". S4 weiß nun nach dieser ganz klaren Ignorierung, daß die Ärztinnen in absehbarer Zeit nicht auf sie reagieren werden und wendet sich daher wieder dem Telefonat zu, indem sie die / den Anrufer/in vertröstet:

&lt;B13-B9&gt;

5	S4: I ruf no amal an (.....) AF3: (.....) AF2: sein daß da - - chronisch
6	S4: brauchen) gell? Bitte wiederhörn AF3: mhm - AF2: (..... nehmen)?

Auffallend an diesem "Gesprächsverhalten" ist dreierlei:

- 1) Dieses Gespräch ist kein Einzelfall, sondern kommt ziemlich regelmäßig vor (vgl. z.B. auch B13-A09 oben und B12-B04).
- 2) Es besteht ein erheblicher Unterschied zu Alltagsgesprächen, in denen das *dreimalige* Ignorieren einer Frage als arge Beleidigung bzw. Herablassung gälte und unter normalen Umständen daher nicht vorkommt.
- 3) S4 nimmt es offensichtlich als völlig akzeptabel hin, daß sie in dieser Situation nicht beachtet wird und wählt als Lösung eine Entscheidung, die ihr beträchtliche Mehrarbeit verursacht: Sie muß nämlich die gesamte Sachlage den Ärztinnen zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal vortragen und anschließend die Station anrufen und verständigen und außerdem den gesamten Fall als "unerledigt" im Kopfe behalten.

Es stellt sich nun die Frage: Warum ist ein solches Gesprächsverhalten auf der Ambulanz zwischen Schwestern und Ärzten möglich?

Eine Antwort liegt sicherlich in der spezifischen Struktur der Hierarchie. Die Ärzte/innen sind - unabhängig von Erfahrung und Routine - gegenüber den Schwestern formal weisungsberechtigt. Sie erfüllen außerdem in der Ambulanz die "primäre", nämlich die ärztliche Aufgabe der Untersuchung. Demgegenüber ist der Bereich der Schwester formal wie inhaltlich untergeordnet: Sie hat für einen möglichst reibungslosen *organisatorischen* Ablauf der ärztlichen Arbeit zu sorgen, muß also die Ärzte/innen bei deren Arbeit unterstützen. Insofern geht "ärztliche Arbeit" vor "Krankenschwesterarbeit", die Schwester muß folglich ihre Interessen hintanstellen, wenn die

Ärzte/innen gerade bei der "Arbeit" (Untersuchung, Diagnose, Besprechung eines Falles etc.) sind. Würden diese Hierarchie und die Bewertung der einzelnen Funktionskreise (Schwestern vs. Ärzte) nicht stillschweigend akzeptiert, müßte eine Gesprächssituation wie die oben besprochene unweigerlich zu einem Konflikt führen.

Zweitens ist zu beachten, daß die Schwester im untersuchten Fall keine Unterbrechungsrituale verwendet, d.h. weder die Ärztinnen mit Namen oder Titel anspricht, noch sonst Formen der Unterbrechung wie "Entschuldigen Sie" und dgl. verwendet, sondern sich sofort in das Gespräch einschaltet, eine Art, die im alltäglichen Gespräch durchaus als unhöflich bewertet wird. In der Ambulanzsituation ist diese Vorgangsweise jedoch nicht ungewöhnlich und auch nicht immer erfolglos. Andererseits haben wir in unseren Gesprächsaufzeichnungen kein einziges Gespräch zwischen Arzt/inn/en und Schwestern, in denen die oben erwähnten Unterbrechungsrituale vorkommen und die Schwester trotzdem ignoriert würde. Insofern führen doch gewisse Sprachmuster eher zum Ziel als andere.

Eine weitere Möglichkeit darf jedoch gerade in diesem Fall nicht von vorneherein ausgeschlossen werden. Da die Schwester noch nicht sehr lange in dieser Ambulanz tätig ist, kennt sie die impliziten Gesprächsregeln, die auf dieser Ambulanz gelten, noch nicht zur Gänze und stellt daher u.U. eine Frage an einer "verbotenen" Stelle, weil z.B. Ärzte in einer "Fallbesprechung" auf gar keinen Fall unterbrochen werden dürfen. Wenn es eine solche Regel gibt - was anhand des Materials überprüft werden müßte - dann ist die Reaktion, d.h. das Nichtreagieren der Ärztinnen durchaus erklärbar, ja dann wären auch "schärfere" Formen des Reagierens (Zurechtweisen) denkbar.

## 6.2. Die Schwester muß argumentieren

In vielen Fällen muß die Schwester gegenüber den Arzt/inn/en - manchmal recht lange - argumentieren, um sie von ihrem Standpunkt zu überzeugen. Auch diese Kommunikationsform hat ihre Ursache in der immanenten Hierarchie, derzufolge die Schwestern den Arzt/inn/en untergeordnet und letztere ersteren gegenüber weisungsberechtigt sind. Ein besonders anschauliches Beispiel wollen wir im folgenden kurz analysieren. Es geht dabei um ein Gespräch zwischen AF3 und der Schwester. AF3 über-

legt gerade eine medikamentöse Therapie für eine nicht anwesende Patientin, für deren Durchführung und Kontrolle die Schwester zuständig ist. Daher müssen sie miteinander Art und Zeitpunkt der Kontrolle absprechen. Gleichzeitig läuft jedoch noch eine andere Interaktion zwischen AF2 und einer Patientin ab, die sie gerade untersucht. Während AF3 eine neue Dosierung ankündigt, kommt der OA herein, wird jedoch von allen Seiten ignoriert. Auch S4 kommt bei der Tür herein und macht eine Bemerkung über eine Patientin, die sie gerade auf dem Gang, wo sie auf ihre Untersuchung wartet, gesehen hat. In (3) wechselt sie jedoch das Thema und wendet sich AF3 zu:

<B12-B-06>

AF3: Jetzt probier mas amal mit an (.....) oral  
AF2: weiterkommen (Bitte wie isn) der Blutdruck?  
OA: Wie gehts?

1

S4: Na bitte die is alt und gebrechlich - hearstS - de B.  
AF2: tief

2

S4: de do draußn sitzt - Na is ma wurscht sogma (.....)

3

AF3: Naja Montag (is) - (sogma)  
S4: der Montag Freitag. Ja am

4

Sie schlägt einen Termin vor, an dem die Patientin zur Kontrolle kommen soll. Doch die Ärztin ist mit dem vorgeschlagenen Termin (Montag) nicht einverstanden und macht ihrerseits einen Gegenvorschlag (das Wochenende). Hier führt die Schwester als Gegenargument an, daß sich die Patientin am Wochenende nicht von sich aus melden würde und als zweites Argument gegen einen Einwand der Ärztin, daß sie auch nicht anrufbar wäre, da die Patientin kein Telefon (oder zumindest sie - die Schwester - keine Telefonnummer) hätte:

<B12-B-06>

AF3: am Wochenende (.....) (.....die Krankn)  
S4: Wochenende rufts (ni/nia) net an

5

6 AF3: Ja da muaß  
S4: rufts mi net an?  
AF2: TIEF

7 AF3: ma sie halt anrufen  
S4: (Na hat ja ka Telefonnummer) s

8 AF3: Ja - aber - -  
S4: Telefon zum anrufn Is net so anfach

9 AF3: i waß ja jetza net ob des: Mein Gott von mir aus -

Diese beiden Argumente leuchten der Ärztin ein, und sie stimmt - wenn auch ein wenig widerwillig - dem Vorschlag der Schwester zu:

<B12-B-06>

10 AF3: bestelln ma sie am Montag her  
S4: des is gscheiter

11 AF3: Nja - na dann bestelln ma sie am Montag  
S4: ha? Wei wennis

Die Schwester führt dann, als ihr Vorschlag bereits akzeptiert ist, ihr Argument noch weiter aus, daß es nämlich für die Patientin u.U. gefährlich wäre, wenn sie ohne Medikament bleiben müßte (12,13). Die Ärztin beginnt dann die Tage abzuzählen, wobei ihr die Schwester dann ins Wort fällt und ihrerseits fortfährt (14-16):

<B12-B-06>

12 AF3: Hm  
S4: mir dann net anruaft - hats übers Wochenende gar nix

13 AF3: (.....dann hamma) a nix /lacht/  
AF2: Gut Normal atmen - Mit der Luft Probleme?  
P: Jo vor a

14 AF3: /schnell/ Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag  
AF2: Ja  
P: poa Johr bin i no am- viertn Stock aufigangen da hats

15 S4: /normal/ Freitag - Samstag  
AF2: Jetzt  
P: ma nix gmacht. - Aba jetzt muaß i schon schnaufen

16 S4: Sonntag  
AF2: schon schnaufns schon. - Und wie is mitn flach

In (17) kommt der ausgehandelte Montag an die Reihe. Und hier passiert etwas Eigenartiges: Obwohl AF3 und S4 ziemlich lang gerade diesen Tag ausgehandelt hatten, fragt die Schwester jetzt die Ärztin, ob ihre Eintragung so stimme:

<B12-B-06>

17 AF3: Mhm  
S4: Kontrolle - Montag. Stimmt des so? Jo. I  
AF2: liegn? Geht das?  
P: Ja - ich lieg eigent-

18 S4: glaub i werd ihr des amal erklärn  
AF2: (.....) - - - /klopft P ab/  
P: lich auf zwei Kissen.

Eine - vor allem aufgrund des nachfolgenden Dialogs - plausible Erklärung scheint folgende: Im Grunde hat die Schwester die Entscheidung für den Termin zu Behandlung und Kontrolle getroffen, da sie die besseren Informationen über die Patientin hatte. Damit ist sie allerdings in einen Entscheidungsbereich eingedrungen, der im allgemeinen den Arzt/inn/en vorbehalten ist. Daher schwächt sie jetzt diese "Kompetenzüberschreitung" ab und gibt durch die Formulierung "Stimmt des so?" der Ärztin die Möglichkeit, die Entscheidung als die ihre anzusehen. Dadurch ist die Hierarchie und die Kompetenzenteilung gewahrt bzw. wieder hergestellt (Mythos der Harmonie).

Anschließend übernimmt S4 die Aufgabe, die Patientin zu informieren und aufzuklären, und fragt AF3 noch einmal um Zustimmung. Und dann passiert wieder etwas Merkwürdiges, das die oben gegebene Interpretation unterstützt: In (20) gibt AF3, die sich so lange gegen den Montagstermin gewehrt hat, plötzlich genau diesen Tag als besonders günstig aus, gerade so, als hätte sie die Entscheidung getroffen. Offensichtlich war die Taktik der Schwester ganz besonders erfolgreich. Die Ärztin kann ohne Sanktionen eine fremde - sinnvolle - Entscheidung als die ihre ausgeben (Allwissenheit).

&lt;B12-B-06&gt;

19 S4: jetzt (..... jetzt kanns ma jo) (.....) Geht  
P: De Frau sogt

20 S4: des so?  
AF3: Mhm - (Montag wär) günstig - Tief einatmen -  
AF2:  
P: schnorchn tu i

Allerdings muß auch berücksichtigt werden, daß dieses Verhalten der Ärztin von seiten der Schwester nicht nur als frustrierend erlebt wird, sondern durchaus auch positive Effekte haben kann, in dem sie das Gefühl bekommt, ihren Standpunkt letztendlich - wenn auch ohne offizielle Anerkennung - durchgesetzt zu haben (positive Identifikation mit der Institution).

Ein anderes Gespräch mit anderen Beteiligten zeigt jedoch, daß eine Schwester sich aufgrund ihrer Kompetenz als Organisatorin und aufgrund ihrer Erfahrung auch mit ihren Entscheidungen und Argumenten durchsetzen kann und die entsprechende Anerkennung dafür erhält.

Die Analyse des Gesprächsausschnitts setzt jedoch einiges Vorwissen über die Situation voraus: Der Oberarzt steht der Gesamtambulanz vor, trägt also die letztendliche Verantwortung für die Entscheidung der Ärzte in der Hauptambulanz, leitet jedoch gleichzeitig auch die Ergometrieabteilung der Ambulanz, wobei ihm eine Schwester assistiert. Hier kommt der Oberarzt (OA) nun in die Hauptambulanz, einerseits, um sich nach einer Patientin zu erkundigen, andererseits, um einen Blutdruckmesser zu holen.

Der diensthabende Arzt AM8 will ihn gleich um einige Ratschläge fragen, die Schwester aus der Ergometrie (S1) ist jedoch dagegen. Aus diesem Interessenskonflikt entspinnt sich ein kurzer Dialog:

&lt;B3-B-07&gt;

1 AM8: HEI::! Herr Oberarzt!- - Du  
S1: den Oberarzt brauch i-

2 AM8: hat a/ hat a Zeit Wir  
S1: [nemmts man net wegga]  
S2: Host ihn eh lang - den Oberarzt  
[sehr schnell und scharf]

3 AM8: hätt'n a bißl a poar - a poar Diskussionen hätt ma  
S1: ( extra) Na  
AF2: Du

4 AM8: Na dann  
S1: später - mir mochn zerscht die Ergometrien -  
AF2: mochma/- mochma ( )fertig

5 AM8: mochts die Ergometrien -  
S4: Wir/i hob no vier Ergometrien  
OA: ( [1zu S11] [2zu  
OA2]

6 AM8 [1Is schon recht1]/[2BITTE  
OA: ) diesen Patienten eingricht?  
[1zu S11] [2zu

7 AM8: was?2]  
OA: OA2]

Der Überraschungsausruf und die freudige Intonation von AM8 zeigen, daß diesem das Auftauchen des OA offenbar sehr gelegen kommt. Die Schwester (S1), die für die Ergometrieambulanz zuständig ist, reagiert auch sofort, obwohl noch kein Wort gefallen ist, warum AM8 über das Erscheinen des OA erfreut ist. Sie wehrt von vornherein jeden Versuch ab, den OA von der Ergometrieambulanz längere Zeit wegzuholen und setzt sogar eine latente Drohung ("Nemmts man net wegga") ein, obwohl nicht

klar ist, wie eventuelle Sanktionen aussehen könnten (außer, daß sie sehr verärgert wäre).

Interessant ist, daß beide "Parteien" je eine "Verbündete" bekommen, daß diese Verbündeten jedoch gewissermaßen über Kreuz kommen: die Schwester der Hauptambulanz (S2) ergreift Partei für den Arzt, die Ärztin (AF) setzt sich (indirekt) für die Schwester S1 ein.

Der Arzt akzeptiert daraufhin jedenfalls sofort den Wunsch der Schwester S1, bevor diese noch irgendwelche Argumente für ihren Wunsch vorgebracht hat. Zusätzlich beschwichtigt sie der Arzt auch noch, nachdem sie ein Argument (daß sie viel Arbeit hätten) noch nachgeschoben hat.

### 6.3. Organisatorische Fehlleistungen

Wie bereits erwähnt, ist in erster Linie die Ambulanzschwester für organisatorische Belange zuständig. Da sie jedoch die Ärzte/innen nicht so ohne weiteres direkt kritisieren und der Fehler bezichtigen kann, hat sie hier ein schwieriges kommunikatives Problem zu lösen, zu dem differenzierte Strategien notwendig sind. Anhand einiger Beispiele sollen diese Schwierigkeiten und Probleme, die sich aus dieser widersprüchlichen Situation ergeben, illustriert werden.

Die Organisationsaufgaben der Krankenschwester reichen von einfachen Informationen an die Ärzte/innen, wo sich z.B. Spritzen einer bestimmten Größe befinden, über bestätigende und mißbilligende Instruktionen an das ärztliche Personal bis zu Korrekturen von organisatorischen Fehlleistungen der Ärzte/innen, ja sogar bis zur Ambulanzschwester als "bessere Ärztin".

So legt z.B. in der folgenden Situation die Schwester eine Krankengeschichte auf die Seite mit dem Kommentar, daß der Arzt nun damit weitermachen soll. Die Ärztin ist überrascht, da sie nicht weiß, was noch zu tun sei; daher erklärt ihr die Schwester die gesetzliche Lage über Entlassungen und Aufnahmen, worauf sich die Ärztin wieder erinnert:

<B2-A-13>

1 S1: Herr Doktor des ghört jetzt Ihnen olles dann.

2 AF1: - Dem Herrn Doktor ghörts?  
S1: Jo (.....)

3 S1: ohne (...) dürf mas nicht nach  
AF1: aha

4 S1: Hause schickn - wenn net miß mas aufnehmen.

5 AF1: aha - i waß scho - die (.....)  
AM8: mhm

6 /ca. 6" Pause/

Die Schwester hilft also den Arzt/inn/en und erklärt ihnen, wie es weitergehen soll. Umgekehrt kommt es jedoch auch vor, daß die Schwester ihren Unmut darüber äußert, daß es so nicht weitergehen könne, da sonst das Chaos überhandnähme, wie der folgende Gesprächsausschnitt zeigt:

<B6-A-10>

55 S3: Jo weu Ihr müßts schon sogen - wen Ihr einanehmts oda  
AM8: ja

56 S3: wos  
AF2: Geh S. /Name S3/ - wir können ah nix dafür -

57 AM8: Wir könnan a nix wenns haßt - da  
AF2: wamma wamma da die

58 AM8: da Professor steht am Tisch - da kommens zu zweit

59 AM8: runter - i frog mi nur warums ihn überhaupt runter-

60 AM8: schiebm so mitn Bett - dann hättns jo irgendjemand



- 61 AM8: andern anrufrn können - den S. oder irgendwen -
- 62 AM8: -- ja guat EKG - Wengan EKG hättens ihn sowieso  
AF2: Was is das? - Diskus? -- Da Diskus
- 63 AM8: runterschickn müssen - des is schon klar

Worum geht es hier? Während die Schwester kurz den Ambulanzraum verlassen hatte, holte der Arzt einen Patienten sozusagen außertourlich zur Untersuchung in die Ambulanz herein, ohne jedoch die Schwester davon zu verständigen, was natürlich *ihre* Reihenfolge durcheinanderbrachte und ihren Überblick schmälerte.

Auf dieses Faktum reagiert nun die Schwester einigermaßen ungehalten, da die Situation aufgrund vorheriger Ereignisse (vgl. auch unten) bereits ziemlich angespannt ist. Außer in diesen wenigen hier dokumentierten Ausschnitten haben wir jedoch ein derart angespanntes Umgehen zwischen Ärzte- und Pflegepersonal während des gesamten Beobachtungszeitraumes nie erlebt. Insofern ist es interessant, wie die Akteure der Ambulanz in solchen besonders starken Streßsituationen miteinander umgehen. Der Arzt hatte am Vortag Nachtdienst gehabt und war dementsprechend übermüdet, zusätzlich war an diesem Tag besonders viel Betrieb, da eine Ambulanzschwester ausgefallen war und von der Hauptambulanz zusätzlich alle EKGs des ganzen Krankenhauses geschrieben werden mußten; darüber hinaus wurde eine Reihe von Sonderwünschen (Interventionen für schnellere Behandlung bestimmter Patienten) an die Ambulanz herangetragen. Diese Einflüsse müssen bei der Analyse berücksichtigt werden.

Sowohl der Arzt als auch die Ärztin weisen den Vorwurf zurück, und zwar zunächst mit auffallend ähnlichen Argumenten: nämlich, daß es außerhalb ihrer Kompetenz liege, nach Belieben zu handeln, wenn sie mit Interventionen von höhergestellten Ärzten konfrontiert seien. Sie geben also die Schuldzuweisung weiter nach oben (ein übrigens sehr beliebtes Mittel in hierarchisch streng gegliederten Organisationen). Diese "Delegierung" hat erstens eine entlastende Funktion für das Ambulanzpersonal, da die Schuld außerhalb gesucht werden kann, zweitens wird der Mythos eines "Außenfeindes" geschaffen, der die Ambulanzeinheit tendenziell gefähr-

den könnte. Dies dient der Stabilisierung der ambulanzinternen Strukturen.

Der Arzt schiebt dann noch ein zweites Argument nach, indem er vermutet, die betroffene Station hätte unrationell gehandelt, indem sie den Patienten nur wegen einer gesetzlich vorgeschriebenen Operationsfreigabe samt dem Bett in die ohnehin viel zu enge Ambulanz geholt hätten, anstatt jemanden anderen wie z.B. den Oberarzt an das Krankenbett *in* der Station zu holen. Allerdings gibt er beinahe im selben Atemzug zu, daß der Patient wegen der ausgefallenen Ambulanzschwester für die Erstellung des EKGs ohnehin in die Ambulanz hätte kommen müssen, korrigiert sich also selbst und gesteht seinen Irrtum in bezug auf die Einschätzung des Stationspersonals ein. Durch diese teilweise Einsicht und Rücknahme seiner gereizten Antwort schwächt er die Störung so weit ab, daß, wie sich in der Folge zeigt, wieder relativ ungestört gearbeitet werden kann und der Konflikt nicht weiter zum Ausbruch kommt.

Wenige Minuten vorher hatte er noch eine andere Strategie verfolgt:

<B6-A-10>

- 20 S3: Jo i waß jo net - Sie kennan jo net ollas so durchgehn
- 21 S3: lossn do. - Is des fertig Und  
AF2: Nja. - Des is fertig
- 22 S3: was ist das?  
AF2: Das is er  
AM8: Such nix - natürlich - Befunde.
- 23 S3: Da Herr Ing.K. ghört außadem zum Herrn Oberarzt hinüber
- 24 AM8: Ach so. Bitte - ok Sonderklasse  
AF2: Warum? aha  
P: Gehn ma wieder?
- 25 AM8: Jo - na - geh S. - hohnS eam her - wenn a scho do is.

26 AMB: - Moch ma a EKG und der soll kommen - denn wos solls

27 AMB: Wir kennan ah nix dafür - - so runter. /legt  
AF2: Jo eben

28 AMB: EKG an/

Auch hier war eine organisatorische Fehlleistung der Ärzte vorausgegangen, weil der Arzt bereits den nächsten (männlichen) Patienten in die Ambulanz geholt hatte, während noch eine Patientin anwesend war. Der gerade anwesende Oberarzt hatte darauf heftig reagiert (vgl. auch unten). Hier hakt die Schwester noch einmal nach, indem sie darauf verweist, daß die Ärzte/innen etwas stärker disziplinar durchgreifen und etwas mehr Ordnung in den Ablauf bringen sollten (vgl. die Frage nach den verschiedenen Krankengeschichten, ob sie bereits fertig wären). Daran anschließend bringt sie einen weiteren Kritikpunkt ein, indem sie die Ärzte darauf hinweist, daß der gerade hereingekommene Patient gar nicht in die Hauptambulanz, sondern, da er Sonderklassepatient ist, zum Oberarzt hinübergehöre, eine Tatsache, die der Ärztin bisher unbekannt war, wie aus ihrer Reaktion hervorgeht.

Der Arzt will sich bereits fügen (Fläche 24 und die positive Antwort auf die Frage des Patienten in Fläche 25), als er sich eines anderen besinnt und die Schwester beauftragt, den Oberarzt herzuholen, statt mit dem Patienten zu ihm hinüberzugehen. Er dreht also in gewisser Weise die Kompetenz wieder um: Die Schwester hatte ihn auf einen (organisatorischen) Fehler aufmerksam gemacht, jetzt macht er dafür seine Weisungskompetenz geltend und entscheidet sich dafür, den Patienten doch dazubehalten und damit die Usancen der Ambulanz zu übergehen<sup>6</sup>.

6) Sonderklassepatienten haben das gesetzlich zugestandene Recht, von einem Oberarzt untersucht zu werden; über diese Rechtslage kann sich natürlich auch der Turnusarzt nicht hinwegsetzen. Allerdings ist es üblich, daß Sonderklassepatienten in jenem Teil der Ambulanz untersucht und zur Operation freigegeben werden, in der sich der Oberarzt aufhält, nämlich in der Ergometrie. Anstatt den Patienten über den Gang in

Seine Begründung für dieses Verhalten liefert er in Fläche 25 und 26, wobei ihn die Ärztin unterstützt (Fläche 27): Sie, die Ärzte, könnten auch nichts dafür, daß die Organisation an diesem Tage so schwierig sei und so viele unvorhergesehene Ereignisse aufräten. Latent dürfte es sich hier aber auch um ein Machtspiel handeln: wer kann wen holen? Und Machtspiele werden immer auf dem Rücken der Schwester ausgetragen.

Die Schwester reagiert darauf nicht mehr verbal, sondern verläßt den Raum, um den OA zu verständigen (woraus sich anschließend ein weiterer Konflikt entspinnt: vgl. oben). Wie sich später herausstellen wird, ist diese Entscheidung, den OA zu holen, ziemlich folgenschwer, weil dadurch eine lange Leerlaufphase entsteht, in der das große Warten auf den Oberarzt stattfindet (vgl. auch unten). Trotz der relativ geringen Ambulanzerfahrung war es der Arzt, der den weiteren Verlauf bestimmte und sich über die Einwände der Schwester hinwegsetzen konnte. Gerade über formale Strukturen werden viele gruppenspezifische Konflikte ausgetragen. Entscheidungen sind rationalisierbar und verdecken die latenten Motive (Mythen der Zeit, Effizienz usw.).

Eine andere Art von organisatorischen Fehlleistungen, die nicht unmittelbar mit dem Ambulanzablauf zusammenhängt, hat mit der Führung der Patientenkarteeien zu tun, in die die Ärzte ihre Befunde, Medikation und sonstige Therapie eintragen müssen.

---

die Ergometrieabteilung zu schicken, veranlaßt der Turnusarzt nun, daß der Oberarzt in die Hauptambulanz kommt, und beginnt einstweilen mit der Untersuchung (Schreiben des EKGs). Dadurch verletzt er interne, organisatorische Ambulanzregelungen, was in der weiteren Folge noch größere Konsequenzen haben wird, da der Oberarzt längere Zeit nicht erscheint und zusätzlich zum überdurchschnittlichen Betrieb dadurch zu den von außen herangetragenen Störungen (fehlende EKG-Schwester, Interventionen etc.) auch noch selbstinitiierte hinzukommen. Gleichzeitig baut er an einem *Mythos der Überlastung*; Mythos deshalb, weil ja die Überlastung z.T. selbst initiiert wird, wie das hier besprochene Beispiel zeigt.

Es kommt hier und da vor, daß Ärzte/innen wegen ihrer relativen Unerfahrenheit in der Ambulanz oder ihrer Überlastung gerade in diesem Bereich Fehler begehen, die u.U. weitreichende Folgen haben können. Im folgenden Gesprächsausschnitt zwischen der Ambulanzschwester und einer Ärztin, die zwar eine Kontrolle vorgenommen, jedoch vergessen hat, die Befunde, außer in den Krankenpaß der Patientin, auch in die entsprechende Karteikarte der Ambulanz einzutragen, werden die subtilen Strategien der Schwester deutlich, die sie anwendet, um die Ärztin auf ihren Fehler aufmerksam zu machen:

<B11-B-06>

- 1 S3: (.....) Frau Doktor. De X. woa  
AF3: Jo - jaja.
- 2 S3: bei mia heruntn?  
AF3: Jo die wor heruntn. Jo? Mit dem
- 3 AF3: Marcoumarpaß - wegen da Marcoumareinstellung - die war
- 4 S3: Und hams do wos eingeschiebn Frau Doktor?  
AF3: scho da. Jo
- 5 S3: Aha - und warum homs nix in da  
AF3: i hob wos eingeschiebn.
- 6 S3: Kartei eingeschiebn?  
AF3: HA /erschrocken/ - hob i nix in
- 7 AF3: die Kartei gschiebn?  
S3: Na /lacht/ - dann is guat -
- 8 S3: danksche - widderschaun /legt auf/. - Des wußt i net -
- 9 S3: i hob de Kartei do auf da Seitn liegn ghobt - wei i ma
- 10 S3: gedocht hob - wemma heit an Thrombotest ham - dann
- 11 S3: werma des. Bitte - wenn Sie des dann auch da drinnen

- 12 S3: Vermerken tuan Danke  
AF3: Ja Aber sie hätte
- 13 AF3: ja schon - die hätt ja schon gestern - glaub i da
- 14 AF3: sein solln. /ca. 1'18" Pause - schreibt Befunde für P/

Die Schwester telefoniert gerade. Sehr behutsam und höflich leitet sie ihr Zwischengespräch mit der Ärztin ein, indem sie sie korrekt mit Titel und starker Frageintonation anredet. Außerdem wartet sie, bevor sie mit der eigentlichen Frage fortfährt, eine positive Reaktion der Ärztin ab, ein Gesprächsverhalten, das nicht durchwegs üblich ist (vgl. Kap. 6.1.). Nach der zustimmenden Antwort der Ärztin stellt sie ihre Frage nach einer bestimmten Patientin (Fläche 1/2) und versichert sich in Fläche 2 noch einmal der Antwort. Die Ärztin fügt daraufhin noch eine Erklärung für den Grund des Kommens an, worauf die Schwester offenbar zu ahnen beginnt, warum sie nicht darüber informiert ist, und daher von der Ärztin wissen will, ob sie "do wos eingeschiebn" hat (Fläche 4). Wiederum verwendet sie sehr höflich und korrekt den Titel in der Anrede, obwohl er vom Gesprächsverlauf an dieser Stelle nicht unbedingt obligatorisch wäre.

Die sehr allgemein und offen gestellte Frage ("was" für "etwas") ermöglicht es der Ärztin, zunächst noch einmal positiv zu antworten, indem sie die Frage der Schwester bestätigt (Fläche 4/5). Die Schwester nimmt diese Antwort zunächst zur Kenntnis ("aha"), fügt dann aber hinzu, warum die Ärztin dann nichts in die Kartei eingetragen hätte.

Diese Warum-Frage kann in zweierlei Hinsicht interpretiert werden. Erstens kann sie als latenter Vorwurf gemeint sein, daß die Ärztin eben auf eine derart wichtige Sache, wie es die Dokumentierung in der Kartei ist, vergessen hat, zweitens kann sie jedoch auch als echte Frage gemeint sein: ob die Ärztin vielleicht einen bestimmten Grund hatte, diese Eintragung (noch) nicht gemacht zu haben? Vom Inhaltlichen her würde in diesem Fall eher die erste Bedeutung passen, da es sich ganz offensichtlich um eine Fehlleistung der Ärztin handelt. Die Ärztin entscheidet sich jedoch für die zweite Interpretationsmöglichkeit. Dies ermöglicht es ihr nämlich, adäquater zu reagieren, da sie auf einen sachlichen, inhaltlichen Aspekt (den eines fiktiven Grundes für ihre Unterlassung) ausweichen kann.

Allerdings ist ihr auch gleichzeitig bewußt geworden, daß sie einen Fehler begangen hat, was ihr erschrockener Ausruf (Fläche 6) dokumentiert. In der Folge kann sie dann aber auf der sachlichen Ebene reagieren, daß sie eben keinen Grund gehabt hätte, die Eintragung zu unterlassen, sondern sie eben nur vergessen hätte. Auch Nichtwissen schließt sie durch ihre Reaktion aus ("*Hob i nix in die Kartei gschriebm?*"), sie beruft sich allein auf ihre Vergeßlichkeit.

Die Schwester ihrerseits quittiert das Erschrecken der Ärztin beruhigend mit einem Lachen, beendet das Telefongespräch und wendet sich, jetzt sich ihrerseits halb entschuldigend, an die Ärztin (Fläche 8: "*Des wußt i net*") und bittet sie explizit ("*bitte*"), die Eintragung noch nachzuholen, ja sie bedankt sich nach der Antwort der Ärztin sogar. Diese so stark betonte Höflichkeit ist in diesem Gespräch sehr auffallend und verweist genau auf die delikate Situation, in der sich die Schwester wegen ihrer Rolle speziell in der Ambulanz befindet: Sie kann Kritik und Ermahnung aufgrund der hierarchischen Unterordnung nicht in direkter Weise äußern, ist jedoch für die Organisation und Verwaltung zuständig, die jedoch ohne Kooperation des ärztlichen Personals mit den Schwestern nicht gelingen kann. Daher muß die Schwester entsprechende Taktiken anwenden, um ihr Ziel - Einhaltung der Verwaltungserfordernisse und gleichzeitige Nicht-Verärgerung der hierarchisch höhergestellten Ärzte/innen - zu erreichen.

Noch drastischer ist der Eingriff im nächsten Fall, da es nicht um eine reine Verwaltungsaufgabe, sondern vielmehr um eine medizinisch-therapeutische Aufgabe geht, die direkt in den Bereich der Ärzte/innen fällt:

<B9-B-06>

78 AF2: Jo: sicher  
AF3: Ham mir da a Merkblatt noch für Marcoumar?

79 AF2: - oba wo?  
S1: Merkblatt kriegn'S /2" Pause/ Und

80 AF3: Da kriegns noch a  
S1: (...)tropfen hat die Dame bekommen?

81 AF3: Merkblatt mit.  
S1: Und (...)tropfen hat die Dame bekommen?

82 AF2: Tropfen hams schon?  
P: Ja.

83 AF2: Ja aufgeklärt worden.  
S1: Is sie schon aufgeklärt worden.

84 AF2: Jo  
AF3: (.....) gleich mit? Die Tropfn - des  
is falls  
S1: /Telefon läutet/ /S1 telefoniert/

85 AF3: is falls Sie es hebt die Wirkung vom Marcoumar

86 AF3: auf (.....). Operation - aba es wirkt nicht

87 AF2: Des is eigentlich nur für den Notfall ja? -  
AF3: sofort.

88 AF2: Unfall - - solltn Sie sich die Finger abschneiden

89 AF2: /lacht/ also nicht - nicht - - ja: - 12 Stunden

90 AF2: ungefähr (.....) - des wirkt ah - ah - trägt dazu

91 AF2: bei  
AF3: Es kann nur sein wenn da Wert zum Beispiel zu nieder

92 AF2: Ja da kann ma dann damit a bißl - nachhelfen - -  
AF3: ist.

93 AF2: jaja - des nehmens halt mit wenns irgendwo hinfahrn  
AF3: (.....)

94 AF2: - solltn. - I mein im Moment is ja eh no net  
AF3:

95 AF2: aktuell. Soda.  
AF3: Und den Ausweis nehmens mit.

AF2:	Wiedersehn und alles Gute
AF3:	Wiedersehn
P:	Danke wiedersehn.

96 Patienten, die mit einem Medikament zur Blutverdünnung (im vorliegenden Textausschnitt z.B. Marcoumar) behandelt werden, müssen genau über die Wirkungsweise und Notfallverhalten aufgeklärt werden, da sie sozusagen "künstliche Bluter" und z.B. bei Verletzungen akut gefährdet sind. Aus diesem Grund wird an die Patient/inn/en ein Merkblatt verteilt, von dem in den Flächen 78 bis 80 die Rede ist.

In Fläche 79/80 stellt die Schwester (!) eine Frage bezüglich bestimmter Tropfen, die sie in Fläche 81 wegen ihrer Bedeutung wiederholt. Dabei richtet sie sich nicht an die Patientin direkt, sondern an die Ärztinnen, da die Medikation in deren Aufgabenbereich fällt und sie offenbar hier nicht ihre Kompetenzen überschreiten will. Die Ärztin gibt dann die Frage in einer Art Stafette an die Patientin weiter, die sie dann erst beantwortet (Fläche 81/82). Die Vorgangsweise verläuft ähnlich mit der nächsten Frage zur Aufklärung.

Obwohl die Patientin die Frage mit "ja" beantwortet, wiederholen die Ärztinnen noch einmal die Aufklärung der Patientin. Offenbar sind sie sich nicht ganz sicher, ob sie wirklich aufgeklärt und informiert worden war. Es zeigt sich also hier, daß die Krankenschwester geradezu die "bessere Ärztin" ist, daß sie also aufgrund ihrer jahrelangen Routine mit Thrombosepatient/inn/en sehr genau über die Notwendigkeiten informiert ist. Allerdings muß auch diese Schwester hier ihre Kompetenzüberschreitung kaschieren, darf ihr Wissen und ihre Kontrolle nicht zeigen, sondern bedient sich bestimmter Taktiken (z.B. der indirekten Frage), um ohne Konflikt ihre Position durchsetzen und ihr Wissen einbringen zu können.

## 6.4. Schlußbemerkung

Diese Textpassagen zeigen also recht deutlich das Dilemma, in dem die Schwestern in der Ambulanz stehen. Einerseits sind sie aufgrund ihrer Aufgaben routinierter, wissen vielfach über die Patient/inn/en besser Bescheid und haben daher auf einigen Gebieten - besonders bezüglich der

## Organisation und Koordinierung - die größere Kompetenz.

Andererseits sind die Ärzt/inn/en in bestimmten Fällen weisungsberechtigt oder haben formal die Entscheidungskompetenz, wie in dem oben besprochenen Fall. Hier müssen die Schwestern z.T. recht komplizierte Strategien und Muster anwenden, um dieser paradoxen Situation in irgendeiner Weise entsprechen zu können und potentielle Konfliktherde von vornherein nicht entstehen zu lassen. Allerdings müssen sie jeweils in individueller Weise Widersprüche auflösen, die in der Institution dieser Ambulanz selbst angelegt sind oder, salopper ausgedrückt, Ungereimtheiten und Widersprüche des Systems persönlich ausbaden. Daß dies zu einer häufig sehr großen psychischen Belastung und Überforderung führt, liegt auf der Hand und kann auch aufgrund von Interviews mit Schwestern nachgewiesen werden:

S1: [...] daß ma wirklich öfter an Streß hat - so a Schwester muß sie jo wirklich um die Ärzte bemühen - schluckn und dann erst etwas sogn - manchmal liegt schon was auf der Zunge.  
(INTERVIEW S1, S.10)

Diese offensichtlich harmonisierende Verhaltensweise scheint wieder zu bestätigen, daß bestimmte Mythen zur Aufrechterhaltung des *status quo* nötig sind und daß viele Institutionen in unserem Gesellschaftssystem überhaupt nur deswegen funktionieren können, weil immer wieder Individuen in idealistischer Weise sozusagen persönlich die Widersprüche dieser Institutionen auffangen und in sich selbst anstatt in der Institution - die ja dadurch dann lahmgelegt würde - austragen. Dies ist also eine besonders versteckte und verschleierte Form der - psychischen - Ausbeutung.

## 7. DIE KOMMUNIKATION DER ÄRZTE/INNEN UNTEREINANDER

### 7.1. Einleitung

Wie schon aus den vorhergehenden Gesprächsanalysen hervorgeht, sind Konflikte, latente und manifeste Spannungen, Ineffizienzen, Chaos und Unflexibilität Charakteristika des gesamten Settings in der Ambulanz. Dies betrifft auch die kommunikativen Beziehungen des akademischen (ärztlichen) Personals unter- und miteinander. Unwissenheit, Konkurrenz, Stress und andere Faktoren müssen verschleiert werden und treten durch unterschiedliche Ventile hervor. Einzelne Aspekte (immer in Bezug auf unser Konzept in Kapitel 4) sollen hier nun näher behandelt werden.

Dabei wollen wir dokumentieren, wie die behandelnden Ärzte ihrerseits mit *Autorität* umgehen, d.h. wie sie reagieren, wenn sie mit hierarchisch höhergestellten Personen zu tun haben bzw. auch mit diesen in Konflikt geraten. Wie sich bereits in der Schwester-Arzt-Kommunikation gezeigt hat (vgl. Kap. 6.), sind solche Gesprächsereignisse in Institutionen wie Krankenhäusern (also hierarchisch geordneten, komplexen Institutionen) typisch; daher ist es notwendig, sie eingehend zu analysieren, um das "Ambulanzleben" verstehen zu können.

Autoritätsfunktionen, die die behandelnden Ärzte/innen betreffen, umfassen zwei Aspekte: Einerseits sind sie selbst z.B. gegenüber den Schwestern und anderem Pflegepersonal sowie gegenüber den Patient/inn/en Autoritäten, haben also eine z.T. sehr weitreichende Entscheidungskompetenz und auch Entscheidungspflicht. Warum sie dieser nicht immer nachkommen, muß daher ebenso in die Analyse einbezogen werden wie die zweite Dimension, nämlich die *Autorität, der sie ausgesetzt sind*. Diese höhergestellten Personen sind natürlich bei Turnusärzten in Ausbildung auf der Ambulanz recht zahlreich: Sie reichen vom unmittelbaren Vorgesetzten, dem Oberarzt in der Ambulanz, über den Primar der eigenen Station bis zu Abteilungsleitern anderer Stationen, die durch ihre Interventionen den regulären Ambulanzbetrieb "stören" können. Wir schreiben das "Stören" deshalb unter Anführungszeichen, weil eigenartigerweise diese

Interventionen an der Tagesordnung sind und auch durchaus ihre Berechtigung haben können (dies liegt aber außerhalb unserer Entscheidungskompetenz). Sie können daher durchaus als *Alltagsroutinen* bezeichnet werden, werden aber von den Ärzt/inn/en, wie wir noch zeigen werden, als Unterbrechung gerade dieser Routine empfunden. Man könnte also pointiert von einer *"routinemäßigen Störung der Routine"* sprechen. Dieser nicht verarbeitete Widerspruch führt natürlich auch zu einer erheblichen Belastung der diensthabenden Ärzte/innen.

Der zweite große Komplex typischer Kommunikation betrifft die Ausbildungsfunktion des Krankenhauses (vgl. dazu ausführlich MENZ 1989a). Die behandelnden Ärzte/innen in der Hauptambulanz sind noch in Ausbildung. Der Oberarzt hat auch eine Lehrfunktion, er ist Anlaufstelle für Problemfälle, die Kommunikation ist von diesem Faktum natürlich beeinflusst.

Drittens schließlich kommunizieren die Ärzte/innen auch untereinander, da sie zu zweit untersuchen (vgl. Kap. 8.). Die Kommunikation kann im wesentlichen zu einem der folgenden Typen gehören:

- 1) einfacher Informationsaustausch
- 2) Informationsverlangen, um etwas zu lernen
- 3) Informationsfrage
- 4) Bitte um Überprüfung
- 5) echte Beratung untereinander
- 6) Belehrung bzw. Erklärung
- 7) Diskussion, weil die Ärzte/innen verschiedener Meinung sind
- 8) Thematisierung der Fortbildung (Metadiskurs)

Vor allem auch in diesen Gesprächen zwischen den Ärzt/inn/en wird der Ausbildungs- und Lehrcharakter des Ambulanzbetriebes deutlich. Wir werden weiter unten noch näher darauf zu sprechen kommen.

Anhand zunächst eines einzigen Gespräches (<B05-B-06>), in dem sehr komplexe Handlungen ablaufen, möchten wir nun einige der oben besprochenen Kommunikationsmuster beschreiben, die für einen derartigen Betrieb typisch und charakteristisch sind.<sup>7</sup>

7) Das Gespräch findet sich im Anhang.

chenen Kommunikationsmuster beschreiben, die für einen derartigen Betrieb typisch und charakteristisch sind.<sup>7</sup>

Zu Beginn der Untersuchung befinden sich die Ärztin und die Ambulanzschwester im Raum, die den nächsten Patienten hereinbittet. Er ist 63 Jahre alt, Journalist (gehört also der Mittelschicht an) und wurde vom Operateur (Professor auf der Urologie) vorgezogen, weil die Operation sofort durchgeführt werden sollte.

Das Gespräch läßt sich nun zunächst in einige große Abschnitte einteilen:

- 1) Der erste Abschnitt reicht von Fläche 1 bis 26, in dem die beiden Ärzte noch die Befunde der vorherigen Patientin besprechen, nachdem der Arzt von einem "lehrreichen" Besuch beim Oberarzt zurückgekommen ist.
- 2) In Fläche 26 leitet die Ärztin mit "Sò" die Untersuchung des Patienten ein. Beide Ärzte zusammen versuchen die Anamnese zu erheben, stoßen jedoch bald auf Schwierigkeiten, da für sie notwendige Befunde (Lungenröntgen, Blutbefunde) nicht vorhanden sind. In diese Phase fallen auch zwei Störungen durch einen Arzt, der sich nach einer Patientin erkundigt (Flächen 46-47) und die Ambulanzschwester, die die Befunde eines früheren Patienten auf den Ärztetisch legt (Fläche 56).
- 3) Abschnitt drei beginnt in Fläche 57 mit der Diskussion des EKGs, das offenbar einige Unregelmäßigkeiten aufweist und die besondere Fortsetzung dieser Untersuchung bewirkt, die in Fläche 77 festgeschrieben wird. Der Patient soll zum Oberarzt zur genaueren Begutachtung. Dieser Abschnitt wird durch das Studieren eines Röntgenbildes (Flächen 85-86) unterbrochen
- 4) Der vierte Abschnitt beginnt in Fläche 106, als der Arzt das zuvor konstatierte Carotisgeräusch der Ärztin bekanntgibt und dieses dann nach dem "schlechten" EKG zum zweiten Problem wird.

---

7) Das Gespräch findet sich im Anhang.

- 5) Der für dieses Kapitel zentrale Abschnitt beginnt in Fläche 131, als ein Pfleger hereinkommt und den Patienten mit in den Operationsaal mitnehmen will. Der Arzt erklärt dem Pfleger recht rüde die Situation, daß sie den Patienten vielleicht gar nicht freigeben würden und fordert ihn auf, als er bereits gehen will, noch einen Moment zu warten, bis der Oberarzt käme. Er selbst geht hinaus, um ihn zu holen (Fläche 144).
- 6) In Fläche 153 kommt der Arzt wieder zurück und meldet, daß sie noch länger zu warten hätten. Wieder versucht er, dem Pfleger die Situation zu erklären, wird aber abgeblockt (Fläche 156).
- 7) Der weitere Verlauf, in dem der Arzt und die Ärztin den Befund erstellen (also die Untersuchungsergebnisse in die Krankenkartei eintragen), ist von einer Reihe von Störungen von außen charakterisiert:
  - a) In Fläche 160 kommt eine weitere Komplikation hinzu: Die Schwester holt den Arzt ans Telefon, weil wieder ein Patient, diesmal von der Neurochirurgie vorgezogen werden soll. Auch die Ärztin hätte jedoch gerne ein Auskunft von ihm. Dieses Durcheinander gibt dem Patienten die Gelegenheit, einen sozialen Turn über seinen Beruf einzuflechten, er wird jedoch ignoriert.
  - b) Nachdem sich der Arzt nach einem "sò" in Fläche 177 wieder dem Patienten zugewendet hat, kommt in Fläche 179 ein Taxichaffeur bei der Tür herein und erkundigt sich nach einer bestimmten Patientin. Diesmal übernimmt es die Ärztin, die Störung abzufangen.
  - c) In Fläche 183 - der Arzt ist schon ziemlich nervös ("paß auf") will er der Ärztin die Diagnose diktieren, wird jedoch in 184 von zwei Schwestern unterbrochen, die den zuvor urgierten Patienten anmelden. In Fläche 196 verläßt der Arzt nach dem Diktat den Raum, wahrscheinlich, um den Oberarzt erneut zum Kommen zu bewegen.
- 8) Abschnitt 8 beginnt mit einer Initiative des Patienten (Fläche 197), aus der sich ein Dialog zwischen der schreibenden Ärztin und ihm entwickelt, in dessen Verlauf sie ihn (nachdem es der Pfleger schon einmal getan hat) über das Carotisgeräusch aufklärt. Daran schließt sie noch drei weitere Anamnesefragen an (Fläche 235-237).
- 9) In Abschnitt 9 taucht der Oberarzt zusammen mit dem untersuchenden Arzt AM8 auf. Arzt und Ärztin schildern ihm den Fall, der OA stellt



einige (bereits gestellte) Fragen an den Patienten, ist teilweise mit der Diagnose der Ärzte nicht einverstanden (Flächen 256-258).

- 10) Der letzte Abschnitt wird durch das Auftreten des Professors (Fläche 258) eingeleitet. Der stellt nur eine einzige (rein pragmatische) Frage, nimmt den Patienten und geht. Die internistischen Ambulanzärzte entscheiden im nachhinein, noch eine Untersuchung (nach der Operation) durchführen zu lassen.

Das Auffallendste an dieser Untersuchung ist zunächst die große Anzahl der Unterbrechungen, die die Ambulanzärzte daran hindert, die Untersuchung des Patienten FHM wie gewohnt durchzuführen. Als zweite Besonderheit kommt hinzu, daß sich die Beurteilung des Patienten als schwierig erweist, weshalb der Oberarzt zusätzlich zu Rate gezogen werden muß. Drittens schließlich mußte der Patient vorgezogen und möglichst dringend und schnell untersucht werden, da der Operateur bereits auf ihn wartet, was zusätzlichen Druck bedeutet. Wir werden nun im folgenden sehen, daß diese Situationen für den Ambulanzbetrieb zwar typisch sind, in dieser Schärfe aber nicht immer zum Ausdruck kommen.

## 7.2. Die "routinemäßige Störung der Routine"

Die *Unterbrechungen* können selbstinitiiert sein oder von außen kommen, also nicht von den Arzt/inn/en beeinflussbar. Beide kommen in der oben dargestellten Untersuchung relativ häufig vor.

In Abschnitt 1 wird deutlich, daß der Arzt, obwohl der zu untersuchende Patient bereits im Zimmer liegt, mit einer anderen Fallgeschichte, die sehr "lehrreich" (Fläche 5) ist, bei der Tür hereinkommt:

<B05-B-09>

1 S: So is da frei? So der Herr FH von da URO  
AF2: Mhm Bitte

2 S: Wenns ma da ums Eck in die Kabine gehn - - bitte -

3 S: Oberkörper frei machen und aufs Bett legen.

4 AF2: /37" Pause; AF2 summt leise vor sich hin und raschelt

5 AM8: /kommt herein/ So - Du & des is recht lehrreich - wo  
AF2: mit Papier/

6 AM8: ma eigentlich ah hätten denken können - der  
AF2: mh?

7 AM8: sagt unbedingt KaBeBe präoperativ - weil des kann

8 AM8: ja eben des HP an und für sich normal sein. Und die  
AF2: mhm ja (.....) daß des is

9 AM8: Ery an und für sich auch im - Rahmen - der Norm - net.

10 AM8: Na es is da HK zwar niedrig  
AF2: I versteh net Ja - aber

11 AM8: Na verdünnt is  
AF2: so - - so verdünnt - des müßat (....)

12 AM8: jo eh net. Des is jo.  
AF2: Najo - der is jo mehr

13 AF2: eintrocknet. /4" Pause/ Versteh nicht. /murmelt/

14 AF2: Oiso. Mit einem Hämatokrit von 27 wenn des HP und die

15 AM8: Ja: - sag ma - es - sag  
AF2: Ery normal sind? - -

16 AM8: ma nicht kritisch sind - jo - -  
AF2: Aha - dann gibst

17 AF2: ihr des Kalium als Infusion - warum eigentlich?

18 AM8: Na wenns heut operiert wird no - vielleicht  
AF2: Aso heute



AM8: Des waß i jo net - hm? - Sò guat  
AF2: mhm

19

Während die Ärztin noch den Befund der vorherigen Patientin zu Ende schreibt, fragt die Schwester, ob sie den nächsten Patienten hereinholen könne. Nach einer Pause von 37 Sekunden kommt der Arzt wieder herein mit dem Befund einer früheren Patientin und beginnt ihn mit der Kollegin zu diskutieren. In dem Gespräch häufen sich Fachausdrücke und Medizinerjargon, es ist für einen Nichtmediziner im wesentlichen unverständlich, zeigt aber bereits einen Aspekt, auf den wir weiter unten noch eingehen werden, nämlich die Lernsituation für Turnusärzte in der Ambulanz, die tendenziell zur Behandlungsfunktion im Widerspruch steht (vgl. Kap. 8.). Gerade diese Lernfunktion nimmt viel Zeit in Anspruch (Diskussion untereinander, Besprechung mit dem Oberarzt, wobei häufig auf ihn gewartet werden muß etc.), verzögert also den Ambulanzbetrieb manchmal nicht unwesentlich.

In Fläche 20 ist der Arzt nun im Begriff, sich dem anwesenden Patienten zuzuwenden, was durch das "sò" angezeigt wird:

&lt;B05-B-09&gt;

AM8: Des waß i jo net - hm? - Sò guat  
AF2: mhm  
S3: /zu S2/ Soll i hintn a

20

Aber nun kommt die Ärztin ihrerseits mit einem Problem:

&lt;B05-B-09&gt;

AF2: Du eine Leukozytose  
S3: EKG schreibm wieda?  
S2: (.....)  
/AF2 liest Befunde der vorigen Patientin/ /zu AM8/

21

AF2: von 19.000 im Rahmen einer (.....) - bißl hoch

22

AM8: Najo - - - i SO mein - die hat ja schon ihr Kind  
AF2: ha

23

AM8: gekriegt - oda? Die hat schos Kind - na?  
AF2: Bitte? Ja.

24

AM8: Ja. Na des is normal - hom olle nach da Geburt - so

25

AM8: hohe Leuko. So.  
AF2: So gruß Gott - Sie sind da Herr? H.  
P: H.

26

Ihr fällt eine Unregelmäßigkeit im Blutbild der vorherigen Patientin auf (zu viele weiße Blutkörperchen), der Arzt jedoch, der bereits länger in der Ambulanz tätig und auch deshalb informierter ist, erklärt ihr, daß in diesem Fall (nach der Geburt) die hohe Zahl normal ist. So beginnt also die eigentliche Untersuchung erst in Fläche 26, nachdem sowohl die Ärztin als auch der Arzt mit dem Themenwechselanzeiger "sò" signalisiert haben, daß die bisherigen Themen abgeschlossen sind. Etwas überspitzt formuliert kann man also sagen, daß die Untersuchung bereits mit einer selbstinitiierten Störung beginnt.

In Abschnitt 2, dem ersten Teil der Anamnese, tauchen wieder zwei kurze selbstinitiierte Unterbrechungen auf, als der Arzt sich erkundigt, ob ein auch auf dem Tisch liegender Krankenakt bereits abgeschlossen sei oder nicht (Fläche 29) und als sein Stethoskop nicht funktioniert (Fläche 34).

In Fläche 46 wird die Untersuchung abermals unterbrochen, diesmal durch einen anderen Arzt:

&lt;B05-B-09&gt;

AM8: Nasentropfen - hast Du so wos?  
AMX: Größ Gott. Was soll i mit  
/AMX zu AF2/

46

AF2: Du ah den - den H. hab ich  
AMX: /Name/ mochn - mit den?

47

48 AF2: ich gebeten daß er (.....) abnimmt weil es is  
AMX: jo

49 AF2: eine marcoumarisierte Patientin - die hat ah - des

50 AF2: Macoumar abgesetzt vor 10 Tagen - auf Anordnung des

51 AF2: Hausarztes weil sie braucht das ja nicht mehr. Das

52 AF2: hat sich gebessert und jetzt hat sie Schmerzen - im

53 AF2: im - im Bein - oiso mir hat sie gesagt es is so wie

54 AF2: damals bevor sie (.....) wurde. Allerdings wars

55 AF2: eher für (.....)  
AMX: (.....)

56 AF2: Danke.  
S: Do homma den Herrn L. retour  
AMX: Danke. Wiederschaun. /S stellt Kuvert mit Röntgen=

Die Ärztin reagiert auf die Unterbrechung, während der Arzt das EKG zu Ende schreibt. Auf die Unterbrechung durch die Krankenschwester reagiert allerdings niemand, da diese Art von Unterbrechung zu den vom ärztlichen Personal tatsächlich als Routine angesehenen "Störungen" gehören dürfte:

&lt;B05-B-09&gt;

56 AF2: Danke.  
S: Do homma den Herrn L. retour  
AMX: Danke. Wiederschaun. /S stellt Kuvert mit Röntgen=

57 AM8: Hom Sie Herzschmerzen ghobt in  
S: vom Röntgen  
aufnahme zum Tisch/ /AM8 betrachtet EKG/

58 AM8: letzter Zeit?  
P: Jo wenn i mi überanstrengt hob - hob i

Die Abschnitte 3 und 4 sind ganz der Anamnese des Patienten gewidmet, wobei der Arzt die Untersuchung vornimmt und die Ärztin die Befunde einträgt und das Krankenblatt schreibt. Diese Abschnitte verlaufen ohne Störung von außen, allerdings zeigen die Ärzte zunehmend Nervosität, die einerseits auf die schwierige Diagnose, andererseits auf die Wirkung der vielen Störungen zurückzuführen ist:

&lt;B05-B-09&gt;

61 AM8: Aha - - dann hamma do irgendwas falsch - wor  
P: lung.

62 AM8: des no net anglegt. Du host des  
AF2: (.....)

63 AM8: schon anglegt - war des anglegt?  
AF2: Na - was isn des

64 AF2: na des wor jo net ANGLEGT /lacht/ (.....)

65 AM8: Najo: - i hab glaubt  
AF2: /lacht/  
P: Do müßt i jo scho tot sein.

66 AM8: des is scho  
AF2: Jojo - ma soi jo olles durchnaund mochn

67 AM8: Jaja. Olles olles - ma muaß sie um alles kümmern  
AF2: net.

68 AM8: gleichzeitig Des is bei uns  
AF2: Gleichzeitig drei Sachen.

69 AM8: so angenehm.  
P: Des is da Nachteil von an großn Spital.

- 70 AM8: Jo - tuns ganz entspannen ja? - Sie tun so ver=  
/AM8 legt EKG an/
- 71 AM8: krampfen - da wirds zittrig dann.  
AF2: Ach Blödsinn -
- 72 AM8: TIEF EINATMEN - -  
AF2: jetzt beschrift ich des folsche.
- 73 AM8: ausatmen - komplett ausatmen - gut - normal atmen -
- 74 AM8: /8" Pause/ - - najo Du oba - es muß doch angelegt  
/AM8 zu AF2/
- 75 AM8: gwesn sein.  
AF2: Aso? Mhm - also wenn Du glaubst es gibt
- 76 AM8: Jo aber dann bitte  
AF2: hier auch nur EINEN Befund dann
- 77 AM8: Dann schick ma ihm zum X./Name OA/  
AF2: hast Du dich geirrt.

Der Arzt legt das EKG zunächst unvollständig an (Fläche 61), die Ärztin beschriftet den falschen Bogen (Fläche 71), das Fehlen von wichtigen Befunden wird zur zusätzlichen Belastung (Fläche 75ff.), auf die mit einem ersten Entlastungszug von seiten des Arztes reagiert wird (Fläche 77): Der Patient soll zum Oberarzt geschickt werden, da sie keine Entscheidung treffen können<sup>8</sup>. Gleichzeitig reagiert die Ärztin auch explizit auf die sie überfordernde Situation (Fläche 66), und beide beklagen sich beim Patienten, der auch sofort darauf reagiert (Fläche 69). Die Klage hat auch ei-

8) Die Delegation nach oben auf eine höhere Stufe der Hierarchie ist ein häufiges Mittel der Konflikt"lösung" (vgl. DIEM-WILLE/WIMMER 1987:77).

nen latent schuldzuweisenden Charakter, denn schließlich mußte der Patient ja dringend vorgezogen werden.<sup>9</sup>

Die nächste Störung erfolgt in Abschnitt 5, als der Pfleger aus dem Operationssaal hereinkommt, um den Patienten abzuholen. Da er vom Professor geschickt ist, erzeugt er für die beiden Ambulanzärzte noch größeren Zeitdruck:

<B05-B-09>

- 131 AM8: schön atmen Jojo tuns  
PF: Derf i fragen uman Herrn H.?  
/PF kommt herein/ /AM8 zu PF/
- 132 AM8: net so eilig sein I waß  
PF: Entschuldign - war nur a Frage
- 133 AM8: da Herr da Herr Professor is ah so eilig - oba der
- 134 AM8: - den werd ma vielleicht gor net frei gebn weil ma  
PF: gut
- 135 AM8: erst den Herrn Ober\_ JA. Wartens no a  
PF: Danke  
X: bitte  
/PF wendet sich zum Gehen/
- 136 AM8: bißl - wenss jetzt könnens ja auf des ah no warten
- 137 AM8: net. Ob ma des - wir wissens gleich  
AF2: Offensichtlich
- 138 AM8: Des is sehr rasant - wissens  
AF2: jetzt is (.....)  
/Telefon läutet/ /AM8 zu PF/

9) Diese latente Schuldzuweisung wiederholt sich in Flächen 338 ff. Allerdings weist hier der Patient nun die Anschuldigung zurück (Fläche 346 und Fläche 348), da er ja nicht daran schuld ist und nur das ihm Aufgetragene befolgt.

139 AM8: - - TIEF EINATMEN - und tief Weu da  
 PF: I soll eam holn /AM8 zu P/ /PF zu AM8/ /AM8 zu PF/

140 AM8: OBERarzt telefoniert grad - wissen Sie - - wenn Sie

141 AM8: jetzt rüberlaufen - und sagen wir gem ihn vielleicht

142 AM8: vielleicht net FREI - dann wissens eh wos los ist.

143 P: /lacht/ Gebma ka Pickerl mehr für des Auto.  
 S: Ja bin da am Apparat.  
 PF: Nein. /S telefoniert/ /PF zu P/

144 AF2: - - - Blut is Ihnen abgenommen worden?  
 P: Notschlachten Ja  
 /AM8 geht hinaus, PF setzt sich neben P/

AM8 weist den Druck verbal zurück ("uns net so eilig sein"; Fläche 131f.), läßt den Pfleger auch noch nicht sofort wieder gehen, um den Druck nicht noch zu verstärken (durch einen aufgebrauchten Professor; Flächen 135-138), verläßt anderseits jedoch trotzdem den Raum, um noch einmal beim Oberarzt vorzusprechen, obwohl er weiß, daß dieser gerade unabhkömmlich ist.

Abschnitt 7 (Fläche 144-197; Protokollierung der Anamnese) ist durch eine Reihe von Störungen gekennzeichnet, wobei zunächst noch das "Problem" aus Abschnitt 5 (Pfleger will Patienten holen, der ist aber noch nicht fertig untersucht) gelöst werden muß (Flächen 153-161). Doch die nächste Störung schließt unmittelbar an:

<B05-B-09>

159 AM8: Ah - richten Sie aus drüben daß - daß da -  
 S: ach Momenterl  
 PF: danke. /AM8 zu PF/ /S zu AM8/

160 AM8: - daß da Oberarzt X./Name OA/ ihn - gleich anschaut.  
 S: bitte - von da Neurochirurgie ist jemand am Apparat

161 AF2: I kann jo dem X./Name OA/ nichts berichten  
 S: - Sekunde jo bitte. Neurochirurgie  
 PF: Gut. /S telefoniert/ /S zu AM8/ /AM nimmt

162 AM8: Hallo:? - - - mhm - - - Jo des kommt  
 AF2: - wann du mia sinnlos  
 P: Olles zgleich geht net  
 Telefonhörer, telefoniert/

163 AM8: heute des öfteren vor - wir sind schon etwas wir

164 AM8: sind schon etwas dekompensiert - jeder hat Wünsche -

165 AM8: Sonderwünsche - kommt bei da Tür herein - also um

166 AM8: wos gehts denn do bitte? - - Jo - jo  
 P: S'kummt ma so bekannt

167 AF2: mhm  
 P: vor - i arbeit für die Presse ah - da is da Streß

168 AF2: mhm  
 P: Stress oft noch vü ärger /lacht/ - es geht natürlich

169 AM8: - ja dann würd ich Sie  
 P: net um Leben und Tod dabei sondan um a poa Zeiln.  
 /AM8 telefoniert/

170 AM8: vielleicht bitten wenma - i mein i waß jo net - oder  
 AF2: Sagen Sie - Wo isn da Stein  
 /AF2 zu P/

171 AM8: wenn ma den jetzt runterschickn  
 AF2: bei Ihnen - rechts oder links? Und was soll da  
 P: Rechts

172 AM8: Okay - gut is. - Naja was soll i andres  
 AF2: gmacht werden für ein Eingriff mit da Schlinge oda

173 AM8: machn? - Bitte. Wiederhörn.  
 AF2: wie?  
 P: Eventuell Schlinge - zertrümmern geht net - weil

174 AM8: Dringendst kommt  
P: do sitzt a net an da richtigen Stelle. Eventuell a -

175 AM8: jetzt von da Neurochirurgie - dringenst  
AF2: Eventuell was?  
P: Skopie. Eine Skopie. Reinschaun möcht

176 AF2: Aha: aha: aha: - aber gschnitten?  
P: man. Gschnitten

177 AM8: So - setzns no  
AF2: Gschnitten wird nix  
P: wird nix - na: (.....)  
/AM8 zu P/

178 AM8: amal auf - daß i horchn kann.  
AF2: Jo eben - jo weil i weiß  
/AF2 zu AM8/

Der Arzt wird ans Telefon gerufen, weil ein weiterer Patient vorgezogen werden soll. Er hat also keine Gelegenheit, auch nur einen Augenblick den Patienten weiter zu untersuchen, ja er kann nichteinmal der Ärztin die von ihr benötigten Informationen geben. In Fläche 174f. informiert er seine Kollegin über den erneuten Zwischenfall, sie läßt sich jedoch nicht unterbrechen, sondern setzt die Anamnese mit dem Patienten fort. In Fläche 177 wendet sich der Arzt nach dem "so" wieder dem Patienten zu, ermuntert auch von der Ärztin, der noch immer wesentliche Informationen für die Niederschrift fehlen.

Doch einen Augenblick später tritt die nächste Unterbrechung auf. Diesmal ist die Ärztin betroffen, die sich - während der Arzt den Patienten weiter untersucht - mit dem hereintretenden Taxichauffeur befaßt:

<B05-B-09>

178 AM8: amal auf - daß i horchn kann.  
AF2: Jo eben - jo weil i weiß  
/AF2 zu AM8/

179 AM8: Tief - jo ganz tief - sehr gut weiter. /schnell/  
AF2: no nix.  
MX: Guten Tag  
/MX schaut bei der Türe herein/

180 AM8: Und tief. Und tie:f  
AF2: Wenn Sie draußen warten bitte  
MX: I wollt nur sagen - die  
/AF2 zu MX/

181 AM8: Guat is  
AF2: ja  
MX: Frau ah J. - i bin da Taxichauffeur - wor die scho  
/AM8 zu P/

182 AF2: Na die wor no net dran I  
MX: dran oder Sitzts no am Gang?

183 AM8: (.....) So - paß auf  
AF2: weiß net - schau'n Sie einmal raus.  
MX: Danke  
/AM8 zu AF2/

Zunächst will sie ihn abwimmeln, da sie glaubt, es handle sich um einen Patienten, gibt ihm dann jedoch eine Antwort, wenn auch keine sehr erschöpfende.

Der Arzt will sich nun der protokollierenden Kollegin zuwenden, kann allerdings kaum beginnen, als schon zwei Schwestern mit dem Patienten kommen, der kurz vorher am Telefon urgiert worden ist.

<B05-B-09>

183 AM8: (.....) So - paß auf  
AF2: weiß net - schau'n Sie einmal raus.  
MX: Danke  
/AM8 zu AF2/

184 AM8: - Cor host eh - also Herztöne leise - rein  
/2 Schwestern bringen Patienten von Neurochirurgie/

- 185 AM8: rhythmisch - - i hobs schon ghört i hobs schon ghört  
/AM8 zu S/
- 186 AM8: - wir werden uns bemühn - des is olles dringend - ja
- 187 AM8: i hobs schon ghört - ja er kommt als Nächster dran -
- 188 AM8: mein Gott wos soll i denn noch.  
S: Er is - er steht mitn Bett
- 189 AM8: jo is guat - MITN BETT?  
S: Mitn Bett - ja - er kann aba
- 190 AM8: Guat - okay  
S: gehn - er kann aufstehn Weu er geht gleich in OP
- 191 AM8: Und habts - Blute und so habts alles - nix  
P: Kann i scho runter?  
S: obe
- 192 AM8: natürlich net? Jo aber /lacht/  
S: Nichts abgenommen Wir ham nix - das is
- 193 AM8: Jo ok Jaja System  
AF2: Ok  
S: Das wissen Sie eh Professor System
- 194 AM8: - gut gut So Pulmo frei  
AF2: Pulmo? Gut. - Abdomen is eh

Zunächst gibt er den Schwestern zu verstehen, daß er bereits informiert ist, beklagt sich auch über die Arbeitsüberlastung (Fläche 188), quittiert auch die Information der Schwestern, daß der Patient im Bett liegend heruntergebracht worden ist, routinemäßig mit einem "jo ist guat" (Fläche 189) und zeigt erst seine Verblüfftheit und Erstaunung, nachdem er auch mental registriert hat, was die Formulierung "mitn Bett" bedeutet, da die Ambulanz so klein und verwinkelt ist, daß der Patient nur unter größten Schwierigkeiten in den Raum gebracht werden könnte. Allerdings beruhigen ihn die Schwestern sofort, als sie sehen, wie sehr er erschrocken ist.

Doch die zweite Komplikation folgt auf dem Fuß: Auch dieser Patient hat keine Blutbefunde. Die Schwestern wissen, daß das nicht üblich und eine Erschwernis für die Ambulanzärzte ist und entschuldigen sich, indem sie sich auf den Professor und sein System berufen.<sup>10</sup>

Der Arzt lacht und wehrt resignierend ab (Flächen 192-194). Die Ärztin holt ihn mit ihrer Frage nach der Lunge wieder zur laufenden Untersuchung zurück, die er mit einem "ò" einleitet (Flächen 194-195).

In Fläche 196 verläßt der Arzt wieder das Zimmer, um den Oberarzt zu holen, verursacht also erneut selber eine Unterbrechung. Er kommt zusammen mit dem Oberarzt wieder in Fläche 237, womit diese Untersuchung beendet werden kann.

Diese für einen Ambulanzbetrieb typische störungsreiche Situation wirkt sich natürlich auch auf den Umgang mit den Patienten aus (vgl. auch Kap.5.5.2.). In diesem Rahmen hier ist jetzt nur von Belang, daß durchaus von einer "routinemäßigen Unterbrechung der Routine" gesprochen werden kann, daß also das augenscheinliche Chaos zum Normalbetrieb gehört und nicht die Ausnahme, das Unerwartete darstellt. Insofern ist natürlich zu überlegen, wie unter solchen Bedingungen sinnvoll gearbeitet werden kann und welche Auswirkungen eine solche Umgebung auf das Befinden der Patient/inn/en hat (Kap. 8.2.).

10) Die beiden Schwestern sind nicht deutscher Muttersprache, daher die nicht ganz korrekte Formulierung.

### 7.3. Der Umgang mit Autorität: "Der Bauer schickt den Jokl aus"<sup>11</sup>

Das vorliegende Gespräch ist aber nicht nur hinsichtlich seiner Unterbrechungen interessant und aufschlußreich, sondern zeigt auch sehr deutlich den Umgang der Ärzte mit hierarchischen Strukturen, und zwar in beide Richtungen: einerseits nach "oben" (Professor, Oberarzt etc.), andererseits aber auch nach "unten" (Pflegepersonal). Dies wollen wir nun näher untersuchen.

Ihren Ausgang nimmt die Geschichte bereits im vorhergehenden Gespräch **B05-B-08** (vgl. LALOUSCHEK / MENZ / WODAK 1988), als der Professor in die Ambulanz kommt und "bittet", daß sein Patient vorge-nommen werden solle:

<B05-B-08>

- 133 AF2: Bißl anhebn (.....)  
APR: Größ Gott  
S: Größ Gott
- 134 APR: Ah können Sie ma den Herrn H. glei amal drannehmen -
- 135 APR: i bräucht den nämlich gleich wieder zur Narkose  
AMB: GU:AT
- 136 APR: jo /geht wieder- Pause bis die Tür geschlossen ist/

11) Der Titel spielt auf ein Kindergedicht an, in dem der Bauer den Jokl ausschickt, um den Hafer zu schneiden. Der kommt dem Auftrag jedoch nicht nach, so daß der Bauer an immer neue Handelnde neue Aufträge vergeben muß, die diese jedoch auch nicht ausführen. Erst als der Bauer nun selbst hinausgeht - als oberste Autorität - kann er der Sache ein Ende machen: Alle Beauftragten kommen nun ihren Aufträgen sofort und anstandslos nach. Dieser *Instanzenzug* von Rangniedrigen bis hin zur höchsten Autorität kann in der hier analysierten Operationsfreigabe sehr gut nachvollzogen werden.

- 137 AMB: Deswegn hab i a GU:AT gsogt  
AF2: Bitte /lacht/  
S: Na dea hots
- 138 AMB: ja:ja:  
AF2: Wos? Hoher Besuch.  
S: gnädig Schreck - lich.
- 139 /ca. 6" Pause/

Nach der sehr formalen Begrüßung durch die Schwester kommt der Professor gleich zur Sache und geht sofort wieder, ohne sich zu verabschieden, sobald der Arzt sein Einverständnis signalisiert hat.

Die Ärztin reagiert, nachdem der Professor das Zimmer verlassen hat, mit einem besonders betonten "b'itte", dessen steigend-fallende Intonation die rüde und sehr autoritäre Form der Intervention besonders hervorstreicht. Der Arzt versteht sofort, was die Ärztin meint und erklärt, daß er seinerseits genau das Gleiche gemeint habe, indem er "GU:AT" sagt, eben mit dieser besonders starken fallenden Betonung ohne einen weiteren Kommentar oder eine Erklärung. Auch die Schwester schlägt in die gleiche Kerbe und gibt damit ebenfalls zu verstehen, daß sie die Intervention des Professors als erwähnenswert einschätzt. Alle drei Aktanten beschweren sich zwar über die Art und Weise der Intervention, beugen sich ihr jedoch sofort: Sie können aufgrund der Hierarchien auch schwerlich anders entscheiden, als den betreffenden Patienten vorzuziehen.

Die Untersuchung des Patienten kompliziert sich (vgl. oben) und dauert daher länger als erwartet. Jedenfalls schickt der Professor nach geraumer Zeit einen Pfleger vom Operationssaal in die Ambulanz, um den Patienten zu holen:

<B05-B-09>

- 131 AMB: schön atmen Jojo tuns  
PF: Derf i fragen uman Herrn H.?  
/PF kommt herein/ /AMB zu PF/
- 132 AMB: net so eilig sein I waß  
PF: Entschuldign - war nur a Frage

- 133 AM8: da Herr da Herr Professor is ah so eilig - oba der
- 134 AM8: - den werd ma vielleicht gor net frei gebn weil ma  
PF: gut
- 135 AM8: erst den Herrn Ober\_ JA. Wartens no a  
PF: Danke  
X: bitte /PF wendet sich zum Gehen/
- 136 AM8: bißl - wemns jetzt könnens ja auf des ah no warten
- 137 AM8: net. Ob ma des - wir wissens gleich  
AF2: Offensichtlich
- 138 AM8: Des is sehr rasant - wissens  
AF2: jetzt is (.....) /Telefon läutet/ /AM8 zu PF/
- 139 AM8: - - TIEF EINATMEN - und tief Weu da  
PF: I soll earm holn /AM8 zu P/ /PF zu AM8/ /AM8 zu PF/
- 140 AM8: OBERARZT telefoniert grad - wissen Sie - - wenn Sie
- 141 AM8: jetzt rüberlaufen - und sagen wir gem ihn vielleicht
- 142 AM8: vielleicht net FREI - dann wissens eh wos los ist.

Hier weist der Arzt den Pfleger ob seiner Eiligkeit zurecht, obwohl diese Kritik viel eher der Intervention des Professors von vorhin gilt als dem Pfleger. Der Pfleger entschuldigt sich einerseits, weist aber andererseits auch die Kritik als ungerechtfertigt zurück, indem er sich als Bote deklariert. Der Arzt gibt in Fläche 133 dann auch zu erkennen, wem die Kritik des Drängens tatsächlich gilt (nämlich dem Professor), bezieht aber weiterhin den Pfleger auch mit ein (das "ah" (=auch) weist darauf hin), der Pfleger muß also weiterhin in gewissem Ausmaß den Unmut des Arztes über die Intervention auffangen. Auch im weiteren Verlauf begründet er seine Entscheidungen dem Pfleger gegenüber z.T. recht ausführlich (so z.B. in Flä-

che 139ff., als er den Pfleger auf die möglichen Folgen aufmerksam macht, wenn er jetzt zurückginge).

In Fläche 144 geht der Arzt nun seinerseits hinaus, um den Oberarzt zu holen, damit die Untersuchung abgeschlossen werden kann, kommt jedoch wenig später wieder unverrichteter Dinge zurück:

<B05-B-09>

- 154 AM8: Telefoniert grad mit Oberpullendorf - oba es is es  
/AM8 zu P/
- 155 AM8: is bei Ihnen net so ganz - (.....) er  
/AM8
- 156 AM8: hot keine Blute - er hot Er hot gsogt wir  
PF: Sie entscheiden  
zu PF/
- 157 AM8: solln ihn vornehmen - wir ham ihn vorgenommen - wie
- 158 AM8: befohlen  
PF: Genau - Sie entscheiden WANN - und wos. Gut
- 159 AM8: Ah - richten Sie aus drüben daß - daß da -  
S: ach Momenterl  
PF: danke. /AM8 zu PF/ /S zu AM8/
- 160 AM8: - daß da Oberarzt X./Name OA/ ihn - gleich anschaut.  
S: bitte - von da Neurochirurgie ist jemand am Apparat

Da der Oberarzt gerade telefoniert, kann er nicht sofort in die Hauptambulanz kommen, der Arzt muß den Pfleger also wieder zurückschicken. Gleichzeitig versucht er zu begründen, warum die Komplikationen aufgetreten sind, daß nämlich die Urologiestation es verabsäumt hätte, notwendige Befunde mitzuliefern, daß sie, die Ambulanzärzte ohnehin alles so getan hätten, was ihnen "befohlen" (Fläche 158) war. Der Pfleger jedoch unterbricht ihn (Fläche 158) und delegiert die ganze Verantwortung an den Arzt zurück. Er will mit der Entscheidung nichts zu tun haben, will keine Instanz sein, die die Entscheidung gutheißt oder kritisiert, und weist



sie daher auch entschieden zurück. Der Arzt will jedoch seine Autorität und seine Entscheidungsverantwortung noch nicht wahrhaben, sondern setzt ein zweites Argument nach, indem er ebenfalls die Verantwortung nach oben delegiert (Flächen 159f.): er habe genau nach der Anweisung gehandelt, sei also selbst nicht an der Verzögerung schuld.

Der Pfleger bekräftigt und wiederholt seine Delegation der Zuständigkeit noch einmal, bevor er sich zum Gehen wendet. Und erst jetzt nimmt der Arzt seine Autoritätsrolle wahr, indem er dem Pfleger einen Auftrag erteilt, was er dem Professor ausrichten soll. Bisher hatte er versucht, durch Argumentieren Sympathie oder zumindest Verständnis von seiten des Pflegers für die schwierige Lage zu erhalten. Der hatte dies jedoch konsequent verweigert, da er selbst mit der Entscheidung nichts zu tun haben wollte. Anhand der Reaktion des Pflegers zeigt sich also sehr deutlich die andere Seite von hierarchischen Strukturen: Sie können durchaus für die hierarchisch untergeordneten Positionen *entlastend* sein.

In Fläche 196 verläßt der Arzt noch einmal den Raum, um den Oberarzt zu holen und kommt schließlich in Fläche 237, diesmal endlich mit dem Oberarzt, wieder herein:

<B05-B-09>

238 AM8: So - er kömmt - - - er geht.  
P: Er kommt und geht. Wos?  
OA:

239 AM8: (.....) in da  
P: Er kommt und geht.  
OA: ER kommt und geht?  
/AM8 zu OA/

240 AM8: Anamnese nichts auBa  
AF2: Keine cardiale Anamnese hatta - die  
/AF2 zu OA/

241 AM8: a Belastungsdispnoe - - Seit drei Jahren. - Keine  
AF2: Blute hamma - Blute hamma keine

242 AM8: Blute und a Carotis  
AF2: Kein Corpulmo - und ein Carotisströmungsgeräusch hat

243 AF2: er auch - aber a leises - i mein des is schon sehr.

244 AF2: Na eher nieder  
P: eher nieder  
OA: Hams an hohen Blutdruck Das EKG  
/OA zu P/

245 AF2: ja  
OA: schaut nicht sehr schön aus - - - des is Uro? Was  
/OA zu AF2/

246 AF2: A Schlingenentfernung und  
OA: soll jetzt gmacht werden?

247 AM8: ja  
AF2: und Uretheroskopie - - also angeblich nix gschnitten

248 AF2: - sogt er. Steht aber nix auf  
P: Nein nichts geschnitten

249 AM8: Die Lunge is frei /6" Pause/  
AF2: da Zuweisung  
P: Hot er ma extra gsogt  
/Telefon läutet, S hebt ab/

250 S: Schwester S. - guten Tag  
OA: Nie Schmerzen ghabt am Herz - Angina pectoris  
/OA zu P/

251 OA: (.....) Druck?  
P: Najo i hob scho manchmal -

252 OA: Jaja -  
P: wenn i mi stark belaste - wenn i irgendwos

253 OA: sieht ma auch im EKG - des Herz is schlecht durch=

254 OA: blutet -  
P: Mhm - ich dacht ma schon - i hob nur net gwußt

255 AM8: Hm?  
P: ob Sauerstoff Jaja  
OA: Manchmal a bißl kurzatmig und so

256 P: genau jaja jaja  
 OA: A Carotisströmungsgeräusch links?  
 PX: Is da a Anmeldung?  
 /PX schaut herein/ /OA zu AF2 und AM8/

257 AM8: Jawoll  
 OA: Hör i aba net  
 /OA horcht P ab/ /starke Hintergrundgeräusche/

258 AF2: Ganz leise is es - Du - hams ja gsogt.  
 OA: viel.  
 /UPR kommt herein/

Der Arzt spielt in Fläche 237 auf die Nichtverfügbarkeit des Oberarztes an, der andauernd beschäftigt und ständig unterwegs ist. Auch der Patient wiederholt denselben Satz, da er am eigenen Leib erfahren hat, welcher Verkehr in dieser Ambulanz herrscht. Der Oberarzt kennt sich nicht aus, ("ER kommt und geht?"), wird auch nicht informiert, sondern gleich in die Befundgeschichte des Patienten eingeführt. Drei Dinge stehen im Vordergrund:

Erstens das schlechte EKG des Patienten, das ja auch der Anlaß für die Verzögerungen und Komplikationen war, zweitens das Carotisgeräusch und drittens die Klage darübr, daß von der Station keine Blutbefunde erhoben wurden, die Ärzte hier also gar keine differenzierte Diagnose erstellen könnten. Hier wird also der Unmut über die Autoritäten anderer Stationen dem eigenen Vorgesetzten, nämlich dem Oberarzt geschildert. Dieser reagiert jedoch nicht auf die Klagen über den Ablauf, sondern bezieht sich sofort ausschließlich auf den fachlichen Teil, das EKG. Es folgt eine weitere Teilanamnese mit Fragen, die der Arzt und die Ärztin auch bereits gestellt hatten. Zum Teil antworten die Ärzte statt des Patienten, z.T. wird den bürokratisch notwendigen Papieren mehr Glauben geschenkt als den Aussagen des Patienten (Flächen 246-229).

Das Carotisgeräusch (die zweite Auffälligkeit) wird vom Oberarzt bezweifelt (Flächen 246ff.). Die Ärztin rechtfertigt sich, sie hätte ja gesagt, daß es ganz leise sei. Dadurch versucht sie auch gleichzeitig ihre Kompetenz und ihr Können zu verteidigen, daß nämlich die Konsultation des Oberarztes gerechtfertigt und damit auch die lange Untersuchungszeit des Patienten zu begründen sei. Wäre das nämlich nicht der Fall, müßten die Ambulanzärzte ganz allein die Verantwortung für die unerwartete und spannungs-

geladene Verzögerung tragen. Dagegen wehrt sie sich mit der Rechtfertigung in Fläche 258.

In diesem Augenblick kommt der Professor selbst herein, um sich nach dem Patienten zu erkundigen, bzw. ihn zu holen:

<B05-B-09>

258 AF2: Ganz leise is es - Du - hams ja gsogt.  
 OA: viel.  
 /UPR kommt herein/

259 AM8: (.....) es is so - daß er doch  
 OA: Na guat - des kann

260 OA: a Stenokardie sein - oba i mein  
 UPR: Wiads bessa wemma  
 /UPR zu OA/

261 OA: Na  
 UPR: wartn? Ebm - na dann

262 /Piepserl/ /Kassettenwechsel/

263 P: Oiso mit an Wurt. Ka Pickerl mehr fia des Auto.  
 /S telefoniert/

264 AM8: Soll ma an Carotisdoppla amal machn?  
 OA: Ja - machma.  
 /AM8 zu OA/

265 OA: Guat is.  
 /starke Hintergrundgeräusche/

Der Arzt versucht den Standpunkt, daß der Patient ein Carotisgeräusch habe, noch weiter auszuführen, der Oberarzt unterbricht ihn, gibt ihm teilweise recht ("des kann ... sein"), und kommt seinerseits nicht dazu, fertig zu formulieren, da ihm der Professor mit einer ganz pragmatischen Frage ins Wort fällt, nämlich ob der Zustand des Patienten sich durch Warten verbessern würde. Als der Oberarzt dies entschieden verneint, führt er den Patienten eigenhändig in den Operationssaal.

Der Arzt rettet gewissermaßen die Situation für die interne Abteilung dadurch, daß er (bereits in Abwesenheit des Patienten) den Vorschlag zu einer späteren genaueren Untersuchung (Carotisdoppler) macht. Der Oberarzt stimmt zu und signalisiert damit, daß die so genaue Untersuchung nicht überflüssig und fehl am Platze war, wie das abrupte Ende sonst vermuten lassen könnte.

Der Umgang mit Autorität ist also gekennzeichnet durch ein ständiges *Delegieren* und *Intervenieren*, das zu keinem Resultat führt, bis der Initiator, der Professor selbst, auftritt und der gesamten Untersuchung durch eine einzige Frage ein Ende setzt. In dieser Art der Entscheidungsfindung wird die unterschiedliche Beurteilung von komplizierten Sachlagen in der chirurgischen und der internistischen Abteilung deutlich, die auch wiederholt Thema medizinischer Untersuchungen ist. Internisten neigen dazu, bestimmten Störungen und ihren Ursachen näher auf den Grund zu gehen, für Chirurgen ist der einzige relevante Entscheidungsgrund derjenige, ob der Patient / die Patientin operierbar ist oder nicht. Von Außenstehenden bzw. Nichtmedizinern kann nicht entschieden werden, welcher Entscheidungsprozeß im vorliegenden Fall der geeignetere gewesen wäre, ob all diese Verzögerungen, die für den Patienten gerade vor einer Operation eine nicht unerhebliche Belastung darstellen, tatsächlich für eine fundierte Entscheidung in bezug auf eine Operationsfreigabe notwendig waren. Daß gleichzeitig "Machtspiele", Konkurrenz und Verweigerung das Gespräch bestimmen, ist klar. Sie werden häufig anhand fachlicher Themen ausgeführt und gehen dadurch auf Kosten der Patient/inn/en. Solche institutionellen Spannungen und Probleme müßten unter Umständen durch Teamgespräche und Supervision aufgefangen werden, um eine Vermischung mit der inhaltlichen Arbeit zu vermeiden und diese dadurch auch effizienter gestalten zu können.

Eine mögliche Interpretationsspielart deutet sich auch in der Diskussion zwischen dem Arzt und dem Pfleger an, als der Arzt ihn darauf hinweist, daß er Patient möglicherweise gar nicht freigegeben wird. Durch die sehr rüde Intervention des Professors, die auch zu erkennen gab, daß er die Operationsfreigabe durch Internisten mehr oder weniger nur für eine lästige, gesetzlich vorgeschriebene Routine ansieht, ist das Selbstwertgefühl der Internisten angegriffen, wie deren Reaktion darauf auch zeigt (B05-B-08, Flächen 133-138). Durch die Verzögerung und die drohende Blockierung der Operation (Verweigerung der Freigabe, gedeckt durch

den Oberarzt) kann der Arzt wieder auf die Wichtigkeit und die Bedeutung seiner Tätigkeit aufmerksam machen.

Und erst als der "Chef" nun selbst "hinausgeht", löst sich das Problem, zumindest von medizinischer Seite wie von selbst. Die Wirkung auf den Patienten jedoch war extrem beunruhigend, wie wir noch weiter unten sehen werden.

### 7.3.1. Weitere Arten des Umgangs mit Autorität

Bisher haben wir folgende Arten von Umgang mit Autorität gesehen:

- 1) Nichtwahrhabenwollen der eigenen Autorität (im Umgang mit dem Pfleger):
- 2) Delegierung der Verantwortung an die nächsthöhere Entscheidungsinstanz;
- 3) Die unterschiedliche Art der Entscheidungsfindung je nach hierarchischer Position zwischen Professor, Oberarzt und den Turnusärzten/innen.

In seiner Rolle als Vorgesetzter hat der Oberarzt jedoch auch noch eine andere Funktion für die Turnusärzte/innen, nämlich die einer Anlaufstation, wenn es Schwierigkeiten nichtmedizinischer Natur gibt:

<B05\_A-01>

8	OA: /kommt herein; zu Linguist/inn/en/ (.....)
9	OA: .....) scho da? AM8: Na de is (.....)
10	OA: Nehman die imma auf wenn du - 2 AM8: .....) GUT ah
11	OA: Tag Dienst ghabt hast AM8: Immer immer AF2: Ja Schrecklich

12 AM8: Die ergötzen sich an meinen Zitaten net  
AF2: Na - des is

13 AM8: Na - des is woar. Nach  
AF2: sowas Belastendes - natürlich

14 OA: (.....)  
AM8: so an Dienst - - weißt im Unterbewußtsein - des

15 AM8: kommt dann erst nachher. Wei - irgendwie - - nervt an

16 OA: /telefoniert/  
AM8: des. - - Oba /7" Pause/

Hier hat der Oberarzt also die Funktion, *Beschwerdestelle* wegen der Tonband-Aufnahmen zu sein. Die Ärzte wenden sich nicht direkt an die Linguist/inn/en, sondern an die höhere Instanz im Beisein der Betroffenen. Dabei unterstützen der Arzt und die Ärztin einander. Allerdings reagiert der Oberarzt nicht darauf, sondern beginnt zu telefonieren.

Es kommt jedoch auch die entgegengesetzte Reaktion vor, daß nämlich die *Autorität* des Oberarztes (scheinbar) *mißachtet* wird. Im folgenden Ausschnitt führt der Turnusarzt einen männlichen Patienten in die Ambulanz herein, während sich noch eine Patientin im Raum aufhält. Die Situation ist also heikel, weil auf Tabuthemen wie Sexualität / Intimität im Krankenhaus Bezug genommen wird und eine diesbezüglich eindeutige Vorschrift verletzt wird:

<B06-A-10>

1 AM8: /bringt P indem er ihm Anstaltshemd hinten zuhält/  
2 AM8: So: - so: - Bitte das sind die Bedingungen der  
3 AM8: (.....) ihm muaß i do seine Scham zudecken. -  
4 AM8: - Bitte - du könntest auch amal vielleicht a bißl.

5 OA: Jetzt woat amal - die Dame is ja noch dran. /ernst/  
AM8: /lacht/  
AF2: /lacht/

6 OA: Na - sei net blöd  
AM8: Na jo wos soll ich denn

7 AM8: MOCHN - i waß jo des net. Es is da dringende - es is

9 OA: Na gut oba  
AM8: a dringende vom Professor D. - weißt.

10 OA: trotzdem muß er worten Wos san denn des  
AM8: sò/lacht/

11 OA: fia Zustand. Muaß a ebm wartn - na. - Des  
AM8: (.....)

12 OA: geht do net. Des geht net  
AF2: Von da Neurochirurgie

13 OA: so /geht hinaus/  
AM8: Des is a - so: is  
S: Do kenntens ma an Zettel ah gehm

14 AM8: die Dame weg - guat.  
S: Jo i waß jo net - Sie kennan

15 S: jo net ollas so durchgehn lossn do. - Is des fertig

Die Tabuverletzung ist umso gravierender, als der Patient nur sehr unvollständig mit einem Anstaltshemd bekleidet ist, das am Rücken nicht einmal geschlossen ist, so daß der Arzt es ihm beim Hereinführen mit seinen Händen zuhalten muß.

Der Oberarzt reagiert ziemlich scharf und weist den Arzt an, ein wenig zu warten, bis die Frau den Raum verlassen hat. Doch sowohl der Arzt als auch die Ärztin reagieren mit einem abwehrenden Lachen, d.h. sie nehmen die Intervention des Oberarztes, obwohl er ihr Vorgesetzter ist, nicht wirklich ernst, bzw. die Situation ist ihnen peinlich, und sie können mit sol-

chen Anspielungen und Gefühlen nicht umgehen. Der Oberarzt weist den Arzt darauf noch einmal mit einer Formulierung zurecht, die ihm zu verstehen gibt, daß er es sehr ernst meint und nicht im Spaß gesagt habe.

Der Arzt rechtfertigt sich mit dem Hinweis auf eine andere Autorität, eine Verantwortungsstrategie, die wir bereits kennen: Ein Professor der urologischen Abteilung habe angerufen und gebeten, diesen Patienten dringendst vorzuziehen (vgl. <B05-B-09> Flächen 162ff.). Der Arzt befindet sich also in einem Autoritätskonflikt, wem er eher gehorchen soll, und versucht daraus zu entkommen, indem er den Oberarzt (scheinbar) nicht ernst nimmt (Fläche 5). Außerdem argumentiert er, daß Notfälle und Zeitdruck eben die Mißachtung bestimmter Regeln rechtfertigen würden. Der Oberarzt pocht jedoch darauf, daß gewisse Grundregeln - Intervention hin oder her - auf jeden Fall eingehalten werden müßten und verläßt, nicht ohne die untragbaren "Zustände" noch einmal kritisiert zu haben, den Raum.

Die Schwester schlägt in dieselbe Kerbe, nämlich daß nicht alles gemacht werden könne, sondern bestimmte Regeln - besonders offenbar im tabuisierten sexuellen Bereich - eingehalten werden müßten. Die Ärzte reagieren zunächst nicht mehr darauf, sondern nehmen das "Angebot" der Schwester, über Sachthemen zu sprechen, an. Erst am Ende der langen Untersuchung (der Patient ist ein Sonderklassepatient und muß daher vom Oberarzt untersucht werden, der jedoch nicht abkömmlich ist) kommt der Arzt wieder auf diese Gesprächspassage zurück:

<B06-A-10>

341 AM8: I halts lieber zu weils sonst - sonst hamma an

342 AM8: Anstand da - - so gehts eh

Letztlich nimmt er sich die Kritik also doch zu Herzen und verhält sich dementsprechend. Insofern war also die Mißachtung der Autorität nur scheinbar und vorübergehend, also durch Abwehr bestimmt.

## 7.4. Die Ausbildungsfunktion der Ambulanz

### 7.4.1. Der Oberarzt als Ausbildungsinstanz

Neben der Funktion als hierarchisch übergeordnete Instanz hat der Oberarzt auch die Funktion eines Ausbildners. Beide Funktionen sind natürlich eng miteinander verwoben und bedingen einander bis zu einem gewissen Grad, trotzdem ist es sinnvoll, sie analytisch zu trennen, da sie unterschiedliche Folgen haben.

Wie zeigt sich die Ausbildungsfunktion des Oberarztes? Erstens dient er als Auskunftsstelle für Probleme, welche die Ärzte/innen in Ausbildung nicht selbst lösen können:

<B12-B-06>

AF2: Da fragma n X. /Spitzname OA/ Ob er damit

AF2: einverstanden wäre. - - -

AF3: Hm? -

<B09-A-02>

9 AF2: Laß ma das aber noch liegen - weil da möcht ich dann

10 AF2: wen noch fragn auf jedn Fall - gell. - - Wenn jemand

AM8: mhm

11 AF2: runtakommt.

AM8: mhm - /8" Pause/

Diese Funktion als Auskunftsstelle ist so zentral, daß sogar Witze darüber gemacht werden (um sich zu distanzieren und auch, um die eigene Unsicherheit zu verbergen).

&lt;B13-B-04&gt;

- 70 AF2: Na - i hab  
 AF3: (.....)  
 S: vom Quantalan Kennans gar net Frau Dokta
- 71 AF2: das noch nie I hob des no  
 S: guat bei antibiotische Durchfälle  
 AF3: /schreibt und
- 72 AF2: nie verschriebm - I hab glaubt des is für erhöhte  
 AF3: murmelt dabei/
- 73 AF2: Blutfette nau siehst es jetzt  
 AF3: was denn  
 S: Aber gor net
- 74 AF2: frag doch die S./Name der Ambulanzschwester/ - wos
- 75 AF2: fragst den X /Name des Oberarztes/ /lacht/  
 AF3: /lacht/

Die Ärztinnen diskutieren über ein Medikament, das eine von ihnen nicht kennt und auch noch nie verschrieben hat. Die Schwester, die dieses Medikament bereits selbst einmal eingenommen hat, kennt es jedoch und mischt sich in die Diskussion ein, indem sie die Ärztin AF2 über dessen Wirkung aufklärt. Die Ärztin antwortet nun, daß offensichtlich die Schwester genauso gut Bescheid wüßte wie der für solche Probleme an und für sich zuständige Oberarzt, daß es also eigentlich überflüssig sei, ihn zu fragen, wenn mit der Schwester eine solche Experte immer in Reichweite wäre.

Diese Äußerung ist natürlich ironisch gemeint, unterstreicht aber, daß der Oberarzt *explizit* als (einzige) legitime Auskunftsstelle gilt.

Beispiele dafür lassen sich in beinahe jedem Gespräch finden. Die Folge dieser Ausbildungsfunktion ist, daß sich mitunter ganze Berge von Krankengeschichten türmen und die Unordnung steigt, da bei gewissen Fragestellungen Informationen eingeholt werden müssen, bzw. die Ärzte/innen aus ihrem Streben nach neuem Wissen eben die Ambulanzsituation, in der

sie relativ selbständig arbeiten und häufig Entscheidungen treffen müssen, zu diesem Zweck ausnützen.

Dies verursacht tendenziell weitere Störungen, da Unterlagen herumliegen und verwechselt werden können; der Druck wegen "unerledigter" Sachen wird größer, der Streß und damit die Belastung steigen. Dazu kommt, daß der Oberarzt häufig nicht verfügbar, weil anderweitig beschäftigt, ist. Das daher sehr häufige und lange "Warten auf den Oberarzt" zieht ebenso Störungen im Ablauf nach sich, wie aus dem oben analysierten Gespräch hervorgeht. Würde der Ambulanzdienst von den Arzt/inn/en nicht so sehr als Lernsituation gesehen, müßten sie nicht so häufig den Oberarzt fragen und wären nicht so lange mit jedem einzelnen Fall beschäftigt.

<B13-A-07>  
Seite 6 / Fläche 15<sup>12</sup>

- 15 AF2: Na der kommt eh gleich wieder /24"  
 AF3: (.....)
- 16 AF2: Pause/ Mhm -  
 AF3: Wart da könnt i ma was zum Essen kaufn.
- 17 AF2: sehr gut /22" Pause/ (.....)
- Seite 8 / Fläche 21
- 21 AF2: Na: - aber ich schreib da jetzt weil  
 AF3: War er schon do?
- 22 AF2: sonst - wenn er dann kommt - dann vergißt man
- 23 AF2: wieder die Hälfte. Wieviel hamma denn noch?  
 AF3: I hab

12) Dieses Gespräch wurde früher transkribiert; daher ist die Numerierung etwas anders als bei den übrigen Gesprächen.

- 24 AF2: BITTE?  
AF3: 12 liegn da. 12 Zetteln - 10 Zetteln liegn
- 25 AF3: da und 2 sind bestellt.

## Seite 9 / Fläche 33

- 33 AF2: Na. Es is halt nur  
AF3: Ahm die X hat da eh nix geändert.
- 34 AF2: man könnt sich überlegn net ob man - wegen dem Druck
- 35 AF2: - - (ob man ihm do de) Moderatill gibt oder 3 mal a
- 36 AF2: Adalat. - Aber ich hoffe der kommt jetzt bald
- 37 AF2: herüber. - - - /zu P/ Ah ziehn Sie sich einstweiln
- 38 AF2: amal an - bitte. Na i weiß  
AF3: Nehma den Nächsten oder?
- 39 AF2: net - wie lang er noch braucht.  
AF3: Sonst geh i (.....)
- 40 AF2: Jo. - Mhm - okay. - - -  
AF3: ..... ) jo?

## Seite 10 / Fläche 19

- 19 AF2: Nix. - Gut - also ich hoffe daß da Oberarzt /Name OA/
- 20 AF2: bald amal daherkommt. - - So lange müssen Sie noch
- 21 AF2: warten. Oder wartens vielleicht draußen  
P: Ja. - - -
- 22 AF2: - dann könn ma nämlich schon vom Nächsten des EKG  
P: Jo.

- 23 AF2: schreiben Jo jetzt da  
S: Sò - gehn ma - weiter?
- 24 AF2: schreibn ma a EKG inzwischn - -

Die Gesprächsausschnitte zeigen sehr deutlich, daß das Warten auf den Oberarzt sich durch die gesamte Anamnese durchzieht, die mit über 20 Minuten außerordentlich lang ist. Erst gegen Ende der Untersuchung (Seite 10 / Fläche 21) kommt die Ärztin AF2 auf die Idee, den Patienten einstweilen hinauszuschicken und einen anderen hereinzuholen. Bis dahin verlassen die Ärztinnen abwechselnd immer wieder den Raum, sei es um den Oberarzt zu suchen, sei es eine kurze Imbißpause zu machen. Auf diese Weise kommen sie gegenüber dem Plansoll ziemlich in Verzug, wie sich an der Reaktion von AF3 in Seite 8 / Fläche 25 gut erkennen läßt.

Würde die Ambulanz in Richtung kürzere Wartezeiten für die Patient/inn/en umorganisiert, dann müßten erfahrene Ärzte mit größerer Entscheidungskompetenz in der Ambulanz arbeiten. Damit aber wäre eine Umwertung dieser Arbeit verbunden, die Prioritätensetzung müßte verändert werden. Vom "Abstellgleis" bzw. der "Lernsituation" würde die Arbeit in der Ambulanz zu einer hochwertigen, wichtigen Funktion avancieren, was dem realen Stellenwert eher entspräche. Gerade die Schnittstellen zwischen Institution und Außenwelt sind besonders wichtig, gerade dort liegt die produktive und manifeste Funktion der Institution. Und gerade dort sitzen oft nicht fertig ausgebildete und einzuschulende Mitarbeiter/innen, was zu Ineffizienz, zum Stress etc. beiträgt.

#### 7.4.2. Die Lernsituation im Gespräch miteinander

Die Lernsituation beeinflusst die Beziehung zum Oberarzt wie auch die Qualität der *Kommunikation des ärztlichen Personals untereinander*. Wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 7.1.), kann dies vom einfachen Informationsaustausch (z.B. über den knöchernen Thorax in <B07-B-09>, Fläche 86f. im vorhergehenden Kapitel) bis zu einer ausführlichen Beratung untereinander über einen Fall gehen. Ein besonders typisches Beispiel zeigt das *explizite Informationsverlangen*, gekoppelt mit einem Lernbedürfnis.

<B05-B-09><sup>13</sup>

- 130 AM8: Den hat jetzt grad da X. /Name OA/ weggetragen. - -  
 AM8: So /ist mit P6 fertig/  
 AF2: Darf ich das noch
- 131 AF2: anschauen bitte - bevor Du das weglegst.  
 AM8: Ich hab
- 132 AM8: alles - ich sag da alles - da liegt so viel herum -  
 AF2: Weil ichs auch wissen wollt
- 133 AM8: - was ich geschrieben hab? - Ich hab geschrieben nach
- 134 AM8: Rücksprache mit Frau Oberarzt X - ah Diabetes - was  
 AF2: Na net was Du
- 135 AM8: denn? Na das hats ja gsagt - belassen - das ist gut  
 AF2: gschriebn hast (.....)
- 136 AM8: eingestellt. Belassen und nur mehr - einmal pro Woche
- 137 AM8: dreimal täglich den Blutzucker.  
 AF2: Horchst du bei ihr
- 138 AF2: (....) die Lunge ab?  
 AM8: WENN das kein Infekt ist - und
- 139 AM8: nachdem (.....) hat  
 AF2: Einmal täglich
- 140 AM8: Nein - nur mehr  
 AF2: Blutzucker - nüchtern? - Oda was?
- 141

13) Zur Analyse des komplexen Interaktionsgefüges, in dem de facto zwei Diskurse parallel geführt werden, vgl. LALOUSCHEK/MENZ 1987.

- AM8: einmal pro Woche dreimal - täglich.  
 AF2: Aso - einmal
- 142 AF2: wöchentlich - /AM8 und AF2 stehen vor P/ Aha - sehr
- 143 AF2: gut mhm - paß auf - sie hat seit nicht ganz einer
- 144 AM8: mhm  
 AF2: Woche - Fieber bis über 39 Grad ah Husten und
- 145 AF2: Schmerzen beim Atmen
- 146

Der Arzt hatte telefonisch von einer Diabetesspezialistin Informationen für die Behandlung eines Patienten eingeholt und deren Anweisungen soeben in die Kartei eingetragen, ohne die Ärztin zu informieren. Diese möchte jedoch auch über den zuvor gemeinsam besprochenen Fall informiert werden, um etwas lernen zu können (Fläche 135). Daß sie dabei nicht die Formulierungskunst des Arztes, sondern der Sachverhalt an sich interessiert, geht aus dem daraus anschließenden Wortwechsel hervor.

Aber auch untereinander tauschen die Ärzte/innen ihre Kenntnisse und ihr Wissen aus, wenn auch nicht immer mit Erfolg:

&lt;B12-B-04&gt;

- 137 AF2: /4" Pause/ Du i - ich weiß ja - ma soll ja imma - ma
- 138 AF2: soll ja imma alles gleich frag'n - was is'n die beste
- 139 AF2: Antibiotikaprophylaxe - in welcher Dosierung? -
- 140 AF2: Waßt ah net. /AF2 und AM8 murmeln - 14" Pause/
- 141 AF2: Bleibm's no liegn. /AM8 und AF2 murmeln über
- 142 AF2: Antibiotikaprophylaxe; schreiben EKG; 32 "/



Diese Beratung kann manchmal auch sehr, sehr lange dauern. So dauert die folgende Untersuchung <B12-B-04> insgesamt 17 Minuten, aber 6 Minuten und 15 Sekunden sprechen die Ärztinnen nicht mit oder zumindest über den anwesenden Patienten, sondern über den vorhergehenden:

<B12-B-04>

157 AF2: Du was hat er gsagt bei dem Patienten?  
AM8: Ja das Anturan

158 AF2: Is des wirklich a (.....)? Anturan?  
AM8: weg - weil ja Ja es

159 AM8: gibt irgendeine Studie - wo des Anturan anscheinend  
S: So wennS amal den Schlafrock

160 AF2: Gibts ma amal den Kodex -  
AM8: /räuspert sich/ wo des Anturan -  
S: ausziehn

162 AM8: offensichtlich auch eine gute Wirkung hat - ja -

162 AM8: aber er meint - es wäre schon überholt - man sollt

163 AM8: absetzen (eben) und a Kinderaspirin statt dessen  
AF2: ja weil daß ma des Aso

164 AM8: und statt dem - - Angiokapsul Colfarit  
AF2: Moment - hat der net a Aspirin?

165 AM8: hatta - des hob i eh gschriebm - sie solln des  
AF2: (.....)

167 AM8: Colfarit lassn oda abm Ja - naja  
AF2: Stattn Colfarit?  
L: /schnell/

168 AM8: - (ich bin) - das Colfarit is schon höher dosiert -  
L: Entschuldigen Sie ich hab eine Frage. Wir machen eine

169 AM8: net des sind 250 Milligramm - a halbe Tablette kriegt  
L: wissenschaftliche Untersuchung (über) Arzt-Patient-  
P: ja

170 AM8: er  
AF2: 250 in einer halb?  
L: Gespräche. Da wollt ich sie fragen haben Sie was

171 AM8: mhm  
L: dagegen wenn das Gespräch mit der Frau Doktor und

172 AM8: 500 Milligramm sind in einem (in  
AF2: Im Colfarit  
L: Ihnen auf Band aufgenommen wird

173 AM8: Colfarit) AM8: und im Kinderaspirin ist 0 Komma 1

174 AM8: Gramm - also 100 Milligramm -  
AF2: Aha

175 AF2: na gut - aber warum soll ma dann net des Colfarit

176 AM8: Kann man eh des Colfarit lassen  
AF2: lassen weil dann wennst ihm

177 AF2: jetzt nur a Kinderaspirin gibst - dann und er is ja

178 AM8: ja jo  
AF2: überhaupt ganz - auf niedrige Dosis gesetzt - ich

179 AM8: ja  
AF2: mein dann kriegt er - da des eine - - nimmer - -

180 AM8: Ja oiso des oda: - jo do kriegt er des (eine  
AF2: net

181 AM8: nimmer) des andere a: net ja. JA -  
AF2: und des andere schwächer

182 AM8: aber er hat gmeint man kann's ruhig (.....)  
AF2: ich mein und

- 183 AF2: und - und - und doppelt find ich eigentlich auch
- 184 AF2: sinnlos - dann doch lieber eventuell a ganze
- 185 AF2: Tablette - Colfarit - ich mein würd ich ma überlegn
- 186 AM8: Weißt  
AF2: dazu - oda was weiß ich ob das richtig is aba
- 187 AM8: eh - die ham ja oben genau (die) Studien - warum
- 188 AM8: gebms Kinderaspirin weil des a: scho wirkt - So  
AF2: wie?
- 189 AM8: So könntens ihn ja gleich a ganzes Aspirin gebm
- 190 AF2: Ja - ja (is richtig - ja) - - aber Kinderaspirin und
- 191 AM8: Nein - oder entweder oder  
AF2: Colfarit? - Oder mhm und zu den
- 192 AM8: Da hat er gemeint eben - dieses  
AF2: Bezalip oder oder zu dem
- 193 AM8: Angiocapsul des Bezalip wirkt hauptsächlich auf die
- 194 AM8: Tryglizeride und net aufs Cholesterin  
AF2: /überrascht/ BEIDES?
- 195 AM8: (.....)  
AF2: Bezalip auch? Und (was nicht) [Und was  
[gähnend]
- 196 AM8: Des Quantalan  
AF2: wirkt auf Cholesterin? Quantalan? -
- 197 AF2: Des muß i ma aufschreibm - - des schreibt ma mit Q.?

Wir wollen hier nicht näher auf diesen langen Gesprächsausschnitt eingehen, da er in erster Linie der Dokumentation dienen soll, wie sich die Ausbildungsfunktion der Ambulanz auf den Betrieb auswirkt. Die Ärztinnen diskutieren ausführlich die Medikation des Patienten, wobei AF3 auch neuere Ergebnisse aus Studien auf der Station zitiert und sich überhaupt sehr beschlagen auf dem Gebiet der Pharmakologie zeigt. Aus dem unterschiedlichen Wissen auf diesem Gebiet entwickelt sich dann der lange Informationsaustausch zwischen den beiden Kolleginnen.

Diese Ausnutzung von Informationsquellen führt natürlich immer wieder zu Verzögerungen im Arbeitsablauf, die sich nicht vermeiden lassen, solange die Ambulanz auch als Ausbildungsstelle gilt. Insofern ist es sinnvoll, diesen Aspekt in die Ablaufplanung explizit einzubeziehen. Denn daß bis zu doppelt so vielen Patient/inn/en an einem Ambulanzvormittag untersucht werden können, wenn der Ausbildungsfunktion nicht so viel Wert beigemessen wird, zeigt die Analyse einer Kontrollgruppe vom Dezember 1986.

#### 7.4.3. Die Kontrollgruppe

Im Dezember 1986 haben wir einen Ambulanzvormittag mit anderen Arzt/inn/en (AF1 und AM9) als denen der Hauptuntersuchung aufgenommen und als Vergleichsgruppe unter bestimmten Aspekten analysiert. Die unterschiedliche Auffassung in bezug auf die Ausbildungsfunktion des Krankenhauses soll hier besprochen werden.

An diesem Kontrollvormittag werden insgesamt 23 Anamnesen durchgeführt. Allein dies zeigt schon, daß erheblich weniger Zeit pro Patient zur Verfügung stand, nämlich etwa sieben Minuten.

Der erste auffallende Unterschied besteht darin, daß sich die Ärzte/innen der Hauptuntersuchung zwar über die mangelhaften Befunderhebungen der Stationen ärgern, jedoch nichts dagegen unternehmen. Anders hingegen im Dezember: Auch hier schicken einige Stationen ihre Patient/inn/en mit unzureichenden Befunden in die Ambulanz. Das ärztliche Personal jedoch wehrt sich bereits ziemlich zu Beginn dagegen und veranlaßt Gegenmaßnahmen:

&lt;B01-A-01&gt;

- 162 AF1: Wir ham ka Anamnese - gö von ihm? Wo? - - -  
AM9: Oja
- 163 AF1: Von DEM Aufenthalt ka Anamnese. In Zukunft nehm ma
- 164 AF1: solche Patienten nimmer - ok einverstanden - ohne
- 165 AF1: Anamnese - weu des homma net notwendig. Des is vom  
AM9: (....)
- 166 AF1: 82er Jahr - waßt. Weu i man - des is a Frechheit.  
AM9: (....)
- 167 AF1: /Pause 16", AF1 geht raus/  
AM9: Gibts eine - eine
- 168 AM9: Krankengeschichte und schon heruntn - S. /Name S1/ -
- 169 AM9: vom Ingenieur - - N Aber Kurve gibts  
S1: Is dabei glegn
- 170 AM9: keine  
S1: Na - die hot mas so brocht. - Brauchen'S die
- 171 AM9: Na - i hätt gern gwußt - ob a des Heparia  
S1: Kurvm?
- 172 AM9: schon bekommt - oba nachdem diesa (.....)
- 173 AM9: welche Medikamente er bekommt  
S: ja /5" Pause/ I mecht
- 174 AM9: Wir nehmen jetzn keine Leut mehr  
S1: gern wortn (...)
- 175 AM9: wenn kein Status - ka Anamnese gmocht worden is -  
S1: mhm
- 176 AM9: daß ma des a glei sogt /5" Pause/  
S1: /telefoniert/ Bitte - besetzt

- 177 AM9: mhm - -  
S1: /Pause 15", /telefoniert/: N haßt der - gellns?
- 178 AF1: /kommt herein/ der von G1  
AM9: Ing.N. - G1 (...) /lacht/
- 179 AF1: Jo grüß Gott - X. /Name AF1/ II.med. Ambulanz. -  
AM9: Die Kurve - ich möcht die Kurve hom
- 180 AF1: Mia hom - - scho den zweitn oda dritt n Patientn in
- 181 AF1: der Woche von Ihna ohne Anamnese und Status. - In
- 182 AF1: Zukunft - werma des nimma nehma - jo? - - Gut? -

Die Ärztin stellt fest, daß es vom Patienten keine Anamnese und keinen Status gibt und beschwert sich bei ihrem Kollegen. Der glaubt es zunächst nicht, doch als ihn die Ärztin näher über den Zeitpunkt der letzten Anamnese aufklärt, veranlaßt er, daß die Schwester auf der Station anruft und dort deponiert, daß Patienten ohne Statusuntersuchung in Zukunft nicht mehr angenommen würden. Aus der Reaktion der Schwester läßt sich entnehmen, daß diese Forderung von der Station anstandslos akzeptiert worden ist. Wie weit sie auch eingehalten worden ist, entzieht sich unserer Kontrolle, allerdings taucht dieses Problem im Laufe des aufgezeichneten Vormittags nicht mehr auf.

Auch mit der Ausbildungssituation wird anders umgegangen:

&lt;B01-B-08&gt;

- 103 Chefarzt: (....) keine Probleme (.....)  
AF1: Wenn - dann
- 104 AF1: hamma den Herrn Oberarzt - der löst alle Probleme
- 105 AF1: /lacht/  
CH: Na - is ja wunderbar ja:

Als der Primar (CHef) zu Besuch kommt und die Ausbildungssituation thematisiert ("keine Probleme?"), geht die Ärztin zwar speziell darauf ein und verweist auf den Oberarzt als verlässliche Instanz. Die ironische Formulierung "der löst alle Probleme" in Verbindung mit dem "Wenn - dann" weist jedoch darauf hin, daß sie diese Hilfe entweder nicht sehr schätzen oder aber nicht besonders stark in Anspruch nehmen.

Gegen Ende des Vormittages schaut dann auch der Oberarzt einmal in die Ambulanz herein:

<B02-A-12>

213 OA: Nau wie gehts Ihr fragts gar net? - - Vadächtig -  
AM9: Gut

214 OA: da kumm i amal rüber /lacht/  
AM9: (Probleme) mit da Uro

215 OA: die Leit imma noch ohne Anamnese?  
AM9: hamma ghabt ja

216 AM9: (...) Oiso wenn  
AF1: ja nua von G1 - sunst gibts des net

217 OA: de san net do heit - wißt's eh wie des is - - is  
AM9: wir

218 OA: ja ein Massnbetrieb  
AM9: Natürlich - ima wenn mia (....)

219 AM9: Rückendeckung habn - schick ich die Leit a wieda

220 AM9: zurück - - mia isses gleich. - Wie fragn sie sowieso

221 OA: Jo - des mochens ámoi - und dann nimma wieda  
AM9: imma.

Er ist verwundert, daß der Arzt oder die Ärztin nie fragen kommen, daß sie offenbar alle Probleme alleine erledigen. Der Turnusarzt bringt daraufhin als einziges ein organisatorisches Problem zur Sprache, daß sie

nämlich mit den Zuweisungen einer Station Schwierigkeiten hätten (vgl. oben <B01-A-01>). Der Oberarzt ist sofort im Bilde, da es sich offenbar um ein bekanntes Problem handelt, sucht er zunächst eine Erklärung für das Fehlen der Anamnesen (Fläche 217f.), gibt den Ambulanzärzten dann jedoch Deckung für die Verweigerung der Untersuchung, indem er sie bestätigt (Fläche 221).

Dadurch, daß organisatorische Unzulänglichkeiten anderer Stationen von der Ambulanz abgewehrt und ferngehalten werden, vor allem aber dadurch, daß der Ausbildungssituation wenig Bedeutung zugemessen wird (kein Ersuchen um Auskunft beim Oberarzt, Beschränkung der Untersuchung auf das Notwendigste, kaum allgemeinmedizinische Diskussion über Patienten), wird der produktive Aspekt der Ambulanz (die Behandlung von Patient/inn/en) weitaus effizienter erfüllt. Dies kann natürlich keine Wertung der medizinischen Leistung sein, sondern ist lediglich eine Feststellung von Gegebenheiten unter verschiedenen Schwerpunktsetzungen.

## 7.5. Zusammenfassung

Es zeigt sich also, daß die Doppelbelastung der Ärzte und Ärztinnen in der Ambulanz (Lernende und Entscheidungsbefugte) zu einer *Rollenüberlastung* führt, denen sie nicht immer gewachsen sind, ja auch nicht gewachsen sein können, weil die beiden Rollen in sich widersprüchliches Verhalten erfordern. So müssen sie nicht nur mit der starken Kontingenz in der Ambulanz und den manchmal gegensätzlichen Erfordernissen zwischen produktiven und reproduktiven Bereichen zurechtkommen, sondern auch noch die Widersprüche zwischen Rollenerwartungen an voll ausgebildete Ärzte/innen und Rollen von sich in Ausbildung befindlichen Ärzt/inn/en in sich vereinbaren:

- 1) Die Ambulanz ist eine hoch *kontingente Teilinstitution* der Institution Krankenhaus, d.h. die Ereignisse sind nicht genau voraussagbar und planbar (vgl. Kap.4.). Viele Entscheidungen müssen ad hoc getroffen werden (z.B. bei Erstversorgungen und Notfällen), bereits getroffene Abläufe müssen umgestoßen werden (z.B. bei Interventionen für das Vorziehen bestimmter Patienten; vgl. Kap.7.3.) usw. Diese tendenziell destabilisierende Wirkung der Kontingenz muß durch bestimmte Strate-

gien ausgeglichen werden. Zu diesen Strategien zählen, wie wir gesehen haben, die Solidarität des Ambulanzpersonals untereinander gegenüber außenstehenden Personen und Einrichtungen, die Delegation von Entscheidungsverantwortung und die Schaffung eines Gefühls der Überlastung.

- 2) Da diese Überlastung sehr oft selbst geschaffen wird (vgl. Fn 3 in Kap.6.), erfüllt sie sicherlich einen bestimmten Zweck. Offenbar liegt ihre Aufgabe darin, dem Ärztespersonal und dadurch mittelbar dem gesamten Ambulanzpersonal, eine Bestätigung für die Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit ihrer eigenen Arbeit zu geben, ebenso wie zur Rechtfertigung, wenn etwas übersehen, nicht gewußt oder falsch gemacht wird. Insofern dient also diese Strategie dem Erhalt der Institution Ambulanz und ist damit dem *reproduktiven Bereich* zuzuordnen. Hier handelt es sich um *Mythen*, die dazu dienen, diese internen Widersprüche zudecken bzw. zu verschleiern. Denn wäre die Überlastung nur dem produktiven Bereich zuzuschreiben, ließen sich durch geeignete organisatorische Maßnahmen Mittel zur Linderung oder gar Abschaffung finden. Daß diese gar nicht gesucht werden, liegt daran, daß eben andere Funktionen erfüllt werden.

Wie wir gesehen haben (vgl. Kap.6.), dienen andere Mythen auch dazu, Konflikte zwischen Arzt/inn/en und Schwestern tendenziell zu verschleiern.

- 3) Schließlich müssen die Ärzte/inn/en außer mit der widersprüchlichen Situation zwischen produktivem und reproduktivem Bereich und zwischen hierarchischer Stellung und organisatorischer Erfahrung auch noch mit *Rollenwidersprüchen* in ihrer Ambulanzsituation fertigwerden. Gerade aus dieser Rollenüberforderung ergeben sich eine Reihe von Störungen und - betrachtet man nur die Seite der Produktion - offensichtlichen Irrationalitäten, die den ohnehin nie reibungslosen Ambulanzablauf noch zusätzlich behindern:
- o das Warten auf den Oberarzt
  - o das doppelte Anschauen und Studieren bzw. Diskutieren von Befunden
  - o die Funktion der Untersuchung dient oft auch dem Lernen und nicht nur der "Durchschleusung" von Patient/inn/en.

Die hier gezeigten komplexen, manifesten wie latenten, organisatorischen und hierarchischen Strukturen sind also die Basis, auf der die Gespräche mit den Patient/inn/en ablaufen. Da diese Strukturen sehr stabil sind und zum großen Teil außerhalb der Entscheidungsbefugnis des Ambulanzpersonals liegen, ist es nicht verwunderlich, daß sie andere für das Sprachverhalten sonst einflußreiche Parameter wie Bildung, Geschlecht, Alter überdecken (vgl. Kap. 8.).

## 8. DIE ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION IN DER AMBULANZ

- A: Wo is da nächste neurochirurgische Fall?  
 S: Herr Dokta - die Patienten san kane Fälle - a Wassafall is wos ondas.

### 8.1. Der Einfluß der Ambulanzsituation auf das ärztliche Sprachverhalten

Bisherige Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation in ärztlichen Praxen und auf Krankenhausstationen zeigten immer wieder, daß die Vorstellung, alle Patient/inn/en würden gleich gut oder schlecht behandelt, nicht aufrechtzuhalten ist. Vor allem alte Menschen, Menschen mit geringer Schulbildung und bestimmte Ausländergruppen ("Gastarbeiter") werden systematisch mit einer rigideren und autoritäreren Behandlungs- und Gesprächssituation konfrontiert (vgl. FISHER / TODD 1983, HEIN et al. 1985, HEIN 1986, HEIN / WODAK 1987, REHBEIN 1986).

Die Ergebnisse dieser Ambulanzstudie weisen im Vergleich zu früheren Untersuchungen neue Phänomene und Dimensionen auf: Patient/inn/en werden zwar systematisch unterschiedlich behandelt, jedoch determinieren nicht so sehr die sozialen Variablen der Patient/inn/en, sondern Kriterien, die mit der Situation "Ambulanz" zusammenhängen. Die wichtigsten Einflußfaktoren auf den Ablauf und die Gestaltung des Gesprächs mit den Patient/inn/en sind:

1. Die organisatorische Besonderheit der *Teamarbeit*. Das Fachgespräch der Ärzte/Ärztinnen über die anwesenden Patient/inn/en ersetzt das Gespräch MIT Ihnen und schließt sie von der "Teilnahme" an ihrer Untersuchung aus. Patienten und Patientinnen, die nur von einem Arzt oder einer Ärztin untersucht werden, erhalten mehr Information und Zuwendung.
2. Das momentane *Ausmaß der Gestörtheit* der Situation, das oft mit der Tageszeit identisch ist (morgens entspannt, mittags angespannt). Die Ergebnisse dazu sind in Kapitel 5. ausführlich behandelt worden.

3. Die *Kooperationsbereitschaft der Patient/inn/en* steht mit dem Ausmaß der Gestörtheit in Zusammenhang. Mit "braven" Patient/inn/en wird nicht nur in Streßsituationen - freundlicher umgegangen, da sich die Ärzte / Ärztinnen durch deren Kooperativität und Zurückhaltung nicht noch zusätzlich unter Druck gestellt fühlen.
4. Die selektiven medizinischen Aufgaben der Ambulanz, die durch die extrem funktionalisierte Arbeitsteilung der Institution Krankenhaus bedingt sind, und der regelmäßige Wechsel der Ambulanzärzte und -ärztinnen bringen es mit sich, daß der Kontakt zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en im Normalfall ein einmaliger ist und auch die regelmäßig betreuten Patient/inn/en bei jeder Kontrolle mit für sie unbekanntem Ärzt/inn/en konfrontiert sind. Das Problem der *prinzipiellen Beziehungslosigkeit* von Arzt / Ärztin und Patient/in ist so gewährleistet. Gespräche mit "bekanntem" Patienten und Patientinnen unterscheiden sich signifikant.
5. Auch der *Status der Patient/inn/en*, seien sie Privat- oder Sonderklassepatient/inn/en, oder Mitglieder der Institution (OP-Schwester), verändert das ärztliche Gesprächsverhalten deutlich.

Der institutionelle Rahmen "Ambulanz" übt einen so grundlegenden Einfluß auf das Gesprächsverhalten der Ärzte / Ärztinnen aus, daß andere Muster wie z.B. der unterschiedliche Umgang mit jungen und älteren Patient/inn/en davon überlagert werden. Diese auffallenden Ergebnisse bestätigen den von uns gewählten Untersuchungszugang, nämlich die "innere Beobachterperspektive", durch die wir neue *dynamische Kategorien und Strukturen* erfassen konnten.

Interessant ist auch, daß sich die unterschiedlichen Gesprächsstile und das individuelle Gesprächsverhalten der einzelnen Ärzte und Ärztinnen trotz der so restriktiven und unpersönlichen Ambulanzsituation so eindeutig manifestieren.

Die spezifische Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation läßt sich vor allem an folgenden *linguistischen Kategorien* festmachen (vgl. HEIN et al. 1985 und Kap. 5.1.):

- o Geben oder Verweigern von *Erklärungen* (von Fachausdrücken, Therapievorschlügen und auch von Zusammenhängen und Abläufen) und damit zusammenhängend

- o das *Reden mit* oder *über* die Patient/inn/en ("Register")
- o Aufnehmen oder Unterbrechen von *Patienteninitiativen*, d.h. von Informationsfragen, Erklärungswünschen und Erzählungen der Patient/inn/en
- o sachlicher oder bewertender (moralisierender) *Umgang mit Problemen* (non-compliance, übermäßiger Alkohol/Nikotin-Konsum etc.)

## 8.2. Die Teamarbeit oder "zwei gegen eine/n"

Die spezielle Struktur der Ambulanz, nämlich die Teamarbeit zu zweit, erleichtert es den Ärzten und Ärztinnen, das Gespräch MIT den Patient/inn/en durch das (Fach-)Gespräch ÜBER sie zu ersetzen, da ständig ein Ansprechpartner vorhanden ist, mit dem / der ÜBER den anwesenden Patienten bzw. die anwesende Patientin gesprochen werden kann. Zugleich erschwert diese organisatorische Besonderheit den Kontakt des Patienten / der Patientin zum Arzt / zur Ärztin. Für Patient/inn/en ist es nämlich so gut wie unmöglich, sich in die visitenähnlichen Fachgespräche einzuschalten bzw. sie zu unterbrechen, um eine Frage zu stellen. Da zusätzlich dazu auch noch Befunde vorheriger Patient/inn/en besprochen werden, können Patient/inn/en oft gar nicht entscheiden, ob es im Moment überhaupt um sie geht oder nicht. Diese visitenähnlichen Situationen spiegeln die zweite wesentliche Aufgabe dieser Ambulanz, nämlich die Lehr- und Lernfunktion wider, die die Komplexität und damit die Störungsanfälligkeit des Betriebes erhöhen und zur Rollenüberlastung der Ärzte und Ärztinnen beitragen (vgl. dazu ausführlich Kap.7.2.).

Uns interessiert hier vor allem die Auswirkung der Konstellation "zwei Ärzte / Ärztinnen - ein/e Patient/in" auf das Arzt-Patient-Gespräch. Denn die Art des Umgangs mit den Patient / inn/en, also vor allem das Reden ÜBER sie während ihrer Anwesenheit und die tendenzielle Nicht-Beachtung ihrer Gefühle und Bedürfnisse, drückt die prinzipielle Einstellung der Ärzte und Ärztinnen in bezug auf die Wahrnehmung und Wertschätzung der Patient/inn/en als menschliche Wesen aus.

Das Reden über den Patienten / die Patientin - oft der Wechsel innerhalb eines Satzes vom "Sie" zum "er" / "sie" - ersetzt die Erklärung und das Reden mit ihm / ihr. Und das nicht nur bei rein medizinischen Fachgespräch-

chen, wo dieses Verhalten einzusehen wäre, sondern sehr oft auch bei Entscheidungen oder Zusammenhängen, die für die Patient/inn/en zu erfahren wichtig wären. Manchmal entsteht für die Beobachter/innen der Eindruck, als sei es eben leichter, die Patient/inn/en "dumm sterben" zu lassen anstatt sie wahrzunehmen und sich mit ihren Gefühlen und Bedürfnissen auseinanderzusetzen oder - wie Rellecke (1985:64) meint: Es scheint völlig unverständlich, warum Ärzte und Ärztinnen in ihrem Verordnungs- und Informationsverhalten die Patienten und Patientinnen immer noch infantilisieren nach der Methode "es wird gegessen, was auf den Tisch kommt".

### 8.2.1. Fachsprachliches Reden über die Patient/inn/en

<B03-B-05>

141 AF2: 160 - 100 is da Druck. I glaub  
P: Des is eigentlich viel - jetzt hob i

142 AF2: Sie sind jetzt a bißl nervös (.....)  
P: jedn Tog so 140 (.....) Des wär mög=

143 AF2: /zu P/Sie ham - /zu AM8/ er war recht tachycard.  
P: lich oba wie gsogt - eha unbewußt

144 AF2: - Wie war er denn (.....) - Wie war er denn am -

Der Patient, der direkt vor einer Operation steht, hat einen erhöhten Blutdruck-Wert. Die Ärztin beruhigt ihn und spricht seine Gefühle an ("Sie sind jetzt a bißl nervös"). In der nachfolgenden Äußerung wechselt sie jedoch vom Gespräch mit dem Patienten noch vor einem erkennbaren Inhalt zum medizinischen Fachgespräch mit dem Arzt ("Sie ham - er war recht tachycard"), ohne danach wieder zum Patienten zurückzukommen und ihre begonnene Äußerung zu beenden.

<B07-B-04>

76 AF2: Seit wann hams denn da diesen Ausschlag - ha?  
P: Des is

77 AF2: Fünf Jahr scho?/zu AM8/Des  
P: scho - vier fünf Jahr. - tu eh schmiern. - jo

- 78 AF2: schaut aus wie a psoriasis rosae. /zu P/ Fünf Jahr -  
P: I schmier und schmier (.....)
- 79 AF2: WOS is des? A Püz!  
P: A Püz  
AM8: Mikrobielles Ekzem - steht
- 80 AM8: steht do irgendwo - (.....) oba ob des a dermatolo=
- 81 AF2: Des schaut wia a psoriasis rosae  
AM8: gische Diagnose is.
- 82 AF2: aus. - Najo /murmelnd/(.....) - /zu P/ so - a bißl
- 83 AF2: anheben do die - Knie do - die Knie hm - und schön
- 84 AF2: locker lassen.

Der Patient wird als Informant, nicht als ein zu Informierender betrachtet. Seine Krankheitsvorstellung ("A Püz" (=ein Pilz)) wird aufgenommen, die Zweifel des Arztes und der Ärztin an seiner und der im Befundblatt stehenden Diagnose ("mikrobielles Ekzem") und andere Diagnosevorschläge ("Des schaut wia a psoriasis rosae aus.") werden ihm aber nicht weitergegeben und schon gar nicht erklärt. Das Fachgespräch zwischen Arzt und Ärztin wird an ihm vorbeigeführt und so die Wahrnehmung seiner Person in zwei unzusammenhängende Teile, nämlich in einen *umgangssprachlich behandelten Menschen* und in einen *fachsprachlich behandelten Fall* gespalten. Auf seine Betroffenheit, die sich aus der langen Dauer und der Erfolglosigkeit der Behandlung ergeben ("tu eh schmiern", "I schmier und schmier"), geht die Ärztin nicht ein, obwohl sie sie wahrnimmt ("Fünf Jahr scho?").

Die Regelung, nach oder sogar noch während der Untersuchung dem / der anderen Arzt / Ärztin die Befunde zu diktieren, also ein ganz spezifisches Fachgespräch zu etablieren, macht es den Patient/inn/en oft unmöglich, Anmerkungen zu machen oder Fragen zu stellen.

&lt;B03-B-05&gt;

- 155 AF2: Im Lungenröntgen warns noch nicht gell? Soweit  
P: nein  
/AF2 zu P/ /AF2 zu AM8/
- 156 AF2: beurteilbar normal. - Cor. - Jo Pulmo is  
P: Hab i oba vor  
AM8: Pulmo?
- 157 P: einiga Zeit amal

Die Ärztin wechselt wie üblich vom Gespräch mit dem Patienten zum Diktat ("Soweit beurteilbar normal"), die zusätzliche Information des Patienten geht im Fachgespräch unter.

Ein ähnlicher Effekt entsteht durch die notwendige intensive Beschäftigung des Arztes / der Ärztin mit der Befundmappe, der einzigen medizinischen Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin.

&lt;B12-A-02&gt;

- 124 P: Naja a bißl schwindlig - (.....) aber
- 125 P: nur jetzt - ob des an der Angiographie liegt - die
- 126 P: ich grad ghabt hab?  
AF3: Mhm - - und der Infarkt war - in  
/AF3 blättert in der Befundmappe/
- 127 AF3: der Vorderwand?

Auf die Frage zu seinem momentanen Befinden reagiert der Patient mit einer sehr offenen Besorgniserklärung ("ob des an der Angiographie liegt - die ich grad ghabt hab?"). Die Ärztin ist jedoch schon mit dem Durchblättern seiner Befundmappe beschäftigt und sucht Informationen zu seinem Herzinfarkt. Die Erzählung des Patienten scheint sie im "Hintergrund" wahrzunehmen, da sie sie mit einem Hörersignal ("mhm") quittiert. Daß sie sie inhaltlich jedoch nicht aufgenommen hat bzw. nicht aufnehmen will, läßt sich durch den Themenwechsel "und der Infarkt war" belegen.



Leider kommt es auch immer wieder zu Gesprächssequenzen, die *einen bewußteren Umgang mit der Sprache* für Ärzte/innen besonders wünschens- und empfehlenswert machen:

<B09-A-02>

- 73 AF2: Und da sinds operiert worden? ah net?  
P: Nein - gestern (.....)
- 74 AF3: Na Sie ham nur eine Mikrolaryngoskopie. Ich versteh  
P: .....)  
/AF3 zu P/ /AF3 zu AF2/
- 75 AF2: Schön locker  
AF3: nicht warum sie ihn jetzt noch amal herschickn - hm?
- 76 AF2: lassen den Bauch. - Füße a bißl aufstelln.

Die nicht-untersuchende Ärztin versucht, zwei Fliegen mit einer Klappe zu schlagen: sie beantwortet an Stelle des Patienten die Frage der untersuchenden Ärztin und versucht damit gleichzeitig, dem Patienten seine ihm bevorstehende und ihm unklare medizinische Behandlung zu beschreiben (74). Die Verbindung dieser zwei so völlig verschiedenen Aufgaben muß natürlich schiefgehen. Die Ärztin muß annehmen, daß der Patient sie nicht verstanden haben KANN. Ihr ist jedoch die Klärung der Frage, warum der Patient, der einige Tage zuvor schon einmal in der Ambulanz untersucht worden war, nochmals hergeschickt worden ist, wichtiger, als das Bedürfnis des Patienten nach adäquater und somit sinnvoller Information. In diesem Alltagssprachlichen Ton gehalten ("*warum sie ihn jetzt noch amal herschickn*"), wirkt das Reden über den Patienten besonders distanzierend. Gleichzeitig nimmt dieser Themenwechsel, gefolgt von einer Handlungsaufforderung der untersuchenden Ärztin ("*Schön locker lassen den Bauch. - Füße a bißl aufstelln*") dem Patienten jede diskursive Möglichkeit, an den Begriff "Mikrolaryngoskopie" anzuschließen.

### 8.2.2. Umgangssprachliches Reden über die Patient/inn/en

<B05-A-01>

- 169 AM8: Ich hoffe schon - wart ma noch die  
P: Derf i hamgehn? /bittend/

- 170 AM8: Blute ab - Sie können Sich anzieh'n - ja.  
P: Danke schön  
/AM8 klopft P. auf den Bauch/
- 171 AF2: Ea schaut eh quat aus - den brauch ma doch  
P: - Herr Dokta.  
/AF2 zu AM8/
- 172 AM8: Jo - oda a Röntgen  
AF2: nicht herumschickn.

<B06-A-11>

- 109 OA: Wie alt sind Sie jetzt Herr L.? 73  
P: 73  
AM8: I mein er is
- 110 OA: Na - i würd zwei Dinge mochn  
AM8: er is ja sehr gut beinand
- 111 OA: - ah: - Carotisdoppler und - ah - 24-Stunden EKG  
AM8: Mhm - und
- 112 AM8: soll ma des heute einleiten?

Die Ärzte und Ärztinnen halten ihr visitenähnliches Beratungsverhalten, d.h. das Reden über den Zustand der Patient/inn/en in deren Anwesenheit bei, auch wenn es sich um umgangssprachlich formulierte, dem Alltag entnommene Bemerkungen handelt wie: "*Ea schaut eh quat aus - den brauch ma doch nicht herumschickn*", "*I mein er is er is ja sehr gut beinand*".

In dieser Form könnten die Ärzte / Ärztinnen ihre Äußerungen auch AN die Patient/inn/en selbst richten, vor allem dann, wenn sie - wie hier in den Beispielen - innerhalb von Gesprächspassagen auftreten, in denen MIT den Patient/inn/en gesprochen wird. Die Patient/inn/en wären in das Gespräch über ihren Gesundheitszustand miteinbezogen, sie würden sich als Personen wahrgenommen fühlen, viel Unsicherheit und Angst könnte abgebaut werden, und die Beziehung zwischen Arzt/inn/en und Patient/inn/en würde sich um einiges verbessern.

Einige Gespräche und Gesprächssequenzen zeigen, daß die Interaktion zwischen Arzt / Ärztin und Patient/in auch ganz anders ablaufen kann, wenn der / die Patient/in in die Behandlung "miteinbezogen" wird. Das ist vor allem dann der Fall, wenn ein Arzt oder eine Ärztin die Untersuchung alleine durchführt, da der / die andere für einige Zeit den Raum verlassen hat.

<B07-A-03>

- 74 AM8: Nicht atmen - gut - Herz is alles in Ordnung. - -  
/AM8 horcht P ab/
- 75 AM8: Tun ma schaun wieviel Vierterlins sind - tuns amal  
/AM8 tastet den Bauch ab/
- 76 AM8: tief einatmen. - - Ja ausatmen noch.
- 108 AM8: Aber trotzdem - ma sieht daß die Leberwerte - -
- 109 AM8: insbesondere die Gamma-GT eben - eine Spur erhöht
- 110 AM8: ist. Des kann  
P: Na des glaub i is oba net vom Alkohol also
- 111 AM8: auch von den Medikamenten sein - wenn Sie sehr
- 112 AM8: starke - ah jetzt sehr starke schmerzstillende Medi=  
kamente oder Infusionen bekommen ham - kann das auch
- 113 AM8: sein.  
P: Ah seit Anfang Dezember - wahnsinnig viel
- 115 AM8: Garantiert davon - guat .  
P: Medikamente (.....)

Der Arzt informiert den Patienten während der Untersuchung über die Ergebnisse ("Herz is alles in Ordnung") und den Zweck der momentanen körperlichen Untersuchung, nämlich das Abtasten der Leber ("Tun ma

schaun wieviel Vierterlins sind") und erklärt ihm auch den Befund der erhöhten Leberwerte und beruhigt den besorgten Patienten ("Garantiert davon").

Immer wieder fließt ein leicht scherzhafter Ton in die Bemerkungen des Arztes ein.

- 145 AM8: Medikamente ham Sie nur Schmerzmittel gnommen -
- 146 AM8: sonst nix? Valium  
P: Schmerzen und und Valium hob i kriegt
- 147 AM8: - - Sinds aber no net süchtig worden jetzt?  
P: NA - acht
- 148 P: Tag oder wos hab i die jetzt eingenommen.

Der Arzt nützt die Möglichkeit, dem Patienten die Informationen zukommen zu lassen, die er sonst der Ärztin simultan fachsprachlich übersetzen würde. Das gibt ihm zusätzlich Zeit, sich dem Patienten zuzuwenden und über die reinen Anamnesefragen hinauszugehen:

- 183 AM8: Guat - - Krampfadern? Hams kane  
P: A poa hob i.
- 184 AM8: Beschwerden? Müssens ma dann noch zeigen im Stehen  
P: Na.
- 185 AM8: so kann ma des net beurteiln.
- 195 AM8: WIR SIND FERTIG - /murmelnd/ 140 zu 95 - - - Sie
- 196 AM8: können sich anzieh'n - danke. Wann kommen Sie dran?
- 197 AM8: Wissen Sie net. - - Wird aber keine  
P: Jo i waß net
- 198 AM8: Probleme geben. Sonst alles in Ordnung.  
P: Kane Probleme

AMS: Wiederschaun  
 199 P: Dankeschön - wiederschaun.

Sehr selten passiert es, daß die Ärzte / Ärztinnen den Patient/inn/en, die meist vor einem operativen Eingriff stehen, ein beruhigendes oder angstnehmendes Wort mit auf den Weg geben. Gerade solche scheinbar nebensächlichen Bemerkungen wie "Wird aber keine Probleme geben." (198) und "Sonst alles in Ordnung." (198) üben einen ganz wesentlichen Einfluß auf die Einstellung der Patient/inn/en zur Operation aus. Im Team mit einem zweiten Arzt bzw. einer zweiten Ärztin würde der Arzt die Befunde oder die weitere Organisation besprechen, alleine hat er Zeit, den Patienten als Menschen mit Gefühlen und Bedürfnissen wahrzunehmen und darauf zu reagieren (vgl. Kap. 8.4.).

Dieses Ergebnis zeigt einen weiteren problematischen Aspekt der Teamarbeit auf, die weder der Institution dient noch den Patient/inn/en. Anstatt die Ambulanztätigkeit auf zwei Räume zu verteilen und so die Kapazität zu verdoppeln<sup>14</sup>, sind ständig zwei Ärzte / Ärztinnen mit einem Patienten bzw. einer Patientin beschäftigt. Diese zahlenmäßig positive 2:1-Relation hat für die Patient/inn/en jedoch nur Nachteile, da der Arzt / die Ärztin sich nicht doppelt so viel mit ihnen beschäftigen, sondern die meiste Untersuchungszeit damit verbringen, Fachgespräche zu führen. Das erleichtert es ihnen, sich von der Person des jeweiligen Patienten / der jeweiligen Patientin zu distanzieren und sie von der Untersuchung "auszuschließen", also lediglich "Fälle" zu behandeln.

### 8.3. Die Kooperationsbereitschaft der Patient/inn/en

In der Ambulanz stehen die Ärzte / Ärztinnen durch die Vielzahl der Patient/inn/en, die im Laufe eines Vormittags untersucht werden müssen,

14) In Gesprächen mit den Ärzten stellte sich heraus, daß diese organisatorische Möglichkeit von den Turnusärzten als sinnvoll erachtet würde, deren Durchführung aber schon an der Bereitschaft der Ambulanzschwestern scheitert, die doppelte Arbeit befürchten.

prinzipiell unter Druck. Zusätzlich dazu kann jeder Untersuchungsablauf von einem unvorhersehbaren Ausmaß an Störungen heimgesucht werden. Die Störungstoleranz der Ärzte / Ärztinnen ist daher denkbar gering und es ist ihnen sehr viel an der Kooperativität und interaktiven Zurückhaltung der Patient/inn/en gelegen. Sie erwarten dieses Verhalten von den Patient/inn/en sozusagen als deren Beitrag zu einem ungestörten Untersuchungsablauf. Ein Übermaß an Initiativen der Patient/inn/en, also Fragen und Erzählungen, oder deren mangelnde Bereitschaft, jede Handlungsanweisung sofort und willig auszuführen sind potentielle Störungen des schnellen routinemäßigen Untersuchungsablaufs.

Dieses "Arbeitsübereinkommen" führt dazu, daß Patienten und Patientinnen, denen das Wissen über den Ablauf einer Untersuchung fehlt (Oberkörper frei machen, beim EKG ruhig liegen, auf ärztliche Anordnungen warten), mangelnde Kooperationsbereitschaft unterschoben wird. Meist handelt es sich dabei um wenig routinierte oder schon sehr alte Patient/inn/en, die durch ihr Fehlverhalten Störungen im reibungslosen Ablauf verursachen (vgl. Kap.5.4.5.). Gerade in der prinzipiell angespannten Situation der Ambulanz wird die mangelnde Bereitschaft, Handlungsanweisungen sofort und willig auszuführen, besonders stark als zusätzliche Belastung und zusätzlicher Druck empfunden.

<B03-A-02>

- 4 AF2: SO tun Sie das Hemd bitte ausziehen.  
 P: Hemd - i hob jo
- 5 AF2: Ziehns das aus bitte - das Hemd. Wir  
 P: nua des Hemd an
- 6 AF2: müssen ein EKG schreibn. So  
 P: (.....) Hemd
- 64 AF2: De wockelt imma - - JETZT BLEIBENS ABER RUHIG LIEGN
- 65 AF2: TUNS NET IMMER WACKELN HM - SONST WIRD DAS EKG NIX.
- 66 AF2: GANZ RUHIG - SCHÖN LOCKER JA.  
 P: Gut is - ja.

97 AF2: NEIN - Sie können noch nicht aufstehn. Ich sags

98 AF2: Ihnen dann schon.

Die Ärztin reagiert auf die ihrer Meinung nach mangelnde Kooperativität der alten Patientin, die eher einen verschüchterten denn widerspenstigen Eindruck macht, sehr nervös und unwillig. Indem sie sich das Anstaltshemd nicht ausziehen will, beim EKG unruhig ist und nicht weiß, wie sie sich bei der körperlichen Untersuchung verhalten soll, stört und unterbricht sie den von der Ärztin erwarteten routinemäßigen Ablauf. Auf jede "Störung" reagiert die Ärztin mit zunehmend schärferem Tonfall. Sie sieht vor allem Widerstand und Kontraproduktivität statt Nicht-Wissen und Desorientierung eines alten Menschen in einer ihm fremden Situation. Der Zwiespalt, in den sie sich durch diese Haltung hineinmanövriert, drückt sich in ihrem stets wechselnden, zwischen Distanz und Zuneigung schwankendem Gesprächsverhalten der Patientin gegenüber aus (vgl. Kap.5.3.1.).

Die Einstellung der Ärztin, die Patientin sei "schwierig", führt dazu, daß sie auch ihre Beschwerden nicht ganz ernst nimmt:

221 AF2: Aber es tut ihr ALLES weh bitte - - überall tuts ihr

222 AF2: weh.  
P: Ah: ja /seufzt/ (.....)

Dabei zeigen die Ärzte / Ärztinnen immer wieder, daß sie solche Probleme auch ganz hervorragend lösen können, z.B. mit einer einfachen Erklärung der Zusammenhänge (vgl. auch Kap. 8.4.3.):

<B05-B-09>

70 AM8: Jo - tuns ganz entspannen ja? - Sie tun so ver=  
/schreibt EKG/

71 AM8: krampfen - da wirds zittrig dann.

Die Texte zeigen, daß das hohe Störungspotential solcher Situationen durch ein entsprechendes Verhalten der Ärzte / Ärztinnen mitverursacht

wird. Erstens bedenken sie in solchen Fällen zu selten, daß sie nicht bei allen Patient/inn/en ein gleiches Routinewissen voraussetzen können und daß unterschiedliche Patient/inn/en unterschiedliche Ablaufinformationen benötigen, um sich überhaupt kooperativ verhalten zu können. Und zweitens informieren sie generell zu wenig über Abläufe, die sie nicht als allgemeines Patient/inn/enwissen voraussetzen können. Ein Beispiel dafür ist das *Untersuchungsende*.

Die Regelung sieht so aus, daß die Patient/inn/en sich anziehen und auf ihre Station zurückgehen können, die Befunde und Krankengeschichten in der Ambulanz verbleiben und dann stationsweise von Trägern oder Schwestern eingesammelt und zurückgebracht werden. An diesem Punkt entstehen regelmäßig unklare Situationen, da die Patient/inn/en meist nicht wissen, ob sie schon gehen dürfen, die Krankengeschichte mitnehmen müssen oder noch warten sollen.

<B03-A-03>

304 AF2: Sie können schon rauf gehn - gö. mhm  
P: Kann i rauf gehn?

305 AF2: Des wird dann nachher raufgeschickt.  
P: Des bleibt do?

306 P: Aha gut - widderschaun Herr Doktor

Mit Hilfe einer regelmäßigen, einfachen Orientierung, wie sie ja manchmal durchaus erfolgt, können die Ärzte / Ärztinnen selbst dazu beitragen, das Störungspotential zu reduzieren.

<B05-B-08>

AF2: Am Samstag - müßt ma schon an Befund ham - und

AF2: Blutabnahme hams auch schon ghabt. Gut. Die Kranken=

AF2: geschicht kommt dann rauf - Sie können schon rauf=

AF2: gehn.  
P: Ja - danke

Während jeder Patient und jede Patientin zu Beginn der Untersuchung eine explizite pragmatische Orientierung ("Bitte wenn Sie ma da in die Kabine gehn - den Oberkörper frei machen und sich dann aufs Bett legen") erhält, entfällt ein solcher Hinweis am Ende fast immer. Es sieht so aus, als diene die Orientierung der Patienten und Patientinnen zu Beginn vor allem den Ärzt/inn/en und einem reibungslosen Ablauf der Ambulanzorganisation, während ihnen eine weiterführende Orientierung der Patient/inn/en nach Abschluß der Untersuchung nur mehr von indirektem Nutzen scheint. Die Texte zeigen jedoch das Gegenteil. Eine pragmatische Orientierung der Patienten und Patientinnen nach Abschluß der Untersuchung verringert das Störungspotential der Situation. Denn die Beendigung der ärztlichen Untersuchung ist nicht gleich der Beendigung der Untersuchungssituation.

Ebenso wie fehlendes Ablaufwissen und daraus resultierendes störendes Fehlverhalten, werden *explizite Erklärungswünsche von Patient/inn/en* über Befunde, Krankheitszusammenhänge und Therapie als potentielle Störungen betrachtet, auf die deshalb nicht oder zumindest abweisend eingegangen wird. Vor allem in schon angespannten Momenten und wenn es sich dazu noch um "Einmal-Patient/inn/en" handelt, wird dieses Verhalten deutlich. Sonderklasse-Patient/inn/en und Institutionsangehörige erhalten auch in Zeitnot Informationen und Zuwendung (vgl. Kap. 8.4., 8.5.1.).

Bei dem folgenden Patienten ist der erhöhte Cholesterinspiegel lediglich ein Nebenbefund, der auf die Entscheidung Operationsfreigabe "ja oder nein" keinen Einfluß hat. Für den Patienten ist der erhöhte Cholesterinwert jedoch von ziemlicher Bedeutung. Da der Befund im Lauf der Untersuchung vom Arzt und der Ärztin versehentlich zwei Mal zur Sprache gebracht wird, nimmt er für den Patienten möglicherweise noch an Relevanz zu. Nach Beendigung der Untersuchung wendet er sich informationssuchend an den Arzt:

<B03-B-05>

239 P: Was sagen Sie mitn Cholesterin? - Da hör i imma von

AM8: Nein es gibt jetzt - eh seit  
240 P: jedn a andere Meinung.

241 AM8: Neuen - i hob mi grođ do mit mein - Oberarzt unter=

242 AM8: halten - es gibt da ebn neue NEUE Richtlinien -- die

243 AM8: nicht mehr so so - den SPIEGEL - sondern eine eine  
P: (...)

244 AM8: andere Untersuchung wichtig machen laßt - und zwar  
P: ja

245 AM8: des - HDL und des LDL Cholesterin - und des werd ma

264 AM8: bei Ihnen abnehmen. Und dann werd ma weitersehn.

"Patienten-orientierte" Information bedeutet, der Arzt / die Ärztin orientiert sich bei der Informationsvermittlung am aktuellen Wissensstand der Patient/inn/en. Da der Arzt in diesem Fall wissen muß, daß der Fachbegriff "des HDL und des LDL Cholesterin" für den Patienten keinen echten Informationswert besitzen kann, scheint diese Art der Erklärung eine andere Funktion zu haben, nämlich die der indirekten Abwehr. D.h., der Arzt geht auf die Frage des Patienten ein, beantwortet sie aber betont unverständlich. Damit zeigt er dem Patienten, daß er an einem echten Informationsaustausch nicht interessiert ist. Diese Interpretation wird durch die nachfolgende abschließende Äußerung des Arztes "Und dann werd ma weitersehn" unterstützt.

Die machtvolle Abwehr dieser Patienten-Initiative hat mehrere Ursachen: Das Thema Cholesterinspiegel hat für einen Nebenbefund erstens schon zu viel an Untersuchungszeit in Anspruch genommen. Zweitens wird die Frage an einem Punkt gestellt, an dem die Untersuchung von seiten des Arztes und der Ärztin schon beendet ist. Der Patient hält mit seiner "nachgestellten" Frage den weiteren Ablauf auf; der / die nächste Patient/in kann nicht hereinkommen, der Arzt und die Ärztin können mit der gemeinsamen Befundbesprechung nicht fortfahren. Und drittens kann diese Frage, über die es fachlich keine einhellige Meinung gibt, nicht in aller Kürze ausreichend besprochen werden. Mit anderen Worten: diese Frage birgt, zu diesem Zeitpunkt gestellt, ein beträchtliches Störungspotential, das in keinem Verhältnis zur Wichtigkeit des Befundes steht.

Die abwehrende Haltung des Arztes wird also verständlich. Bestehen bleiben die Fragen, wie diese Machtdemonstration auf den Patienten und sei-

ne weitere Kooperativität wirkt und ob es nicht alternative Möglichkeiten der Situationsbewältigung gäbe.

Bei der Untersuchung des folgenden, schnell eingeschobenen Patienten stehen der Arzt und die Ärztin unter ziemlichem Druck, da der Professor im Operationsaal sozusagen schon auf ihn wartet. Zu allem Unglück stellt sich aber heraus, daß das EKG nicht in Ordnung ist und der Arzt außerdem ein Strömungsgeräusch in der Halschlagader hört, was auf eine Verengung hindeutet. Die Operationsfreigabe ist also in Frage gestellt und der Oberarzt muß erst zu Rate gezogen werden. Der Arzt und die Ärztin stehen also unter zunehmender Belastung und der Patient merkt natürlich, daß etwas nicht in Ordnung ist. Während die Ärztin den Patienten nochmals untersucht um den Strömungsgeräusch-Befund des Arztes zu überprüfen, versucht er sich zu informieren:

<B05-B-09>

- 119 AM8: ausatmen - so - - eindeutig jo mhm  
 AF2: ausatmen - so - - eindeutig mhm  
 P: Was hört ma?  
 /AF2 zu AM8/
- 120 AM8: Naja ma hört a Geräusch da  
 AF2: Einatmen ausatmen nicht atmen  
 P: Des Geräusch  
 /AF2 zu P/ /AM8 zu P/
- 121 AM8: aha  
 P: is praktisch so laut - des hör i beim Atmen (.....)

Der Arzt bleibt in seiner Antwort betont vage ("ma hört a Geräusch da"), er hat nicht die Ruhe und die Zeit, dem Patienten etwas zu erklären. Nachdem die Ärztin den Befund bestätigt hat ("Mhm - stimmt schon"), will der Arzt mit der Untersuchung fortfahren, um dann den Oberarzt holen zu können. Der Patient gibt sich jedoch mit diesem vagen Begriff "Geräusch" nicht zufrieden.

- 124 AM8: Ja das is  
 P: Und woher rührt des? Bronchitis oder
- 125 AM8: Nein nein nein nein - des is vom eine Gefäß - wie  
 P: so?

- 126 AM8: soll i sogn - von da Halsschlagader - a bißl eine
- 127 AM8: Stenose.  
 AF2: AH wor wor des - ah in da Anamnese - nur eine  
 /AF2 zu AM8/

Der Patient bietet dem Arzt sogar eine Antwortmöglichkeit an ("Bronchitis oder so?" (124)), die dieser im besten Falle nur zu bestätigen bräuchte. Wie sich schon durch seine vorherige Äußerung ("des hör i beim Atmen" (121)) angedeutet hat, bezieht er den Begriff "Geräusch" allerdings auf den Bereich der Lunge. Die Aufklärung dieses zusätzlichen Mißverständnisses würde eine sehr umfangreiche Erklärung notwendig machen, die den Arzt im Moment anscheinend völlig überfordert. Er ist außer Stande, eine verständliche Erklärung zu formulieren. Darum konfrontiert er den Patienten, ähnlich wie im vorigen Textbeispiel, schließlich mit einem Fachwort ("eine Stenose"). Mit dem Erfolg, daß der Patient, für den Moment zumindest, verstummt.

Auf Grund des Durcheinanders des Untersuchungsablaufs wird der Arzt die Konsequenzen seines Handelns nicht mehr erleben: Daß er nämlich einen zutiefst beunruhigten Menschen zurückläßt, der sich die gesamte weitere Untersuchung nur mehr mit diesem Gedanken auseinandersetzt und immer wieder versucht, Information über die ihm hingeworfenen Begriffe "Stenose" und "Geräusch" zu bekommen. (vgl. Kap.7.).

Natürlich geht es auch anders. Selbst in der gespannten und gedrängten Atmosphäre einer Ambulanz ist es möglich, patienten-orientierte Informationen und Erklärungen zu vermitteln:

<B07-A-01>

- 114 AF2: Solltens dann vielleicht amal - wenn Sie die
- 115 AF2: Operation hinter sich ham - daß ma amal der Ursache
- 116 AF2: nachgeht - wissen Sie - ich mein  
 P: Ach so - was hab ich
- 117 AF2: Najo - ich weiß nicht was Sie ham - aber Sie  
 P: denn?

- 218 AF2: könnten eventuell was mit da Niere zu tun haben -
- 219 AF2: daß dadurch der Blutdruck ausgelöst sein könnte -des
- 220 AF2: wär eigentlich das Erste - an was ma denken müßt.
- 221 AF2: Daß ma des wenigstens amal abklärt nicht - weil -
- 222 AF2: mit 33 Jahren so an hohen Blutdruck zu ham - is an
- 223 AF2: und für sich nicht ganz - schön.  
P: Najo - i bin /lacht/
- 224 AF2: Sprechen Sie  
P: zur Hausärztin gangen und (.....)
- 225 AF2: die amal draufhin an - daß sie vielleicht an Nieren=
- 226 AF2: ultraschall macht - und eine Kontrast - ah -
- 227 AF2: Kontrastmitteluntersuchung - damit ma die Auschei=
- 228 AF2: dungsfunktion von da Niere - beurteilen kann.  
P: mhm

Diese Patientin hat sich im Lauf der Untersuchung durch übermäßige Kooperativität und Zurückhaltung ausgezeichnet. Als "Belohnung" möchte man fast sagen, bekommt sie eine so ausführliche und adäquate, also sinnvolle Information. Man kann annehmen, daß die Patientin der Anweisung der Ärztin, zur Hausärztin zu gehen, folgen wird. Ziel der Informationsvermittlung sollte in jedem Fall sein, den Patient/inn/en so viel und solcherart Wissen zur Verfügung zu stellen, daß es sie zu kooperativem Handeln befähigt (RELLECKE 1985:79). Die Erreichung dieses Zieles scheint durch solch ein ärztliches Verhalten gewährleistet zu sein.

Wünschenswert wäre hingegen, wenn es nicht so sehr vom Zufall und von den momentanen äußeren Umständen abhinge, ob ein Patient / eine Patientin in den Genuß sinnvoller Informationen, Erklärungen und Ablaufs-

orientierungen kommt oder ob er/sie von mächtigen Fachtermini verschüttet oder mangelnder Kooperativität beschuldigt wird und dann schon gar keine Erklärungen mehr bekommt.

#### 8.4. Die "Einmal-Patient/inn/en"

Die speziellen Aufgaben der Ambulanz und ihre alle Krankenstationen umfassende Funktion führen dazu, daß die Ärzte / Ärztinnen im Lauf ihrer Ambulanztätigkeit mit einer Unzahl von Patient/inn/en in Kontakt treten, jede Krankengeschichte meist nur auf ein spezielles Problem bezogen durchsehen und nur in Ausnahmefällen einen Patienten / eine Patientin und dessen / deren Krankheits- und Heilungsverlauf genauer kennenlernen. Da die Ambulanzärzte/ärztinnen zusätzlich dazu turnusmäßig alle zwei Monate wechseln, sind ihnen auch die Patient/inn/en, die regelmäßig zur Kontrolle kommen, nur selten bekannt. Der prototypische Arzt-Patient-Kontakt in der Ambulanz kann daher als "kurz und einmalig" charakterisiert werden.

Eine wachsende Beziehung zwischen Arzt / Ärztin und Patient/in fördert das Vertrauen der Patient/inn/en in den Arzt / die Ärztin und das Interesse und die Verantwortung des Arztes / der Ärztin für den Patienten / die Patientin. Die durch die Ambulanzorganisation gewährleistete *prinzipielle Beziehungslosigkeit* hat den Effekt, daß Patient/inn/en, die den Arzt/inn/en von einer Station her "bekannt" sind oder die im Zeitraum eines Turnus zufällig mehrmals in der Ambulanz betreut worden sind, in den Gesprächen systematisch anders behandelt werden als "Einmal"-Patient/inn/en: Die Ärzte und Ärztinnen nehmen sich für sie mehr Zeit, sind eher zu Erklärungen und auch zum Zuhören bereit, selbst wenn die Zeit drängt. Sie stellen nicht rein-medizinische Fragen und machen scherzhafte Bemerkungen, persönliche Beziehung entsteht. Natürlich können sich auch ganz spontan sehr offene Gespräche mit nicht-bekanntem Patient/inn/en ergeben. Das ist aber vor allem von der Entspanntheit der momentanen Situation abhängig.

##### 8.4.1. "Der interessante Fall"

Der Patient ist vom Arzt in der Nacht zuvor buchstäblich gerettet worden, als er verwirrt und mit schlechten Leberwerten eingeliefert worden war. Es



ist also SEIN Fall, dessen Behandlung er der Ärztin vorführt. (Eine detailliertere Beschreibung des Gesprächs findet sich in Kap.5.3.1.). Die direkte Verantwortung des Arztes für den Patienten zeigt sich, als er sehr viel Zeit darauf verwendet dem Patienten das Versprechen abzunehmen, in Zukunft abstinent zu bleiben und er ihn auch am Ende der Untersuchung nochmals an das Versprechen erinnert.

- 60 AM8: Sehr gut - - und Sie versprechen kan Tropfen Alkohol
- 61 AM8: mehr. Des versprechens net. Müssens scho  
P: Najo. NA  
AF2: HA?
- 62 AM8: versprechen.  
P: Najo schon (.....) i man ah - scho -
- 63 AM8:  
P: also zwa drei Jahr muß ichs schon aushalten - net
- 64 AM8: Na jetzt is  
P: oba - ab und zu a Glasl Wein - goa nix?
- 65 AM8: absolut Null  
P: NANA - i man nur - in a - in drei Jahr
- 66 AM8: Jo dann VIELLEICHT - vielleicht jo:  
P: Auf d'Nacht z'Haus - net
- 67 AM8: vielleicht - wens des zammbringen - des weiß i net
- 68 AM8: - oba JETZT is jetzt is - NULL  
P: Jetzt nix. I waß scho
- 69 AM8: So also - versprechens uns des göll  
P: i waß scho. Herr
- 70 P: Doktor ich versprechs Ihnen - jo - vielleicht wirds
- 71 AM8: Jo wissens -  
P: überhaupt nix mehr werdn damit - wenn.

AM8: Sie tun sich Sie tun sich was Gutes.

Der Patient bekommt Zeit zu erzählen und erhält auch einige ausführliche Erklärungen, z.B. zur Notwendigkeit einer Gastroskopie, einer unangenehmen Magenuntersuchung.

- 228 AM8: Gastroskopiert. - Mitn MOCN - Mogn is schon unter=
- 229 AM8: sucht? Sinds schon mitn Schlauch reingefahrn?  
P: Nein -
- 230 AM8: No net - des no net - des fehlt noch.  
P: nein nein  
AF2: Najo
- 231 P: I hob nix im Mogen  
AF2: sollt ma schon machen - wissens
- 232 AF2: weil wenn de Leber a bißl angegriffen is - dann
- 233 P: Des muaß i Ihna über=  
AF2: reagiert oft sekundär da Magen
- 234 P: lassen - des is eh klar - liaba wärs ma wenn net
- 235 P: Ah net - wenn ma den  
AF2: Jo - des is jo net so - schlimm
- 236 P: Schlauch einekriegt?  
AF2: Müssens halt - jo müssens
- 237 AF2: ordentlich schluckn und brav mittun - wissens daß ma
- 238 AF2: schaut ob da net - eventuell a Geschwür oda - es
- 239 AF2: können auch noch andere Sachn sein - daß ma des aus=  
P: Jojo guat. -
- 240 AF2: schließn kann - wissens. Jo - so  
P: - Gehn ma aufs Ganze - net.



Die Gastroskopie wird nicht einfach nur angeordnet, so wie es bei den meisten unumgänglichen Untersuchungen der Fall ist, sondern es wird dem Patienten die Notwendigkeit dieser Untersuchung dialogorientiert erläutert - Übersetzungsmängel wie "dann reagiert sekundär der Magen" seien deshalb verziehen. So zeigt der Patient letztlich sein Einverständnis, obwohl er weiß und auch argumentiert, daß diese Untersuchung sehr unangenehm ist und er lieber auf sie verzichten würde.

Im Lauf des Gesprächs erhält der Patient vom Arzt eine ganze Reihe positiver Bewertungen wegen seines gebesserten Zustands:

- 159 AM8: Ja i muß sogn - Ihnen ganz ehrlich sogn - i bin mit
- 160 AM8: Ihnen sehr zufriedn. Sehr  
P: Sans sehr zufriedn - jo?
- 161 AM8: zufrieden -  
P: Des freut mi

In einem, direkt im Anschluß an diese Untersuchung mit einem Projektmitarbeiter geführten, kurzen Gespräch beschreibt der Arzt, wie sehr er sich um den Patienten bemüht hätte, und man erkennt seine Hoffnung, daß dieses Kümmern um ihn und sein Gefühl der Verantwortung für ihn, dem Patienten Ansporn und Hilfe sein könnte, um mit dem Trinken aufzuhören.

- 360 FM: Und wie groß is die Wahrscheinlichkeit - daß er nix
- 361 FM: mehr trinkt?  
AM8: Na des is - des is sehr schwer - des
- 362 AM8: kann i sicher überhaupt net beurteiln - oba i mein
- 363 AM8: i kann mi da nur - i kann nur des gefühlsmäßig sogn
- 364 AM8: ich weiß nicht - er hot irgendwie sicher - da kann
- 365 AM8: man sich eben sehr täuschen. I hob mi um den wirk=

- 166 AM8: lich bemüht - also ich bin dem noch - hinauf und hob
- 167 AM8: - hob des und jenes angeordnet und hob nu amoi und
- 168 AM8: wieder besucht und runterholt jedn Tog und - - ah
- 169 AM8: und sehr gekümmert drum - und der waß des - oiso i
- 170 AM8: mein ich weiß es nicht.

#### 8.4.2. "Der arme Patient"

Der folgende Patient hat eine, schon mehrere Male operierte und durch Bestrahlungen weiterbehandelte, bösartige Kehlkopferkrankung. Er zeichnet sich durch ruhige und bereitwillige Anpassung während der Untersuchung aus.

<B07-B-04>

- 36 AF2: Heisa san'S - hm Seit 1946? - Jössasna.  
P: Seit 1946
- 37 AF2: Und da warns gar net in Behandlung?

Die "Heiserkeit", die von der Ärztin gleich nach der ersten Äußerung des Patienten leichthin angesprochen wird und die noch unschuldige Frage "Und da warns gar net in Behandlung?", kristallisiert sich im Laufe der Untersuchung als lebensbedrohliche Krankheit heraus. Die trockene Antwort des Patienten ("Seit 1946") deutet auf Einiges an Erfahrung mit solchen Bemerkungen hin. Die Ärztin zeigt sich, als ihr die Befunde klar werden, zunehmend betroffen. Ihr Umgang mit dem Patienten ist sehr freundlich und ruhig.

- 129 AF2: Und jetzt werdens operiert oder wie  
P: Operiert jo (..
- 130 AF2: Mhm - wie alt sind Sie? Gut - aber sonst  
P: .....) 68

131 AF2: is alles in Ordnung - nur da hohe Blutdruck gell -

Zum Ende der Untersuchung erkundigt sie wegen der bevorstehenden Operation. Dieses Thema wird bei Operationsfreigaben paradoxerweise sehr selten angesprochen. Das Unbehagen vor den Gefühlen der Patient/inn/en und vor dem nicht-gelernten Umgang damit scheint eine Art Tabu-Zone im ärztlichen Gespräch zu erzeugen (vgl. LALOUSCHEK 1989). Diesem Patienten gibt die Ärztin aber ein beruhigendes Wort mit auf den Weg: "Gut - aber sonst is alles in Ordnung" soll ihm jede nicht notwendige Besorgnis nehmen.

Im Nachgespräch mit dem Arzt gibt sie ihrer Betroffenheit zuerst explizit Ausdruck: "Der is jo orm - hearst".

175 AF2: Der is jo orm - hearst - - sowos - so long bestrohn  
AM8: mhm

176 AF2: - - und wos wird do jetzt opariert? - Waßt Du des?  
AM8: Na

177 AF2: hm?  
AM8: wahrscheinlich a (.....) - wahrscheinlich mit Laser

178 AF2: aha. Mhm - chronische  
AM8: Er hat aba nie graucht - net?

179 AF2: Laryngitis Da rauch ma liaba no /lacht/  
AM8: /murmelnd (.....)/ - guat

180 AM8: /lacht/ naja - - so. - Next one.

Letztlich sieht die Ärztin keine bessere Möglichkeit, als ihre Betroffenheit mit einer sarkastischen Bemerkung ("Da rauch ma liaba no") zu kaschieren.

Eine Woche später kommt der Patient wieder in die Ambulanz. Anhand der Befundmappe erkennt die Ärztin ihn wieder.

- B09-A-02>

AF3: Sie werden - Sie werden operiert?  
P: jaja  
14 AF2: Den kenn ich

15 AF2: auch schon. - Der war scho amal da.

Die Bekanntheit mit dem Patienten scheint ihr sehr wichtig zu sein, da sie ihn auch darauf aufmerksam macht und stillschweigend die Weiterführung der Untersuchung übernimmt:

16 AF2: Mh - und Sie sind aber damals auch operiert worden -

17 AF2: göllns? Sie warn ja einmal schon bei uns?  
P: Jojo. Jojo.

18 AF2: Und da sinds operiert worden? ah net?  
P: Nein - gestern (.....)

19 AF3: Na Sie ham nur eine Mikrolaryngoskopie. Ich versteh  
P: .....)  
20 /AF3 zu P/15 /AF3 zu AF2/

21 AF3: nicht warum sie ihn jetzt noch amal herschickn - hm?

Die Ärztin ist sehr freundlich und besorgt in ihrem Umgang mit dem Patienten. Sie zeigt ihm, daß sie sich an seine speziellen Befunde, z.B. den erhöhten Blutdruck, erinnern kann und bespricht ihn auch mit ihm:

22 AF2: Das Wichtigste bei Ihnen is da Blutdruck - göllns -  
P: jaja

23 AF2: Is der gmessen worden heut schon? Jo  
P: Is gmessn wordn.

15) Eine Analyse dieses "faux pas" findet sich in (Kap. 8.2.1.).

52 AF2: und wor er schön? Tadellos.  
P: 150 90.

Das Ende der Untersuchung und das Nachgespräch erinnern sehr an das erste Gespräch mit dem Patienten. Die Ärztin wünscht ihm betont "ALLES GUTE" für die Operation und gibt danach wiederum ihrer Betroffenheit Ausdruck: "Des is ein armer Patient."

120 AF2: Abdomen ja - Hepar is - (.....) - - Sie können  
/zu AF3/ /zu P/

121 AF2: schon raufgehn - gell. ALLES GUTE. Wiedersehn. - Des  
/zu AF3/

122 AF2: is ein armer Patient. Der wird jetzt sicherlich

123 AF2: laryngtektomiert.

Diese Texte zeigen, wie wichtig den Ärzt/inn/en die Beziehung zu den Patient/inn/en ist, und wie froh und bereit sie sind, wenn sie sich um einen Menschen kümmern können, seinen Krankheits- und Therapieverlauf beobachten und mitgestalten können und Verantwortung erleben. Da die Ambulanzorganisation den Aufbau von Beziehung zu den Patient/inn/en prinzipiell verhindert, bekommen solche "Erlebnisse" für die Ärzte/Ärztinnen dann besondere Bedeutung im Ambulanzalltag. Wie die Texte zeigen, verlaufen Gespräche mit diesen Patient/inn/en dann auch systematisch anders.

### 8.4.3. Spontane Beziehungen

Trotzdem geschieht es immer wieder, daß sich - vor allem in entspannten Momenten - spontan Beziehungen zu sogenannten "Einmal-Patient/inn/en" entwickeln. Auch diese wenigen Patienten und Patientinnen kommen in den Genuß eines herzlicheren und zuwendungsreicheren Gesprächs, wie der folgende Textausschnitt zeigt:

112-B-06>

15 P: Des klingt so hohl -  
/AF2 klopft den Bauch von P ab/

16 AF2: /lacht/ Is ja nur Luft drinn. - - So  
P: - Frau Doktor.

17 AF2: ga:nz locker lassen - Beine a bißl anheben - so  
/AF2

18 AF2: Hörns da is die Leber - - da is net hohl -  
klopft weiter ab/

19 AF2: Da schon nja:  
P: Da is nicht - - DO is hohl. Da klingts

20 AF2: Werma schau'n wie groß die Leber is - wieviel  
P: so hohl.

21 AF2: Wein Sie trinken /lacht/.  
P: Ah: do - machens net viel

22 AF2: Net? -- Na - do is schon wieder hohl.  
P: Geschäft mit mir.

23 AF2: - - Also die Leber is normal.

Die Ärztin geht auf die spielerische Art des Patienten ("Des klingt so hohl") ein und beschreibt ihm während des Abklopfens Sinn und Zweck der ärztlichen Handlung ("Werma schau'n wie groß die Leber is - wieviel Wein Sie trinken") und teilt ihm auch den Befund mit ("Also die Leber is normal.").

Die weitere Untersuchung verläuft ruhig. Der Patient kann einige Initiativen über frühere Leberpunktionen, auf die die Ärztin interessiert eingeht, einbringen. Am Ende klingt wieder der spielerische Ton durch:

24 AF2: Gut is. Thrombose hams auch keine ghabt? Gut -  
P: Nein

25 AF2: dann könnens wieder rauf.  
P: Ma muß ja net von ÜBERall

63 AF2: Natürlich nicht.  
P: was ham Frau Doktor /lacht/

#### 8.4.4. "Der Profi"

Ein sehr routinierter Patient, der in unserem Material ebenfalls zwei Mal aufscheint (vgl. Kap.5.3.1.), benützt seine Bekanntheit mit dem Ambulanzarzt, um die Behandlung von Beschwerden zu erreichen, um die sich auf der Station anscheinend niemand kümmert.

<B6-B-14>

- 136 P: Und was und was und was mocht ma mit dem - mit dem  
AM8: Des is die -  
/AM8 zu S/
- 137 P: Husten?  
AM8: nächste Patientin.  
AF2: Weil do hob ma jetzt (.....) Des hot er ah  
/AM8 zu AF2/
- 138 AM8: ah ghobt scho auch zum Teil. - Gengan Husten - naja  
/zu F/
- 139 P: Nutzt nix - nutzt ka Hustnmittel oda was - do  
AM8: vielleicht is
- 140 P: war i bald unkumman  
AM8: Na des is - oba des wird scho die
- 141 P: aso  
AM8: die Stauung sein - da müssens halt manchmal doch
- 142 AM8: vielleicht von ihrem Entwässerungsmittel a bißl dazu
- 143 P: I wollt jo ma - daß mia an Rat gebm  
AM8: - oba net zu oft gell
- 144 AM8: Oba deswegn mocht ma des Lungenröntgen - schauns
- 145 AM8: schauns Sie können ja mit dem Lungenröntgen wennes es

- 146 P: Is recht  
AM8: haben noch amal an Sprung herunterkommen I wer
- 147 AM8: dann sehn - i kenn Sie ja - wennes dann draußn sitzn
- 148 AM8: mim Lungenröntgen - dann gebmS mas. Wiederschaun.
- 149 P: Vielen Dank. - Danke für die Bemühungen  
AM8: Nächster.

Geschickt versteht es der Patient, die Beziehung zum Arzt und dessen Verantwortungsgefühl ihm gegenüber für seine Bedürfnisse zu nützen. Zuerst appelliert er an die gemeinsame Basis ("*und was mocht ma mit dem mit dem Husten?*" (136)), dann an die Verantwortung des Arztes, indem er die Beschwerden dramatisch schildert ("*do war i bald unkumman*" (140)). Der Arzt, der mit seinen Gedanken schon bei der nächsten Patientin (136) und bei der Nachbesprechung mit der Ärztin (138,138) ist, will die Verantwortung an den Patienten zurückgeben ("*da müssens halt manchmal doch vielleicht von ihrem Entwässerungsmittel a bißl dazu*" (141,142)). Der Patient weist das von sich, indem er den Arzt auf die "korrekte" Rollenverteilung Experte - Laie und auf dessen Fachwissen hinweist ("*daß mia an Rat gebm*" (143)). Der Arzt gibt sich geschlagen und bietet dem Patienten eine zusätzliche Besprechung der Befunde vom Lungenröntgen an. Die kurze, übergangslose Verabschiedung ("*dann gebmS mas. Wiederschaun*" (148)) und das Ignorieren der expliziten Dankesformel sollen dem Patienten zu verstehen geben, daß er mit dessen "professioneller" Vorgangsweise ganz und gar nicht einverstanden war.

#### 8.5. Aber manche sind gleicher

Ein gesprächsbestimmender Faktor, der von wechselnden äußeren Umständen des Ambulanzablaufs und der momentanen Belastung der Ärzte und Ärztinnen recht unabhängig ist, ist der besonderer Status eines Patienten oder einer Patientin.

Die Regelung in der Ambulanz ist so, daß die Turnusärzte / ärztinnen die Kassenpatient/inn/en behandeln, Privat- und Sonderklassepatient/

inn/en vom Ambulanz-Oberarzt betreut werden. Meist wird es jedoch so gehandhabt, daß die Turnusärzte / Ärztinnen die Untersuchung durchführen und der Oberarzt am Ende der Untersuchung hereinschaut, auftretende Probleme bespricht und schließlich entscheidet. Häufig tritt auch der Fall ein, daß ein hierarchisch höherstehender Arzt den regulären Ambulanzablauf unterbricht und "rasch" einen, meist Privatpatienten zur Untersuchung einschleibt. Patient/inn/en mit ähnlichem Sonderstatus sind Angehörige der Institution, also z.B. Schwestern, die als Patientinnen "auftreten".

Bei der Behandlung dieser Patient/inn/en scheint eine zusätzliche Qualität der Verantwortung, neben der allgemeinen, die ein Arzt / eine Ärztin einem / einer Kranken gegenüber hat, mitzuschwingen: nämlich jene, die man einer hierarchisch höherstehenden Person gegenüber hat. Mit anderen Worten, das Gefühl der Verantwortung für einen Patienten / eine Patientin und deren Wohlbefinden hängt auch damit zusammen, ob diese/r relativ anonym von einer Station geschickt wurde oder sozusagen persönlich von Oberarzt oder Professor übergeben wird.

### 8.5.1. Die Privatpatientin <B08-A-11>

Während einer Untersuchung bittet ein Professor den Arzt, die Begutachtung einer seiner Privatpatientinnen einzuschieben, die nach einem Afrika-Aufenthalt mit Verdacht auf Hepatitis zu ihm gekommen ist.

Dazu zuerst das Nachgespräch nach dieser Intervention, das während der Untersuchung von <B08-A-10> stattfindet:

- 1 AM8: Des is eine -  
S3: Wer isn die Dame die do kumman soll?
- 2 AM8: eine private - zahlende Patientin vom X. (Name Prof.)
- 3 AM8: - die Verdacht auf Hepatitis hat. - Wir schau'n sie  
S3: jo
- 4 AM8: amal primär an - ob man sie aufnehmen muß oda nicht.

- AM8: - Nehman die Notblute ab  
S3: I wollt nur wissen ob Sie wissen
- AM8: Na: - keine Ahnung.  
S3: welchan Namen  
AF2: Das hab ich mir
- AF2: gedacht daß die X. (Name S3) des nicht interessiert
- AM8: Najo - i homma gedacht des interessiert sie viel=  
AF2: /lacht/ deine
- AM8: leicht Also gut - RR?  
AF2: medizinische Litanei /lacht/

Dieses amüsante Mißverständnis zwischen dem Arzt und der Ambulanzschwester zeigt deutlich, welchen Wert der Arzt dem Sonderstatus dieser Patientin beimißt. Er beschreibt sie als "privat", "zahlend" und unter wessen Obhut sie in der Institution steht.

Im Gespräch mit dieser Patientin lassen sich dann eine ganze Reihe auffälliger Unterschiede zu Gesprächen mit "normalen" Patient/inn/en festmachen:

1. Die Patientin wird über Vorgänge und ärztliche Handlungen genau orientiert.

- 12 AF2: So - mir schreibn auf jeden Fall - Sie können sich  
/zu P/
- 14 AF2: schon herlegn.- Mir schreibn auf jeden Fall ein EKG.
- 106 AF2: Ich werma noch kurz die Lunge (.....) - setzen  
/zu P/
- 107 AF2: Sie sich a bißl auf bitte. Mit offenem Mund tief
- 108 AF2: ein - und ausatmen. - - A bißl schneller - so.

- 268 AF2: Sie können dann a bißl draußen warten.  
AM8: Warten Sie
- 269 AM8: draußen - ja - bis wir die Befunde haben - und dann
- 270 AF2: Bis ma das Labor ham.  
AM8: entscheid ma das - ja.  
P: Gut - danke.

Die Ärztin beschreibt der Patientin während der Untersuchung die jeweils nächsten Untersuchungsschritte ("Mir schreibm auf jeden Fall ein EKG.", "Ich werma noch kurz die Lunge"); nach Beendigung der Untersuchung informieren Arzt und Ärztin sie gemeinsam über den weiteren Verlauf im Einzelnen ("bis wir die Befunde haben").

2. Die Patientin wird auch bei Routinehandlungen um Erlaubnis gebeten.

- 52 AF2: So - darf ich amal bei Ihnen da den Bauch a bißl
- 53 AF2: anschaun?
- 184 AF2: Darf ich kurz stören - wie schaut denn da Stuhl aus?  
/zu P in der Umkleidekabine/
- 185 AF2: Hell und dünn? - wassrig?

Die ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen von Untersuchungen greifen direkt in den Intimbereich der Patienten und Patientinnen ein, sind aber in der Situations- und Rollendefinition "Arzt" enthalten. D.h. sie bedürfen an sich keiner Erlaubnis sondern werden als selbstverständlich betrachtet. Deshalb wirken die aus dem Alltag übernommenen Routineformeln "darf ich amal" und "darf ich kurz stören" umso auffälliger. Sie sind Zeichen dafür, daß die Ärztin der Patientin eine "Sonderrolle" zuschreibt und zubilligt.

4. Bei Symptomfeststellungen wird die Bestätigung der Patientin eingeholt.

- 276 AF2: Aber jetzt im Moment nicht - noch amal tief Da  
P: da  
/AF2 klopft P ab/
- 277 AF2: tuts weh - also da eher auf da Seitn.  
P: Ja - ja.
- 278 AM8: Aber sagen Sie jetzt noch amal - zuerst hams des
- 279 AM8: Fieber ghabt? Brochen - Husten - Schmerzen im Unter=  
AM8: bauch. - Des war amal des Erste. - Dann sind Sie -  
P: ja
- 280 AM8: mit diesen Beschwerden sind Sie weggefahren - - sind
- 281 AM8: - ist des dann - das Fieber ist ja dann besser
- 282 AM8: geworden. Okay  
P: Des Fieber war weg bevor ich wegfahrn bin.
- 283 AM8: - die Schmerzen warn noch da?  
P: Die Schmerzen warn noch
- 284 AM8: Dann sind Sie weggefahren - da warn noch keine  
P: da.
- 285 AM8: Durchfälle - und die Durchfälle sind erst unten
- 286 AM8: gekommen. Mhm - und seit wann genau sind jetzt die  
P: ja.
- 287 AM8: Durchfälle?  
P: Seit gestern - in da Früh - nein - vor=  
AM8: - - Okay.  
P: gestern in da Nacht.

REHBEIN (1986:301) betont als wichtigen Faktor im Arzt-Patient-Gespräch, daß der Patient / die Patientin in den Symptomformulierungen des Arztes / der Ärztin die eigenen Empfindungen der Beschwerden und Leiden wiedererkennt und dies dem Arzt / der Ärztin deutlich macht. Die Symptome sollen also durch Rückfrage und Bestätigung gemeinsam erarbeitet werden. In der Explizitheit, in der dies hier passiert, ist es allerdings eine Ausnahme.

Im Gespräch mit dieser Patientin wartet der Arzt nach jeder Feststellung die Bestätigung der Patientin ab, ehe er fortfährt und nimmt Veränderungen auf (232,233). So bleibt der Patientin die Möglichkeit gewahrt, nicht ganz zutreffende Zusammenhänge oder Symptombeschreibungen sofort zu korrigieren.

4. Initiativen der Patientin, vor allem ihre subjektiven Krankheitsvorstellungen, werden ernst genommen.

- 136 P: Ich hab mir gedacht das das vielleicht von da
- 137 P: Operation is - aba  
AM8: Wann sind Sie da da operiert
- 138 P: Das is schon - 4 Jahre bald.  
AM8: wordn?
- 222 P: Na - es sind Einige von da Unten - de das gekriegt
- 223 P: haben - des is erst jetzt eigentlich zurückgegangen  
AM8: ja ja
- 224 P: beim Stuhl.  
AM8: Des war vorher nie? - - Ja des kann - des
- 225 AM8: kann - des kann durchaus sein - daß des zwei ver=
- 226 AM8: schiedene Sachen sind.

Häufig passiert es, daß subjektive Krankheitsvorstellungen und -ursachen der Patient/inn/en nicht besonders wichtig genommen oder sogar ignoriert werden. (vgl. Kap.5.3.1.). Bei dieser Patientin nimmt der Arzt die Äußerung auf und führt sie thematisch weiter ("*Wann sind Sie da da operiert wordn?*"), behandelt sie also als medizinisch relevante Information. Ebenso verfährt er mit den anderen Initiativen der Patientin (222). (Zu weiteren diskursiven Möglichkeiten für eine Erarbeitung eines gemeinsamen Konzeptes zu Krankheit und psychosozialen Hintergrund von Patienten/inn/en vgl. LALOUSCHEK/DEUSCH 1990).

5. Zusammenhänge werden spontan, ohne Nachfrage der Patientin erklärt.

- 254 AM8: Des is ebn - wir würden Sie nur dann jetzt glaub ich
- 255 AM8: dabehalten - es hat sonst kan Sinn - weil übers
- 256 AM8: Wochenende net sehr viel passiert. - Nur dann - wenn  
P: mh
- 257 AM8: Sie jetzt - elektrolytmäßig - - Störungen aufweisen.
- 258 AM8: - Des kann eben - durch so starke Durchfälle kann
- 259 AM8: sein - daß eben Kalium und Natrium vermindert is und
- 260 AM8: - da müste man Infusionen geben. - Und Flüssigkeit
- 261 AM8: vor allem - i weiß net ob Sie genug trinken - wie=
- 262 AM8: viel trinken Sie am Tag? Naja - des is klar  
P: wenig.
- 263 AM8: - des wird des - (.....) stärker und Sie
- 264 AM8: verliern immer mehr Flüssigkeit - Elektrolyte -
- 265 AM8: essen nix - trinken nix - werden immer schwächer -

- 266 AM8: und immer mehr krank. Also aus diesem Grunde müßte
- 267 AM8: man natürlich eine Aufnahme überlegen. - Aber i werd
- 268 AM8: mitn X. /Name Oberarzt/ sprechen. Guat -

Wie frühere Textanalysen gezeigt haben, müssen Patienten und Patientinnen normalerweise sehr viel "diskursive Energie" aufwenden, um Antworten zu ihren Fragen und Erklärungen zu bekommen. Spontane längere Erklärungen der Ärzte und Ärztinnen sind nicht der Normalfall. Diese Patientin erhält ohne eigenes Zutun eine sehr ausführliche Darstellung vom Arzt über das Für und Wider einer Aufnahme auf eine Station in Abhängigkeit von ihrem momentanen körperlichen Zustand, dessen wahrscheinliche Ursache ihr ebenfalls sehr patienten-orientiert erklärt wird.

Nicht unwesentlich ist auch die Behandlung des Zeitfaktors: Obwohl der Ambulanzbetrieb schon zu Ende ist, und der Arzt schon zu einer Fortbildungsveranstaltung müßte, kümmert er sich ausführlich um die Patientin und weist in keiner Äußerung auf diesen Zeitdruck hin. Dabei sind solche, den Streß und die Belastung betonenden Kommentare für Gespräche, die unter zeitlichem Druck stattfinden, ja geradezu charakteristisch (vgl. Kap.5.3.3., Kap.5.4.2.).

Zusammenfassend kann man sagen, daß diese Privatpatientin von der Ärztin und dem Arzt äußerst zuvorkommend und weniger als Patientin denn als gleichberechtigte Gesprächspartnerin behandelt wird. Äußere Einflüsse wie Zeitdruck und Überanstrengung nach einem ganzen Vormittag werden aus dem Gespräch ausgeblendet und ihre unklaren Befunde und Symptome werden ihr nicht als zusätzliche Belastung des Ablaufs angelastet und "von der Zuwendungszeit abgezogen".

### 8.5.2. Die Operations-Schwester <B11-B-06>

Die Untersuchung einer Schwester ist *der* Sonderfall des Sonderfalls. Als Patientin besitzt sie Sonderstatus durch ihre Funktion als Institutionsangehörige. Die Anamnese ähnelt eher einem Fachgespräch, da die Schwester mit Ablauf und Fachjargon vertraut ist:

- 154 AF3: Ham Sie schon amal a Operation ghabt? Jo - wos  
P: Jo.
- 155 AF3: denn? mhm  
P: Appendix und Tonsillen. - - Allerdings den
- 156 P: Appendix noch mit Äthernarkose - so lang liegt des
- 157 AF3: Und ham Sie mitn Herz amal zu tun ghabt?  
P: schon zurück.
- 158 AF3: An hohn Blutdruck - und wos  
P: Nein - an Hochdruck hob i.
- 159 AF3: nehmens do? Mhm - -  
P: Beloc 100 - zweimal eins.

Als Operationsschwester beherrscht sie die Fachausdrücke und sogar den Jargon ("*Appendix und Tonsillen*" als elliptische Ausdrücke für die jeweilige Operation), sie weiß, welches Register abgefragt wird, welche Beschwerden für eine OP-Freigabe relevant sind, initiiert daher selbst den Blutdruck (58) und sie weiß, welche Angaben bei Medikamenten relevant sind, nämlich exakte Bezeichnung des Medikaments ("*Beloc 100*") und dessen Dosierung ("*zweimal eins*").

Es kommt sogar so weit, daß sie die wesentlich jüngere Ärztin belehren muß:

- 159 AF3: Und Sie haben - zwei Röntgen?  
P: Das eh - das sind - ahm
- 160 P: - die Phlebographie und das is das Thoraxröntgen -
- 161 AF3: mhm - - - mhm  
P: ich glaube Sie ham die - Phlebographie

An dieser Stelle wechselt sie vom patienten-orientierten Sprachverhalten zur typischen, in Kapitel 6 beschriebenen Arzt-Schwestern-Kommunikation.



Gegen Ende der Untersuchung kommt die zweite Ärztin in den Raum, der die Schwester am Vortag angekündigt worden war. Während die erste Ärztin in ihrem Gesprächsverhalten sachlich und knapp war, entspinnt sich ab diesem Moment zwischen der zweiten Ärztin und der Schwester ein außerordentlich langes, im Folgenden nur ausschnittsweise wiedergegebenes Gespräch über die Station, von der sie kommt, über anderes ärztliches Personal und über die Operation. Das gibt der Schwester auch Gelegenheit, ihre nicht unbeträchtlichen Ängste zu äußern und sich von der Ärztin beruhigende Worte zu holen:

- 200 AF2: Was wird gmacht werden?  
P: Varizn.  
AF3: Beidseits wird des
- 201 AF2: Wer wirds machen? - Da X.?  
P: Beid ja - beidseits.  
AF3: gmacht oda nua
- 202 AF2: (Name Arzt) - Na der mocht des schon gut. /lacht/  
P: Jo oba ich
- 203 P: bin derart aufgereggt (.....).
- 254 P: Ja - dos stört mi weniger - i fürcht mi vor da
- 255 AF2: Najo - (...) sie wern ja an Anesthasistn  
P: (Narkose).
- 256 AF2: gfundn ham - oda?  
P: Na i hob ma keinen mitgenommen -
- 257 AF2: Ach so -  
P: sondern im X. (Name Spital) is a Guter.
- 258 AF2: drüben macht er das.
- 273 AF2: Und liegen tuns dann im im X. (Name Spital)?  
P: Jo ich geh am

- 274 P: Montag am abend rein - werd Dienstag operiert und geh
- 275 AF2: Jo - des dauert jo net lang.  
P: Mittwoch raus nach Haus.
- 276 AF2: - Is eigentlich  
P: Er schickt mich - am Nachmittag muß ich
- 277 AF2: mhm  
P: schon zwei Stund im Garten spaziern gehn /lacht/
- 278 AF2: Najo aber ich  
P: also des schau i ma an - hob i gsogt.
- 279 AF2: muß sagen - die sind relativ beschwerdefrei - die
- 280 AF2: Patienten. Ich hab des oft erlebt - da wundert  
P: Jo - jo.
- 281 AF2: man sich eigentlich.  
P: - Der macht an speziellen Verband
- 282 AF2: Ja (.....) bandagieren. - Dann wünsch ich  
P: - jo.
- 283 AF2: Ihnen alles Gute. Wieder=  
P: Danke schön - auf wiedersehn.
- 284 AF2: sehn.  
P: Danke Frau Doktor.  
AF3: Wiedersehn.

Auffallend ist - vergleicht man das Gespräch mit der Privatpatientin -, daß auch hier wieder der sonst so gesprächsbestimmende Faktor Zeitdruck ausgeklammert wird und das locker und entspannt geführte Nachgespräch länger dauert, als die vorangegangene Untersuchung. Dieses Phänomen ist umso auffälliger, als die Ambulanzschwester zu Beginn dieser Untersuchung explizit und eindringlich auf die fortgeschrittene Zeit hingewiesen hatte.

- 1 S3: Wir müssen uns a bissi sputn - Frau Doktor.  
AF2: Jaja - ich
- 2 S3: Do liegn a Menge Zetteln - des is net ollas wos  
AF2: weiß.
- 3 S3: ma no hom. - I man i wü jo net drängen - oba.

### 8.6. Schlußbemerkungen

In den Beschreibungen und Analysen von Textausschnitten und Gesprächen zwischen Arzt/inn/en und Patient/inn/en kristallisierte sich ganz deutlich heraus, daß sowohl die Situation "Ambulanz" ganz allgemein, also ihre Organisation und ihr Ablauf, als auch der spezielle momentane Zustand dieser Situation (Überbelastung, Gestörtheit, Ruhe) einen ganz direkten Einfluß auf das jeweilige, gerade stattfindende Gespräch ausüben. Dieser Einfluß ist so stark, daß die in bisherigen Untersuchungen herausgearbeiteten gesprächsbestimmenden sozialen Variablen der Patienten und Patientinnen wie Geschlecht, Alter und Schicht an Bedeutung verlieren.

Die Ergebnisse zeigen aber ebenso deutlich, daß es sinnvoll wäre, den Nutzen scheinbar zeitsparender Routinen und scheinbar effizienter Arbeitsweisen auf ihre tatsächlichen Konsequenzen für das Gespräch und die Beziehung zwischen Arzt / Ärztin und Patient/in zu überdenken.

Ebenso konnte gerade diese Mikroanalyse verdeutlichen, wie stark bestimmte Ideologien und Mythen die Alltagsrealität verschleiern: weder wissen die Arzt/inn/en alles, noch arbeiten sie immer effizient, noch ist alles besprechbar, noch werden alle Patient/inn/en gleich behandelt. Auch sind Zeitdruck und Streß relativ, und von ganz anderen Interessen und Motiven gesteuert, als dann "objektiv" wahrnehmbar. Erst wenn eine Enttabuisierung und Entmystifizierung möglich werden, können Umwertung, Neuorganisation und Umorientierung beginnen. Und erst dann ist ein absehbarer Nutzen zu erwarten, und zwar sowohl für die Patient/inn/en als auch für das medizinische Personal.

## 9. ZUSAMMENFASSUNG

In den letzten Jahren überschlagen sich die Zeitungen mit Meldungen über die Ineffizienz der Spitäler, über unzumutbare Zustände, über Schwierigkeiten in der Ärzteausbildung, über Probleme mit den Krankenkassen und über einige wenige Bürgerinitiativen (wie z.B. den Kampf um Mutter-Kind-Aufnahme in Kinderstationen). Die qualitative Kritik an der Arzt-Patient-Beziehung und an den oft unzumutbaren Verhältnissen, denen sich Patient/inn/en ausgesetzt sehen, ist gering und leise. Und dies ist sicherlich kein Zufall: Die "Götter in Weiß" werden kaum angetastet, Kritik an "objektiven" Bedingungen läßt sich wesentlich einfacher und konfliktfreier äußern und ist auch politisch besser verwertbar.

- "Teuer, aber wenig effizient: AK-Studie zur Technik im Spitalsbereich"* (Presse- dienst der Kammer für Arbeiter und Angestellte, 23.3.1987),  
*"Die Spitäler sind überfordert"* (Salzburger Nachrichten, 19.9.1986),  
*"Am 'Sterbebett' der steirischen Spitäler"* (Kärntner Tageszeitung, 10.12.1986),  
*"Die Zukunft der Krankenhausversorgung"* (Das öffentliche Haushaltswesen in Österreich, 12.1986),  
*"Viele Diagnosen, kaum eine Therapie"* (Die Presse, 31.10.1987),  
*"Die neue Lust auf noble Kliniken"* (Trend, 9/1987),  
*"Kritik an Spitalern: Patienten werden zu lange behalten"* (Presse, 11.6.1987),  
*"Für Hilferufe aus dem Krankenhaus"* (AZ, 19.3.1987),  
*"Wie gut sind junge Ärzte?"* (Wochenpresse 8/20, Februar 1987),  
*"Sind wir Österreicher nun 'gesünder'?"* (Wiener Zeitung, 14.10.1986)  
*"Technik und Humanität im Spital"* (Wiener Zeitung, 4.11.1987)  
*"Damit Kinder nicht leiden: Eltern sind im Spital dabei"* (Arbeiterzeitung, 12.6.1987),  
*"Generalsanierung für Ärzteschwemme. Einführungsjahr statt Numerus Clausus"* (Presse, 21.10.1986),  
*"Für mich sind alle gleich"* (Volksstimme, 22.3.1987),  
*"Wiener Medizin - nur Mythos?"* (Wiener Zeitung, 23.5.1987),  
*"Ist der Doktor selber krank?"* (Serie Kronenzeitung, 16.6.1987),  
 usw.usw.  
 So und ähnlich lauten die aufreißerischen Schlagzeilen zum Gesundheitswesen.

Damit wird das eigentliche Problem umgangen, nämlich die Faktoren zu untersuchen und zu verändern, die die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in bestimmen: zermürbende Wartezeiten, unzumutbare Wartebedingungen, fehlende Empathie, Chaos, routinemäßige Störungen, Streß, mangelnde Information über den Ablauf im Krankenhaus, über die Krankheit, Beziehungslosigkeit, Tabuisierung von Angst und Sexualität, Tod und Sterben, Mystifikation von Allwissenheit und Fehlerlosigkeit der Ärzte/innen, straffe Hierarchie und Delegation von Verantwortung. Alle diese Faktoren konnten wir in unserer Studie anhand einzelner authentischer Gesprächsausschnitte belegen.

Veränderung muß an mehreren Punkten gleichzeitig ansetzen: am System als Ganzem und an der Behandlung der Menschen, an der Einstellung zur Medizin und zu den Patient/inn/en. Ist die Institution für die Patient/inn/en da oder für das medizinische Personal und die Ausbildung? Diese Frage klingt nach einer Binsenweisheit, wie aber unsere Ergebnisse zeigen, ist die Antwort gar nicht so selbstverständlich.

Gerade die Ambulanz wird von den Ärzten als "Abstellgleis" gewertet: die Arbeit ist nicht prestigebehaftet, nur anstrengend. Und daran sind zum Teil die Hierarchie und die Organisation schuld.

Turnusärzte/innen arbeiten zusammen, Oberärzte und Primarii sind Entscheidungsinstanzen, Schwestern sind routiniert und müssen ihr besseres Wissen und ihre Effizienz geschickt einsetzen, um ja nicht in die Kompetenzen der Ärzte / Ärztinnen einzugreifen bzw. diese zu verunsichern. Der Untersuchungsablauf ist zwar streng geregelt, dennoch sind manchmal bis zu 10 Personen in dem kleinen Raum anwesend, das Telefon läutet ständig, Notfälle und privilegierte Patient/inn/en werden eingeschoben, Befunde nachgetragen und oft im Beisein eines Patienten / einer Patientin die Ergebnisse und Diagnose des / der vorhergehenden besprochen. Mißverständnisse, Spannungen und Konflikte sind die Folge. Das Veränderungsinteresse und die Motivation der Ärzte/innen hält sich in Grenzen, da sie nur 2 Monate dort verbringen, die Ambulanz also als eine Durchgangsstation auf dem Weg ihrer Ausbildung betrachten. Die wichtigste Schnittstelle zwischen Innen- und Außenwelt ist am schlechtesten besetzt und bewertet: ein institutionelles Paradoxon!

Das planmäßige Chaos, das aber nie wahrgenommen wird und nicht akzeptiert werden kann, bestimmt schließlich den Ablauf des Vormittags:

selbst engagierte Ärzte/innen, die sich viel Zeit nehmen wollen, halten den Streß des Vormittags nicht durch. Würden die Mythen der Zeitnot, der Allwissenheit, der Allheilbarkeit fallen, würden Tabus besprechbar werden, wären Spannungen auflösbar, dann wäre auch an eine sinnvolle Neuorganisation zum Wohle aller Beteiligten zu denken. Die Besonderheiten, die der Umgang mit alten Patient/inn/en, mit Patient / inn/en mit geringem Bildungsniveau, mit Alkoholiker/inn/en und anderen "Problemfällen" erfordert, müßte allerdings in der Weiterbildung oder auch schon in der Grundausbildung integriert sein. Mißlingende Kommunikation liegt im Krankenhaus bedingt durch fachliche Kompetenz und hierarchische Rollenverteilung v.a. an den Mächtigen, die durch eine verbesserte Ausbildung, eine dadurch veränderte Einstellung und mit der Unterstützung einer verbesserten Organisation sicherlich vieles verändern könnten.

Der / die mündige Patient/in bleibt einstweilen eine Utopie: vereinzelt gibt es solche, und man muß Patient/inn/en dazu ermutigen, Initiativen zu ergreifen, Fragen zu stellen, sich zu informieren und zu kritisieren. Solange aber die Angst vor "Strafe", d.h. schlechterer Behandlung besteht, ist wenig an Durchsetzungsversuchen und -vermögen zu erwarten. Gewisse Mythen sind auch stabilisierend für Patienten/innen: wer will denn nicht daran glauben, daß jeder geheilt werden kann? Solche Verunsicherungen müßten mit begleitender psychologischer Betreuung aufgefangen werden.

Unsere Studie hat daher mehrere Ziele verfolgt: einerseits stellen wir den Alltag einer Ambulanz dar, wie er ist, - mit all seinen Wirrnissen und Erfolgen, mit dem notwendigen Chaos, mit allen Problemen und Konflikten. Dies ist für die Grundlagenforschung relevant, da es sich um die erste derartige Studie für diese Institution handelt (vgl. Kap.1 und 2). Wir konnten neue Indikatoren und Kategorien extrapolieren, die sich sinnvoll für eine verstehende Beschreibung anwenden lassen. Da es sich hier um eine Fallstudie handelt, sind in einem nächsten Schritt Folgeuntersuchungen wichtig, in denen diese Indikatoren und Ergebnisse weiter überprüft und differenziert werden können. Erst ein solches Vorgehen erlaubt letztlich sinnvolle quantitative Ergebnisse.

Der Vorteil der genauen linguistischen Mikroanalyse liegt in der Erfassung der Vielschichtigkeit, Komplexität und Überdeterminiertheit der Kommunikation und der Geschehenisse. Durch die umfassende Hintergrundinformation, die wir besitzen, war es möglich, auch Interpretationen zu wagen und die vielen psychologischen und sozialpsychologischen Di-

mensionen miteinzubeziehen. Die Entscheidung für unterschiedliche Transliterationssysteme, je nach Stellenwert und Funktion der Texte für unsere Analyse, hat sich auch bestens bewährt. Lesbarkeit und Präzision müssen aufeinander abgestimmt werden.

Unsere Studie besitzt aber darüber hinaus wesentliche praxisrelevante und politische Aspekte: Das Aufdecken der Störungen und Tabus kann motivierend wirken, Werte zu überdenken und sich umzuorientieren. Wir hoffen, Anregungen und Impulse für Änderungsmöglichkeiten in der Organisation, in der Ausbildung und im kommunikativen Verhalten geliefert zu haben. Auch meinen wir, daß das kleine Subsystem "Ambulanz" natürlich für das gesamte System steht: Kleinheit alleine garantiert nicht für Harmonie und Effizienz! Vielmehr stehen Fragen der Macht und Machtausübung, der Einstellung zur Krankheit und zur technischen Medizin, zum Menschen also (oder zum Fall) im Vordergrund. Auch Selbst- und Fremdbild des Arztes / der Ärztin können dann nicht unangetastet bleiben.

Wir wollen dieses Buch mit drei Zeitungs Ausschnitten beenden, die sich um die Beziehung zwischen Arzt und Patient bemühen, und in gewisser Weise sehr typisch für bestimmte politische Werthaltungen bzw. Pragmatik stehen:

*"Von der Kunst, eine Ambulanz zu überleben"*

(von Johann Skocek; Presse, 9.11.1986):

Jeden Tag dieselbe Qual. Das Allgemeine Krankenhaus hält viele Vorhöllen unter Feuer... Krank sein in Wien, dazu braucht es eine unzerstörbare nervliche Gesundheit... Ein aufgebrachter, aber zur offenen Revolte offenbar zu feiger Kranker steht empört neben dem Pult der Aufnahme. Schließlich bricht es aus ihm heraus: "Schwester, alle, die nach mir gekommen sind, waren schon dran." - "Ja, was soll ich machen? Ich hab' heute nur zwei Ärzte, und der eine steht seit Samstag früh ununterbrochen im Einsatz". - "Schwester, gestern hab ich bis halb zwölf gewartet und dann bin ich gar nicht dran gekommen!" - "Ja, schau'n S', wir haben wieder einen Kongreß, heut ist's halt ein Wahnsinn"... Kranke und Menschen, die sich noch trauen, solche zu werden, sind in den Ambulanzen der städtischen Spitäler gut aufgehoben. Wer sich untersuchen lassen will, braucht sich über den Rest des Vormittags keine Sorgen machen. Und daß wirklich alle Ärzte einer Station gleichzeitig an einem Kongreß teilnehmen müssen, konnte dank brillanter Organisation bisher vermieden werden.

Die Presse hat eine eindeutige Zielscheibe: die städtischen Spitäler, die Gemeinde Wien, also die sozialistische Gesundheitspolitik. Die Szenen aus dem Alltag sind sicherlich echt (wie auch unsere Texte beweisen), allerdings fangen sie nur zum Teil das Leben auf der Ambulanz ein. Kritik an der Einstellung der Ärzte, an der Beziehungsfähigkeit, an der mangelnden Kommunikation wird nicht geübt, das Organisatorische steht im Vordergrund, wobei der zynisch-ironische Ton sehr wohl tuend wirkt.

*"Für ein patientengerechtes Gesundheitssystem"*

(Hannes Swoboda; Zukunft, 10 1987):

... Das Hauptargument bleibt jedoch die verkürzte Reformperspektive: Zuerst müßte das Gesundheitssystem patientengerechter organisiert werden, bevor man darangeht, den Patienten zu belasten! Die vorrangige Orientierung auf zusätzliche Geldmittel beziehungsweise auf Einsparungsmöglichkeiten ist falsch. Finanzielle Überlegungen sind im Gesundheitswesen genauso wichtig, wie in anderen Sektoren der öffentlichen Hand. Aber sie sollten niemals angestellt werden, ohne konkrete Reformmaßnahmen vor Augen zu haben, die verteilungspolitische Ziele miteinschließen müssen. Da- von gibt es derzeit zu wenig!

Im Rahmen einer sozialistisch orientierten Gesundheitspolitik geht es um soziale Gerechtigkeit. Patientengerechte Medizin bleibt jedoch auch solange ein Schlagwort, solange es nicht detaillierte Vorschläge gibt. Auch Umverteilung garantiert nicht Menschlichkeit in der Arzt-Patient-Beziehung, verhilft nicht per se zur besseren Kommunikation und tieferem Vertrauen, wie auch letztlich effizienterer Behandlung.

Am Schluß unserer Ausführungen wollen wir einen "alten weisen Mann" der kritischen Medizin zitieren, der zwar auch letztlich in utopischen Vorstellungen verharret, zumindest jedoch den komplexen Zusammenhang zwischen menschlichen Beziehungen, Einstellung zur Krankheit, Wertmaßstäbe einer Berufsgruppe und historisch-ökonomischer Entwicklung begreift. Denn Schuldzuweisungen alleine helfen sicherlich nicht weiter, und das Beharren auf nur einer der vielen Dimensionen verbleibt zu einseitig:

*"Für eine Geschichte der Leiblichkeit"*

(Plädoyer von Ivan Illich, Forum 34/1987):

In den sechziger Jahren war der Beruf des Arztes führend in den Bestimmungen dessen, was der Körper ist und wie er zu empfinden hat. Während der siebziger Jahre mußte er zunehmend die Macht,

die Menschen zu objektivieren, mit anderen Kräften teilen. Aus dem Unternehmen, das die Menschen als Körper oder Seelen objektiviert, entstand ein neues Modell, das Menschen erzeugt, die sich selbst objektivieren: die sich selbst begreifen als "Produzenten" ihres Körpers. Derzeit bildet sich wenigstens ein Teil einer neuen epistemologischen Matrix im Fortgang des Seins heraus. Es könnte vielleicht eine solche sein, die Menschen hervorbringt, die sich selbst als Mitwirkende an einem komplexen Computerprogramm erfahren, und die sich als Teil von dessen Text sehen. Nichts kommt mir derzeit wichtiger vor, als die klare Unterscheidung zwischen dem gängigen Trend zum "Body-Building" und der traditionellen Weise, Kultur zu verkörpern.

Wir hoffen, daß der Weg zur humanen und humanistischen Medizin eine gangbare Alternative wird, im Gegensatz zur Technisierung der Welt. Unsere Studie möge ein kleiner Beitrag dazu sein.

## 10. LITERATUR

- Angell, R.C. (1933): *Institutions*. In: Cooley, C.H. / Angell, R.C. / Carr, L.J. (eds): *Introductory Sociology*. New York.
- Atkinson, J.M. / Heritage, J. (eds.) (1984): *Structures of Social Action*. Studies in Conversation Analysis. Cambridge: Cambridge University Press.
- Basaglia, F.O. (1985): *Gesundheit - Krankheit. Das Elend der Medizin*. Frankfurt: Fischer.
- Basaglia, F.O. (ed.) (1971): *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Frankfurt.
- Barthes, R. (1964): *Mythen des Alltags*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Begemann, D. (Hg.) (1976): *Der Patient im Krankenhaus*. München.
- Bliesener, T. (1982): *Die Visite - ein verhinderter Dialog*. Tübingen: Narr.
- Brazil, D. (1981): Intonation. In: Coulthard, M. / Montgomery, M. (eds.), 39-50.
- Burghardt, A. (1980): *Einführung in die Allgemeine Soziologie*. München.
- Chilton, P. (ed.) (1985): *Language and the Nuclear Arms Debate: Nukespeak Today*. London and Drover, N.H.: Frances Pinter.
- Cooley, C.H. / Angell, R.C. / Carr, L.J. (eds) (1933): *Introductory Sociology*. New York.
- Coulthard, M. / Montgomery, M. (eds.) (1981): *Studies in Discourse Analysis*. London: Routledge & Keegan Paul.
- Deusch, E. / Spiess, K. / Lalouschek, J. / Widowitz, J. (1989): *Medizinisches Fachutorium - Anamnesegruppe*. Forschungsbericht. Wien.

- Dittmar, N. (1983): Descriptive and Explanating Power of Rules in Sociolinguistics. In: Bain, J. (ed) *The Sociogenesis of Language and Human Conduct*, S. 225-255. New York: Plenum Publ.Corp.
- Ehlich, K. / Rehbein, J. (1986): *Muster und Institution*. Tübingen: Narr.
- Ehlich, K. et al. (1989) (eds): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag. (in Druck).
- Erdheim, N. (1984): *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fehlenberg, D. (1983): Die empirische Analyse der Visitenkommunikation: Institutionskritik und Ansätze für eine reflektierte Veränderung institutioneller Praxis. In: *OBST 24* (1983): 29-56.
- Fengler, Ch. / Fengler, Th. (1980): *Alltag in der Anstalt*. Rehburg - Locum: Psychiatrie-Verlag.
- Fischerlexikon (1976): Frankfurt/M.: Fischer.
- Fisher, S. / Todd, A. (eds.) (1983): *The social organisation of doctor-patient communication*. Washington.
- Foucault, M. (1973): *Die Geburt der Klinik*. München.
- Freud, S. (1972): *Abriß der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur*. Frankfurt/M.:Fischer.
- Gehlen, A. (1964): *Urmensch und Spätkultur*. Frankfurt/M.
- Großes Dudenlexikon*, (1969): Mannheim: Dudenverlag.
- Gumperz, J.J. (1982): *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gück, J. / Matt, E. / Weingarten, E. (1983): Zur interaktiven Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung in der Visite. In: *Medizinsoziologisches Jahrbuch 3/1983*: 158-214.

- Habermas, J. (1968): *Technik und Wissenschaft als Ideologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Halpern, B. (1961): Myth and ideology in moder usage. In: *History and Theory 1*: 1-23.
- Hein, N. / Hoffmann-Richter, U. / Lalouschek, J. / Nowak, P. / Wodak, R. (1985): Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: *Wiener Linguistische Gazette*, Beiheft 4.
- Hein, N. / Wodak, R. (1987). Medical Interviews in Internal Medicine. In: *Text 1987*; 7/1: 37-66. New York: Mouton Publishers.
- Hoffmann-Richter, U. (1985): *"Der Knoten im roten Faden"*. Eine Untersuchung zur Verständigung von Arzt und Patient in der Visite. Bern: Peter Lang AG.
- Japp, K.P. (1986): *Wie psychosoziale Dienste organisiert werden. Widersprüche und Auswege*. Frankfurt:Campus.
- Kathan, B. (1976): *Plädoyer für die Schattenseite*. Ein Beitrag zur Kritik der weichen Institutionen am Beispiel einer therapeutischen Gemeinschaft. Götzens: Vor-Ort.
- Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hg.) (1982): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Labov, W. / Fanshel, S. (1977): *Therapeutic Discourse*. New York.
- Lalouschek, J. (1985). *"Streit's nur schön!"* Sprachliche Formen der Beziehungsgestaltung in Fernsehdiskussionen ("Club 2"). Diplom Arbeit. Universität Wien.
- Lalouschek, J. (1989): Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gesprächs. Eine linguistische Analyse der Gespräche zwischen MedizinstudentInnen und Kranken in einem Anamnesegruppen-Fachtutorium.

- In: DEUSCH, E. et al. (1989): *Medizinisches Fachtutorium - Anamnese-gruppe*. Projektendbericht. S.84-131.
- Lalouschek, J. (1990): Alltag in der Ambulanz - oder die organisierte Verhinderung des ärztlichen Gesprächs. In: *Klagenfurter Beiträge zur Sprachwissenschaft* (in Druck).
- Lalouschek, J. / Deusch, E. (1990a): Diskursstrategien im Arzt-Patient-Gespräch. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1990, Nr.5207. Wien.
- Lalouschek, J. / Deusch, E. (1990b): Discourse strategies in doctor-patient-communication. *New England Journal of Medicine* (in press).
- Lalouschek, J. / Menz, F. (1987a): "Jetzt geht's wieder los." Qualitative Methoden in der Soziolinguistik, dargestellt am Arzt-Patient-Gespräch. In: DIEM-WILLE, G. / PECHAR, H. (eds): *Qualitative Forschungsmethoden in den Sozialwissenschaften* (Zeitschrift für Hochschuldidaktik, Sonderheft 12): 194-213.
- Lalouschek, J. / Menz, F. (1987b): Das programmierte Chaos. Arzt-Patient-Gespräche in einer internistischen Ambulanz. In: *Sprachreport* 4, 1987.
- Lalouschek, J. / Menz, F. (1989): Die Kommunikation zwischen Ambulanzschwester und Arzt/inn/en. In: Ehlich, K. et al. (eds): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Lalouschek, J. / Nowak, P. (1988): "Aber es ist passiert ..." - Diskurse über Aids. In: Dür, W. / Pelikan, J.: *Aids - Analyse einer gesellschaftlichen Herausforderung*. Wien. S.401-432.
- Lalouschek, J. / Nowak, P. (1989): Insider - Outsider: Die Kommunikationsbarriere der medizinischen Fachsprache. In: Dressler, W.U. / Wodak, R. (Hrsg.) (1989): *Fachsprache und Textlinguistik*. Österreichischer Bundesverlag Wien.
- Lalouschek, J. / Menz, F. / Wodak, R. (1988): Gespräche in der Ambulanz. Ein Zwischenbericht. *Deutsche Sprache* 2/1988. S.167-191.

- Lapassade, G. (1972): *Gruppen, Organisationen, Institutionen*. Stuttgart.
- Leodolter, R. (= Wodak) (1975). *Das Sprachverhalten von Angeklagten bei Gericht*. Ansätze zu einer soziolinguistischen Theorie der Verbalisierung. Kronberg/Ts.: Scriptor.
- Levinson, St.C. (1983): *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Löning, P. / Sager, S.F. (Hrsg.) (1985): *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche*. Ein Hamburger Workshop. Buske: Hamburg.
- Luhmann, N. (1973). Institutionalisation - Funktion und Mechanismen im sozialen System der Gesellschaft. *Zur Theorie der Institution*. In: Schelsky, H. (ed.), 27-41. Düsseldorf: Bertelsmann Union Verlag.
- Luhmann, N. (1975): *Soziologische Aufklärung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Malinowski, B. (1944): *Eine wissenschaftliche Theorie der Kultur*. Frankfurt/M.
- Menz, F. (1985): Leistungen der Linguistik für die Sprache in Institutionen: "Diagnostische" oder "therapeutische" Wissenschaft? In: *Aufrisse* 1985/4.
- Menz, F. (1989a): Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Bern: Lang (in Druck).
- Menz, F. (1989b): "Zucker! Des Hams ma gar net gsagt!" Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. In: Lutz, D. / Tüchler, H. (eds): *Lebensqualitätsforschung in der Medizin*. Deutscher Ärzteverlag (in Druck).
- Menz, F. (1989c): Verbesserte Kommunikation als Dienstleistung. In: Akten des 24. Linguistischen Kolloquiums in Bremen. (in Druck)
- Menz, F. (1989d): Manipulation Strategies in Newspapers: A programme for critical Linguistics. In: Wodak, R. (ed): *Language, Power and Ideology*. Amsterdam: Benjamins, 227-249.



- Menz, F. / Lalouschek, J. (1987): Das programmierte Chaos. Arzt-Patient-Gespräche in der Ambulanz. *Sprachreport* 3/1987.
- Moss, P. (1985): Rhetoric of Defence in the United States: Language, Myth and Ideology. In: *Chilton, P.* (ed.): 45-63.
- Nordmeyer, J. (1981): *Arzt-Patient-Beziehung während der Visite unter besonderer Berücksichtigung von Problempatienten*. Dissertation. Hamburg.
- Nordmeyer, J. (1982): Formal-quantitative Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung während der Visite. In: Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hgg.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*, S. 58-69. München: Urban & Schwarzenberg.
- Nowak, P. (1984): *Die Intervention des Therapeuten - eine vergleichende sprachwissenschaftliche Untersuchung von psychoanalytischer, klientenzentrierter und suggestiver Therapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Parsons, T. (1964): *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Quasthoff-Hartmann, U. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitinggesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hrsg.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Empirische Untersuchungen. S. 70-101. München: Urban & Schwarzenberg.
- Raspe, H.-H. (1976): Institutionalisierte Zumutungen an Krankenhauspatienten. In: Begemann, H. (Hg.): *Patient und Krankenhaus*. S. 1-23. München: Urban & Schwarzenberg.
- Raspe, H.-H. (1979): *Das Problem der Aufklärung und Information bei Akutkrankenhauspatienten und seine Erforschung*. Phil Diss. Univ. Freiburg.
- Raspe, H.-H. (1983): *Information im Krankenhaus*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Raspe, H.-H. / Siegrist, J. (1979): Zur Gestalt der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich. In: Siegrist, J. / Hendel-Kramer, A. (Hrsg.) (1979): *Wege zum Arzt*. 113-138.

- Rehbein, J. (1986): Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Curare* 9/1986 (Themenheft). S.297-328. Viehweg-Verl.
- Rellecke, E.-M. (1985): Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung. Praktische Nutzenanwendung der Analyse ärztlicher Gespräche. In: *Löning, P. / Sager, S.F.* (Hrsg.) (1985). 39-84.
- Rohde, J.J. (1962): *Soziologie des Krankenhauses*. Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Enke.
- Sacks, H. / Schegloff, E. / Jefferson, G. (1974): A Simplest Systematics for the Organisation of Turn Taking for Conversation. In: *Language* 50, 696-735.
- Schelsky, H. (ed.) (1973): *Zur Theorie der Institution*. Düsseldorf: Bertelsmann Union Verlag.
- Schülein, J. (1987): *Theorie der Institutionen*. Köln: Opladen.
- Sinclair, J. / Coulthard, M. (1975): *Towards an Analysis of Discourse*. London: Oxford University Press.
- Smith, P.M. (1985): *Language, the Sexes and Society*. Oxford: Blackwell.
- Street, R.L. / Capella, J.N. (eds) (1985): *Sequences and Pattern in Communicative Behaviour*. London: Eduard Arnold.
- Stubbs, W. (1984): *Discourse Analysis*. Oxford: Blackwell.
- Sumner, W.G. (1906): *Folkways*. Boston.
- Weydt, H. (ed.) (1979): *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin: de Gruyter.
- Weydt, H. (ed.) (1983): *Partikeln und Interaktion*. Tübingen: Niemeyer.



- Wimmer, H. (1986): *Operationsvorbereitung*. Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie. Wien.
- Wimmer, H. / Pelikan, J. / Strotzka, H. (1981): *Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel des Anamnesegesprächs*. Wien: Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie.
- Wimmer, H. / Pelikan, J. / Strotzka, H. (1982): *Informationsbedürfnisse und Informiertheit von Patienten im Krankenhaus*. Wien: Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie.
- Wimmer, H. / Pelikan, J. / Strotzka, H. (1983): *Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel des Anamnesegesprächs in einer Internen Abteilung*. Grundlagen für einen Modellversuch. Wien: Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie.
- Wimmer, H. / Pelikan, J. (1984): *Effekte psychosozialer Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten im Krankenhaus*. Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie. Wien.
- Wimmer, H. / Schaffenberger, E. (1987): *Operationsbewältigung*. Eine empirische Untersuchung über Ansatzpunkte für psychosoziale Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten mit Lungenkrebs. Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie. Wien.
- Wodak, R. (1981): *Das Wort in der Gruppe*. Linguistische Studien zur therapeutischen Kommunikation. Wien: Akademie der Wissenschaften.
- Wodak, R. (1983): Arguments in Favour of a Socio-Psycho-Linguistic Theory of Text Planning. *Klagenfurter Beiträge zur Sprachwissenschaft* 9, 313-350.
- Wodak, R. (1987): "Internal" and "External" Perspectives: The Development of Sociolinguistic Theory. *Sociolinguistic Theory*, Van de Craen, P. (ed.) (in press).

- Wodak, R. / de Cillia, R. / Blüml, P. / Andraschko, E. (1989): *Sprache und Macht - Sprache und Politik*. Wien: Bundesverlag.
- Wodak, R. / Quasthoff-Hartmann, U. (eds.) (1985): Kommunikation in Institutionen. In: *Aufrisse* 4/1985.
- Wodak, R. / Menz, F. / Lalouschek, J. (1989): *Sprachbarrieren. Die Verständigungskrise der Gesellschaft*. Wien: Edition Atelier.

# 11. ANHANG

## 11.1. Das Gespräch < B05-B-09 >

II. Med. Ambulanz  
25.1.1987

AM8: Arzt  
AF2: Ärztin  
P: Pat. FHM, 63a, Mittelschicht (OP-Freigabe für Urologie)  
S: Ambulanzschwester (Hauptdienst)  
S2: 2. Ambulanzschwester  
S3: 3. Ambulanzschwester  
AMX: Arzt, männlich  
PF: Pfleger  
MX: Taxichauffeur  
OA: Ambulanz-Oberarzt  
UPR: Urologie-Professor  
PX: ein Patient

1 S: So is da frei? So der Herr FH von da URO  
AF2: Mhm Bitte

2 S: Wenns ma da ums Eck in die Kabine gehn - - bitte -

3 S: Oberkörper frei machen und aufs Bett legen. /37"

4 Pause; AF2 summt leise vor sich hin und raschelt

5 AM8: /kommt herein/ So - Du des is recht lehrreich - wo mit Papier/

6 AM8: ma eigentlich ah hätten denken können - der  
AF2: mh?

7 AM8: sagt unbedingt KaBeBe präoperativ - weil des kann

8 AM8: ja eben des HP an und für sich normal sein. Und die  
AF2: mhm ja (.....) daß des is

9 AM8: Ery an und für sich auch im - Rahmen - der Norm -

10 AM8: net. Na es is da HK zwar niedrig  
AF2: I versteh net Ja - aber

11 AM8: Na verdünnt is  
AF2: so - - so verdünnt - des müBat (....)

12 AM8: jo eh net. Des is jo.  
AF2: Najo - der is jo mehr ein=

13 AF2: trocken. /4" Pause/ Versteh nicht. /murmelt/ Oiso.

14 AF2: Mit einem Hämatokrit von 27 wenn des HP und die

15 AM8: Ja: - sag ma - es - sag  
AF2: Ery normal sind? - -

16 AM8: ma nicht kritisch sind - jo - -  
AF2: Aha - dann gibst

17 AF2: ihr des Kalium als Infusion - warum eigentlich?

18 AM8: Na wenns heut operiert wird no - vielleicht  
AF2: Aso héute

20 AM8: Des waß i jo net - hm? - Sò guat  
AF2: mhm  
S3: /zu S2/ Soll i hintn a  
/AF2 liest Befunde der

21 AF2: Du eine Leukozytose  
S3: EKG schreibm wieda?  
S2: (.....)  
vorigen Patientin/ /zu AM8/

22 AF2: von 19.000 im Rahmen einer (.....) - bißl hoch

- 23 AM8: Najo - - - i SO mein - die hat ja schon ihr Kind  
AF2: ha?
- 24 AM8: gekriegt - oda? Die hat schos Kind - na?  
AF2: Bitte? Ja.
- 25 AM8: Ja. Na des is normal - hom olle nach da Geburt - so
- 26 AM8: hohe Leuko. So.  
AF2: So grüß Gott - Sie sind da Herr? H.  
P: H.
- 27 AF2: Was soll bei Ihnen operiert werden?  
P: Ah - (.....)
- 28 AM8: Ist des jetzt (...  
AF2: Mhm /11" Pause/  
P: Steine im Urether
- 29 AM8: ..... ) is des fertig schon - oda?  
AF2: jo na:
- 30 AM8: Der kommt - guat. - - Da Professor war scho bei uns  
/AM8 zu P/
- 31 AM8: - der hot scho gsogt wir brauchen das - - den  
P: Ich ich komm (...)
- 32 AM8: braucht a.  
P: ..... ) - aber es is schwierig in so an riesn
- 33 AM8: jo /lacht/ /9" Pause/  
P: Betrieb alles zu koordiniern.  
/AM8 mißt
- 34 AM8: Mei Stethoskop is total kaputt.  
AF2: Kannst ja meines  
Blutdruck/
- 35 AM8: /9" Pause/ SO - RR 150 zu 90 - - ham Sie  
AF2: nehma.

- 36 AM8: irgendwelche schwerere Erkrankungen gehabt? - -
- 37 AM8: Herz? Wann und wo?  
P: Leberentzündung hob i ghobt Des wor vor
- 38 AM8: Wor des a infektiöse Gelbsucht?  
P: 25 Jahr jo a infektiöse
- 39 AM8: Du tua nua do die Befunde und des olles oda gibts  
/AM8 und AF2 legen EKG an/
- 40 AM8: kane? - - - Der wird jetzt operiert  
AF2: (.....)
- 41 AM8: ohne Befunde? Ham Sie Befunde mitgebracht?  
AF2: naja bitte  
/AM8 zu P/
- 42 AF2: I hob net  
P: Ich hatte keine Befunde - AUSSER - von dem Stein
- 43 AM8: OK. -  
AF2: gschaut - mia miassn so vü EKGs no schreibm.
- 44 AM8: /leise/ Mia hetzn eh scho wieda durch die Gegend.  
AF2: Mhm
- 45 AM8: (.....) I bräucht dringend amoi  
P: I hob a leichte
- 46 AM8: Nasentropfen - hast Du so wos?  
AMX: Grüß Gott. Was soll i mit  
/AMX zu AF2/
- 47 AF2: Du ah den - den H. hab ich  
AMX: /Name/ mochn - mit den?
- 48 AF2: ich gebeten daß er (.....) abnimmt weil es is  
AMX: jo
- 49 AF2: eine marcoumarisierte Patientin - die hat ah - des

50 AF2: Macoumar abgesetzt vor 10 Tagen - auf Anordnung des

51 AF2: Hausarztes weil sie braucht das ja nicht mehr. Das

52 AF2: hat sich gebessert und jetzt hat sie Schmerzen - im

53 AF2: im - im Bein - oiso mir hat sie gesagt es is so wie

54 AF2: damals bevor sie (.....) wurde. Allerdings wars

55 AF2: eher für (.....)  
AMX: (.....)

56 AF2: Danke.  
S: Do homma den Herrn L. retour  
AMX: Danke. Wiederschaun. /S stellt Kuvert mit Röntgen=

57 AM8: Hom Sie Herzschmerzen ghobt in  
S: vom Röntgen  
aufnahme zum Tisch/ /AM8 betrachtet EKG/

58 AM8: letzter Zeit?  
P: Jo wenn i mi Überanstrengt hob - hob i

59 AM8: - - Aber Herzinfarkt war  
P: Sauerstoffmangel ghobt.

60 AM8: keiner?  
P: I wor no nie - jedenfalls no nie in Behand=

61 AM8: Aha - - dann hamma do irgendwos falsch - wor  
P: lung.

62 AM8: des no net anglegt. Du host des  
AF2: (.....)

63 AM8: schon anglegt - war des anglegt?  
AF2: Na - was isn des

64 AF2: na des wor jo net ANGLEGT /lacht/ (.....)

65 AM8: Najo: - i hab glaubt  
AF2: /lacht/  
P: Do müßt i jo scho tot sein.

66 AM8: des is scho  
AF2: Jojo - ma soi jo olles durchnaund mochn

67 AM8: Jaja. Olles olles - ma muaß sie um alles kümmern  
AF2: net.

68 AM8: gleichzeitig Des is bei uns  
AF2: Gleichzeitig drei Sachen.

69 AM8: so angenehm.  
P: Des is da Nachteil von an großen Spital.

70 AM8: Jo - tuns ganz entspannen ja? - Sie tun so ver=  
/AM8 legt EKG an/

71 AM8: Krampfen - da wirts zittrig dann.  
AF2: Ach Blödsinn -

72 AM8: TIEF EINATMEN - -  
AF2: jetzt beschrift ich des foische.

73 AM8: ausatmen - komplett ausatmen - gut - normal atmen -

74 AM8: /8" Pause/ - - najo Du oba - es muß doch angelegt  
/AM8 zu AF2/

75 AM8: gwesn sein.  
AF2: Aso? Mhm - also wenn Du glaubst es gibt

76 AM8: Jo aber dann bitte  
AF2: hier auch nur EINEN Befund dann

77 AM8: Dann schick ma ihm zum X./Name OA/  
AF2: hast Du dich geirrt.

78 AM8: Naja des - Sie ham do -  
AF2: Jo genau - -  
P: Wos zeigt sich?

79 AM8: schaut so aus als hätten Sie einmal einen kleinen

80 AM8: Herzinfarkt ghobt oder - - jo so sozusagn  
AF2: Also in  
P: übataucht?

81 AF2: da letzten Zeit hams keine Beschwerden ghabt mitn

82 AF2: Herz?  
P: Na - wie gesogt nur wenn i mi anstreng - a bißl

83 AF2: Und seit wann ham Sie Atemnot?  
P: Atemnot. Ah - seit drei

84 AM8: /zu P/ So - - bleiben Sie  
AF2: aha  
P: Jahr ungefähr. Is scho Gewohnheit.

85 AM8: liegen.  
AF2: - - - Also DU das Cor - Pulmo ah - da  
/AF2 zu AM8/

86 AM8: sehr guat - - so  
AF2: Knöchane Thorax is in Ordnung  
/Telefon läutet - AF2, AM8 ignorieren es -

87 S: Schwester  
Telefon läutet, S kommt herein, hebt ab/

88 AF2: Host Du a bißl ah  
S: X. guten Tag - ja ich verbinde weiter ja  
/AF2 betrachtet EKG, zu AM8/

89 AM8: jo do ändat sie net vü - außer daß es  
AF2: - ah ahm atmen lassen?

90 AM8: rund wird. /zu P/ So - tief einatmen. AUSATMEN und  
AF2: mhm  
S: Momenterl da wird grad gesprochen  
/S telefoniert/

91 AM8: TIEF EINATMEN - ja noch amal aus und tief.  
P: Jo do san

92 AM8: Des hot a bißl weh  
P: die Schmerzen (.....)

93 AM8: tan? TIEF noch amal - und wann war die  
P: Jojo

94 AM8: Leberentzündung? jo nochmal tief - so  
P: Vor 25 26 Jahr

95 AM8: - - tie:f und tie:f nochmal. Einhalb Querfinger  
P: jo  
/AM8 zu AF2/

96 AM8: is die Leba untam Rippenbogen - - TIEF einatmen -  
/klopft P ab/ /zu P/

97 AM8: Bauch tut irgendwie weh? Net - nur do a bißl  
P: Nein -

98 AM8: oben? jo von  
P: jo - na Schmerzen nur da runter (.....)

99 AM8: da von da Niere rein jo  
P: jo vom Stein jo /9" Pause/  
/AM8 horcht

100 AF2: Jo /27" Pause/  
P: P ab/ In letzter Zeit war ich stark

101 AM8: mhm Nicht  
AF2: Fieber hams auch ghabt?  
P: verschleimt nein

102 AM8: sprechen nicht - und nicht atmen.  
S: Wolln Sie no a bißl  
/S telefoniert/

103 AM8: Ja weiter atmen - - nicht  
S: warten oder - später anrufen?

104 AM8: atmen /5" Pause/ gut.  
AF2: Krampfadern hams keine - gell?

105 AF2: Füße sind auch nie geschwollen?  
P: Is mir nichts bekannt

106 AM8: Carotisgeräusch links /8" Pause/ nicht atmen  
AF2: aso?  
P: Nein /AM8 zu AF2/ /AM8 zu P/

107 AM8: /10" Pause/ wart - jetzt hab ichs net gehört aber  
/AM8 zu AF2/

108 AM8: zerst ganz deutlich. ja  
P: Muß i wieder amal atmen

109 AM8: tuns nochamal einatmen AUSATMEN und nicht  
P: zwischendurch /AM8 zu P/

110 AM8: atmen. - - NICHT ATMEN /5" Pause/ na - des war die  
/AM8 zu AF2/

111 AM8: Atmung. - I weiß es net i kanns net - kanns net

112 AM8: sagn. Wenn Sie wenn Sie amal versuchen - NICHT zu  
/AM8 zu P/

113 AM8: pressen - also des haßt - Sie dürfen absolut NICHT

114 AM8: ATMEN ja - ganz kurz Ja i weiß  
P: Jo hob i eh gmocht /lacht/

115 AM8: net - a bißl kommt immer durch wieder - pressen Sie

116 AM8: sie hinein. SO - nicht atmen /7" Pause/ na is doch  
/AM8 zu AF2/

117 AM8: ans - horch amal - Druck hamma schon - die Lunge  
AF2: Mhm Jetz muaß i amal  
/AF2 steht auf, zu P/

118 AM8: fehlt noch  
AF2: horchn - einatmen ausatmen und nicht atmen - GANZ

119 AM8: jo  
AF2: ausatmen - so - - eindeutig mhm  
P: Was hört ma?  
/AF2 zu AM8/

120 AM8: Naja ma hört a Geräusch da  
AF2: Einatmen ausatmen nicht atmen  
P: Des Geräusch  
/AF2 zu P/ /AM8 zu P/

121 AM8: aha  
P: is praktisch so laut - des hör i beim Atmen (.....)

122 AF2: Ausatmen  
S: Ein Gespräch aus Oberpullendorf Herr Oberarzt  
/S telefoniert/

123 AM8: Guat -  
AF2: Mh - stimmt schon  
S: - bitte übernehmen Sie. /AF2 zu AM8/ /AM8 zu P/

124 AM8: aufsetzn Ja das is  
P: Und woher rührt des? Bronchitis oder

125 AM8: Nein nein nein nein - des is vom eine Gefäß - wie  
P: so?

126 AM8: soll i sagn - von da Halsschlagader - a bißl eine

127 AM8: Stenose.  
AF2: AH wos wor des - ah in da Anamnese - nur eine  
/AF2 zu AM8/

128 AM8: ja  
AF2: Hepatitis - net? A infektiöse Gelbsucht?  
P: ja ja /AF2 zu P/

129 AM8: TIEF einatmen - gut - - - tief einatmen - AUS - gut.  
/klopft P ab/

- 130 AM8: Tief und  
AF2: Und wie lang is des schon her?  
P: Ah 26 - 27 Jahr
- 131 AM8: schön atmen Jojo tuns  
PF: Derf i fragen uman Herrn H.?  
/PF kommt herein/ /AM8 zu PF/
- 132 AM8: net so eilig sein I waß  
PF: Entschuldign - war nur a Frage
- 133 AM8: da Herr da Herr Professor is ah so eilig - oba der
- 134 AM8: - den werd ma vielleicht gor net frei gebn weil ma  
PF: gut
- 135 AM8: erst den Herrn Ober\_ JA. Wartens no a  
PF: Danke  
X: bitte /PF wendet sich zum Gehen/
- 136 AM8: bißl - wenss jetzt könnens ja auf des ah no warten
- 137 AM8: net. Ob ma des - wir wissens gleich  
AF2: Offensichtlich
- 138 AM8: Des is sehr rasant - wissens  
AF2: jetzt is (.....)  
/Telefon läutet/ /AM8 zu PF/
- 139 AM8: - - TIEF EINATMEN - und tief Weu da  
PF: I soll earm holn  
/AM8 zu P/ /PF zu AM8/ /AM8 zu PF/
- 140 AM8: OBERarzt telefoniert grad - wissen Sie - - wenn Sie
- 141 AM8: jetzt rüberlaufen - und sagen wir gem ihn vielleicht
- 142 AM8: vielleicht net FREI - dann wissens eh wos los ist.

- 143 P: /lacht/ Gebma ka Pickerl mehr für des Auto.  
S: Ja bin da am Apparat.  
PF: Nein.  
/S telefoniert/ /PF zu P/
- 144 AF2: - - - Blut is Ihnen abgenommen worden?  
P: Notschlachten Ja  
/AM8 geht hinaus, PF setzt sich neben P/
- 145 P: - oben - in da Station  
S: Gehns dann runter - i hob grad an  
/S telefoniert/
- 146 AF2: Und wann? - Heute oder wie?  
P: Heute  
S: Patienten heruntn - ja bitte jo danke - wiederhörn.
- 147 AF2: mhm  
P: in da Früh (.....)  
S: Jojo
- 148 P: ja so is des im Leben - da is ma gsund - noch a  
S: - - -
- 149 P: - geht ma ins Spital und dann merkt ma wie krank ma
- 150 P: is. /8" Pause/ Wos is a Stenose - hob i scho gwußt  
/P sieht sich um/
- 151 P: amoi. - - mhm  
PF: A Verengung - -  
S: (.....)  
/S telefoniert/
- 152 S: kaum ma ma bitte (.....) wieder runterschickn - des
- 153 S: - jo danke die Oberschwester hot mas grad gsogt  
/AM8 kommt herein/
- 154 AM8: Telefoniert grad mit Oberpullendorf - oba es is es  
/AM8 zu P/

- 155 AM8: is bei Ihnen net so ganz - (.....) er  
/AM8
- 156 AM8: hot keine Blute - er hot Er hot gsogt wir  
PF: Sie entscheiden  
zu PF/
- 157 AM8: solln ihn vornehmen - wir ham ihn vorgenommen - wie
- 158 AM8: befohlen  
PF: Genau - Sie entscheiden WANN - und wos. Gut
- 159 AM8: Ah - richten Sie aus drüben daß - daß da -  
S: ach Momenterl  
PF: danke.  
/AM8 zu PF/ /S zu AM8/
- 160 AM8: - daß da Oberarzt X./Name OA/ ihn - gleich anschaut.  
S: bitte - von da Neurochirurgie ist jemand am Apparat
- 161 AF2: I kann jo dem X./Name OA/ nichts berichten  
S: - Sekunde jo bitte. Neurochirurgie  
PF: Gut.  
/S telefoniert/ /S zu AM8/ /AM nimmt
- 162 AM8: Hallo:? - - - - mhm - - - Jo des kommt  
AF2: - wann du mia sinnlos  
P: Olles zgleich geht net  
Telefonhörer, telefoniert/
- 163 AM8: heute des öfteren vor - wir sind schon etwas wir
- 164 AM8: sind schon etwas dekompensiert - jeder hat Wünsche -
- 165 AM8: Sonderwünsche - kommt bei da Tür herein - also um
- 166 AM8: wos gehts denn do bitte? - - Jo - jo  
P: S'kummt ma so bekannt
- 167 AF2: mhm  
P: vor - i arbeit für die Presse ah - da is da Streß

- 168 AF2: mhm  
P: Stress oft noch vü ärger /lacht/ - es geht natürlich
- 169 AM8: - ja dann würd ich Sie  
P: net um Leben und Tod dabei sondan um a poa Zeiln.  
/AM8 telefoniert/
- 170 AM8: vielleicht bitten wenma - i mein i waß jo net - oder  
AF2: Sagen Sie - Wo isn da Stein  
/AF2 zu P/
- 171 AM8: wenn ma den jetzt runterschickn  
AF2: bei Ihnen - rechts oder links? Und was soll da  
P: Rechts
- 172 AM8: Okay - gut is. - Naja was soll i andres  
AF2: gmacht werden für ein Eingriff mit da Schlinge oda
- 173 AM8: machn? - Bitte. Wiederhörn.  
AF2: wie?  
P: Eventuell Schlinge - zertrümmern geht net - weil
- 174 AM8: Dringendst kommt  
P: do sitzt a net an da richtigen Stelle. Eventuell a -
- 175 AM8: jetzt von da Neurochirurgie - dringenst  
AF2: Eventuell was?  
P: Skopie. Eine Skopie. Reinschaun möcht
- 176 AF2: Aha: aha: aha: - aber gschnitten?  
P: man. Gschnitten
- 177 AM8: So - setzns no  
AF2: Gschnitten wird nix  
P: wird nix - na: (.....)  
/AM8 zu P/
- 178 AM8: amal auf - daß i horchn kann.  
AF2: Jo eben - jo weil i weiß  
/AF2 zu AM8/



179 AM8: Tief - jo ganz tief - sehr gut weiter. /schnell/  
 AF2: no nix.  
 MX: Guten Tag  
 /MX schaut bei der Türe herein/

180 AM8: Und tief. Und tie:f  
 AF2: Wenn Sie draußen warten bitte  
 MX: I wollt nur sagen - die  
 /AF2 zu MX/

181 AM8: Guat is ja  
 AF2:  
 MX: Frau ah J. - i bin da Taxichauffeur - wor die scho  
 /AM8 zu P/

182 AF2: Na die wor no net dran I  
 MX: dran oder Sitzts no am Gang?

183 AM8: (.....) So - paß auf  
 AF2: weiß net - schau Sie einmal raus.  
 MX: Danke  
 /AM8 zu AF2/

184 AM8: - Cor host eh - also Herztöne leise - rein  
 /2 Schwestern bringen Patienten von Neurochirurgie/

185 AM8: rhythmisch - - i hobs schon ghört i hobs schon ghört  
 /AM8 zu S/

186 AM8: - wir werden uns bemühn - des is olles dringend - ja

187 AM8: i hobs schon ghört - ja er kommt als Nächster dran -

188 AM8: mein Gott wos soll i denn noch.  
 S: Er is - er steht mitn Bett

189 AM8: jo is guat - MITN BETT?  
 S: Mitn Bett - ja - er kann aba

190 AM8: Guat - okay  
 S: gehn - er kann aufstehn Weu er geht gleich in OP

191 AM8: Und habts - Blute und so habts alles - nix  
 P: Kann i scho runter?  
 S: obe

192 AM8: natürlich net? Jo aber /lacht/  
 S: Nichts abgenommen Wir ham nix - das is

193 AM8: Jo ok Jaja System  
 AF2: Ok  
 S: Das wissen Sie eh Professor System

194 AM8: - gut gut So Pulmo frei  
 AF2: Pulmo? Gut. - Abdomen is eh

195 AM8: Abdomen - Hepar eineinhalb oda ein Querfinger -  
 AF2: nix.

196 AM8: SO. Und jetzt muß i den X. /Name OA/ dawischn.  
 /AM8 geht hinaus/

197 AF2: Na Sie müssen noch a bißl  
 P: Kann i mi wieder anziehn?

198 AF2: aufn Oberarzt warten - gell - weil wie gesagt Ihr

199 AF2: EKG nicht in Ordnung ist. - - Und Sie KEINE Blute

200 AF2: haben ja - noch keine - keine Blutbefunde sind da

201 AF2: - es ist kein Lungenröntgen da. Wissen Sie - norma=

202 AF2: lerweise - muß von einem Patienten der operiert wird

203 AF2: - normal a Blutbefund da sein - und ein Röntgen ein

204 AF2: Lungenröntgen. Das fehlt alles von Ihnen /lacht/  
 P: Ja I bin

205 AF2: Es is a bißl kompliziert  
 P: nur Patient - i weiß nicht

- 206 AF2: Es is  
P: I moch olles wos ma die Oberschwester gsogt hat
- 207 AF2: a bißl kompliziert - oba - es wird sich schon - zum
- 208 AF2: Guten wenden. - Wartens noch a bißl.  
P: Na mir is nur
- 209 AF2: Jo - seit  
P: wichtig daß die - daß die Nierenkolik weg is
- 210 AF2: wann hams - wann hams die?  
P: Seit Freitag - bis bis heute
- 211 AF2: mhm  
P: in da Nocht - heute in da Nocht hot ma ma do wos
- 212 P: reingschobn - i waß net - muß ma des behalten oda
- 213 AF2: Na - also die Niere - operiert wirds sicher nicht?  
P: net.
- 214 AF2: - gschnittn. Hat Ihnen da Professor Y. /Name/ das  
P: Nein - nein
- 215 AF2: gesagt?  
P: JA - er hat gsagt er wird des mit aner Schlinge
- 216 P: - er wird z'erst reinschaun - wenn er an sieht weil
- 217 P: da Stein der war früha da oben - jetzt dürft er
- 218 P: gewandert sein und is irgendwo hinter da Blasn ver=
- 219 AF2: mhm mhm - gut  
P: steckt wo ma ihm nur als Schatten sieht. Und
- 220 P: den möcht er entweder mit aner Schlinge holn - aber

- 221 AF2: aha guat -  
P: zuerst will er reinschaun mit an (....) skop
- 222 AF2: werma schau /27" Pause/  
S: Jo Schwester S.  
/AF2 schreibt Befunde//S telefoniert/
- 223 S: zweite med Ambulanz - 4A 4A bitte - jo jo - bitte
- 224 P: Verratens ma in da Gschwindigkeit - wos wor  
S: danke.  
/P zu AF2/
- 225 AF2: Wos?  
P: des mit da Lunge do? Wos wor des do mit da Lunge?
- 226 AF2: Was ma ghört hom? No des wor net die Lunge - des  
P: jo
- 227 AF2: wor die Halsschlagader.  
P: Oba voa einigen Togn hob i mi
- 228 P: a bißl verkühlt ghobt - weil i verschwitzt im Freien
- 229 AF2: Na des  
P: wor - - des hot geraschelt - da drinnen wia
- 230 AF2: hängt damit nicht zusammen ah - auf da Lunge hat da  
P: hängt nicht zusammen
- 231 AF2: Kollege - ich hab Sie ja nicht abghört - oba hot da
- 232 AF2: Kollege nix ghört. Oba da oben - da hört ma so a
- 233 AF2: Geräusch - das darauf hindeuten könnte - daß Sie
- 234 AF2: eventuell von den Halsschlagadern - daß da die linke
- 235 AF2: - a bißl verengt ist. Ham Sie hohe Blutfette?  
P: Na Keine

- 236 AF2: Wissens wos - Sinds zuckerkrank? Hoher  
P: Ahnung Nein
- 237 AF2: Blutdruck bekannt? Eher niedrig - mhm  
P: Nein eher niederer /AM8 und OA kommen herein/
- 238 AM8: So - er kömt - - - er geht.  
P: Er kömt und geht. Was?  
OA:
- 239 AM8: (.....) in da  
P: Er kömt und geht.  
OA: ER kömt und geht?  
/AM8 zu OA/
- 240 AM8: Anamnese nichts außa  
AF2: Keine cardiale Anamnese hatta - die  
/AF2 zu OA/
- 241 AM8: a Belastungsdispnöe - - Seit drei Jahren. - Keine  
AF2: Blute hamma - Blute hamma keine
- 242 AM8: Blute und a Carotis  
AF2: Kein Corpulmo - und ein Carotisströmungsgeräusch hat
- 243 AF2: er auch - aber a leises - i mein des is schon sehr.
- 244 AF2: Na eher nieder  
P: eher nieder Das EKG  
OA: Hams an hohen Blutdruck  
/OA zu P/
- 245 AF2: ja  
OA: schaut nicht sehr schön aus - - - des is Uro? Was  
/OA zu AF2/
- 246 AF2: A Schlingenentfernung und  
OA: soll jetzt gmacht werden?
- 247 AM8: ja  
AF2: und Uretheroskopie - - also angeblich nix gschnitten

- 248 AF2: - sogt er. Steht aber nix auf  
P: Nein nichts geschnitten
- 249 AM8: Die Lunge is frei /6" Pause/  
AF2: da Zuweisung  
P: Hot er ma extra gsogt  
/Telefon läutet, S hebt ab/
- 250 S: Schwester S. - guten Tag  
OA: Nie Schmerzen ghabt am Herz - Angina pectoris  
/OA zu P/
- 251 OA: (.....) Druck?  
P: Najo i hob scho manchmal -
- 252 OA: Jaja -  
P: wenn i mi stark belaste - wenn i irgendwas
- 253 OA: sieht ma auch im EKG - des Herz is schlecht durch=
- 254 OA: blutet -  
P: Mhm - ich dacht ma schon - i hob nur net gwußt
- 255 AM8: Hm?  
P: ob Sauerstoff Jaja  
OA: Manchmal a bißl kurzatmig und so
- 256 P: genau jaja jaja  
OA: A Carotisströmungsgeräusch links?  
PX: Is da a Anmeldung?  
/PX schaut herein/ /OA zu AF2 und AM8/
- 257 AM8: Jawoll  
OA: Hör i aba net  
/OA horcht P ab/ /starke Hintergrundgeräusche/
- 258 AF2: Ganz leise is es - Du - hams ja gsogt.  
OA: viel.  
/UPR kömt herein/
- 259 AM8: (.....) es is so - daß er doch  
OA: Na guat - des kann

260 OA: a Stenokardie sein - oba i mein  
 UPR: Wiads bessa wemna  
 /UPR zu OA/

261 OA: Na  
 UPR: wartn? Ebn - na dann

262 /Piepserl/ /Kassettenwechsel/

263 P: Oiso mit an Wurt. Ka Pickerl mehr fia des Auto.  
 /S telefoniert/

264 AMS: Soll ma an Carotisdoppla amal machn?  
 OA: Ja - machma.  
 /AMS zu OA/

265 OA: Guat is.  
 /starke Hintergrundgeräusche/

## 11.2. Einige weitere Tabellen

### DURCHSCHNITTLICHE GESPRÄCHSLÄNGE

GESAMT	DEZEMBER	JÄNNER	FEBRUAR
10'50"	7'30"	12'45"	11'30"

### DURCHSCHNITTLICHES ALTER DER PATIENT/INN/EN

GESAMT	WEIBLICH	MÄNNLICH
49,6	45,6	53,1

### ANZAHL DER PATIENT/INN/EN (= GESPRÄCHE)

	MONATE		
	DEZ.	JÄN.	FEB.
F	14	13	5
M	9	13	8
GESAMT	23	26	13

Bisher sind in der Reihe  
KOMMUNIKATION UND INSTITUTION erschienen:

Band 1

Uta M. Quasthoff, Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags

Band 2

Konrad Ehlich / Jochen Rehbein (Hrsg.), Kommunikation in Schule und Hochschule. Linguistische und ethnomethodologische Analysen

Band 3

Thomas-Michael Seibert, Aktenanalysen. Zur Schriftform juristischer Deutungen

Band 4

Angelika Redder (Hrsg.), Schulstunden 1. Transkripte

Band 5

Armin Kohz, Linguistische Aspekte des Anredeverhaltens. Untersuchungen am Deutschen und Schwedischen. Mit einer selektiven Bibliographie zur Linguistik der Anrede und des Grußes

Band 6

Thomas Bliesener, Die Visite – ein verhindertes Dialog. Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal

Band 7

Johannes Wagner, Kommunikation und Spracherwerb im Fremdsprachenunterricht. Untersuchungen zu einer spracherwerbstheoretischen Fundierung vor allem des schulischen Fremdsprachenunterrichts

Band 8

Jürgen Streeck, Kommunikation in einer kindlichen Sozialwelt. Eine mikroethnographische Studie

Band 9

Ludger Hoffmann, Kommunikation vor Gericht

Band 10

Konrad Ehlich (Hrsg.), Erzählen in der Schule

Band 11

Ludger Hoffmann (Hrsg.), Rechtsdiskurse. Untersuchungen zur Kommunikation in Gerichtsverfahren

Band 12

Jochen Rehbein (Hrsg.), Interkulturelle Kommunikation

Band 13

Wilhelm Griebhaber, Authentisches und zitierendes Handeln.  
*Bd. 1: Einstellungsgespräche*

Band 14

Wilhelm Griebhaber, Authentisches und zitierendes Handeln.  
*Bd. 2: Rollenspiele im Sprachunterricht*

Band 15

Konrad Ehlich / Jochen Rehbein, Muster und Institution. Untersuchungen zur schulischen Kommunikation

Band 16

Gisela Brüner, Kommunikation in institutionellen Lehr-Lern-Prozessen. Diskursanalytische Untersuchungen zu Instruktionen in der betrieblichen Ausbildung

Band 17

Martina Rost, Sprechstrategien in "freien Konversationen". Eine linguistische Untersuchung zu Interaktionen im zweitsprachlichen Unterricht

Band 18

Ingwer Paul, Rituelle Kommunikation. Sprachliche Verfahren zur Konstitution ritueller Bedeutung und zur Organisation des Rituals

Band 19

Yvonne Petter, Politische Fernsehdiskussionen und ihre Adressaten

## **KOMMUNIKATION UND INSTITUTION**

Herausgegeben von  
Konrad Ehlich und Jochen Rehbein

Der Alltag in der Ambulanz des Spitals als Spiegelbild der Institution Krankenhaus ist ein komplexes kommunikatives Geschehen der Bereiche Arzt-Patienten-Interaktion (Untersuchung), Arzt-Arzt-Interaktion (Ausbildung und ärztliches Fachgespräch) und Arzt-Schwester-Interaktion (Organisation der Abläufe).

Die Vernetzung dieser unterschiedlichen kommunikativen Anforderungen verhindert effizientes Arbeiten, Gespräche mit den Patienten und hemmt eine befriedigende Teamarbeit des medizinischen Personals.

Die Widersprüche zwischen idealen Anforderungen und Erwartungen einerseits und realen Möglichkeiten und Abläufen andererseits führen zu grundlegenden kommunikativen Problemen, die sich direkt in den Gesprächen, die dieser Band anhand von Transkripten aufzeigt, nachweisen lassen.