

Aus dem Institut für Medizin-Soziologie  
der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf  
Direktor Prof. Dr. Dr. Trojan

# Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel von Prämedikationsgesprächen in der Kinderanästhesiologie

## ***Dissertation***

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg  
vorgelegt von Stefan Wirth aus Leipzig

Hamburg 2004

## *Inhaltsverzeichnis*

<b>1. Einleitung und Fragestellung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Überblick über die Erforschung der Ärztin-Patientin-Interaktion in der Medizinischen Soziologie</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Medizinische Soziologie</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2 Die Visitenforschung</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3 Ärztin/Arzt-PatientInnen-Kommunikation bei bildgebenden Verfahren</b> .....	<b>8</b>
<b>2.4 Einordnung der vorliegenden Arbeit</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Material und Methoden</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1 Das Untersuchungsfeld</b> .....	<b>11</b>
3.1.1 Das Krankenhaus.....	11
3.1.2 Die Gesprächsorte.....	12
3.1.3 Die Ärztin/Ärzte der Abteilung für Kinderanästhesiologie .....	12
3.1.4 Der Arbeitstag der Ärztin/Ärzte .....	13
3.1.5 Die PatientInnen .....	14
3.1.6 Die Eltern .....	15
3.1.7 Die Narkose.....	16
<b>3.2 Die Untersuchungsmethoden</b> .....	<b>17</b>
3.2.1 Die teilnehmende Beobachtung .....	17
3.2.2 Die Aufzeichnung der Gespräche .....	18
3.2.3 Das Transkriptionsverfahren .....	19
3.2.4 Die Anwendung von Grounded Theory .....	19
3.2.5 Die Anwendung der Konversationsanalyse.....	20
3.2.6 Überblick und Abgrenzung .....	21
<b>4. Die formale Analyse der Prämedikationsgespräche</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1 Die Dauer der Gespräche</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2 Initiativen</b> .....	<b>24</b>
4.2.1 Die Initiativen der PatientInnen.....	25
4.2.2 Die Initiativen der Eltern.....	26
4.2.3 Die Initiativen der Ärztinnen/Ärzte .....	27
4.2.4 Andere GesprächsteilnehmerInnen .....	27
<b>4.3 Das Verwenden von Fachbegriffen</b> .....	<b>28</b>
<b>4.4 Das Auftreten von Störungen</b> .....	<b>28</b>
<b>5. Die inhaltliche Analyse der Prämedikationsgespräche</b> .....	<b>29</b>
<b>5.1 Der Aufbau der Gespräche: Unterschiede und Gemeinsamkeiten</b> .....	<b>29</b>
5.1.1 Der Beginn der Gespräche .....	29
5.1.2 Die Erhebung der Anamnese.....	35
5.1.3 Die körperliche Untersuchung.....	46
5.1.4 Die Darstellung des Ablaufes der Narkose.....	48
5.1.5 Anordnungen zu dem Verhalten vor der Narkose.....	53
5.1.6 Die Risikoaufklärung .....	55

<b>5.2 Die Rollen der PatientInnen in den Gesprächen.....</b>	<b>58</b>
5.2.1 Strategien der Ärztin/Arzt-Kind-Kommunikation .....	58
5.2.2 Die Reaktionen der Ärztinnen/Ärzte auf die Initiativen der PatientInnen .....	61
<b>6. Hypothesen und Diskurse .....</b>	<b>65</b>
<b>6.1 „Die fallen ja um wie tot.“ – Angst: Äußerung und Verdrängung .....</b>	<b>65</b>
<b>6.2 „Das wolln wir vielleicht gar nicht wissen.“ -Diskurs zur Risikoauflklärung .....</b>	<b>73</b>
<b>6.3 „In Zukunft machen wir die elektronische Fessel.“ -Zur Dominanz der ExpertInnen in der Institution Krankenhaus .....</b>	<b>83</b>
<b>6.4. „aber nicht Herr...“ -Bedingungen für das Aneignen von Macht durch PatientInnen .....</b>	<b>90</b>
6.4.1 Technische Durchführung/Einleitung der Narkose: „keine Maske“ (Beitrag 87-107) .....	91
6.4.2 Prämedikation: „keine Beruhigungsmittel“ (Beitrag 117-131) .....	91
6.4.3 Personal: „den hat sie nicht so gern“ (Beitrag 169-180) .....	92
<b>6.5 Ärztliche Macht im Vergleich mit den Ergebnissen der Visitenforschung .....</b>	<b>93</b>
<b>7. Zusammenfassung .....</b>	<b>95</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>97</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>102</b>
Transkriptionszeichen.....	102
Daten zu Gespräch Nummer 38 .....	103
Gespräch Nr.38: vollständiges Transkript.....	104
Daten zu Gespräch Nummer 15 .....	110
Gespräch Nr.15: vollständiges Transkript.....	111
Danksagung .....	116
Lebenslauf .....	117
Eidesstattliche Versicherung.....	118

## 1. Einleitung und Fragestellung

Mit dieser Arbeit soll die Kommunikation zwischen Ärztinnen<sup>1</sup> und Patientinnen im Rahmen der Medizinischen Soziologie untersucht werden. Hierbei wird der Bereich der Prämedikationsgespräche in der Kinderanästhesiologie betrachtet. In diesem Bereich überschneiden sich in besonderer Weise Themengebiete der Medizinischen Soziologie, der Psychologie und Themen der Ethik in der Medizin. Neben der rein juristischen Frage nach der Verantwortung für die Risiken der Eingriffe, die Ärztinnen und Eltern tragen, stehen die Ärztinnen in der Pädiatrie vor der Aufgabe, Beziehungen zu den Eltern und zu den Patientinnen herzustellen. Hinzu kommt, dass es sich bei der geplanten Narkose um einen medizinischen Eingriff handelt, der bei den Eltern der betroffenen Kinder Angst auslöst. An die den Eingriff durchführenden Ärztinnen richtet sich also die Forderung, in der Kommunikation mit den Patientinnen und den Eltern Vertrauen zu erzeugen, was deren Ängste zwar selten beseitigt sie aber dennoch erträglicher machen kann. Die beinahe einzige Möglichkeit, Beziehungen herzustellen, Vertrauen auf- und Ängste abzubauen bietet das Gespräch. Wird es nicht genutzt, sind die Folgen für die jungen Patientinnen gravierend. Dem Verhalten von Ärztinnen zu den Patientinnen und deren Eltern muss in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung zukommen.

Motiv für das Erstellen der vorliegenden Arbeit ist außerdem die Erkenntnis, dass dem Thema Ärztin-Kind-Kommunikation bisher wenig Beachtung geschenkt wird und selbst in der Fachliteratur der Soziologie und der Pädiatrie kaum Substantielles dazu zu finden ist. Eine Ausnahme bildet hier die Psychosomatik in der Pädiatrie, die der Kommunikation mit Kindern größere Beachtung schenkt. Aus eigener Erfahrung<sup>2</sup> ist die unzureichende Behandlung des Themas „Kommunikation mit Patientinnen“ seit Jahren an vielen medizinischen Hochschulen und in der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser in der BRD schlechte Praxis. Dem entgegenzuwirken und der Ärztin-Patientin-Kommunikation in der Ausbildung und der Erforschung im medizinischen Alltag zu dem hohen Stellenwert zu verhelfen, der diesem Thema zukommt, auch dazu soll diese Arbeit beitragen.

Nach einem Ausblick auf die Visitenforschung, die Erforschung der Ärztinnen-Patientinnen-Kommunikation bei bildgebenden Verfahren und einer Einordnung der

---

<sup>1</sup> Im weiteren Verlauf dieser Arbeit benutze ich für Personengruppen und allgemein bezeichnete Personen, die Angehörige beider Geschlechter enthalten, die weibliche Schreibweise.

<sup>2</sup> Der Autor war während zweier Semester Tutor in einer studentischen Anamnesegruppe.

vorliegenden Arbeit, sollen in „Material und Methoden“ das Untersuchungsfeld und die entsprechenden Methoden vorgestellt, erläutert und reflektiert werden. Die formale und inhaltliche Analyse schaffen die Voraussetzung für den eigentlichen Schwerpunkt dieser Arbeit: in „Hypothesen und Diskurse“ beabsichtige ich, die gewonnenen Daten im Hinblick auf das „Nichtgesagte“ zu untersuchen und zu diskutieren: Es soll den Fragen nachgegangen werden, wie Ärztinnen mit Kindern und Eltern kommunizieren und wie sich Machtverhältnisse in den Gesprächen konstituieren. Des Weiteren möchte ich analysieren, wie die Ärztinnen mit Initiativen der Patientinnen umgehen und in diesem Zusammenhang dem Äußern von Ängsten besondere Beachtung schenken.

## **2. Überblick über die Erforschung der Ärztin-Patientin-Interaktion in der Medizinischen Soziologie**

Im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Arbeit ist es sinnvoll, der allgemeinen Definition eine subjektive und kritische beizufügen. Die Offenlegung des persönlichen Verständnisses von den Aufgaben der Medizinischen Soziologie soll die im weiteren Verlauf folgenden handlungstheoretischen Überlegungen und Interpretationen vorbereiten und transparent machen.

### 2.1 Medizinische Soziologie

Medizinische Soziologie ist seit 1970 als Lehr- und Prüfungsfach Bestandteil der Ausbildung von Medizinstudentinnen zu Ärztinnen und ist nach SIEGRIST eine „Wissenschaftsdisziplin, welche Begriffe, Methoden, Beobachtungswissen und Theorie der allgemeinen Soziologie bei der Analyse von Phänomenen der Gesundheit und Krankheit anwendet.“ (SIEGRIST 1995; 4). Neben der Erforschung der Ärztin-Patientin-Interaktion sind weitere gesundheitssoziologische Themen Forschungsschwerpunkt. So wird in diesem Fach unter anderem die Frage nach den sozialen Einflüssen auf Gesundheit und Krankheit gestellt (vgl. SIEGRIST 1995; 197). Die Untersuchungen zur Abhängigkeit von Lebensverhältnissen und Gesundheitsstatus führten zu der Erkenntnis, dass die „Zusammenhänge linear (sind): je ungünstiger der sozioökonomische Status, desto höher die Sterblichkeit.“ (SIEGRIST 1995; 191). Ähnlich positive Korrelationen ergaben sich auch für chronisch-degenerative Erkrankungen (vgl. ebd.; 191). Dem Verdienst um die Erforschung und Veröffentlichung solcher Ergebnisse zum Trotz, werden die Erkenntnisse der Medizinischen Soziologie oft auch repressiv genutzt. So können Beobachtungen zum Sucht- und Risikoverhalten zu einer Verbesserung der Präventions- und Therapieangebote führen. Fast immer geht damit aber auch eine Erhöhung des Drucks auf Menschen einher, sich Produktivitätsnormen unterzuordnen und an der Erhaltung ihrer Gesundheit für die kapitalistische Verwertung zu arbeiten. GERHARDT, Professorin für Medizinische Soziologie, fordert „die Annahme von der strukturellen Stigmatisierung der Behinderten und der universellen Chancenlosigkeit der chronisch Kranken aufzugeben“ und kritisiert die damit einhergehende „Identifikation mit den gesellschaftlich Unterdrückten“ (GERHARDT 1995; 315-316). Genau diese Perspektive der Unterdrückten immer wieder eingenommen, sie nicht einer vermeintlich

besseren „Qualität und Relevanz der Ergebnisse“ (ebd.; 316) geopfert zu haben, ist das Verdienst einiger Medizinsoziologinnen (vgl. KAUPEN-HAAS 1997, 106; DEPPE 2002; 37-48). Eine Medizinische Soziologie, die das Verwenden ihrer Forschung für die kapitalistische Vergesellschaftung nicht reflektiert, begibt sich in die Gefahr, zur Etablierung eines inhumanen, an wirtschaftlichen Produktivitätskriterien orientierten Bildes von Menschen beizutragen

## 2.2 Die Visitenforschung

Von grundlegender Bedeutung für die Erforschung der Ärztin-Patientin-Kommunikation im Rahmen der Medizinischen Soziologie ist eine Vielzahl von Studien, in denen die Interaktion zwischen Ärztin und Patientin in der klinischen Visite am Krankenbett untersucht wird. Bei der Auswertung der bei diesen Studien gewonnenen Daten lassen sich nach RASPE eine formal-quantitative und eine transaktionsanalytische Herangehensweise unterscheiden (vgl. RASPE 1982; 2f.). Unabhängig davon nach welchen Kriterien das meist in Form von Tonbandaufnahmen von Visitengesprächen bestehende Material ausgewertet wird, weisen alle Ergebnisse auf eine stark asymmetrische Interaktion zu Gunsten der Ärztinnen hin. So stellt NORDMEYER in einer 1978 vorgenommenen Untersuchung fest: „In den durchschnittlich 3 ½ Minuten langen Gesprächen waren die Gesprächsanteile des Arztes gemessen an Wörtern (63%), Fragen (82%) und Unterbrechungen (94%)- durchgängig größer als die des Patienten.“ (vgl. NORDMEYER 1982; 58ff.). Sie ordnet im Ergebnis ihrer Studie verschiedenen ärztlichen Verhaltensweisen die diesen jeweils entsprechenden der Patientinnen zu und kommt zu dem Schluss, dass „weitgehend asymmetrische Interaktionsmuster“ zu Gunsten der Ärztinnen die Ärztin-Patientin-Beziehung prägen (vgl. NORDMEYER 1982; ebd.). Damit bestätigt sie, was die formalquantitativen Ergebnisse betrifft, frühere Arbeiten von SIEGRIST (1978) und RASPE (1982). Auch inhaltlich ähneln sich die Resultate der Studien, wobei die Fragestellungen nach und nach präzisiert und die Untersuchungsfelder variiert werden. So werden Strategien asymmetrischer Kommunikation festgestellt, untersucht und kategorisiert (vgl. SIEGRIST; ebd.). In einer kommunikationsanalytischen Studie untersucht NOTHDURFT die Bedeutung des „Personal-Kontaktes“ während der Visite und bemerkt in diesem Zusammenhang, dass „Visiten durch Eigenschaften des Personalkontaktes ´undurchlässig´ werden (unbeobachtbar, unüberschaubar, unabsehbar).“ (NOTHDURFT 1982; 23) und es damit den Patientinnen verunmöglicht

wird, an den Gesprächen teilzunehmen ohne die im Alltag gelernten Gesprächsnormen aufzugeben oder deren Bruch durch das Personal auf der Meta-Ebene zu thematisieren. Indem er der Frage nach dem Verhalten der Patientinnen nachgeht und somit der Frage, warum Patientinnen so wenig eigene Initiativen in das Visitengespräch einbringen und nicht versuchen, das Gewicht von der Personal-Kommunikation auf die Personal-Patientin-Kommunikation zu verlagern, kommt er zu dem Schluss, dass „die Wirkung von Undurchlässigkeit auf dem Virulent-Sein von Angst und Resignation beruht, und dass die Personal-Kommunikation in der Visite durch den Ausschluss des Patienten dazu beiträgt, genau diese Angst zu schüren und diese Resignation zu verstärken.“ (ebd.; 33).

Aus den Resultaten der Visitenforschung der siebziger und achtziger Jahre werden Konsequenzen gezogen, die einerseits in der Forderung nach einer Verbesserung der Ausbildung, andererseits auch in Versuchen zu einer konkreten und aktuellen Verbesserung der Situation auf den Stationen der Kliniken resultieren. Besondere Erwähnung verdient das Ulmer Modell-Projekt. Erstmals werden in den siebziger Jahren auf einer Station Patientinnen mit internistischem und psychosomatischem Krankheitsbild gemeinsam behandelt. Dabei werden psychosoziale Aspekte bei jeder Patientin in Diagnose und Therapie mit einbezogen (vgl. BLIESENER 1986; 18ff.). In diesem Zusammenhang wird auch die Visite reformiert, so dass „weniger *über* den Kranken und mehr *mit* ihm gesprochen werden kann.“ (Hervorhebungen im Original) (BLIESENER 1986; ebd.). Diese Reform ist, wie eine Studie von WESTPHALE und KÖHLE belegt, erfolgreich. Der Anteil der Patientinnen am Gespräch steigt, und die ausweichenden Reaktionen der Ärztinnen auf Initiativen der Patientinnen nehmen im Vergleich zu üblichen Visiten ab (vgl. KÖHLE und RASPE 1982; 102). Neben diesen praktischen Reformansätzen werden die Ergebnisse der Visitenforschung auch in den Lehrbüchern der Medizin-Soziologie (vgl. SIEGRIST 1995; 251-254) und der Anamneseerhebung diskutiert und tragen damit zur Ausbildung von Ärztinnen bei (vgl. UEXKÜLL 1992; 1-2). So wird versucht, Forderungen zu erfüllen, die sich nicht nur aus älteren Untersuchungen ergeben (vgl. SIEGRIST; NORDMEYER; JÄHRIG/KOCH; QUASTHOFF-HARTMANN 1982). In einer neueren Studie bestätigt REITER die Ergebnisse früherer Studien (REITER 1995; 188-196). Sowohl bei der formalquantitativen Auswertung als auch bei der inhaltlichen Analyse können keine wesentlichen Veränderungen im Verhalten der Ärztinnen gefunden werden. Festgestellt wird dagegen erneut eine „Asymmetrie der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten“

und eine ‚Distanz (...) vor allem zwischen Arzt und Patient.‘ (REITER 1995; ebd.). Weder in der Dauer der Gespräche noch in der Verteilung der Initiativen ergeben sich große Differenzen zu früheren Untersuchungen. (vgl. REITER 1995; SIEGRIST 1982; RASPE/NORDMEYER 1981). Dies, sowie persönliche Erfahrungen, die bei der Teilnahme an zahlreichen Stationsvisiten gemacht wurden, deuten daraufhin, dass sich Bemühungen, das ärztliche Gesprächsverhalten zu reformieren, bisher nicht ausreichend im klinischen Alltag widerspiegeln.

### 2.3 Ärztin/Arzt-PatientInnen-Kommunikation bei bildgebenden Verfahren

Ausgehend von der These, dass sich Ärztinnen-Patientinnen-Interaktion mit der Zunahme der Technisierung der Medizin mehr und mehr von der Station in Funktionsräume verlagert und sich damit strukturell und formal verändert, wurde am Institut für Medizin Soziologie der Universität Hamburg unter der Leitung von KAUPEN-HAAS ein neuer Forschungsschwerpunkt etabliert.<sup>3</sup> Die Beobachtung und Analyse der Kommunikation während der Sonographie nimmt in den zuletzt abgeschlossenen Arbeiten den größten Raum ein (vgl. BUSCHAM 1997; KIRCHNER 1999; ADEN 2004). Gründe dafür sind zum einen die überaus häufige Anwendung der Ultraschalluntersuchung als bildgebenden Routineverfahren und die damit einhergehende gute Zugänglichkeit für soziologische Untersuchungen, und zum anderen die im Vergleich mit anderen medizintechnischen Verfahren guten Möglichkeiten zur Kommunikation. Die Sonografie ist technisch wenig aufwendig, erzeugt nur einen geringen Geräuschpegel und hat den relativ engen Kontakt zwischen Ärztin und Patientin zur Voraussetzung. BUSCHAM kommt in der Zusammenfassung seiner eher formalanalytisch ausgerichteten Dissertation trotz der auch von ihm festgestellten Asymmetrie zu dem Schluss, dass ‚im Vergleich zur Visitsituation der siebziger Jahre Fortschritte erreicht worden‘ sind, was ‚Verwendung einer eher einfachen Sprache, Vermeiden von medizinischen Fachausdrücken und Bemühen um Informationsvermittlung betrifft.‘ (BUSCHAM 1997; 100-101). Im Zusammenhang mit der Beobachtung und Auswertung von 30 Ultraschalluntersuchungen geht KIRCHNER der Bedeutung und Funktion der bei dieser Untersuchung erzeugten Bilder nach und diskutiert damit einhergehend die Begriffe ‚Leib‘; ‚Seele‘; ‚Gesicht‘ und ‚Bild‘ philosophisch (vgl. KIRCHNER 1999; 78-83). Der Dichotomie von ‚Gesicht‘ und ‚Bild‘ misst sie eine wichtige Bedeutung zu, so dass sie am Schluss ihrer Arbeit

---

<sup>3</sup> Vgl. die Homepage des Institutes für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg.

schreibt: „Über die Sinnhaftigkeit der bildgebenden Verfahren entscheidet letztlich, ob und in welchem Maße das ‘Gesicht’/‘Antlitz’ (Levinas 1992) und nicht das ‘Bild’ des Patienten das Arzt-Patient-Verhältnis bestimmen.“ (KIRCHNER 1999; 83). Jüngste noch nicht abgeschlossene Studien befassen sich mit der Analyse von Beobachtungen zur Ärztin-Patientin-Kommunikation bei der Phlebographie und bei weiteren radiologischen Untersuchungen, wie Röntgen und Magnetresonanztomographie (MRT). Damit ist eine Erweiterung und Spezifizierung der Beobachtung von Kommunikation in technischen Funktionsräumen absehbar.

#### 2.4 Einordnung der vorliegenden Arbeit

Mit dieser Arbeit wird ein neuer, bisher wenig beachteter Bereich der Ärztin-Patientin-Kommunikation erforscht. Bei den aufgezeichneten und im weiteren Verlauf zu analysierenden Gesprächen fallen strukturelle und situative Besonderheiten auf, die im Vergleich mit Visitengespräch und im Vergleich mit Gesprächen in Funktionsräumen deutlich werden. So handelt es sich hier um Kommunikation, die ausdrücklich Stunden bis Wochen vor einem hoch technisierten und spezialisierten Eingriff, der Narkose, stattfindet. Die Räume, in denen die Aufklärung und Information darüber erfolgt, sind örtlich klar von den Funktionsräumen getrennt und innerhalb der Klinik nicht festgelegt. Gemeinsamkeiten zur Ärztin-Patientin-Kommunikation bei bildgebenden Verfahren ergeben sich in dem unterschiedlichen Status der Patientinnen und dem Aufsuchen einer in der Institution Krankenhaus tätigen Spezialistin, die eben ganz bestimmte, komplexe Eingriffe durchführt und, von Ausnahmen abgesehen, weder vor noch nach dem Eingriff an der Behandlung der Patientin teilnimmt. In den im Folgenden beschriebenen Situationen treten die Ärztinnen jeweils alleine auf. Dadurch kann Kommunikation, im Unterschied zu den während der Visite stattfindenden Gesprächen und ähnlich wie in technischen Funktionsräumen, nur zwischen Ärztin und Patientin bzw. wie in den untersuchten Fällen zusätzlich zwischen der Ärztin und den Eltern der Patientinnen erfolgen. Die Möglichkeiten das Gespräch durch Personal-Kontakt „undurchlässig“ zu machen (vgl. NOTHDURFT ebd.) entfallen damit weitgehend.

Eine von der Medizinischen Soziologie wenig beachtete Kommunikationssituation ist die, in der Ärztinnen Menschen über medizinische Eingriffe informieren, die nicht an ihnen selbst, sondern an anderen, in den vorliegenden Beispielen an Kindern, ausgeführt werden. Wie Kommunikation in dieser besonderen, im medizinischen Alltag dennoch häufigen Konstellation stattfindet, welche Rollen die Beteiligten einnehmen, ob und wie

es den Ärztinnen gelingt, gemeinsame Wirklichkeiten zu erzeugen und welche Probleme sich aus dem Über-Andere-Entscheiden ergeben, soll in dieser Arbeit diskutiert werden (vgl. 6. Hypothesen und Diskurse). Dabei werden die Ergebnisse aus der Visitenforschung, aus der Erforschung der Ärztin-Patientin-Kommunikation allgemein und bei bildgebenden Verfahren bei der Auswertung verwendet.

### **3. Material und Methoden**

In diesem Kapitel wird sowohl eine Beschreibung des Forschungsfeldes als auch der Methoden der Datengewinnung und der Datensicherung erfolgen. Anschließend wird eine Übersicht über die im Verlauf der Untersuchung gewonnenen formalquantitativen Daten der beteiligten Patientinnen und Eltern gegeben.

#### 3.1 Das Untersuchungsfeld

Zur Beschreibung des Untersuchungsfeldes gehört das Darstellen der Orte, an denen die Gespräche stattfinden und der Personen, die an ihnen teilnehmen. Der Leserin soll ein Einblick in die Bedingungen gegeben werden, unter denen die Gespräche durchgeführt und aufgezeichnet werden.

##### 3.1.1 Das Krankenhaus

Die Datenerhebung für die Studie findet in einem Kinderkrankenhaus in Norddeutschland statt, das sowohl Schwerpunktkrankenhaus als auch akademisches Lehrkrankenhaus ist. Die größte Abteilung ist die für allgemeine Pädiatrie, der auch die Neuropädiatrie und die pädiatrische Nephrologie als Spezialbereiche zugeordnet sind. Deutlich kleiner sind die Abteilungen für Kinderchirurgie, für Neonatologie, für pädiatrische Intensivmedizin und die Kinderorthopädie. Weitere Abteilungen, die nicht über die Möglichkeit zu einer eigenen stationären Behandlung verfügen, sind: Kinderanästhesiologie, Pädiatrische Radiologie, Klinische Genetik, Klinisch-Chemisches Labor und Klinische Psychologie und Psychotherapie. In der Abteilung für Kinderanästhesiologie werden die Gespräche für die vorliegende Arbeit aufgezeichnet. Teil dieser Kinderklinik ist außerdem eine Ambulanz, in der von den Ärztinnen Beratungen und Behandlungen zu weiteren unterschiedlichen Schwerpunkten angeboten werden. Als Schwerpunktkrankenhaus verfügt diese Klinik über einen Einzugsbereich, der weit über die Region hinaus reicht. So können im Rahmen der Datenerhebung mehrmals Patientinnen und deren Eltern angetroffen werden, die einen Weg von einigen hundert Kilometern zurückgelegt haben, um insbesondere komplizierte chirurgische Eingriffe vornehmen zu lassen. In der Ausstattung und im Leistungsangebot vergleichbare Kliniken bestehen in zahlreichen Städten in Norddeutschland. Neben Lübeck unter anderem in Göttingen, Kiel, Hamburg, Hannover und Bremen.

### 3.1.2 Die Gesprächsorte

Die Gespräche finden in verschiedenen Räumen statt. Ein für das ausschließliche Durchführen von Ärztin-Patientin-Gesprächen bestimmter Raum existiert zum Zeitpunkt der Aufnahmen nicht. Die Gesprächsorte lassen sich in zwei Bereiche aufteilen: Ambulanz und Station. Die meisten Gespräche werden auf den Stationen (38 von 52) und dort überwiegend am Bett der jeweiligen Patientin durchgeführt. Einige der Gespräche finden auch in Spielzimmern<sup>4</sup>, eines in einem Untersuchungszimmer statt. Eine genauere Übersicht ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

Ort	Anzahl
1-Bett-Zimmer	13
2-Bett-Zimmer	10
3-Bett-Zimmer	4
4-Bett-Zimmer	3
5-Bett-Zimmer	2
Spielzimmer	5
Untersuchungszimmer	1

**Tabelle 1: Anzahl der Gespräche in verschiedenen Zimmern auf den Stationen**

Die 14 übrigen in der Ambulanz aufgezeichneten Gespräche finden zwar alle in einem Raum ohne unbeteiligte Personen statt, durch die schlechte Schallisolierung sind aber Gespräche, die manchmal gleichzeitig in den benachbarten Räumen geführt werden, deutlich zu verstehen.

### 3.1.3 Die Ärztin/Ärzte der Abteilung für Kinderanästhesiologie

In der Abteilung für Pädiatrische Anästhesie sind vier Ärzte und eine Ärztin tätig. Es gibt einen Leitenden Arzt und einen Oberarzt, der zugleich Vertreter des Leitenden Arztes ist. Besonders schwierige und riskante Eingriffe werden hauptsächlich von diesen durchgeführt. Alle ärztlichen Angestellten der Abteilung verfügen über mehrjährige Erfahrungen im Bereich der Anästhesiologie und sind mit Ausnahme einer

---

<sup>4</sup> Auf den meisten Stationen gibt es jeweils ein für alle zugängliche Zimmer, in dem Spielzeug für die Patientinnen bereitliegt.

Mitarbeiterin Fachärzte für Anästhesiologie. Außer der Ärztin, die erst seit einigen Monaten in der Abteilung arbeitet, und vorher in der klassischen Anästhesie tätig war, verfügen alle übrigen über mehrjährige Erfahrungen in der Kinderanästhesiologie und haben nach eigenen Schätzungen jeweils mehrere hundert bis über tausend Narkosen durchgeführt. Aufgaben der Ärztinnen dieser Abteilung sind die Aufklärung und Information über anästhesiologische Eingriffe, wie unter anderem die Prämedikation, die Durchführung von Narkosen bzw. von Regionalanästhesie und deren Überwachung während der Operation, die postoperative Betreuung auch auf der Intensivstation sowie die Schmerztherapie allgemein und insbesondere nach operativen Eingriffen. Zu den Pflegerinnen in der Abteilung besteht ein freundliches und kooperatives Verhältnis. Die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen funktioniert ohne größere Probleme.

#### 3.1.4 Der Arbeitstag der Ärztin/Ärzte

Der im Folgenden skizzierte zeitliche Ablauf des Arbeitstages der beobachteten Ärztinnen soll zu einer Orientierung beitragen und es ermöglichen, die Durchführung von Informations- und Aufklärungsgesprächen im quantitativen Verhältnis zu anderen Aufgaben zu betrachten.

07.30 Uhr: Dienstbeginn mit gemeinsamer Absprache und Verteilung der an diesem Tag zu bewältigenden Aufgaben.

08.00 Uhr: Beginn der Arbeit in den Operationsräumen.

13.00 Uhr: Mittagspause. Die Mittagspause kann manchmal nicht oder nur verkürzt genommen werden.

14.00 Uhr: Durchführung von Prämedikationsgesprächen. Erledigung bürokratischer Aufgaben. Vorläufige Planung des Arbeitsablaufes für den nächsten Tag.

16.30 Uhr: Dienstschluss. Eine Ärztin/ein Arzt hat Bereitschaftsdienst. Seine Ruhezeit hängt von der am Abend oder in der Nacht anfallenden Arbeit ab.

Die hier aufgeführten Arbeitszeiten können zum Teil erheblich variieren. So wird zum Beispiel die Mittagspause oft als „Zeitpuffer“ genutzt, d.h. verkürzt oder gar nicht genommen, unter anderem weil Operationen länger dauern als erwartet, weil Notfälle das tägliche Operationsprogramm erweitern, weil andere nicht vorhergesehene Komplikationen auftreten und bewältigt werden müssen. Deshalb kann die Zeit, die die einzelne Anästhesistin in den Operationsräumen verbringt deutlich länger sein, als aus dieser Übersicht hervorgeht.

### 3.1.5 Die PatientInnen

Mit einer Ausnahme (Gespräch Nr.8) sind bei allen der 52 aufgezeichneten Gespräche die Patientinnen anwesend. Das Alter der Patientinnen variiert zum Zeitpunkt der Aufzeichnung von 6 Wochen (Gespräch Nr.51) bis über achtzehn Jahre (Gespräch Nr.24). Aus den untenstehenden Tabellen geht die statistische Verteilung von Alter und Geschlecht der Patientinnen hervor, die sofort nach den jeweiligen Gesprächen von den Eltern erfragt oder der Krankenakte entnommen wird. Dabei wird deutlich, dass die Mehrzahl (73%) der zu behandelnden Kinder weniger als sieben Jahre alt ist. Ein zehnjähriger Junge, der nicht bei dem Gespräch anwesend ist, ist dennoch in allen Tabellen aufgeführt, da die formalen Daten zugänglich waren.

Alter (in vollendeten Lebensjahren)	absolut n=52	prozentual
<1	11	21,2
1-3	12	23,1
4-6	15	28,9
7-10	8	15,4
11-14	3	5,8
14<	3	5,8

**Tabelle 2: Alter der PatientInnen**

	absolut	prozentual
weiblich	22	42,3
männlich	30	57,7

**Tabelle 3: Geschlecht der PatientInnen**

Bei der Differenzierung der Aufnahmesituation wird in stationäre, ambulante und in die Notfallaufnahme unterschieden. Patientinnen müssen sich, um das Kriterium der stationären Aufnahme zu erfüllen, für mindestens eine Nacht nach dem Eingriff in dem Krankenhaus aufhalten. Als ambulant werden solche Patientinnen in die Auswertung aufgenommen, bei denen Eingriffe durchgeführt werden sollen, die in aller Regel ein Verlassen des Krankenhauses am selben Tag möglich machen. Aufklärungsgespräche über die Narkosen zu diesen Eingriffen finden oft mehrere Wochen vor dem Termin statt, während die Gespräche mit den Eltern stationär aufgenommener Patientinnen fast

immer am Tag vor dem Eingriff geführt werden. Patientinnen, die als Notfall in das Krankenhaus kommen, werden innerhalb der nächsten Stunden operiert. Insgesamt ergibt sich folgende Verteilung:

Aufnahmeart	absolut	prozentual
ambulant	14	26,9
stationär	33	63,5
als Notfall	5	9,6

**Tabelle 4: Art der Aufnahme**

### 3.1.6 Die Eltern

Da es in den Aufklärungs- und Informationsgesprächen zur Narkose um medizinische Maßnahmen geht, über deren Durchführung die Patientinnen unter 18 Jahren nicht oder nur eingeschränkt entscheiden dürfen, ist es notwendig, dass Erziehungsberechtigte bzw. Vormunde das Einverständnis zur Narkose geben.<sup>5</sup> Bei allen aufgezeichneten Gesprächen sind deshalb ein oder beide Elternteile anwesend, in einem Fall zusätzlich ein Betreuer.

An den meisten Gesprächen nehmen außer den Patientinnen auch deren Mütter teil, an einigen auch beide Eltern. Sechsmal findet das Gespräch nur zwischen Ärztin/Arzt und Vater statt.

anwesende Erziehungsberechtigte	absolut n=52	prozentual
nur Mutter	31	59,6
nur Vater	6	11,5
Mutter und Vater	15	28,9
Vater und Betreuer	1	2,0

**Tabelle 5: Anwesende Erziehungsberechtigte**

Das Alter der Eltern reicht von 18 (Mutter in Gespräch Nr.51) bis zu 55 Jahren (Vater in Gespräch Nr.37) und wurde nach 36 Gesprächen erfragt. Die meisten der Eltern sind mehr als 30 Jahre alt (35 von 47).

---

<sup>5</sup> Juristische und psychologische Aspekte dieses Themas werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit unter '6. Hypothesen und Diskurse' erläutert und diskutiert.

Um besser beurteilen zu können, ob und inwieweit das Gespräch durch allgemeine Vorbildung der Eltern beeinflusst wird, wird nach den erreichten Schulabschlüssen der Eltern gefragt. Hierbei ist offensichtlich, dass die Schulabschlüsse nur ungenaue Auskunft über die Bildung der Eltern geben und bei der folgenden Analyse der Gespräche lediglich als zusätzliche Anhaltspunkte dienen können.

Schulabschluss	absolut n=68	prozentual
Hauptschule	14	20,6
Realschule	29	46,8
Abitur	22	35,5
kein Abschluss	3	4,8

**Tabelle 6: Schulabschlüsse der Eltern**

Ehemalige Realschülerinnen bilden bei dieser Unterteilung die größte Gruppe. Von insgesamt 68 als Eltern anwesenden Personen haben 29 den Realschul- und 14 den Hauptschulabschluss erreicht. 22 Mütter und/oder Väter haben Abitur. Keinen offiziellen Schulabschluss zu haben, geben 3 Personen an.

### 3.1.7 Die Narkose

In allen aufgezeichneten Gesprächen werden die Eltern über die Vollnarkose als von der Anästhesie geplanten Eingriff informiert. Auch während des zweiwöchigen der Datenerhebung vorangehenden Praktikums des Verfassers in den Operationsräumen wird keine Operation in Lokalanästhesie durchgeführt. Mit einer Ausnahme (Gespräch Nr.47) werden die theoretischen Möglichkeiten von Alternativen weder von den Patientinnen und deren Eltern noch von den Ärztinnen thematisiert. In den meisten Gesprächen wird den Eltern und Patientinnen angekündigt, die Narkose inhalativ einzuleiten. Das Schema der Narkosevorbereitung gleicht sich in allen untersuchten Fällen. Die Patientinnen dürfen in den sechs Stunden vor Narkosebeginn weder essen noch trinken. Weil die meisten der geplanten Operationen am Morgen oder Vormittag beginnen, können die Patientinnen am Abend davor noch eine Mahlzeit einnehmen und bis ca. 2 Uhr nachts noch etwas trinken. Fast allen wird eine halbe bis eine Stunde vor Beginn des Eingriffes ein Beruhigungsmittel meist als Saft oral, in einigen Fällen auch rektal, verabreicht. Die Narkose selbst wird in den neben den Operationsräumen

liegenden Funktionsräumen der Anästhesie durchgeführt. Diese gehören zum Operationsbereich und sind nur durch eine Schleuse zu betreten. Eltern wird der Zutritt nicht erlaubt. Die Trennungszeit, das heißt, die Zeit, die die Patientinnen ohne ein Elternteil auf die Narkose warten müssen, beträgt etwa fünf Minuten. Da im Zuge der Datengewinnung die Beobachtung gemacht wird, dass persönliche Erfahrungen mit Narkosen das Verhalten während des Gespräches beeinflussen, wird ab dem 22. Gespräch nicht nur nach vorangegangenen Narkosen bei den Patientinnen oder deren Geschwistern, sondern auch nach denen der anwesenden Eltern gefragt. Dabei wird nicht auf eine Bewertung dieser Narkosen eingegangen und nur die jeweilige Anzahl notiert. Kritisch anzumerken ist hier, dass nur die reine Anzahl der sowohl an den Entscheidungsberechtigten selbst als auch an deren Kindern vorgenommenen Vollnarkosen nichts über deren nachträgliche Bewertung aussagt. Dennoch verhalten sich Eltern und auch Kinder, die über vielfältige Erfahrungen mit Vollnarkosen verfügen, in den Gesprächen oft anders als diejenigen, die keine oder nur sehr wenig über das ihnen Bevorstehende wissen.

### 3.2 Die Untersuchungsmethoden

Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche Daten gewonnen werden und wie deren Aufzeichnung, Sicherung und Auswertung erfolgte.

#### 3.2.1 Die teilnehmende Beobachtung

Mit dem Verfahren der teilnehmenden Beobachtung wird ein in der soziologischen Forschung und insbesondere in der Erforschung der Ärztin-Patientin-Kommunikation etabliertes und häufig angewendetes Verfahren für die Datenerhebung gewählt. Grundsätzlich kann bei dieser Methode der Datengewinnung eine offene von einer verdeckten Beobachtung unterschieden werden. Die offene Form zeichnet sich im Gegensatz zu der verdeckten dadurch aus, dass den Beteiligten die Rolle der Forscherin offensichtlich gemacht wird. Dabei kann die Aktivität der Beobachterin von bloßer Anwesenheit bis zur Teilnahme als Mitglied der zu untersuchenden Gruppe variieren (vgl. BECKER/GEER 1979; 139-165). Merkmal dieser Methode ist, dass sie sich „durch besondere Realitätsnähe (auszeichnet)“; und von ihrem Einsatz „ein besonders hohes Maß an Echtheit zu erwarten (ist).“ (SIEGRIST 1995; 141). Risiken bestehen in der Gefahr der Manipulation der beobachteten Personen durch die Anwesenheit der Forscherin. Das Bewusstsein der Beobachtung bei den Beforschten muss allerdings

nicht einen Nachteil darstellen. In bestimmten Situationen ermöglicht es vielmehr die Gewinnung und Analyse zusätzlicher Daten und trägt zur Erweiterung des Forschungsfeldes bei.

Für die vorliegende Untersuchung wird die offene Form der teilnehmenden Beobachtung als Möglichkeit der Datengewinnung gewählt. Ärztinnen, Eltern und, soweit möglich auch die Patientinnen, werden mit wenigen weitgehend standardisierten Worten über das Vorhaben informiert und um ihr Einverständnis gebeten. Während der Aufzeichnung wird darauf geachtet, die Beobachtungssituation den beteiligten Ärztinnen, Patientinnen und Eltern möglichst nicht zusätzlich bewusst werden zu lassen. Zu den Maßnahmen dies zu erreichen gehören:

- Das Vermeiden einer Gesprächsbeteiligung.
- Das verdeckte Tragen von Mikrofon und Aufzeichnungsgerät.
- Das Abstandhalten von den am Gespräch Beteiligten.
- Das Tragen von Berufskleidung von Pflegern.

Im Anschluss an jedes Gespräch werden den Eltern der Patientinnen in einem kurzen strukturierten und standardisierten Interview einige Fragen gestellt, um soziodemografische Daten zu gewinnen. In diesem Zusammenhang erfragte Informationen lassen sich in drei Bereiche einteilen: in Alter, in Schul-/Berufsausbildung und in Vorerfahrungen mit Narkosen sowohl bei den Eltern selbst als auch bei den Patientinnen.

### 3.2.2 Die Aufzeichnung der Gespräche

Alle Gespräche werden digital mit einem MiniDisc®-Rekorder aufgezeichnet. Die digitale Aufnahme bietet in Verbindung mit der Verwendung eines digitalen Mikrofones den Vorteil der verbesserten Qualität bei gleichzeitiger Verkleinerung der Technik, was deren nicht sichtbares Tragen und Anwenden erleichtert und somit dazu beiträgt, die Beobachtungssituation den Gesprächsteilnehmerinnen nicht bewusst werden zu lassen. Nach der eigentlichen Aufzeichnung der Gespräche werden diese noch einmal angehört und besondere, auffällige Äußerungen der Beteiligten oder Störungen notiert. Des Weiteren wird unmittelbar nach jedem Gespräch eine Skizze erstellt, die die räumliche Situation und die Positionen der Kommunizierenden darstellt, um ein späteres Erinnern an die jeweilige räumliche Situation zu erleichtern und um störende Geräusche besser einordnen zu können. Aufgrund des verdeckten Tragens von Aufnahmegerät und Mikrofon musste ein teilweise erheblicher Verlust der

Aufnahmequalität in Kauf genommen werden. Dies führte dazu, dass 10 von insgesamt 52 Gesprächen wegen akustischer Unverständlichkeit von der formalen und inhaltlichen Analyse ausgeschlossen werden mussten.

### 3.2.3 Das Transkriptionsverfahren

Um bereits auf Tonträger gespeicherte verbale Kommunikation effektiv auswerten und analysieren zu können, ist es sinnvoll, diese zu transkribieren. Dazu existieren verschiedene Verfahren, die EHLICH/SWITALLA in einem Überblick allgemein in zwei unterschiedliche Transkriptionssysteme unterteilen. Sie unterscheiden „phonetisch/phonologisch“<sup>6</sup> von „diskursanalytisch“ ausgerichteten Verfahren (vgl. EHLICH/SWITALLA 1976). Während Erstgenannte dazu verwendet werden, die durch Sprache erzeugten Laute möglichst genau wiederzugeben und demzufolge vornehmlich in der Linguistik angewendet werden, werden Letztere dazu genutzt, sprachliche Kommunikation in alltäglichen Situationen zu erforschen und eignen sich somit für das Herangehen an soziologische Fragestellungen. Die diskursanalytischen Transkriptionssysteme lassen sich weiter unterteilen. Für die Analyse der vorliegenden Gesprächsaufzeichnungen habe ich mich an den Regeln der Halbinterpretativen Arbeitstranskription (HIAT) orientierendes Verfahren gewählt. Das von MERGENTHALER<sup>7</sup> entwickelte Transkriptionssystem bietet die Möglichkeit, die sprachlichen Daten in für die Fragestellungen ausreichender Genauigkeit wiederzugeben und außerdem die spezifische Dynamik des jeweiligen Gespräches nachvollziehbar zu machen. Dies geschieht z.B. durch Angabe von Pausen und deren Länge, durch die Notation von Interjektionen und nicht verbalen Äußerungen und durch das Erwähnen und Erläutern situationsbedingter Geräusche im Transkript. Das Verfahren bietet die für die Untersuchung notwendige Genauigkeit, und verhindert, dass sich „Ideale naturwissenschaftlicher Messgenauigkeit in die interpretative Sozialwissenschaft durch die Hintertür einschleichen“ (FLICK 1995; 161).

### 3.2.4 Die Anwendung von Grounded Theory

Die Methode der Grounded Theory wurde Ende der sechziger und in den siebziger Jahren von GLASER und STRAUSS entwickelt. Wichtigstes Ziel dabei ist die Nützlichkeit einer Theorie. Sie muss demnach verständlich, nachvollziehbar und so

---

<sup>6</sup> Als Beispiel für ein phonetisch/phonologisches Transkriptionssystem wird von Ehlich/Switalla das „International Phonetic Alphabet (IPA)“ genannt. (vgl. ebd.).

<sup>7</sup> Vgl. MERGENTHALER, Erhard: Die Transkription von Gesprächen. Ulm 1982.

allgemein wie möglich anwendbar sein und damit Vorhersagen über sich verändernde Prozesse ermöglichen (vgl. GLASER u. STRAUSS 1998; 11-27). Grundsätzlich unterscheiden GLASER und STRAUSS in formale und materiale Theorien. Die Letztgenannten werden auf eher eng begrenzte soziologische Sachgebiete angewendet und sind damit Voraussetzung für das Entwickeln von formalen Theorien, die dann auf allgemeine Zusammenhänge sozialen Handelns angewendet werden können. So bietet zum Beispiel die Untersuchung der Ärztin-Patientinnen-Kommunikation in der Kinderanästhesiologie die Möglichkeit zur Generierung einer materialen Theorie. Diese kann in eine formale Theorie einfließen, welche dann umfassendere, grundsätzlichere Aussagen über die Kommunikation von Ärztinnen mit Patientinnen ermöglicht. Eine Theorie gilt dann als allgemein gültig, wenn sie „gesättigt“ ist. „Sättigung“ bedeutet, dass neue Erkenntnisse nicht zu einer weiteren Veränderung führen, sondern durch die bereits bestehende Theorie erklärt werden. Voraussetzung für das Entwickeln von Theorien ist nach GLASER und STRAUSS das theoretische Sampling und eine allgemeine Form der komperativen Analyse (vgl. ebd.; 29-41). Mit theoretischem Sampling plädieren die Erfinder von Grounded Theory für eine „Datenerhebung (...) in mehreren Runden“ (WIEDEMANN 1995; 441), wobei nach jeder Runde eine Auswertung der gewonnenen Daten erfolgen soll. Dies ist dann Grundlage für eine Entscheidung darüber, was in weiteren Durchgängen mit welchem Ziel untersucht werden soll. Die Theorie wird so parallel zum Forschungsprozess generiert.

Die vorliegende Arbeit soll demnach als eine „Runde“ in einem Prozess verstanden werden, der zur Entwicklung neuer Theorie führt. An die Datenerhebung wird dabei ohne vorher festgelegte Hypothesen herangegangen, um die im Sinne der Grounded Theory geforderte „prinzipielle Offenheit“ (WIEDEMANN 1995; 443) des Untersuchers möglichst zu erhalten.

### 3.2.5 Die Anwendung der Konversationsanalyse

Im Rahmen der inhaltlichen Analyse<sup>8</sup> beabsichtige ich, den Aufbau einzelner Gespräche zu untersuchen und unter diesem Aspekt hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Differenzen zu analysieren. Dabei gehe ich von der Beobachtung aus, dass allen aufgezeichneten Gesprächen eine Struktur zu Grunde liegt. Ziel ist es, Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Struktur der Informationsgespräche festzustellen und anschließend der Frage nachzugehen, worin diese bestehen. Die dazu verwendete

---

<sup>8</sup> Vgl. 5. Die inhaltliche Analyse der Prämedikationsgespräche.

Methode ist die Konversationsanalyse. Mit diesem Begriff wird ein Untersuchungsansatz bezeichnet, der nach BERGMANN dazu dient, nach den „formalen Verfahren, welche die Interagierenden einsetzen, um den Kontext ihres Handelns zu analysieren, die Äußerungen ihrer Handlungspartner zu interpretieren und die Verständlichkeit, Adäquanz und Effizienz ihrer eigenen Äußerungen zu produzieren.“ (BERGMANN 1995; 213f.) zu suchen. Daraus ergeben sich die folgenden Fragen: Wie und mit welchem Ziel werden die Gespräche von Patientinnen, Eltern und Ärztinnen strukturiert? Verlaufen alle Gespräche weitgehend nach demselben Muster? Wo manifestieren sich Unterschiede und wie kommen diese zustande?

Es wird mit dieser Methode nach formalen, reproduzierbaren und sich wiederholenden Einheiten eines Gespräches gesucht. Das Bestimmen und Definieren dieser Einheiten ist interpretativ, weshalb dieses Verfahren auch in der inhaltlichen Analyse (Kapitel 5) zur Anwendung kommt.

### 3.2.6 Überblick und Abgrenzung

Die in diesem Kapitel vorgestellten und erklärten Methoden sollen dazu dienen, das vorliegende Material zu sichern und für die Auswertung zugänglich zu machen. Ziel ist es, für Leserinnen ohne spezifisches Vorwissen die folgenden Interpretationen nachvollziehbar zu machen und sie damit zur Diskussion zu stellen. Methoden sind dabei im Sinne der Grounded Theory Werkzeuge, mit denen zwar einerseits schematisch das Erheben und Auswerten von Daten durchgeführt werden kann, die andererseits aber in ihrer Auswahl und in der Konsequenz ihrer Anwendung der subjektiven Bewertung der Untersuchenden unterliegen. Um Ergebnisse zu erzielen, müssen Methoden an sich während des Forschungsprozesses verändernde Situationen flexibel angepasst werden. Ziel ist letztendlich eine der Fragestellung und dem Aufwand optimal entsprechende Gewinnung von Daten.

#### 4. Die formale Analyse der Prämedikationsgespräche

In diesem Kapitel werden die Gespräche hinsichtlich der Gesamtdauer sowie der formalen Anteile der Teilnehmerinnen untersucht.

##### 4.1 Die Dauer der Gespräche

Die Zeit wird von der Begrüßung bis zum Ende des Dialoges zwischen den Ärztinnen und den Eltern/Kindern gemessen. Unterbrechungen, die länger als einige Sekunden dauern, werden ebenso wie Kontaktaufnahmen auf dem Stationsflur vor dem eigentlichen Gesprächsbeginn bei der Zeitnahme nicht berücksichtigt. In der Dauer unterscheiden sich die zweiundfünfzig Gespräche in den Extremen deutlich voneinander. Das kürzeste dauert 3 Minuten und 56 Sekunden (Gespräch Nr.7), das längste fast sechsundzwanzig Minuten (25 Minuten und 50 Sekunden: Gespräch Nr.22). Die durchschnittliche Länge aller Gespräche beträgt 10 Minuten und 10 Sekunden. Dabei dauern sechs Gespräche kürzer als fünf und sieben länger als fünfzehn Minuten. Wie in der nächsten Tabelle deutlich wird, unterscheidet sich die durchschnittliche Gesprächsdauer in Abhängigkeit davon, wer von den Ärztinnen das Gespräch führt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass von dem Chefarzt nur 4 aufgezeichnete Gespräche vorliegen und diese Auswahl deswegen weniger repräsentativ ist.

Ärztinnen d. Abt.	Anzahl der Gespräche	Dauer
Chefarzt	4	13'59''
Oberarzt	12	7'57''
Ärztin	14	12'14''
Arzt 1	11	10'21''
Arzt 2	11	8'39''

**Tabelle 7: Anzahl und Dauer der Gespräche (in Minuten und Sekunden)**

Bei der Unterscheidung der Patientinnen in stationär aufgenommene und in ambulant zu behandelnde ergeben sich hinsichtlich der Länge der Gespräche keine großen Unterschiede (stationär: 10'18''/ambulant: 9'47''). Die fünf als Notfall eingestuft Patientinnen werden mit zu den stationär aufgenommenen gezählt, da alle mindestens

eine Nacht in dem Krankenhaus verbringen müssen.<sup>9</sup> Weiterhin wird die Durchschnittsdauer des jeweiligen Gespräches mit dem von mir eingeschätzten Schweregrad der Operation und damit auch der bevorstehenden Narkose verglichen. Hierbei dient als einziges, grobes Kriterium die voraussichtliche Dauer der Narkose:

Schweregrad der Operation	Anzahl	Dauer
Grad 1 (>3h)	3	17'39''
Grad 2 (<3h)	8	11'29''
Grad 3 (<1h)	41	9'22''

**Tabelle 8: Dauer der Gespräche (in Minuten und Sekunden) in Abhängigkeit vom Schweregrad der Operation**

Hier lässt sich eine Tendenz dahingehend feststellen, dass mit der Zeitdauer der geplanten Narkose auch die Dauer des Aufklärungsgespräches steigt. Angesichts der geringen Anzahl der vor einer Operation Grad 1 und Grad 2 aufgenommenen Gespräche, ist dies als Tendenz zu betrachten. Abschließend wird die Gesprächslänge noch in Abhängigkeit von drei weiteren Konstellationen untersucht und mit den anderen, die nicht in dieser Zusammensetzung stattfinden, verglichen. Von Interesse ist dabei, ob eine der Eltern Akademikerin ist, ob die Patientin in einem Einzelzimmer liegt oder ob beide Eltern an dem Gespräch teilnehmen.

Gesprächs-konstellation	Anzahl Gespräche	Dauer	Dauer Rest
Eltern Akademi.	10	10'32''	10'05''
Einzelzimmer	13	9'48''	10'17''
Beide Eltern anw.	16	11'17''	9'40''

**Tabelle 9: Dauer der Gespräche (in Minuten und Sekunden) in Abhängigkeit von verschiedenen Gesprächskonstellationen**

Außer bei dem Vergleich der Konstellationen „beide Eltern anwesend“ vs. „nicht beide Eltern anwesend“; wobei ein Unterschied von 1 Minute und siebenunddreißig Sekunden

<sup>9</sup> Vgl. S.14f.

festgestellt werden kann, ergeben sich keine auffallenden Differenzen oder Abweichungen von der Gesprächsdauer des Gesamtdurchschnittes.

#### 4.2 Initiativen

Um Anhaltspunkte für die formalquantitativen Anteile von Ärztinnen und Patientinnen an den jeweiligen Gesprächen zu erhalten, ist es notwendig, verbale Kommunikation zu quantifizieren. Dies kann zum Beispiel in einem konsequenten Auszählen von Wörtern und paraverbalen Äußerungen der Kommunizierenden bestehen, die in einem zweiten Schritt zu der Gesamtzahl der Worte in ein Verhältnis gesetzt werden. Das ausschließliche Zählen von Worten und anderen Äußerungen ist aber für das Gewinnen von Erkenntnissen für diese Analyse wenig hilfreich, da ein großer Teil der von Ärztinnen produzierten Kommunikation in teilweise standardisierten Monologen besteht, während Äußerungen von Patientinnen und Eltern oft paraverbaler Art (hmhm; hmhm-; hmhm?) sind und häufig aus kurzen, teilweise auch aus Einwortsätzen bestehen (ja; nein;). Viel versprechender ist es dagegen, die quantitative mit einer partiellen inhaltlichen Auswertung zu verbinden und so für die hier vorliegende Fragestellung zu sinnvolleren Ergebnissen zu gelangen. Um dies zu erreichen, wähle ich für die quantitative Auswertung von verbaler Kommunikation das Konstrukt der Initiative. Dabei handelt es sich um Äußerungen, mit denen die Akteurinnen neue Aspekte in das Gespräch einbringen oder diesem auf andere Weise eine andere Richtung geben oder den Versuch dazu unternehmen. Initiativen sind somit Wortbeiträge, die „nicht-reaktiv“ sind (vgl. RASPE 1982; 6 und KIRCHNER 1999; 23-24). Das Bestimmen von Initiativen ermöglicht es, Aussagen über die Machtverteilung unter den Interagierenden zu treffen, da inhaltliche Intentionen formal in die ansonsten ausschließlich quantitative Auswertung mit aufgenommen werden. Im Unterschied zu RASPE und analog zu KIRCHNER und BUSCHAM bezeichne ich Fragen, die diese Kriterien erfüllen, ebenfalls als Initiativen (vgl. RASPE 1982; 6/BUSCHAM 1997; 42 /KIRCHNER 1999; 24). Einen Schwerpunkt bei der formalen Analyse sollen die Initiativen der Patientinnen und der Eltern bilden. Dabei wird nicht nur auf die Anzahl der jeweiligen Initiativen geachtet sondern auch darauf, ob Ärztinnen auf diese Initiativen eingehen, d.h. der Erfolg der Initiativen von Eltern und Kindern wird formal bewertet. Hierfür ist auch ein rein formales Kriterium wichtig: Äußerungen, die nicht ausschließlich reaktiv sind und auf die eine Reaktion der Ärztinnen erfolgt, bezeichne ich als formal erfolgreiche Initiative. Beiträge, die von den Anästhesistinnen vollständig ignoriert werden sind

demgegenüber nach den hier angelegten Maßstäben nicht erfolgreich. Neben Anhaltspunkten für die Bedeutung, die die einzelnen Gesprächsteilnehmerinnen einnehmen, soll das Auszählen der Initiativen und deren Unterteilung in „erfolgreich/nicht erfolgreich“ darüber Auskunft geben, inwieweit Ärztinnen Initiativen im Rahmen der Aufklärungsgespräche vollständig ignorieren.

Aufgrund des Methode bedingten teilweise erheblichen akustischen Qualitätsverlustes einiger Aufzeichnungen, ist bei 10 von insgesamt 52 aufgenommenen Gesprächen eine sinnvolle Auswertung nicht möglich. 42 Gespräche wurden transkribiert und für die formale und inhaltliche Analyse zugänglich gemacht.

#### 4.2.1 Die Initiativen der PatientInnen

Bei dem Auszählen der Initiativen wird deutlich, dass die Patientinnen selbst nur relativ wenige nicht reaktive Äußerungen einbringen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Großteil der Kinder unter 3 Jahren alt und somit allein durch noch nicht ausreichend entwickeltes Sprachverständnis kaum in der Lage ist, unabhängige verbale Beiträge in die Gespräche einzubringen (vgl. WILKER/BISCHOFF/NOVAK 1994; 145). In 31 der 42 transkribierten Gespräche sind Patientinnen anwesend, die 3 Jahre und älter sind. Von jüngeren Kindern werden keine Initiativen beobachtet. Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Gesprächen, in denen überhaupt Initiativen von den Patientinnen selbst ausgehen (in 14 von 26), lassen sich nur begrenzt Aussagen über den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Initiativen der Patientinnen und deren Alter machen. Eine Übersicht über die durchschnittliche Anzahl der von den Kindern unternommenen Initiativen in Abhängigkeit von dem Alter der Kinder findet sich in der folgenden Tabelle:

Alter des Kindes in J.	3	3	5	6	6	7	8	8	8	8	14	14	16	16
Anzahl der Initiativen	1	3	2	1	3	3	7	13	11	5	4	7	1	5
e r f o l g r e i c h	0	2	2	1	0	2	6	8	8	4	3	6	1	4
V e r h ä l t n i s : erfolgreich/gesamt	0	0.7	1	1	0	0.7	0.8	0.6	0.7	0.8	0.7	0.8	1	0.8

**Tabelle 10: Anzahl der Initiativen in Abhängigkeit vom Alter der Kinder**

Kinder ab einem Alter von acht Jahren bringen wiederholt Initiativen ein. Von den vier Kindern, die vierzehn Jahre und älter sind, unternehmen alle Initiativen. In der Gruppe der acht- bis zwölfjährigen bringen vier von sechs Kindern nicht reaktive Beiträge gegenüber den Ärztinnen ein. Im Vergleich haben die Initiativen der Patientinnen etwas

weniger Aussicht auf Erfolg<sup>10</sup> als die ihrer Eltern. So sind mit 3,4 von 4,7 71 Prozent der Initiativen der Kinder erfolgreich. Für die Eltern beträgt dieser Wert 76 Prozent. In zwei Gesprächen ergibt sich eine besondere Situation: Patientinnen antworten auf Initiativen, die die Ärztinnen eindeutig an ihre Eltern gerichtet haben (Gespräch Nr.11 und Nr.38).

#### 4.2.2 Die Initiativen der Eltern

Insgesamt unternehmen die Eltern wesentlich mehr Initiativen als ihre Kinder. So gibt es kein Gespräch in dem die Eltern keine Initiative einbringen. Die Anzahl der nicht reaktiven Wortbeiträge variiert aber stark und reicht von einem bis zu 28 während eines Gespräches. Auch hier wird darauf geachtet, ob die Initiativen nach ausschließlich formalen Gesichtspunkten erfolgreich sind. Außerdem werden die gegenüber den Ärztinnen geäußerten Initiativen in die von Müttern und in die von Vätern getrennt. Dabei kann die Beobachtung gemacht werden, dass in den 13 Gesprächen, bei denen beide Elternteile anwesend sind, Müttern und Vätern durchschnittlich fast die gleiche Anzahl an Initiativen unternehmen. Dennoch lässt sich anhand der Differenz der Initiativen in jedem einzelnen Gespräch insgesamt eine Tendenz zu einer zumindest formalen Dominanz der Mutter gegenüber ihrem Partner erkennen.

Mutter-Ärztin/Arzt	1	9	5	5	2	4	3	8	2	10	2	8	7	Ø 5,1
Vater-Ärztin/Arzt	5	2	0	0	12	2	2	0	0	18	7	0	13	Ø 4,7

**Tabelle 11: Anzahl eingebrachter Initiativen in Abhängigkeit vom Geschlecht der Eltern bei Anwesenheit beider Eltern**

Vergleicht man dagegen die Gespräche an denen beide Eltern beteiligt sind mit denen, an denen nur die Mütter teilnehmen, ergibt sich ein klareres Bild. In diesen Fällen gehen von den Müttern mehr Initiativen aus. Bei der Auszählung von 25 Gesprächen, in denen von den Eltern nur die Mütter anwesend sind, ergibt sich eine durchschnittliche Initiativenhäufigkeit von 6,8. Bei lediglich 3 Gesprächen ist von den Erziehungsberechtigten nur der Vater anwesend.<sup>11</sup> Von diesem gehen im Schnitt 5,7 Initiativen aus. Es ergeben sich somit Anzeichen dafür, dass beide Eltern zusammen mehr Initiativen gegenüber den Ärztinnen einbringen, als ein Elternteil, der ohne PartnerIn an einem Gespräch teilnimmt. Insgesamt bringen die Eltern je Gespräch 7,5

<sup>10</sup> Zur weiteren Definition des Erfolges von Initiativen vgl. 4.2.

<sup>11</sup> In einem weiteren Fall war neben dem Vater ein vom Sozialamt eingesetzter Betreuer anwesend. Der Hauptteil der Kommunikation fand zwischen diesem und dem Arzt statt.

Initiativen ein, 5,7 davon sind formal erfolgreich, rufen also eine an dieser Stelle nicht inhaltlich bewertete verbale Reaktion bei den Ärztinnen hervor, die über ein „ja“ oder ein „nein“ hinausgeht. Bemerkenswert ist, dass häufig Initiativen die von den Ärztinnen an die Patientinnen gerichtet werden, von den Eltern beantwortet und damit übernommen werden. Dies kommt in 18 Gesprächen vor. Zweimal übertreffen die von den Eltern beantworteten Initiativen, die Anzahl derjenigen, auf die die Kinder reagieren. Auf alle 18 Gespräche bezogen richten die Ärztinnen jeweils 14,8 Initiativen an die Patientinnen. Davon werden durchschnittlich 3,7 von den Eltern angenommen. Eltern-Kind Initiativen werden in 22 Gesprächen beobachtet, sind aber mit einer durchschnittlichen Anzahl von jeweils 2,5 pro Gespräch relativ selten.

#### 4.2.3 Die Initiativen der Ärztinnen/Ärzte

Die Ärztinnen unternehmen in allen Gesprächen die meisten Initiativen, die ausnahmslos erfolgreich sind. Die Anzahl der ärztlichen Initiativen beträgt je Gespräch 24,7, was die formale Dominanz der Ärztinnen verdeutlicht. In den 26 Gesprächen, in denen es um Narkosen an Patientinnen geht, die älter als 3 Jahre alt sind, werden von den 28 Initiativen der Ärztinnen 11,2 an die Patientinnen und 16,8 an die Eltern gerichtet. Etwas überraschend ist hier die im Verhältnis zu der Anzahl der an die Eltern gerichteten Beiträge die große Zahl der Initiativen, die sich an die Patientinnen richten. Bei genauerer Betrachtung erschließt sich aber, dass eine Vielzahl der Initiativen in Situationen von so genanntem Smalltalk, den die Ärztinnen mit den Kindern führen, entsteht.

#### 4.2.4 Andere GesprächsteilnehmerInnen

Selten greifen andere als die hier beschriebenen Teilnehmerinnen in das Gespräch ein. Dreimal richten Pflegerinnen Initiativen an die Ärztinnen, einmal unterbrechen Chirurginnen das Gespräch, um eine Untersuchung zu wiederholen. In einem Fall schließt sich das Informationsgespräch eines Chirurgen an das eines Anästhesisten an. Einmal greift die Mutter einer anderen Patientin in das Gespräch ein. Alle Gespräche werden unwesentlich formal oder inhaltlich durch solche Unterbrechungen beeinflusst. Erwähnt werden soll an dieser Stelle, dass in einem Fall eine nicht betroffene elfjährige Patientin, die neben der um die es ging lag, während eines kompletten Aufklärungsgespräches übersetzte, da sonst niemand zu finden war, die die Sprache der Eltern und ihrer Tochter verstand. Leider wurde dieses Gespräch noch in der Phase der Erkundung des Untersuchungsfeldes beobachtet und deshalb nicht aufgezeichnet.

### 4.3 Das Verwenden von Fachbegriffen

In allen Gesprächen werden Fachbegriffe verwendet. Meist geschieht dies im Rahmen der Aufklärung und Beschreibung der Maßnahmen, die direkt vor der Operation von den Anästhesistinnen zu treffen sind. Beispiele für häufige und manchmal ohne nähere Erläuterung verwendete Fachbegriffe sind „EKG“, „Infusion“, „Narkose“, „Zugang“ oder „intubieren“. Insgesamt ist das Verwenden von Fachworten ohne Erläuterung durch die Ärztinnen verhältnismäßig selten. Gehäuft werden Fachbegriffe benutzt, wenn die Eltern oder ein Elternteil zu erkennen geben, dass sie im medizinischen Bereich arbeiten. Dies kommt viermal vor.

### 4.4 Das Auftreten von Störungen

Bis auf wenige Ausnahmen werden alle Gespräche gestört. Externe Störungen sind nach der Häufigkeit ihres Auftretens geordnet: andere Gespräche, Weinen und Schreien anderer Kinder, Geräusche, die durch medizinische Geräte wie zum Beispiel Pieper und technische Überwachungseinheiten erzeugt werden, und schließlich die Unterbrechung durch Pflegerinnen und andere Ärztinnen. Interne, durch die Patientinnen selbst erzeugte Störungen, haben keine Bedeutung. Teilweise ist der Geräuschpegel so hoch, dass die eigentlichen Wortbeiträge nicht mehr zu verstehen sind und einige Gespräche deswegen nicht transkribiert werden können. Unter den 42 verschriftlichten Gesprächen finden sich nur 12, die ganz oder weitgehend ohne derartige Störungen verlaufen.

## 5. Die inhaltliche Analyse der Prämedikationsgespräche

Im Folgenden werden die Gespräche in Sequenzen unterteilt und komparativ analysiert.

### 5.1 Der Aufbau der Gespräche: Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Bei der hier zu erstellenden inhaltlichen Analyse gehe ich davon aus, dass allen Gesprächen eine bestimmte gemeinsame und vergleichbare Struktur zu Grunde liegt. Trotz großer Variabilität, fällt auf, dass sie sich in ihrem Aufbau gleichen. In diesem Kapitel werden die einzelnen Gesprächsbausteine herausgearbeitet und untersucht. Dabei wird darauf geachtet, welche Bedeutung diese Sequenzen in der Interaktion einnehmen und wie sie sich abgrenzen und definieren lassen. In einem zweiten Schritt soll dann jeweils der Inhalt den Schwerpunkt der Analyse bilden. Es wird komparativ die Dynamik der Gesprächsabschnitte untersucht und der Frage nachgegangen, wie und von wem Kommunikation erzeugt und gesteuert wird. Besonderes Gewicht wird hierbei auf die Analyse der Interaktion der Ärztinnen mit den Patientinnen gelegt. An welchen Stellen werden Kinder in das Gespräch einbezogen? Wann und wie werden sie ausgeschlossen? Welche Bedeutung hat in der Dreiecks-Konstellation die indirekte Kommunikation über Dritte? Bei der Beantwortung dieser und anderer Fragen werde ich zunächst den Verlauf der Gespräche betrachten und dann das so aufbereitete Material hinsichtlich weiterer Fragestellungen analysieren.

#### 5.1.1 Der Beginn der Gespräche

Die meisten Gespräche beginnen mit einer Begrüßung durch die Ärztin/den Arzt. Die Einleitung ist jeweils unterschiedlich lang und variiert in ihrer Ausgestaltung. Die Einleitungsphase eines Gespräches wird von mir als der Teil definiert, der von dem ersten verbalen Kontakt bis zum Beginn der Anamnese reicht. Dieser Abschnitt ist meist deutlich zu erkennen. Die Dauer der Anfangsphase beträgt selten mehr als eine und nie länger als zwei Minuten. Eröffnet wird der einleitende Abschnitt und damit das Gespräch immer mit einer Initiative der Ärztin:

- 1 A<sup>12</sup>: (betritt das Zimmer und begrüßt M) ich bin Narkosearzt
- 2 M: gutn Tag
- 3 A: das is, das is Herr Wirth

---

<sup>12</sup> Abkürzungen im Transkript: Ä/Ärztin; A/Arzt; M/Mutter; V/Vater; K/Kind; B/Beobachter; C/Chirurgin. Eine detailliertere Erläuterung der Transkriptionsregeln findet sich im Anhang zu dieser Arbeit.

- 4 B: guten Tag
- 5 A: Doktorand
- 6 M: hallo, gutn Tag
- 7 B: ich bin Doktorand. ich nehm Arzt-Patient-Gespräche auf in der Klinik, für meine Doktorarbeit und werte die selbstverständlich anonym aus. (Kind schreit laut/Beginn) und meine Bitte an Sie wäre das nächste Gespräch auswertn, aufnehmn zu dürfn
- 8 M: kein Problem
- 9 B: vielen Dank
- 10 Ä: (beruhigt Kind) oh ja / (? : bist) Du müde, ne? so, wissen Sie denn was die Kleine jetzt wiegt?

(Gespräch Nr.18)

Häufig folgt dem ‚hallo‘ oder ‚guten Tag‘ der eigentlichen Begrüßung eine Frage zur Klärung und Feststellung der Identität der Patientinnen und Eltern:

- 1 Ä: (klopft und betritt das Zimmer) gutn Tag. ha:llo, is das Name\* (des Kindes)
- 2 M: ja
- 3 Ä: mein Name is Name\*. ich möchte gerne die Narkose mit Ihn besprechn.

(Gespräch Nr.16)

- 1 A: zu Name\* (von K) wollten wir gerne
- 2 M: ja
- 3 A: das ist der junge Mann. mein Name is Name\*. ich bin der Anästhesist

(Gespräch Nr.49)

Dies ist immer dann der Fall, wenn die Anästhesistinnen ein Zimmer betreten, in dem sich mehrere Eltern und Kinder aufhalten oder der erste Kontakt auf dem Stationsflur stattfindet. Die namentliche Vorstellung der Ärztinnen erfolgt erst nachdem Patientin und Eltern identifiziert sind. Die Form der Begrüßung und die Vorstellung mit dem Nachnahmen durch die Anästhesistin lässt diese als an die Eltern gerichtete erkennen: ‚ich möchte gerne die Narkose mit Ihnen besprechen‘ (Gespräch Nr.16/Beitrag 3). Im nächsten Gesprächsauszug (Gespräch Nr.49) werden die Patientinnen aufgefordert, den Arzt in einen Raum zu begleiten, den dieser für das Prämedikationsgespräch bestimmt:

- 1 A: hallo mein Name is Name\*. ich bin der Narkosearzt. könn wir einmal bitte nochmal reingehn (in einen Untersuchungsraum)

(Gespräch Nr.23)

Wesentlich häufiger sind aber Situationen, in denen die Gesprächspartnerinnen für die Ärztinnen eindeutig zu erkennen sind, etwa bei dem Betreten von Einzelzimmern, in der chirurgischen Ambulanz oder wenn sich Patientinnen und Ärztinnen von vorangegangenen Krankenhausaufenthalten kennen:

- 1 A: so, da bin ich wieder. ich hab den Herrn Wirth mitgebracht
- 2 M: hallo
- 3 B: gutn Tag
- 4 A: von dem ich Ihn schon erzählt hab
- 5 M: so. hallo

(Gespräch Nr.22)

In dieser Begrüßung stellt der Anästhesist gleich den Übergang zu dem zweiten Abschnitt der Einleitungsphase her. Nach der gegenseitigen Begrüßung, der namentlichen Vorstellung der Ärztinnen und der Klärung der Identität der Patientin, erfolgt die Vorstellung des Beobachters. In der überwiegenden Zahl der Gespräche werde ich zuerst von den Ärztinnen vorgestellt. Verbunden wird dies manchmal mit einer Erläuterung meines Vorhabens. Meistens wird mir, wie es einer vorangegangenen Vereinbarung entspricht, dieser Teil aber selbst überlassen.

- 3 A: das ist Herr Name\* (von B)
- 4 B: gutn Tag. Wirth ist mein Name. ich bin Doktorand und nehme für meine Arbeit Arzt-Patient-Gespräche hier in der Klinik auf
- 5 M: hmhm
- 6 B: und meine Bitte wäre an Sie das nächste Gespräch aufnehmnn zu dürfen, was ich dann anonym auswernn würde
- 7 M: ja sicher
- 8 B: danke

(Gespräch Nr.41)

Zweimal nutzte ich Pausen im Gespräch, die durch die Abwesenheit des Arztes entstehen, um mein Vorhaben zu erläutern und um das Einverständnis der Eltern zu bitten. Dies geschieht nachdem einmal meine Anwesenheit überhaupt nicht erklärt und einmal nicht ausreichend dargestellt worden ist. In diesen beiden Fällen ist es mir auch unmöglich, gleich zu Beginn eine Erklärung abzugeben, da sofort die Anamnese durch die Ärztinnen beginnt. Nur in diesen Beispielen tritt ein Element aus der Einleitungsphase zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch wieder auf.

Die Erklärungen der Ärztinnen für meine Anwesenheit sind sehr verschieden. Während

der Chef- und der Oberarzt sowie die Ärztin mir die Darstellung überlässt, übernimmt es ein anderer Arzt in der Regel, meine Anwesenheit zu erklären. Ein weiterer Arzt vermeidet es manchmal ganz, auf meine Rolle einzugehen oder gibt unvollständige Erklärungen ab, die eine Ergänzung notwendig machen. Den Unterschied in der Rechtfertigung meiner Anwesenheit sollen die folgenden Beispiele zeigen<sup>13</sup>:

*Beispiel 1*

- 1 A: gutn Tag, mein Name ist Name\*
- 2 V: hallo
- 3 A: das ist Herr Name\* (von B)
- 4 V: gutn Tag
- 5 A: der läuft einfach mal mit und guckt zu was ich so mache
- 6 V: ja

(Gespräch Nr.24)

*Beispiel 2*

- 1 A: gutn Tag. Name\*, Narkosearzt
- 2 B: gutn Tag.
- 3 A: der Kollege Wirth der schreibt ´ne Doktorarbeit. (K spielt mit einer Gitarre während des gesamten Gespräches) über das Gespräch was wir hier so führn, äh über die Gespräche zwischen uns und den Patienten. wenn Sie damit einverstanden sind äh würde er das gerne aufnehmn und es wird anonymisiert also Namen tauchen nicht auf. nur dass er das auswertn kann. wenn Sie damit einverstanden sind?
- 4 M: hmhm (zustimmend)
- 5 B: danke

(Gespräch Nr.45)

Während in Beispiel 2 die Erklärung des Arztes ausreicht, ist die in Beispiel 1 gegebene Begründung meiner Anwesenheit unvollständig und irreführend, da die Tatsache und der Sinn der Gesprächsaufzeichnung verschwiegen werden. Das Vorgehen bei meiner Vorstellung und der Darlegung der Gründe für die Beobachtung des Gespräches kann in drei Schemata unterteilt werden. Im ersten und häufigsten wird mir die Erklärung überlassen, im zweiten übernimmt dies vollständig die Ärztin/der Arzt und im dritten

---

<sup>13</sup> In ersterer der beiden Situationen ergab sich für mich zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit zu einer genaueren Erklärung.

Schema erfolgt eine Kombination aus eigenen Erklärungen und aus Darstellungen der Ärztin/des Arztes. Das nächste Beispiel steht für die letztgenannte, gemischte Form der Vorstellung:

- 1 A: und das is der Herr Wirth
- 2 M: Name\*, hallo
- 3 B: ich bin Doktorand
- 4 A: er macht ´ne Doktorarbeit
- 5 M: ja
- 6 A: über das was wir jetzt besprechen
- 7 M: gut
- 8 B: das nehm ich auf, ano- anonym natürlich. ich würde Sie bitten das aufzeichnen zu dürfen

(Gespräch Nr.25)

Nach der Rechtfertigung meiner Anwesenheit werden in einigen wenigen Gesprächen die Patientinnen extra begrüßt, immer nachdem sich die Ärztinnen namentlich den Eltern vorgestellt haben:

- 13 A: (wendet sich an K, die am Tisch sitzt und ein Palästinenser-Tuch umgehängt hat) gut. Du bist Name\*, ne? gutn Tag. hast aber ein schönes Tuch um. so eins hatt ich früher auch. (M lacht) ich hab das immer um ´n Hals gewickelt (K hat das Palästinenser-Tuch über den Kopf gehängt)
- 14 M: das is auch das is auch noch von mir
- 15 A: ja:? Brockdorf?
- 16 M: na (lacht), nich ganz so

(Gespräch Nr.12)

Anhand dieses Beispieles wird deutlich, dass Smalltalk in der Einleitungsphase vorkommt und von Ärztinnen in einigen Situationen dazu genutzt wird, den Kontakt zu den Patientinnen herzustellen. Auch im nächsten Transkriptauszug ist das klar zu erkennen:

- 9 A: gutn Tag Name\* (des Kindes). +grüss Dich.
- 10 K: hallo:
- 11 A: Du hast ja ´n Buch. was liest Du denn gerade?
- 12 K: ein Buch
- 13 A: aha

- 14 M: (lacht) ///
- 15 A: zeigst es mir? verrätst es mir?
- 16 M: streng geheimes / Gruselbuch (Überwachungsmonitor des benachbarten Patienten schlägt Alarm)
- 17 A: das klingt spannend (5 Sek.)
- 18 K: //// (spricht sehr leise)
- 19 M: sprich doch bitte ein bisschen lauter
- 20 K: so! spannend is es auch wieder nich
- 21 A: ja, aber Du bist ja noch nich ganz durch, ne?
- 22 K: hmhm-
- 23 A: nein? bist noch nich ganz durch?
- 24 M: ne?
- 25 A: na gut
- 26 M: da ging das nich weiter
- 27 K: nee, da ging das nich, weiter

(Gespräch Nr.22)

Dass ältere Kinder oft nicht extra begrüßt werden, hängt unter anderem auch damit zusammen, dass die Grußformeln oft beim Betreten des Raumes ausgesprochen werden und damit auch als an die Patientinnen gerichtete verstanden werden können. In ca. zwei Drittel der Fälle werden auch Kinder, die älter als drei Jahre alt sind, in der Anfangsphase der Gespräche von den Ärztinnen ignoriert. Erst zu einem späteren Zeitpunkt wird dann der Versuch unternommen, sie in das Gespräch einzubeziehen. Um eine Übersicht über die in diesem Kapitel herausgearbeiteten Schemata der Einleitungsphase zu bekommen, werden die voneinander isolierten Abschnitte abschließend tabellarisch dargestellt und auffälligen Merkmalen zugeordnet:

Abschnitte in der Einleitungsphase	Besondere Merkmale/ weitere Differenzierung
Begrüßung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtet sich immer an die Eltern</li> <li>• in einigen Gesprächen werden Patientinnen zusätzlich begrüßt</li> </ul>

Vorstellung des Beobachters	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erfolgt entweder durch die Ärztin/den Arzt oder durch den Beobachter selbst; „gemischtes“ Vorstellen kommt vor.</li> <li>• Vorstellung durch die Ärztinnen ist teilweise nicht genau und unvollständig.</li> </ul>
Smalltalk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kommt in der Einleitungsphase vor</li> <li>• wird hauptsächlich an Kinder gerichtet, um Vertrauen zu gewinnen</li> </ul>

**Tabelle 12: Übersicht über die Abschnitte der Einleitungsphase**

### 5.1.2 Die Erhebung der Anamnese<sup>14</sup>

Der auf die Einleitungsphase folgende Abschnitt ist in den meisten Gesprächen der der Anamnese. Dieser lässt sich, da er genau definiert ist und einen weiter unten noch genauer zu beschreibenden Aufbau hat, leicht identifizieren und von den übrigen Gesprächsteilen abgrenzen. Manchmal kommt es jedoch zu einer Teilung der Anamnese in mehrere Abschnitte, die sich mit anderen Gesprächsbausteinen abwechseln und so mit diesen verschachtelt sind. In den vorliegenden Fällen ergibt sich durchgehend eine im klinischen Alltag nicht selten auftretende Besonderheit: die Anamnese erfolgt in der Form einer Fremdanamnese, in deren Verlauf die Eltern den Ärztinnen über die Krankengeschichte der Patientinnen Auskunft geben. Auffallend an einem Gespräch, das vor einer aufwendigen und langen Operation<sup>15</sup> stattfindet, ist der lange Arzt-Kind-Dialog. Darin fragt der Arzt nicht nur nach Vorerkrankungen, sondern auch nach Erfahrungen des Patienten mit Narkosen. Obwohl der Arzt nicht nach der eigentlichen Erkrankung fragt, zähle ich diesen Abschnitt dennoch zur Anamnese, da der Begriff „Krankheitsgeschichte“ (vgl. Fußnote 16) eben auch die Erfahrungen der Therapie umfasst. Die Anamnese, die an dieser Stelle exemplarisch betrachtet wird, zeichnet sich durch eine zusätzliche Besonderheit aus: sie ist nicht einheitlich, das heißt, nicht alle Fragen sind aneinander gereiht und an die relativ intensive Arzt-Kind-Anamnese

<sup>14</sup> Anamnese: gr.-lat. „Erinnerung“; Vorgeschichte einer Krankheit nach Angaben der Kranken (vgl. DUDEN; Fremdwörterbuch, 5. Aufl. 2001).

<sup>15</sup> Der Patient ist zum Zeitpunkt des Gespräches 8 Jahre und 7 Monate alt und leidet am Klippel-Feil-Syndrom. Ziel der bevorstehenden Operation ist die Beseitigung der mit dieser Erkrankung einhergehenden Halsskoliose und die Mobilisierung der miteinander verwachsenen Halswirbelkörper. Die Stabilität der Halswirbelsäule soll durch die Implantation eines Metallstabes gesichert werden. Die voraussichtliche Dauer der Operation wird mit 6 Stunden angegeben. Das Gespräch führt der Chefarzt der Abteilung für Anästhesie.

schließen sich mehrmals Fragen des Arztes an Kind und Mutter an, die mit anderen Gesprächsteilen alternieren. Anzumerken ist zudem, dass der Patient oft sehr leise spricht, weswegen einige Aussagen in der Aufnahme nicht zu verstehen sind:

- 28 A: (laut) weißt Du denn was der Narkosearzt macht morgn?
- 29 K: ja, die Narkose gebn
- 30 A: ja. weißt Du denn was das ist?
- 31 K: äh, (verneinend) äh äh
- 32 A: hast Du schon mal eine gehabt?
- 33 K: (zustimmend) ähä
- 34 A: ja? was war denn da?
- 35 K: äh, /
- 36 A: was?
- 37 K: (spricht betont deutlich) eine Handoperation
- 38 A: ja:. und was is da äh Narkose gemacht wordn?
- 39 K: (überlegt) hmhm
- 40 A: erinnerst Du das?
- 41 K: (verneinend) äh äh
- 42 A: na +/- hast
- 43 K: ja+
- 44 A: Du ja offenbar geschlafn
- 45 K: ja
- 46 A: aha. und wie? (Alarm des Überwachungsmonitors wird ausgeschaltet)
- 47 K: (überlegt) hmhm
- 48 A: weißt Du noch was? hast Du da irgndwas geschluckt oder hast Du ´n Pieks gekriegt? oder hast Du
- 49 K: äh, ja
- 50 A: was eingeatmet?
- 51 K: gestochen
- 52 A: da hat jemand gestochn?
- 53 K: hmhm
- 54 A: da hast Du offenbar ´n Tropf erstmal gekriegt, ne?
- 55 K: hmhm
- 56 A: ja (2 Sek.)
- 57 K: (spricht sehr leise) ////

- 58 A: Du hast ein Zäpfchen gekriegt und dann hast Du schon geschlafn. so ziemlich
- 59 K: ///
- 60 M: ja also damit +// Station
- 61 A: ´n Zäpfchen hast Du da gekriegt+
- 62 K: weiß ich nicht mehr
- 63 A: aha!
- 64 M: weißt schon gar nicht mehr, gell? das is schon lange her
- 65 A: hast Du /(?:deshalb) vergessn, hm?
- 66 K: war vor vier Jahrn oder so
- 67 A: hmhm. ich kann Dir ja mal erzähl'n wie wir das bei den Kindern mach'n
- 68 K: hmhm

(Gespräch Nr.22)

Dieser Ausschnitt liegt zwischen der 2. und 3. Minute und steht damit eher am Beginn des mit 25 Minuten und 50 Sekunden längsten aller Gespräche. Ein so langer Dialog zwischen Ärztin/Arzt und Kind im Rahmen der Anamnese findet sich in keinem anderen Gespräch. Inhalt ist ausschließlich die Erfahrung, die der Patient mit einer früheren Narkose gemacht hat. Der Arzt bemüht sich, diese herauszuarbeiten und fragt dabei immer detaillierter nach. Er beginnt mit einer offenen Frage, die der Patient dadurch beantwortet, dass er Teile aus der Frage für die Antwort benutzt:

- 28 A: (laut) weißt Du denn was der Narkosearzt macht morg'n?
- 29 K: ja, die Narkose geb'n
- 30 A: ja. weißt Du denn was das ist?
- 31 K: äh, (verneinend) äh äh

(Gespräch Nr.22)

Durch die Nachfrage des Arztes wird klar, dass der Junge nicht in der Lage ist, eine Definition des Begriffes „Narkose“ abzugeben. Um seinem Ziel näher zu kommen, erforscht der Arzt daraufhin die individuellen Erinnerungen des Patienten an eine frühere Narkose:

- 32 A: hast Du schon mal eine gehabt?
- 33 K: (zustimmend) ähä
- 34 A: ja? was war denn da?
- 35 K: äh, /
- 36 A: was?

- 37 K: (spricht betont deutlich) eine Handoperation  
38 A: ja: und was is da äh Narkose gemacht wordn?  
39 K: (überlegt) hmhm  
40 A: erinnerst Du das?

(Gespräch Nr.22)

Damit hat er wenig Erfolg. Aus den Reaktionen des Patienten geht hervor, dass er sich nicht oder nur marginal an das Prozedere der letzten Narkose erinnern kann. Das Kind erinnert sich nur daran, dass es „gestochen“ worden ist (Beitrag 51). Alle anderen Fragen kann es nicht beantworten. Nachdem der Junge unmissverständlich ausgedrückt hat, dass ihm keine weiteren Details einfallen (Beitrag 62), schließt der Arzt die Phase der Anamnese vorerst ab, und beginnt mit der Phase der Aufklärung, die er zunächst weiter an den Patienten richtet (Beitrag 65-67). An dieser Stelle greift zum ersten Mal die Mutter des Patienten in den bereits seit mehreren Minuten andauernden Dialog ein, indem sie die Aussage „das weiß ich nicht mehr“ (Beitrag 62) unterstützt (Beitrag 64). Im weiteren Verlauf ergibt sich für den Arzt immer wieder die Notwendigkeit, Fragen zu stellen. Die Anamnese wird nach einer Unterbrechung, in der der Arzt den Patienten ausführlich über die Maßnahmen zur Durchführung einer Narkose informiert hat (Beitrag 67-121), durch eine Frage wieder aufgenommen. Hervorgerufen wird diese Frage durch eine Initiative der Mutter, die darauf hinweist, dass ihr Sohn „Allergiker“ sei und deswegen vor der Narkose Fenistil®<sup>16</sup> bekommen müsse (Beitrag 124):

- 124M: Fenistil haben sie gesagt spritzen sie Dir vorm; er is Allergiker  
125A: gegn was?  
126M: tja, gegn, alles Mögliche. von Medikamentn;  
127A: Hausstaub Polln?  
128M: kann ich Ihnen nichts berichtn weil er noch nie was bekommen hat

(Gespräch Nr.22)

In beinahe allen Gesprächen wird die Frage nach dem Auftreten allergischer Reaktionen bei den Patientinnen gestellt. Interessant ist in diesem Beispiel, dass diese hier durch die Mutter initiiert wird, die damit auch einen längeren Arzt-Kind-Dialog (Beitrag 28-121) beendet und das Gespräch mit dem Arzt übernimmt. Dieser geht auf die Initiative der Mutter ein, indem er versucht, nun genauer zu erfragen, auf welche Stoffe sich die

---

<sup>16</sup> Von diesem Medikament existieren verschiedene Applikationsformen, so auch Brechampullen für die intravenöse Injektion unter anderem als Prämedikation vor Narkosen. Angewendet wird Fenistil® zur Vermeidung von auf Histaminfreisetzung folgende Reaktionen. Der Wirkstoff ist Dimetindenmaleat (vgl. ROTE LISTE 2004).

allergischen Reaktionen beziehen (Beitrag 129-143). Mit einer nicht erfolgreichen Intervention versucht der Patient, seine Interessen wieder in das Gespräch einzubringen (Beitrag 133):

129A: ja. is denn mal im Zusammenhang mit Narkose da was +auffällig geworden?

130M: war nichts auffällig. +nee

131A: okay+. gut. hmhm

132M: aber +ansonstn / zum Beispiel

133K: ich will aber keine Spritze+

134M: auf Desinfektionsmittel reagiert er. und so weiter

135A: ja:

136M: Antibiose kann ich nicht sagen weil er hat noch nie Antibiose bekommen

137A: hmhm

138M: und ansonstn

139A: hmhm

140M: auch keinerlei Schmerzmedikamente

141A: hmhm. ähm. is denn außer auf Desinfektionsmittel noch mal auf was anderes seine Neigung zum Ausdruck gekommen

142M: hmhm-

143A: allergisch zu reagieren?

144M: wie gesagt Medikamente kann! ich es Ihnen nicht sagen weil er noch nie irgendwelche Medikamente bekommen hat

145A: ja

146M: und Nahrungsmittel is nichts bekannt

147A: ja

(Gespräch Nr.22)

Die Mutter antwortet auf die Fragen des Arztes und teilt dabei potentielle Allergene in zwei verschiedene Kategorien ein: in in Nahrungsmitteln vorkommende und in in Medikamenten enthaltene. Die Medikamente unterteilt sie weiter in „Antibiose“ (Beitrag 136) und „Schmerzmittel“ (Beitrag 140). Gleichzeitig wird in ihrer Antwort (Beitrag 144 und 146) auf die zweite Frage klar, dass diese für sie offensichtlich die einzigen Stoffgruppen darstellen, durch deren Kontakt allergische Reaktionen ausgelöst werden können. Dadurch bleibt unklar, was sie mit den Worten „und so weiter“ (Beitrag 134) meint. Nach der Beantwortung der erneuten Frage des Kindes, warum es eine „Spritze“ kriege (Beitrag 148), setzt der Arzt die Anamnese mit der nächsten Frage fort:

- 163A: wie is es denn mit Asthma? ähm:
- 164K: Asthmaanfall hab ich einen gehabt, beim Früh-;
- 165A: du hast einen gehabt, ja
- 166M: einen // ´n Jahr//
- 167A: ja
- 168M: das erste Mal ///
- 169A: ja. hat er denn;
- 170M: nich dass Sie irgendwelche Rücknprobleme kriegn (A sitzt unbequem auf der Bettkannte)
- 171A: hat er denn ´ne Dauermedikation? (störende Geräusche eines anderen Gespräches im Hintergrund/ Beginn)
- 172M: nein, hat er nich
- 173 A: hat er nicht?
- 174M: nur wenn Beschwerden da sind bei Anstrengung
- 175A: ja
- 176M: und das is eigentlich nur;
- 177A: und da is nichts?
- 178K: +//
- 179M: nur notwendig+ im, ja, ebn bei Atemnot. ansonsten is er (leise) ja so gesund  
(Gespräch Nr.22)

Der Patient antwortet zuerst auf diese Frage (Beitrag 164), wird dann aber von seiner Mutter unterbrochen, die dann wieder ihm gegenüber dominiert und die Kommunikation mit dem Arzt übernimmt. Weiterhin fällt in dieser Passage ein Widerspruch zu der im vorher zitierten Abschnitt gemachten Aussage, ihr Sohn habe „nie irgendwelche Medikamente bekommen“ auf, da sie in den folgenden Zeilen angibt, er nehme „ebn bei Atemnot“ doch Medikamente und leise hinzufügt, er sei „ansonsten...ja so gesund“ (Beitrag 179). Mit der nächsten Initiative richtet der Anästhesist eine Frage, die zu Beginn der Anamnese von ihm an das Kind gestellt wurde, in modifizierter Form an die Mutter. Die persönlichen Erfahrungen des Patienten sind dabei nicht mehr wichtig. Von Bedeutung sind nun ausschließlich die medizinisch technischen Aspekte:

- 180A: und wie war die Narkose in Name\* (eines Krankenhauses in dem K zuvor operiert wurde)?
- 181M: die war eigntlich; hat er gut vertragen. ´s gab keine großen Probleme

- 182A: hmhm
- 183M: das Erwecken nachher, aber das is ja nich so wichtig
- 184A: hmhm. wie alt warst Du da?
- 185M: wann war das? wann warn wir da?
- 186K: vier
- 187M: fünf
- 188A: vier fünf?
- 189M: vier fünf
- 190A: jawohl. (3 Sek.) gut. (3 Sek.) gabs denn irgndwelche Probleme mit dem Atemschlauch oder so? is da was erzählt wordn?
- 191M: das Einzige was der Anästhesist sagte ist dass er sehr schwer zu intubieren ist

(Gespräch Nr.22)

Bemerkenswert ist, dass in Beitrag 190 der Arzt den medizinischen Laien eher verständlichen Begriff „Atemschlauch“<sup>17</sup> benutzt, während die Mutter des Patienten in ihrer Antwort den Fachbegriff „intubiert“ verwendet. Mit der Frage nach Vorerfahrungen mit einer Narkose endet der Bereich der Anamnese in diesem Gespräch. Im Vergleich mit allen anderen wird deutlich, dass diese Anamnese länger ist, viel Arzt-Kind-Kommunikation beinhaltet und nicht an einem Stück abgehandelt wird - zwei der drei Unterbrechungen entstehen durch Reaktionen des Arztes auf Initiativen des Patienten. Ein Beispiel für ein wesentlich direktiveres Vorgehen eines Arztes während der Anamnese ist der Auszug aus Gespräch Nr.25:

- 29 A: ja. und wie lange war er da gewesn in Name\* (der Klinik)?
- 30 M: ähm wir sind zur Beobachtung eigentlich ein Tag +dagewesn
- 31 A: ja, hmhm.+ Operationen und sowas kennt er nicht?
- 32 M: nein
- 33 A: noch nie gehabt. ich hab gelesn dass er mal Pseudokrupperanfälle (akute subglottische Einengung der Atemwege) hatte
- 34 M: (zögernd) ja
- 35 A: und zuletzt im Frühjahr dieses Jahres
- 36 M: ja, bin ich der Meinung. wir habn +drei Kinder
- 37 A: ja+

---

<sup>17</sup> Der entsprechende Fachbegriff ist „Endotrachealtubus“.

- 38 M: und die habn das alle drei deswegn weiß ich das nich mehr ganz so gut genau, +ja
- 39 A: aber+ so not äh fällig und so gravierend dass sie deshalb mit ihm ins Krankenhaus mussten
- 40 M: nein
- 41 A: so war es nich?
- 42 M: nein
- 43 A: gibt es sonst irgendeine ernstere Erkrankung die ich wissn sollte?
- 44 M: nein hat er nich
- 45 A: gibts eine Allergie?
- 46 M: nein
- 47 A: is nichts bekannt. Medikamente?
- 48 M: nein
- 49 A: nimmt er keine zurzeit. hat er in letzter Zeit eine Erkältung gehabt? Hustn oder Schnupfn?
- 50 M: nein
- 51 A: ich würd ihn gern noch mal abhören

(Gespräch Nr.25)

Typisch für diese Form der Interaktion während der Anamnese ist der häufige Wechsel von Fragen und Antworten. Auf eine kurze, geschlossene Frage erfolgt eine knappe Antwort, die sich wie auch in diesem Beispiel wiederholt auf bloßes Verneinen beschränkt. Beantwortet die Mutter der Patientin eine Frage, ohne eine den Ärztinnen ausreichend erscheinende Erläuterung hinzuzufügen, folgen im Normalfall weitere Nachfragen (Beitrag 33-42). Hervorgehoben werden soll, dass einerseits jeder Anamnese ein sich teilweise wiederholendes Schema zugrunde liegt, dieses andererseits aber variiert, je nachdem wer von den Ärztinnen das Gespräch führt und wie die Wichtigkeit bestimmter Themen eingeschätzt wird. Ein Beispiel hierfür ist die Frage nach bei den Patientinnen potenziell vorhandenen Allergien. Diese wird in Gespräch Nr.6 gestellt, während sie in Gespräch Nr.1 ohne offensichtlichen Grund weggelassen wird:

- 17 Ä: nichts, super. Allergien wie siehts damit aus? hat er da irgendwas?
- 18 M: (stöhnt) also ich hab heute Morgen schon gesagt, er hat früher mal, vermuten wir so irgendwie gegen Zitrusfrüchte, +oder ähm
- 19 Ä: hmhm+

- 20 M: irgendwelche +Kunststoffe in
- 21 Ä: hmhm+
- 22 M: so Säften
- 23 Ä: hmhm
- 24 M: die kein
- 25 Ä: so Konservierungsstoffe oder so was?
- 26 M: genau. irgend so was ist es mal
- 27 Ä: hmhm
- 28 M: gewesen. und zwar hatte er da immer Ausschlag /(?um) ´n Mund
- 29 Ä: hmhm
- 30 M: aber das ist jetzt auch schon zwei Jahre
- 31 Ä: hmhm
- 32 M: her so dass es nicht mehr; also es sei denn er, tri-, nimmt übermäßig viel  
von diesem Kunststoffzeug zu sich
- 33 Ä: hmhm
- 34 M: das das mal
- 35 Ä: hmhm, gut. +aber sonst ist nichts weiter /?
- 36 K: oh, oh+ (spielt mit seinem Game-Boy®)
- 37 M: sonst nee+ genau
- 38 Ä: ne, und das war auch nur dann, so wirklich um den Mund +herum?
- 39 M: genau+
- 40 Ä: und nicht so am +ganzen Körper?
- 41 M: nein nein nein nein nein+
- 42 Ä: hmhm, +gut

(Gespräch Nr.6)

Meistens werden nur die Eltern befragt. Wenn die Patientinnen selbst in die Anamnese einbezogen werden, geschieht dies oberflächlich. Der bedeutendere Teil der Interaktion findet zwischen Ärztin/Arzt und den Eltern statt. Der vergleichsweise lange Dialog zwischen Arzt und Kind in dem oben aufgeführten Beispiel aus Gespräch Nr.22 ist insofern ein Sonderfall. Eine weitere Ausnahme bildet auch Gespräch Nr.9. Nach einem Ausruf des Erstaunens des Arztes über den sichtbar schlechten Zustand der Patientin wird die Anamnese beinahe durchgehend mit der Sechzehnjährigen geführt. Das nur einmalige Eingreifen der Mutter führt im Gegensatz zu zahlreichen anderen Situationen hier nicht dazu, dass der Arzt den Dialog mit der Patientin zu Gunsten der Mutter

andauernd abbricht. In vielen anderen Gesprächen werden im Verlauf der Anamnese Fragen, die die Ärztinnen ausdrücklich an die Patientinnen gerichtet haben, von deren Eltern übernommen und beantwortet:

18 Ä: gut. und da hat sie auch ´n Infekt gehabt zu der Zeit, im Moment ist sie aber Infektfrei, +ne? oder hast Du Schnupfen?

19 M: ja, sie hustet ab und zu mal+ ´n bisschen aber

20 Ä: ja, aber Fieber und +so was

21 M: nö+

22 Ä: +hat sie nicht, ne?

(Gespräch Nr.23)

In keinem Fall wird von der Ärztin/dem Arzt auf der Kommunikation mit der Patientin insistiert. Das Beantworten einer Frage, die eigentlich gar nicht an die Eltern gerichtet ist, durch eben diese, wird akzeptiert. Das Alter der Patientinnen scheint dabei keine Rolle zu spielen. So antwortet in Gespräch Nr.38<sup>18</sup> die Mutter auf eine Frage des Arztes, die an ihre 16-jährige Tochter gerichtet wird:

53 A: also wenn Du das unter die Haut kriegst was passiert dann eigentlich?

54 M: dann kriegt sie Ausschlag

55 A: am ganzn Körper?

56 M: ja

(Gespräch Nr.38)

In diesem Gespräch ist es die erste Frage, die der Arzt an die Patientin richtet, nachdem er zuvor zwei Minuten lang die gesamte Anamnese über die Mutter erhoben hat.

Bei der Befragung der Eltern nach Vorerkrankungen ihrer Kinder, wird dieser gesamte Abschnitt oft mit einer allgemein gehaltenen Frage eingeleitet: „Hat er Vorerkrankungen, die man bedenken muss?“ (z.B. Gespräche Nr.17 und 31) oder: „Gabs mal irgendwelche Probleme mit der Narkose?“ (z.B. Gespräch Nr.23). Davon ausgehend werden dann konkretere Fragen gestellt: „Hat er einen Herzfehler?“ (Gespräch Nr.17). Manchmal dienen solche Fragen aber auch dazu, die Befragung nach Vorerkrankungen abzuschließen: „Oder gibts irgendwelche ernsteren Geschichten, die ich wissen sollte?“ (z.B. Gespräche Nr.25, 26 und 37). Oftmals werden derart allgemeine Fragen gar nicht gestellt. Sie sind vielmehr spezifisch für eine Ärztin und einen Arzt. Andere stellen konkretere Fragen, die letztendlich ebenfalls einen Überblick

---

<sup>18</sup> Das vollständige Transkript dieses Gespräches findet sich im Anhang zu dieser Arbeit.

über die Krankheitsgeschichte der Patientinnen ermöglichen: „Hatte Name\* schon einmal eine Narkose?“; „Nimmt Name\* Medikamente?“ oder: „Ist eine Allergie bei ihr bekannt?“. Dass allgemein gehaltene Fragen nach Vorerkrankungen zu Missverständnissen bei den Eltern führen können, zeigt folgendes Beispiel:

25 Ä: ähm, hat er irgendwelche Vorerkrankungen die man bedenken muss,  
zum +Beispiel einen Herzfehler?

26 M: also da hat er+

27 Ä: oder Asthma

28 M: ach so. nein, das hat er nich

29 V: nein, er hat, + nur ´ne

30 M: ´ne autoimmune+

31 V: auto- ´ne rautoimmune molytische Alämie (gemeint ist: autoimmune  
hämolytische Anämie)

(Gespräch Nr.17)

Mit dem Wort „nur“ macht der Vater in Zeile 29 deutlich, dass er dieser Erkrankung<sup>19</sup> trotz des langen Krankenhausaufenthaltes seines Sohnes eine vergleichsweise geringe Bedeutung zumisst.

Obwohl die jeweiligen Anamnesen im Vergleich der Ärztinnen untereinander und auch von Gespräch zu Gespräch deutliche Unterschiede erkennen lassen, ähneln sie sich doch was den Inhalt anbetrifft. Immer wieder auftretende Fragen sind solche nach Vorerkrankungen, nach Erfahrungen mit Narkosen auch bei Verwandten der Patientinnen oder solche, die bei der Einleitung der Narkose möglicherweise auftretende Schwierigkeiten antizipieren. Die Länge und die Ausführlichkeit der Anamnese unterscheiden sich, je nachdem ob die Patientin bekannt ist und wie aufwendig der zu erwartende Eingriff sein wird. Erkrankungen, die die im Zusammenhang mit einer Narkose vorzunehmenden Maßnahmen voraussichtlich verkomplizieren werden, verlängern diesen Teil des Gespräches ebenfalls. Die Anamnese wird von den Ärztinnen dominiert, die Patientinnen werden selten einbezogen und befragt. Versuche der Ärztinnen, die Patientinnen zu beteiligen, werden oft von den Eltern durch Antworten für ihre Kinder unterbrochen. Wie auch die anderen Gesprächsteile ist die Anamnese meistens ein als Block vorkommender Abschnitt, der sich von anderen abgrenzen lässt, in sich aber Variationen aufweist. Er folgt meist auf die Begrüßung und endet mit dem

---

<sup>19</sup> Autoimmune hämolytische Anämie: durch antierythrocytäre Autoantikörper bedingte hämolytische Anämie, die im vorliegenden Fall mit einem schweren Krankheitsverlauf mit langandauerndem Krankenhausaufenthalt einherging.

Beginn der Beschreibung des Ablaufes der Narkose durch die Ärztin/den Arzt.

### 5.1.3 Die körperliche Untersuchung

Im Rahmen einiger Gespräche werden Untersuchungen an den Patientinnen vorgenommen. Diese sind insgesamt selten und finden in 7 von 52 Gesprächen statt. Die Form der Untersuchungen beschränkt sich auf Auskultation von Herz und Lunge, sowie auf die Inspektion von Hand und Unterarm hinsichtlich der Möglichkeiten, venöse Zugänge legen zu können. Ziel der Auskultation ist es, Beeinträchtigungen wie zum Beispiel Herzfehler oder Erkältungen mit Lungenbeteiligung auszuschließen. Für die Auskultation ist es von großer Bedeutung, dass die Patientinnen nicht schreien und stattdessen ruhig, gleichmäßig und tief atmen. Die Ärztinnen sind bei dieser Untersuchung besonders auf die Zusammenarbeit mit den Patientinnen angewiesen, benötigen gerade bei kleineren Kindern deshalb die Unterstützung der Eltern und sprechen ihnen gegenüber auch den Wunsch nach einer Untersuchung der Patientinnen aus:

90 A: hmhm. ja, ähm ich würd ihn gern noch mal abhören

91 M: ja klar (4 Sek.)

(Gespräch Nr.26)

Die Eltern sorgen dann dafür, dass sich ihr Kind so verhält, das der Ärztin/dem Arzt möglichst optimale Untersuchungsbedingungen geboten werden:

104M: (macht K's Oberkörper frei/ K wehrt sich und schreit) einmal abhören

105K: //

106M: danach darfst Du wieder hin.

107K: (schreit) nei:n

108M: horch mal. horch mal ebn. einmal abhörn. danach darfst Du doch wieder abhaun. dann unterhalten wir uns weiter und Du darfst wieder abhaun

(Gespräch Nr.26)

Gespräch Nr.25 sind die Schwierigkeiten für Arzt und Mutter geringer, da sich der Patient nicht wehrt:

51 A: ich würd ihn gern noch mal abhören

52 M: hmhm

53 A: mit meim Stethoskop. darf ich noch mal mit meinem Telefon komm'n?

54 M: ebn ausziehn?

55 A: ja, bitte

56 M: komm mal zu Mama. komm mal her

(Gespräch Nr.25)

Der Arzt richtet, nachdem ihm die Mutter Zustimmung signalisiert hat, eine Initiative an das Kind. Dabei bezeichnet er das Stethoskop als „Telefon“ (Beitrag 53). Die Mutter versteht die Ankündigung des Arztes in beiden Beispielen als Aufforderung, neben der Signalisierung des Einverständnisses zu der Untersuchung, die Patientinnen auch für diese vorzubereiten, was mit der Aussage in Beitrag 54 (Gespräch Nr.25) oder in Beitrag 104 (Gespräch Nr.26) zusammen mit der Überredung des Kindes durch die Mutter deutlich wird. Anzeichen dafür, dass bei älteren Kindern in diesem Bereich anders verfahren wird als bei jüngeren, bietet der Auszug aus Gespräch Nr.27:

124 A: ich würd Dich gern noch mal ebn abhorchn und dann bist Du erlöst, ja? okay?

125 K: cool

(Gespräch Nr.27)

Hier wird der achtjährige Patient persönlich angesprochen und mit den Worten „ja? okay?“ nach seiner Zustimmung gefragt. Zweimal bieten die Ärztinnen den Patientinnen an, das Stethoskop zu benutzen (Gespräch Nr.25 und Gespräch Nr.4):

121Ä: guck mal, da! sitzt das Herz, hier ungefähr (zeigt auf die linke Brust), da horch ich jetzt mal drauf (4 Sek.) hmhm, das klopft gut. (6 Sek.) möchtest Du das auch mal hören? (2 Sek.) (K dreht sich zu M) nein? so! schüchtern bist Du? und jetzt musst Du mal tief! pusten, tief Luft holen, das kennst Du vom Kinderarzt. (K atmet hörbar ein und aus) o:h, das kannst Du ja ganz toll (4 Sek.)

(Gespräch Nr.4)

Durch das Angebot „auch mal hören“ zu können und indem die Ärztin lobt, verstärkt sie das für eine effektive Auskultation notwendige kooperative Verhalten des Patienten. Die seltenen und kurz gehaltenen Untersuchungen dienen den Ärztinnen im Wesentlichen dazu, eine grobe Orientierung über den Zustand des Herzens und der Lungen der Patientinnen zu gewinnen, oder das Legen eines intravenösen Zuganges vorzubereiten, wenn die Narkose bereits am nächsten Tag eingeleitet werden soll. Bei ambulant geplanten Operationen wird die Vorsorge dem zuständigen Kinderarzt überlassen. Die Eltern werden dann aufgefordert, kurz vor dem Eingriff ihr Kind dort

untersuchen zu lassen. Die Zustimmung des Kinderarztes zu Narkose und Operation ist dann Voraussetzung für deren Durchführung. Gegenüber Eltern von stationär aufgenommenen Patientinnen begründen die Ärztinnen in einigen Gesprächen ihren Verzicht auf die Auskultation damit, dass diese Untersuchung bereits kurz zuvor von Kollegen anderer Abteilungen durchgeführt wurde: „abgehört hatte ihn ja Frau Name\* (der Chirurgin) schon. muss ich das jetzt nun nicht nochmal machn, ne?“ (Gespräch Nr.16/Beitrag 117).

#### 5.1.4 Die Darstellung des Ablaufes der Narkose

In beinahe jedem der aufgenommenen Ärztin/Arzt-Eltern-Dialoge befindet sich eine Passage, in deren Verlauf die Ärztin/der Arzt mehr oder weniger ausführlich und konkret den Eltern die im Zusammenhang mit der Narkose zu treffenden medizinisch-technischen Maßnahmen erläutert. Dabei lassen sich große Unterschiede feststellen, was Länge und Ausführlichkeit der Darstellungen betrifft. Allgemein selten sind dagegen Fragen der Eltern oder der Patientinnen in diesem Teil des Gespräches. Als weitgehend typisch lässt sich vielmehr ein rezipierendes Verhalten der Eltern einerseits gegenüber einem dozierenden der Ärztinnen andererseits erkennen. Die Schilderung der Narkose kann wiederum in den meisten Gesprächen in zwei Bereiche unterteilt werden: in die Beschreibung der Maßnahmen, die in den Funktionsräumen während, unmittelbar vor oder nach der Narkose ausgeführt werden, und in die Darstellung der medizinischen Handlungen, die zu der Vorbereitung der Narkose gehören, aber nicht direkt vor oder nach dem Eingriff und außerhalb der OP-Räume stattfinden. Zu dem letztgenannten Bereich gehört der folgende Gesprächsauszug:

102Ä: und dann kriegt er ´ne halbe Stunde bevor er in den OP geht so ´n klein-Saft das is ´n +Beruhigungsmittel

103M: hmhm+

104Ä: das gebn wir alln Kindern dass die sich einfach entspann-. davon schlafn die noch nicht aber sie sind einfach angst-; habn weniger Angst und sind einfach so + ´n bisschen beruhigter und entspannter

105M: ja is / (?schön). hmhm+

106Ä: und es macht auch eine Amnesie dieses Medikament. die (gemeint sind die Patientinnen) erinnern sich nämlich später überhaupt nicht mehr so richtig an dies ganze Drumherum

(Gespräch Nr.32)

Deutlich werden hier zwei Argumente von der Ärztin benutzt, um die Gabe des Beruhigungsmittels<sup>20</sup> zu erklären. Zentraler immer wieder auftretender Bestandteil ihrer Argumentation und auch der ihrer Kollegen ist zum einen die Angst lösende und zum anderen die amnestische Wirkung dieses Medikamentes. Indem sie ohne jede Nachfrage für die Gabe des Beruhigungsmittels argumentiert, nimmt sie potentielle Einwände der Mutter vorweg. Dieses Vorgehen lässt sich in zahlreichen Gesprächen, insbesondere aber bei der Anästhesistin finden. Im weiteren Erklären beschreibt die Ärztin detailliert, was direkt vor der Narkose passiert und wie der Patient auf die Operation vorbereitet wird. Dabei begründet sie einige Maßnahmen. Die Mutter stellt währenddessen keine Frage, worin sich ihr Verhalten nicht von dem der Eltern in der Mehrzahl der übrigen Gespräche unterscheidet. Im Vergleich dieser Gesprächsabschnitte, lässt sich zwar für jede Ärztin/jeden Arzt ein jeweils standardisiertes Vorgehen erkennen. Es wird aber klar, dass die individuelle Auswahl der Ärztin/des Arztes was und wie genau erklärt wird, weitgehend willkürlich ist und der individuellen Entscheidung der Ärztinnen überlassen bleibt. So beschreibt die Ärztin in Gespräch Nr.32 sehr ausführlich und begründet auch einzelne medizinische Eingriffe, wie zum Beispiel den der Intubation:

119Ä: gut. wenn das alles gemacht is und ´n EKG angelegt is zur Überwachung Blutdruckmessung dann kriegt er so ´n ganz klein dünn Schlauch über den Mund in die Luftröhre. das is ein Tubus, so ´n +Beatmungsschlauch

120M: hmhm+

121Ä: das macht man damit die Zunge nich nach hintn fällt den Atemweg verlegt zum ein, und zum andern gebn wir darüber auch den Sauerstoff für die Narkose dann und auch das Narkosegas mit dem wir die Narkose weiterhin aufrechterhalten

(Gespräch Nr.32)

Dagegen handelt der Oberarzt in einem anderen Gespräch die gesamte Darstellung der mit einer Narkose einhergehenden Maßnahmen in wenigen Sätzen ab:

63 A: aber wir könn sie denk ich schon mit ´ner Maske einleitn, intubiern, Vollnarkose machn. das kann (Kinderstimmen aus dem benachbarten Raum sind deutlich zu hören/bis zum Ende des Gespräches) so dauern zwischn na, dreißig Minutn vierzig Minutn. und dann lassn wir sie wieder

---

<sup>20</sup> Vgl. 3.1.7 Die Narkose.

im Operationssaal aufwachen und dann kommt sie wieder auf die Station zu Ihnen zurück. das is so der Ablauf

(Gespräch Nr.18)

Wiederholt versuchen Ärztinnen den Patientinnen eine ungefähre Vorstellung von der vor der Narkose ablaufenden Prozedur zu vermitteln. Dies reicht von der einfachen Ankündigung der bevorstehenden Operation: „... kommst dann noch mal zu uns, hmhm?“ (Gespräch Nr.21/Beitrag 182), bis zu der ausführlichen Erklärung sämtlicher Abläufe:

54 A: wir machn das nämlich so mit dem Einschlafn bevors losgeht kriegst Du äh ´n Kinderschnaps. der +schmeckt ganz süß

55 K: hä: ?+

56 A: ja, der schmeckt ganz süß. Papa kriegt ´n Erwachsnenschnaps Mama manchmal auch und, Kinder kriegn ´n Kinderschnaps. der schmeckt ganz süß, und der macht ´n bisschen mü!de. das ist eine Vorbereitung für den Heilschlaf, ne? oder Narkose. und wenn Du das getrunkn hast, musst Du noch ´n bisschen wartn und dann wirst Du mit Deinem Bett rübergefahn, Mama kommt noch mit bis zum; bis zur Glastür davor, und dann wirst Du in den Raum wo wir das heile machn wolln in ´n Operationsraum wirst Du dann reingebracht auf ´n andres Bett gelegt, und dann fang wir mit dem Heilschlaf an und zwar is das so, da liegt ´ne Maske die sieht aus wie so ´ne Sandkuchnform (imitiert Form der Beatmungsmaske mit der Hand). weißt auch was das is? schon ´n bisschen her mit ///. schau mal und die halt ich dann so vor die Nase und an den an der Maske da is so ´n Schlauch dran und da kommt die, Schlafluft raus. und die atmest Du einfach ein und dann schläfst Du ein. geht ganz schnell. während Du schläfst machn wir den Bauch heil und dann wachst Du wieder auf und bist bei Deiner Mama

(Gespräch Nr.12)

Eine so lange über eine Minute dauernde Schilderung des Narkoseablaufes, die sich allein an das Kind richtet, ist im Verhältnis zu der Länge des gesamten Gespräches einmalig (Gesamtdauer: 7 Min./20 Sek.). Ein Unterschied zu den Angaben, die gegenüber den Erwachsenen gemacht werden, besteht in der Verwendung anderer Begriffe. Statt Beruhigungsmittel „Kinderschnaps“; statt Narkose „Heilschlaf“; statt Beatmungsmaske „Maske mit Sandkuchenform“ und statt Narkosegas wird der Begriff „Schlafluft“ verwendet. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt bei allen ausführlicheren

Erklärungen, die den Patientinnen gegenüber gemacht werden, eindeutig auf der Vorbereitung der Narkose. Auf die medizintechnischen Maßnahmen zur Überwachung der Vitalfunktionen wie Herzströme, Blutdruck und Sauerstoffsättigung des Blutes während der Bewusstlosigkeit wird gegenüber den Kindern nicht eingegangen. Ein offensichtlicher Grund, weswegen die Ärztinnen Beschreibungen des Vorgehens eher kurz halten oder komplett weglassen, ist die Annahme, die Eltern und Patientinnen verfügten bereits über Erfahrungen aus vorangegangenen Narkosen:

- 91 A: das is, ja also von dem was ich machn muss kein Vergleich  
92 V: hmhm  
93 A: ein Tropf peripher in ´n Handrücken mehr schlimme Sachn gibts da nich  
94 V: hmhm  
95 A: ne? und selbst den Atemweg da mach ich das ohne Tubus sondern mit,  
Kehlkopfmaske, das is also so ´n Zwischending zwischn Gesichtsmaske und  
Tubus und was sehr Schonendes

(Gespräch Nr.47)

Auf diesen Gesprächsauszug beschränkt der Chefarzt die gesamte Beschreibung seines am folgenden Tag geplanten Vorgehens. Mit „kein Vergleich“ (Beitrag 91) bezieht er sich auf eine sehr aufwendige und lange Operation, die entsprechende komplizierte und aufwendige Eingriffe durch die Anästhesie erforderte und einige Wochen zuvor an demselben Patienten vorgenommen wurde.

Einen Sonderfall stellt Gespräch Nr.38 dar, in welchem es in diesem Zusammenhang nicht darum geht, der Patientin zu beschreiben welche Eingriffe von der Anästhesie durchgeführt werden, sondern ausschließlich darüber verhandelt wird, ob und wie diese ausgeführt werden, und wer von den Ärztinnen und Pflegerinnen die Narkose einleiten soll:

- 87 A: sag mal mit äh der Maske? also das dient ja dazu dass Du vorher, ähm viel  
Sauerstoff +einatmest  
88 K: ja das+ weiß ich  
89 A: und die Luft die Du einatmest  
90 K: hmhm  
91 A: besser is als die Zimmerluft  
92 K: +hmhm  
93 M: hmhm+  
94 A: wir müssn das überhaupt nich über ´ne Maske machn. +man kann

95 K: hmhm+

96 A: Dir auch einfach ´n Schlauch in ´n Mund haltn, a- an den Mund haltn

97 K: hm. die lassn immer die Maske so ´n bisschen von weitm so

(Gespräch Nr.38)

Das Prozedere ist der 16-jährigen Patientin, die mehr als 100 Narkosen in dieser Klinik hinter sich hat, so genau bekannt, dass sie mit dem Arzt die Details verhandelt. Was vor, während und nach der Narkose passiert, ist nur insofern wichtig, als dass die Patientin Abweichungen von der Norm durchsetzen will.<sup>21</sup>

Da, wie in 3.1.3 ausgeführt wurde, auch die unmittelbare postoperative Nachsorge was die Schmerztherapie und die Sicherung der Vitalfunktionen betrifft, zu den Aufgaben der Anästhesie gehört, werden diese Themen auch von den Ärztinnen gegenüber den Eltern angesprochen. Meist beschränken sich die Aussagen auf eine allgemeine Formulierung wie zum Beispiel: „wir geben schön starke Schmerzmittel“. Mehrmals von den Ärztinnen angesprochene Themen sind die Möglichkeit oder Notwendigkeit einer postoperativen Intensivbehandlung und einer intensivierten Schmerztherapie mittels einer so genannten „Schmerzpumpe“<sup>22</sup>:

144Ä: wo man genau für das Kind eingibt, da ist so ´n Computer drin wo man einprogrammieren kann, ähm, ein Schmerzmittel das genau ausgerechnet ist nach dem Körpergewicht des Kindes und nach einer Dosis die wir so aus der Erfahrung heraus wissen, dass sie ausreichend ist und günstig ist. ähm, und da ist so ´n Kabel dran an dieser Pumpe, wo entweder er selber schon drücken kann, er ist jetzt fünf ist fast schon in dem Alter oder Sie holen die Schwester

(Gespräch Nr.6)

Die Gesprächsphase, in der die Ärztinnen über die Narkose, die Vorbereitung darauf und die postoperative Nachsorge informieren, ist insgesamt von einer starken Einseitigkeit zu Gunsten der Ärztinnen gekennzeichnet. Fragen werden in diesem Abschnitt sehr selten gestellt und beziehen sich dann fast ausschließlich auf die Organisation der Trennung der Eltern von den Patientinnen. Die Ausführlichkeit der Erklärungen bestimmt individuell die Ärztin/der Arzt. Es lässt sich jedoch ein

---

<sup>21</sup> Das vollständige Transkript dieses Gespräches befindet sich im Anhang zu dieser Arbeit.

<sup>22</sup> Der Fachbegriff ist PCA (patient controlled analgesia)-Pumpe. Sie ermöglicht Patientinnen die intravenöse Autoapplikation von zumeist starken und morphinhaltigen Schmerzmitteln. Sicherungen, die die zu verabreichende Höchstmenge pro Zeiteinheit festlegen, können vom Pflegepersonal nach Anweisung durch die Ärztinnen eingestellt werden.

grundsätzlicher Unterschied feststellen: die Erläuterungen des leitenden Chefarztes und des Oberarztes sind weniger ausführlich, weniger zusammenhängend und allgemein deutlich kürzer als die ihrer rangniedrigeren Kolleginnen. Die Patientinnen werden verhältnismäßig häufig angesprochen. In einzelnen Fällen wird insbesondere älteren Kindern ab einem Alter von ca. 7 Jahren ausführlich erläutert wie die Ärztin/der Arzt bei der Einleitung der Narkose vorgehen wird. Oftmals beschränkt sich aber die Aufklärung gerade der jüngeren Patientinnen auf die Zusicherung, sie würden „keinen Pieks“ (z.B. Gespräch Nr.1/Beitrag 43) bekommen. Die eigentliche Durchführung der Narkose und das Geschehen während der Operation beschreiben die Ärztinnen sehr genau, während sie auf die Zeit vor und nach dem Eingriff vergleichsweise wenig eingehen.

#### 5.1.5 Anordnungen zu dem Verhalten vor der Narkose

Um einen möglichst risikolosen Verlauf der Narkose zu erreichen, ist es notwendig, dass die Patientinnen, unterstützt durch ihre Eltern, bestimmte Anordnungen zu dem Verhalten im Vorfeld einer Narkose befolgen.<sup>23</sup> Am meisten Raum nimmt dabei die durch die Ärztinnen ergehende Aufforderung ein, mehrere Stunden vor Beginn der Narkose nichts mehr zu essen und zu trinken. Betrachtet man den Gesprächsverlauf, so lassen sich in vielen Fällen diese Anordnungen vor dem Beschreiben der Durchführung der eigentlichen Narkose finden. Die Ärztinnen erklären oft sehr genau, wie sich die Patientinnen ernähren und über welchen Zeitraum vor der Narkose sie nüchtern bleiben sollen:

90 A: vom Ablauf her erstmal so, es gibt heute Abend noch was zu essen. erstens recht früh, achtzehn Uhr, zweitens recht wenig. is immer so in Krankenhäusern, ne? ähm, dann sollte er in der Nacht wach werdn kann er bis zwei Uhr in der Nacht etwas trinken

91 M: hmhm

92 A: ab dann nicht mehr

93 M: ja

94 A: also morgen garantiert nüchtern lassen

95 M: hmhm

96 A: ne?

97 M: ja klar

---

<sup>23</sup> Vgl. 3.1.7 Die Narkose.

(Gespräch Nr.49)

Während der Arzt noch zweimal die zuvor gemachte Aussage bekräftigt (Beitrag 94 und 96), unterstreicht er die Wichtigkeit, die das Erfüllen seiner Anordnung hat. Um die Notwendigkeit zu vermitteln, klären die Ärztinnen über die Konsequenzen auf und erwähnen in diesem Zusammenhang wiederholt die Gefährdung des Lebens der Patientin, sollte die Narkose in nicht nüchternem Zustand eingeleitet werden:

32 A: ähm, deswegn wartn wir sechs Stunden lang bis er leer ist, denn bei vollem Magn besteht die Gefahr das es zum Erbrechen kommt bei der Einleitung der Narkose und dass das Erbrochene in die Lunge ´reinkommen

33 M: hmhm

34 A: kann und da ´ne schlimme lebensbedrohliche Lung-, Lungenentzündung die Folge wäre

(Gespräch Nr.11)

Mit dem Wort „lebensbedrohlich“ (Beitrag 34) fügt der Arzt in diesem Beispiel die Möglichkeit des Todes der Patientin in seine Ausführungen ein. In einem anderen Gespräch beendet derselbe Arzt die Darstellung der potentiellen Komplikationen gegenüber einer siebenjährigen Patientin mit dem Satz: „... und davon wird man dann sterbenskrank, und das willst du doch nicht.“ (Gespräch Nr.12/Beitrag 45). In einigen wenigen Gesprächen wird das Thema Nüchternheit vor der Narkose nur oberflächlich angesprochen, da die Ärztinnen in diesen Fällen davon ausgehen, dass die Eltern über Erfahrungen aus vorangegangenen Narkosen verfügen und die Krankenpflegerinnen die Einhaltung der präoperativen Nüchternheit kontrollieren:

15 A: Sie kenn- das ja sonst. also er äh muss nüchtern bleibn

16 M: hmhm

17 A: das macht; dafür sorgn die Schwestern hier

(Gespräch Nr.44)

Immer wieder bringen Eltern Unsicherheit zum Ausdruck, da ihnen nicht klar ist, wie sie die Anordnungen der Ärztinnen gegenüber ihren Kindern durchsetzen sollen, so zum Beispiel in den Gesprächen Nr.29 und Nr.30:

72 M: wie ist das mit ähm; ja wir sind ja nun drin. also für ihre Verhältnisse sind wir echt spät dran weil da hat sie schon mehrere Malzeiten hinter sich (lacht). ich hab echt Panik vor morgn

73 A: hmhm

74 M: weil sie is ´n Kind sie wacht morgens um fünf auf und verlangt lautstark nach Essn (lacht)

(Gespräch Nr.30)

In diesem Beispiel führen die Aussagen der Mutter dazu, dass der Arzt genauer und differenziert erklärt, was das Kind zu welcher Zeit essen oder trinken darf und ab wann absolute Nahrungskarenz eingehalten werden muss. In dem Gespräch Nr.29 begegnet der Arzt den Sorgen der Mutter mit der Feststellung, ihr Baby komme „auf jeden Fall nicht in sein Defizit“ (Gespräch Nr.30/Beitrag 140), und versichert der Mutter damit, dass der physiologische Flüssigkeitshaushalt nicht gestört und überwacht werde. Dies ist jedoch nicht die Sorge der Mutter, die sich darüber Gedanken macht, wie sie ihrem Kind den kurzfristigen Verzicht auf Essgewohnheiten erklären soll. Für die Mutter besteht ein pädagogisches Problem, das der Arzt auf eine medizinische Ebene verschiebt, auf der er es dann nicht mehr besteht, da auf eine ausreichende intravenöse Flüssigkeitszufuhr vor der Narkose geachtet werden wird.

#### 5.1.6 Die Risikoaufklärung

Die Anästhesistinnen sind wie andere Ärztinnen auch gesetzlich dazu verpflichtet, über mögliche Risiken der von ihnen vorzunehmenden Eingriffe aufzuklären.<sup>24</sup> Dennoch wird dieser Teil oft sehr kurz gehalten und entfällt vielfach ganz:

123Ä: so Herz-Kreislaufmäßig muss man sogn //(?:die haben) ganz junge und gesunde Gefäße die Kinder, Blutgefäße. da is nichts Großes zu erwartn

124M: hm

125V: hm

126Ä: das überwachn wir auch alles sehr engmaschig

127M: hmhm

128Ä: wens da eine Veränderung gibt kann man ja sofort reagiern

129M: hmhm

130V: hmhm

131Ä: und was man ebn nie weiß is dass man, jeder Mensch auf alles allergisch reagiern kann

132M: hmhm

133Ä: dass ´ne allergische Reaktion hier ausgeschlossn is bei jedem +Medikament

134M: hmhm+

---

<sup>24</sup> Vgl. 6.1 „Die fallen ja um wie tot.“ -Angst: Äußerung und Verdrängung.

135Ä: das man gibt. wenn da was wäre würdn wir natürlich was dagegn tun

136M: hmhm

137Ä: wir sehns aber ganz ganz seltn

138M: hmhm

139Ä: ja, das is eigentlich zu den Risikn so das Wesntliche

(Gespräch Nr.20)

Das an dieser Stelle durch die Anästhesistinnen angesprochene Thema ist die Möglichkeit des Auftretens einer „allergischen Reaktion“ (z.B. Gespräch Nr.20/Beitrag 131). In keinem Fall werden konkrete Angaben zu den Risiken der beschriebenen Maßnahmen gemacht. Dies geschieht auch nicht auf Nachfrage, wie das folgende Beispiel zeigt:

21 V: (bezieht sich auf das Aufklärungsblatt) welche möglichen Risiken, bestehen denn?

22 Ä: ja, das hab ich grad versucht Ihn zu erklärn das also diese Nüchternheit das is uns so das, ähm, Wichtigste. nich dass der Magn voll is an dem Tag der Operation, dass alles hochkommt

(Gespräch Nr.21)

Die Anästhesistin geht inhaltlich nicht auf die Frage des Vaters ein, die sich auf Risiken durch medizinische Eingriffe im Rahmen der Narkose bezieht. Stattdessen betont sie erneut die Wichtigkeit der Nahrungskarenz und wiederholt damit die Erklärung zu einer Anordnung, die sie zuvor gegeben hat. Nur die Ärztin und in weit geringerem Umfang ein Arzt sprechen überhaupt das Thema Risiken an. Ihre Kollegen lassen diesen Punkt fast immer unerwähnt und geben meist nur auf direkte Nachfrage der Eltern Auskunft. So versucht beispielsweise die Anästhesistin, den Ängsten einer Patientin zu begegnen, die befürchtet, die Narkose werde nicht tief genug sein (Gespräch Nr.31). Ungefragt dagegen bemüht sich der Chefarzt, das geringe Risiko einer Infektion bei der Transfusion von Blutbestandteilen zu vermitteln, indem er der als Krankenpflegerin auf einer Intensivstation arbeitenden Mutter Zahlen über Infektionswahrscheinlichkeiten nennt:

407A: ne? da wird man also beim; ich weiß nich ob Sie die Zahlen mal gehört habn aber heut is man im Bezug auf Hepatitis auf eins zu fünfzigtausend

409M: hmhm

410A: und im Bezug auf HIV auf eins Komma eine Million

(Gespräch Nr.22)

Nicht zur eigentlichen Risikoauflklärung können Aussagen und Ankündigungen durch die Ärztinnen gehören, die sich auf das Verhalten der Patientinnen vor der Narkose beziehen. Hier ist insbesondere die Erwähnung der potentiellen Konsequenzen bei nicht Einhaltung der verordneten Nüchternheit vor der Narkose durch die Patientinnen hervorzuheben. Die Eltern und mehr noch die Patientinnen verhalten sich in diesem Bereich meistens passiv. Der oben aufgeführte Auszug aus Gespräch Nr.21 ist, was Nachfragen durch die Eltern betrifft, einmalig. Vereinzelt Nachfragen der Eltern ist detailliert, bezieht sich meistens auf Erfahrungen aus vorangegangenen Narkosen und betrifft eher leichte Komplikationen, wie Übelkeit, Heiserkeit und Halsschmerzen nach der Operation. Außer in der bereits erwähnten Situation in Gespräch Nr.31 werden noch zweimal Befürchtungen über das Auftreten schwerwiegender Komplikationen, in beiden Fällen durch Eltern, geäußert (Gespräche Nr.36 und Nr.2):

50 M: und irgendwie hab ich halt ähm (Kind weint kurz) bei der Übergabe mitbekommt dass sie wohl im OP noch Dipidolor<sup>25</sup> (ein starkes Schmerzmittel) bekommen musste. ähm;

51 A: ja. das is auch sehr oft so. das is; also sehr sehr viele Kinder +bekommt das

52 M: also /;+ also ich habs mir in in dem Moment vorgestellt dass sie wach gewordn is vor Schmerzn oder so. also das ist einfach nur mein Bedenken  
(Gespräch Nr.36)

Indem die Mutter Erfahrungen schildert, veranlasst sie den Arzt, konkret auf dieses von ihr angesprochene Risiko einzugehen. Im zweiten Fall hat der Vater eines Patienten bedenken, dass bei der von dem Oberarzt empfohlenen Periduralanästhesie<sup>26</sup> das Rückenmark geschädigt werden könnte (Gespräch Nr.2). In einem weiteren Gespräch rechtfertigt der Arzt seine oberflächlichen Ausführungen zu möglichen Komplikationen mit der Begründung, die Patientin sei „an Herz und Lunge soweit gesund“ (Gespräch Nr.36/Beitrag 43), ein Argument, dass sich so auch in Aussagen seiner Kolleginnen wiederholt finden lässt (z.B. Gespräch Nr.21). Die drei Ärzte, die fast nie über Risiken informieren, begründen dies weder direkt noch indirekt. Zu diesen Ärzten gehören der Chef- und der Oberarzt.

---

<sup>25</sup> Dipidolor®: Opioidhaltiges Analgetikum. Anwendung bei starken und stärksten Schmerzen. Wirkst.: Piritramid (vgl. ROTE LISTE 2004).

<sup>26</sup> Form der Lokalanästhesie mit Punktion des Epiduralraumes meist im lumbalen Bereich der Wirbelsäule. Die Periduralanästhesie bewirkt eine temporäre segmentale Nervenblockade an den Wurzeln der Spinalnerven (vgl. Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch 1998; 1218).

## 5.2 Die Rollen der PatientInnen in den Gesprächen

Inwieweit und an welchen Stellen die Patientinnen in das Gespräch einbezogen oder eben ausgegrenzt werden, wird in diesem Kapitel untersucht. Außerdem werden an dieser Stelle die Reaktionen der Ärztinnen auf Initiativen der Patientinnen analysiert.

### 5.2.1 Strategien der Ärztin/Arzt-Kind-Kommunikation

Dass die Ärztinnen allgemein eher selten und kurz mit den Patientinnen kommunizieren, ist ein Ergebnis aus den Untersuchungen der Kapitel 4. und 5.1. In diesem Zusammenhang wurde noch nicht der Frage nachgegangen, wie Kinder von den Ärztinnen angesprochen werden und wie andererseits die Ärztinnen mit den wenigen, nicht reaktiven Aussagen der Patientinnen umgehen. Bei der Analyse der verschriftlichten Gespräche ergibt sich, dass fast alle Patientinnen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung älter als drei Jahre alt sind, wenigstens einmal je Gespräch von der Anästhesistin/dem Anästhesisten angesprochen werden. Dabei handelt es sich jedoch überwiegend um Aussagen von inhaltlich geringer Bedeutung. Darunter fallen unter anderen Initiativen im Rahmen der Begrüßung, der Verabschiedung und des Smalltalk. Zu inhaltlich relevanten Kommentaren gegenüber den Kindern kommt es nur manchmal und, wie in Kapitel 5.1 gezeigt wurde, im Wesentlichen im Zusammenhang mit der Aufklärung über das Verhalten und die Maßnahmen vor dem Einleiten der Narkose. Über Risiken wird mit den Patientinnen insofern geredet, als dass sie auf Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Anordnungen hingewiesen werden: „Lungenentzündung“; „sterben“ (vgl. 5.1). Insgesamt lassen sich zwei unterschiedliche und manchmal gemeinsam angewendete kommunikative Strategien der Ärztinnen voneinander unterscheiden. Die erste, im Folgenden Strategie 1 genannt, besteht aus Kommunikation, die ausschließlich der Kontaktaufnahme mit den Kindern dient. Sie beinhaltet keine Erklärungen oder medizinischen Informationen. Mit einer anderen Strategie, im Weiteren als Strategie 2 bezeichnet, versuchen die Anästhesistinnen explizit den Patientinnen medizinische Maßnahmen zu erklären und sie in die Verantwortung für ein Gelingen der Narkose einzubinden. Während Erstgenannte hauptsächlich in Dialogen mit jüngeren Kindern angewendet wird, steigt mit dem Alter der Patientinnen die Wahrscheinlichkeit, dass ihnen gegenüber Strategie 2 benutzt wird, und sich damit ihre Einflussmöglichkeiten erhöhen. Konkrete Bestandteile von Strategie 1 sind, neben Begrüßung und Verabschiedung, Fragen und Aufforderungen an die Patientinnen, die Interesse an den Kindern signalisieren. Möglichkeiten dafür ergeben

sich für die Ärztinnen aus herumliegendem Spielzeug und bestimmten Verhaltensweisen der Patientinnen. In Gespräch Nr.21 spricht die Ärztin einen zweijährigen Jungen an, der seinen Schnuller ohne die Hände zu benutzen im Mund herumdrehen kann:

27 Ä: oh, das kannst Du so? ohne Finger? das is; das hab ich ja noch nie gesehn.  
kannst Du den auch wieder andersrum drehn?

28 K: huch (lacht)

(Gespräch Nr.21)

In einem weiteren Beispiel fordert der Oberarzt die ebenfalls zwei Jahre alte Patientin auf, ihm ihre Puppen zu zeigen: „...wer ist denn da alles drin?“ (Gespräch Nr.30). In beiden Fällen findet eine verbale Reaktion der Kinder nicht statt. Dagegen greifen jeweils die Eltern ein und übernehmen für ihre Kinder das Antworten auf die Fragen der Ärztinnen. Ein weiteres Beispiel für Strategie 1 ist das mehrmalige Fragen eines Arztes, welche Farbe der „Luftballon“<sup>27</sup> haben soll, den das Kind vor der anstehenden Narkose „aufpustn“ soll (Gespräche Nr.23):

124A: da könn Sie versichert sein. das machn wir auch ´n bisschen spielerisch.  
(wendet sich an K) wenn Du zu uns kommst nächste Woche möchtest Du dann eigentlich ´n Luftballon habn und aufpustn könn? (K nickt) willst ´n gelbn oder ´n weißn?

125K: weißn

126A: ja. davon habn wir noch ganz viele. (M lacht) also sie kommt zu uns rüber.  
sie pustet durch ´ne Maske einen Luftballon auf. aus diesem Luftballon kommt die Schlafluft

(Gespräch Nr.23)

In diesem sehr kurzen Dialog mit der Patientin eröffnet der Arzt ihr die Möglichkeit, zwischen zwei Alternativen zu wählen. Unter medizinischen Kriterien ist es aber völlig belanglos welche Farbe der „Luftballon“ hat. Dieser Ausschnitt ist auch die einzige Stelle, an der der Arzt die sechsjährige Patientin anspricht. Der Wortwechsel Arzt-Kind wird dabei von dem Arzt-Mutter-Dialog eingerahmt, der nur für eine einzelne an die Patientin gerichtete Initiative unterbrochen wird. Die Kommunikation mit der Patientin wird zudem mit den Worten „das machn wir auch ´n bisschen spielerisch.“ (Beitrag

---

<sup>27</sup> Der Fachbegriff ist „Reservoirbeutel“. Die gebräuchlichen Narkosesysteme verfügen über einen Beutel für Frischgas. Dieser Vorratsbeutel dient vor allem dazu, den wechselnden Gasbedarf der Patientin während der Einleitung der Narkose zu kompensieren (vgl. LARSEN 2002; 419).

124) gegenüber der Mutter eingeleitet und damit zu einer Inszenierung. Das von allen Ärztinnen gegenüber den Patientinnen verwendete Wort „Schlaf Luft“ gebraucht der Arzt hier in einer an die Mutter gerichteten Initiative (Beitrag 126), womit er die Differenzierung in der Wortwahl, je nachdem ob er sich an Kinder oder Erwachsene wendet, aufhebt. Eine dritte Möglichkeit der Anwendung von Strategie 1 ist das Ansprechen der Eltern über die Patientinnen. Von Letztgenannten wird dabei keine Reaktion erwartet. Diese Initiativen dienen der Kontaktaufnahme zu den Eltern. Im nachstehenden Auszug aus Gespräch Nr.16 macht sich die Ärztin die Perspektive des Kindes zu einer eigenen und ordnet an:

108Ä: gut. dann muss Mama jetzt einmal unterschreibn Name\* (von K).

(Gespräch Nr.16)

Das Vorgehen ist erfolgreich, die Mutter des Dreijährigen unterschreibt die Einverständniserklärung zur Narkose.

Weniger häufig dagegen wird die Strategie 2 angewendet. Obwohl immer wieder in den einzelnen Gesprächen durch die Ärztinnen Fragen und Erklärungen an die Kinder gerichtet werden, die diesen die Chance geben, Initiativen einzubringen, sind Gespräche, in denen ein wirkliches Interesse der Ärztinnen an einem Verstehen und Begreifen der geplanten Eingriffe durch die Kinder deutlich wird, rar. Beispiel für eine weitgehend konsequente Umsetzung der Strategie 2 ist Gespräch Nr.15<sup>28</sup>. Hier geht der Oberarzt ausführlich auf Fragen des Patienten ein (Beitrag 39), eröffnet die Möglichkeit zu Nachfragen (Beiträge 45; 75; 90; 92) und richtet den Hauptteil der Aufklärung explizit an den Patienten (Beitrag 53). Ein ähnlich langer und ausführlicher Dialog mit einer Patientin/einem Patienten lässt sich in nur einem weiteren Gespräch (Nr.22) finden. Oftmals werden beide Strategien nicht strikt getrennt angewendet. So klärt unter anderem ein Anästhesist Patientinnen mehrmals über ihr Verhalten vor der Narkose auf, beendet dann aber die Kommunikation mit dem Kind und wendet sich im weiteren Verlauf des Gespräches den Eltern zu. Ab und zu richten die Ärztinnen ihre Aufmerksamkeit am Ende eines Gespräches an die Patientinnen, nachdem sie diese zuvor nicht einbezogen haben. Meistens geschieht dies durch weitgehend standardisierte Fragen, wie: „Willst Du noch etwas wissen?“ (z.B. Gespräch Nr.1 und Gespräch Nr.16). Fasst man die Hauptmerkmale der jeweiligen Strategie zusammen, so lässt sich Strategie 1 als „Kontaktstrategie“ und Strategie 2 als „Akzeptanzstrategie“ bezeichnen.

---

<sup>28</sup> Das Transkript von Gespräch Nr.15 ist vollständig im Anhang zu dieser Arbeit beigelegt. Auf das Zitieren wird deshalb an dieser Stelle verzichtet.

Ziel bei Ersterer ist, Kontakt zu dem Kind selbst, und/oder über das Kind zu den Eltern herzustellen. Bei der hier so genannten Akzeptanzstrategie geht es darum, die Patientinnen als Gesprächspartnerinnen ernst zu nehmen und wesentliche Themen mit ihnen selbst zu erörtern. Dies schließt einen auch explizit mit den Eltern stattfindenden Dialog im selben Gespräch nicht aus. Merkmal beider Vorgehensweisen ist die Dominanz des Ärztin-Eltern-Dialoges gegenüber dem Ärztin-Kind-Dialog sowohl formal als auch inhaltlich. Abschließend kann festgestellt werden, dass die Entscheidung der Ärztinnen für die eine oder die andere Strategie nicht bewusst und nicht unabhängig von dem Verhalten der anderen am Gespräch teilnehmenden erfolgt. Treten Kinder selbstbewusst gegenüber fremden Ärztinnen auf und werden sie darin von ihren Eltern unterstützt? Lassen Eltern einen Ärztin-Kind-Dialog zu oder mischen sie sich ein und reagieren für die Patientinnen auf Initiativen der Ärztinnen? Die formale und die inhaltliche Analyse haben gezeigt, dass Letzteres häufig und Erstgenanntes eher selten der Fall ist.

### 5.2.2 Die Reaktionen der Ärztinnen/Ärzte auf die Initiativen der PatientInnen

Um weiter der Frage nachgehen zu können, warum Patientinnen in nur wenigen Situationen Initiativen einbringen, ist es wichtig, das Verhalten der Ärztinnen in solchen Momenten zu untersuchen. Von Interesse ist dabei, welches Gesprächsklima die Ärztinnen gegenüber den Kindern erzeugen, ob sie gleichgültiges Verhalten fördern oder zu einer aktiven Gesprächsteilnahme ermutigen. Initiativen äußern die Patientinnen meistens in Form von Nachfragen zum Vorgehen der Ärztinnen bei der Narkose oder zu einzelnen medizinischen Fachbegriffen, wie zum Beispiel „intubieren“ (Gespräch Nr.22 und Nr.27). Die wie in der formalen Analyse dargestellt wurde, nur vereinzelt vorkommenden Initiativen auch älterer Kinder, rufen bei den Ärztinnen meistens eine Reaktion hervor. Eine Ausnahme findet sich in Gespräch Nr.27, in dem die Mutter der Frage ihres Sohnes an den Arzt, was „intubieren“ sei, sofort mit dem Satz: „Das ist jetzt nicht so wichtig!“ begegnet und der Arzt danach nicht auf diese Frage antwortet. Dagegen wird in dem bereits zitierten Gespräch Nr.22<sup>29</sup> ausführlich durch den Chefarzt auf die gleiche Frage eingegangen:

199K: was is intubiern?

200A: na das is; weißt Du wenn Du schläfst, ähm wenn Du schläfst dann sollst Du ja gut Luft kriegn, ne?

---

<sup>29</sup> Vgl. S. 34ff.

- 201K: ja
- 202A: ne? und da steckn wir Dir ´n Schlauch in ´n Mund. da spürst Du aber nichts von
- 203K: ja, aber
- 204A: dass Du gut Luft kriegst, ne?
- 205K: ja. ein Schlauch. +und was;
- 206A: ne?+ damit Du gut Luft kriegst, nich?
- 207K: hmhm
- 208A: und das nennt man so in der Medizinersprache, den Schlauch in ´n Mund steckn

(Gespräch Nr.22)

Obwohl der Arzt den Jungen bei einer Nachfrage unterbricht (Beitrag 205 und 206), erklärt er ausführlich den nicht verstandenen Begriff. Danach ermutigt er den Patienten dazu, weitere Fragen zu stellen:

- 210A: was möchtest Du denn noch fragn?
- 211K: nichts
- 212A: ich finde Du stellst gute Fragn. das kann man immer alles beantwortn. es gibt kein Geheimnis

(Gespräch Nr.22)

Nach der negativen Antwort des Patienten (Beitrag 211) betont der Arzt seine Bereitschaft, auf weitere Fragen zu antworten, indem er zuerst ein Kompliment macht und dann Offenheit signalisiert (Beitrag 212). Ob und wie Kinder Fragen an die Ärztinnen stellen, hängt häufig von ihrem eigenen, aber besonders von dem Verhalten ihrer Eltern in dem jeweiligen Gespräch ab. Das wird unter anderem dann deutlich, wenn Eltern für ihre Kinder Fragen stellen:

- 38 M: ähm, er fragt ob ich (gemeint ist K) ´ne Spritze kriege
- 39 A: nein! keine Spritze. Du kriegst nur eine Schmerzspritze wenn Du ganz tief schläfst schon. schon +in Narkose, ja?

(Gespräch Nr.19)

Die Ausführlichkeit mit der die Anästhesistinnen auf Initiativen reagieren, hängt nicht davon ab, ob diese von den Kindern oder den Eltern ausgehen. So reagiert ein Arzt im Folgenden auf eine Bemerkung des Patienten, die scheinbar ohne Zusammenhang gemacht wird:

114K: ich war nämlich schon mal beim Zahnarzt

115A: und? was hat der gemacht?

116K: und der hat mir ein Zahn ´rausgezogn

117A: ja?

(Gespräch Nr.28)

Im Weiteren schildert der Junge wie unangenehm und schmerzhaft er die Situation der Lokalanästhesie in diesem Zusammenhang erinnert, woraufhin der Arzt auf den Unterschied zu einer Vollnarkose hinweist:

136A: na gut. aber jetzt machn wirs so jetzt kriegt der ganze Körper von obn bis untn

137M: ja da schläfst Du

138A: äh

139M: ne?

140A: ne Vollnarkose. das heißt Du schläfst und wachst erst auf wenn alles vorbei ist. und wie geht das mit dem Heilschlaf? das geht so. Du wirst übergebracht; Du kriegst den Kinderschnaps und ´ne halbe Stunde später wirst Du übergebracht in ´n Operationsraum. ich denke mal das wird so (räuspert sich) halb elf ungefähr werd'n, ne?

141M: hmhm

142V: hmhm

(Gespräch Nr.28)

Aus den Reaktionen der Eltern wird ersichtlich, dass der Arzt mit der Ankündigung der Uhrzeit des Beginns der Narkose einen Adressatenwechsel während seines Beitrages vollzieht. Dies ist eine mehrmals auftretende Vorgehensweise der Ärztinnen: während sie auf die Initiativen der Patientinnen eingehen, wechseln sie die Richtung ihrer Äußerungen von den Kindern zu deren Eltern. Während einige Ärzte in Gesprächen zu Initiativen ermuntern, die medizinische Themen beinhalten, spricht die Anästhesistin vorwiegend Themen an, die nichts mit der Narkose zu tun haben, um den Kontakt zu den Kindern herzustellen. Dabei geht sie im Vergleich zu ihren Kollegen mehr auf nicht oder kaum verbalisierte Äußerungen ein, wie sie insbesondere von Kindern unter drei Jahren gemacht werden:

14 K: ja (zeigt auf Narkoseprotokoll von Ä)

15 Ä: da, ne? das is das hier was ich hier aufgeschriebn hab, ne? (4 Sek.)

16 K: das da

17 Ä: da is auch ein großer Zettel. und guck mal hier da sind zwei kleine Kinder drauf

(Gespräch Nr.16)

Nachfragen ob Erklärungen verstanden wurden, kommen nicht vor. In der Antwort wechseln die Anästhesistinnen häufig die Richtung ihrer Beiträge vom Kind zu den Eltern. Auf die von den Patientinnen unternommenen Initiativen erfolgt in den meisten Fällen eine Reaktion, die in ihrer Ausführlichkeit variiert. Insgesamt gehen die Ärztinnen eher kurz auf Beiträge der Patientinnen ein. Fast immer ignoriert werden dagegen, mit Ausnahme des zitierten Beispiels aus Gespräch Nr.16, para- oder nonverbale Äußerungen.

## 6. Hypothesen und Diskurse

In diesem Kapitel werde ich aus dem Diskurs über sich aus den Gesprächen ergebende Schwerpunkte Hypothesen entwickeln. Empirische Grundlage dabei sind die in der formalen und inhaltlichen Analyse gewonnenen Ergebnisse.

### 6.1 „Die fallen ja um wie tot.“ – Angst: Äußerung und Verdrängung

„Angst kann man vergleichen mit Schwindligsein. Derjenige, dessen Auge plötzlich in eine gähnende Tiefe hinunterschaut, der wird schwindlig. Aber was ist der Grund dafür? Es ist ebenso sein Auge wie der Abgrund; denn was, wenn er nicht hinabgestarrt hätte!“ (KIERKEGAARD 1844; 57).

Angst ist ein Gefühl, das, je nach der Richtung aus der man sich ihm nähert, Definitionen mit unterschiedlichen Schwerpunkten erfordert. Unter anderen befassen sich die Psychologie, die Philosophie und Physiologie mit diesem Phänomen. In der Psychologie wird allgemein zwischen einem akut auftretenden Angstzustand „state anxiety“ und Angst als relativ stabiler Persönlichkeitseigenschaft „trait anxiety“ unterschieden (vgl. Buser/Kaul-Hecker 1996; 80). Übermäßig starke Ängste vor bestimmten Gegenständen oder Situationen werden mit dem Begriff Phobie gekennzeichnet. Bekanntes und im klinischen Alltag häufiger bei Kindern anzutreffendes Beispiel ist die Angst vor Spritzen bzw. vor Injektionen. Das Entstehen und das Aufrechterhalten von Ängsten wird in der Psychologie unterschiedlich erklärt und richtet sich an zwei theoretischen Modellen aus: Psychoanalyse und Verhaltenstheorie. Psychoanalytische Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Angst ein „Signal der Bedrohung des inneren Gleichgewichts“ ist (WILKER/BISCHOFF/NOVAK 1994; 59), das durch vorbewusste oder unbewusste ICH-Prozesse bewältigt werden muss, um seelische Stabilität wiederherzustellen (vgl. ebd.; 59). Im Erwachsenenalter auftretende Ängste werden auf nicht verarbeitete Trennungs- und Verlusterlebnisse in der frühen Kindheit zurückgeführt (vgl. BUSER/KAUL-HECKER 1996; 81 u. ADLER/HEMMELE 1992; 234). Verhaltenstheoretische Ansätze gehen dagegen von einem Erwerben der Angst durch Konditionieren<sup>30</sup> oder durch Modell-Lernen aus.

Die Narkose ist ein medizinischer Eingriff, der mit zahlreichen Ängsten bei Kindern und Eltern einhergeht. Diese Ängste haben unterschiedliche Qualitäten und können sich

---

<sup>30</sup> Unterschieden werden klassisches und operantes Konditionieren. Zur genauen Begriffsdefinition vgl. KASTEN/SCHIMMELMANN/SABEL S.65.

auf Schmerzen, insbesondere vor Injektionen, auf den durch die Medikamente herbeigeführten Kontrollverlust im Zustand der Bewusstlosigkeit und auf die Trennung von den Eltern bzw. von den Kindern beziehen. Weiterhin wird wiederholt die Angst geäußert, Patientinnen könnten während der Operation aufwachen, zweimal von den Patientinnen selbst, einmal schildert die Mutter die Angst ihres Kindes, und in einem Fall hat die Mutter selbst Angst, die Narkose könne nicht tief genug sein und ihr Kind werde unter Schmerzen leiden. In letzterem Fall ist die Sorge der Mutter auf ein durch unzureichende Information entstandenes Missverständnis zurückzuführen: ihr wurde unmittelbar nach einer früher unternommenen Operation mitgeteilt, ihr Kind habe im Operationsraum Dipidolor® bekommen, woraus die als Krankenpflegerin arbeitende schlussfolgert, ihr Kind sei wach geworden, habe unter starken Schmerzen gelitten und deshalb dieses Medikament erhalten.<sup>31</sup> Bemerkenswert ist, dass in diesem Beispiel gerade medizinisches Wissen zu einem mit Angstgefühlen verbundenem Missverständnis bei der Mutter führt. Allgemein lässt sich jedoch kein häufigeres Äußern von Ängsten bei in medizinischen Berufen tätigen Eltern feststellen. Hier deutet sich ein Gegensatz zu den bei der Erforschung von Prämedikationsgesprächen mit Erwachsenen gewonnenen Ergebnissen an. Bei der Auswertung zahlreicher Prämedikationsgespräche war die Befürchtung „nicht wieder aufzuwachen“ (Hervorh. d. Verf.) zentrales und immer wieder angesprochenes Thema (vgl. ELLSÄBER 1995; 57). Der Präsenz der Angst vor dem Tod kommt in den Dialogen eine besondere Bedeutung zu, wie aus dem Zitat aus Gespräch Nr.23 in der Überschrift zu diesem Kapitel ersichtlich wird. Dies ist das einzige Mal, dass, wenn auch in einem Nebensatz und als Vergleich, dieses Thema von einem Elternteil angesprochen wird:

102M: die sind ja wirklich; die kippen ja um wie tot

103A: ja. is schon scho- das zweite böse Wort

104M: (A lacht) ja es is aber wirklich so, wenn Sie das erste Mal sowas mitmachen denken Sie u:mph: (imitiert Geräusch das Gefühl der Übelkeit wiedergibt)

(Gespräch Nr.23)

Die Reaktion des Arztes ist hilflos und verdrängend. Indem er „tot“ isoliert und als „böses Wort“ bezeichnet, entzieht er sich der Auseinandersetzung um die Angst der Mutter und stellt sie außerdem durch den pädagogischen Hinweis, sie habe ein „böses“, also verbotenes Wort verwendet, auf eine kommunikative Stufe mit ihrem Kind. Die auf den ersten Blick auch für diese Studie scheinbar zutreffende Feststellung von

---

<sup>31</sup> Vgl. den Transkript-Auszug aus Gespräch Nr.36 auf S.57.

KAUPEN-HAAS, Ärzte versuchten mit Hilfe technischer Körperbilder erfolglos den Tod zu verdrängen (vgl. KAUPEN-HAAS 1994; 20), kann nicht ohne weiteres auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit übertragen werden. So wird das Thema „Tod“ bzw. überhaupt das Ansprechen von Risiken zwar oft umgangen, andererseits setzen ein Arzt und teilweise auch eine Ärztin in dem vorliegenden Material die Angst vor dem Tod oder vor schwerer Krankheit ganz gezielt als Disziplinierung ein und erwähnen direkt die Möglichkeit des Sterbens auch gegenüber den Patientinnen bei einem nicht Beachten von Anordnungen.<sup>32</sup> Es lässt sich also ein dichotomer Umgang der Anästhesistinnen mit der Angst vor dem Tod erkennen. Wird in einigen Situationen die Angst als Druckmittel eingesetzt und damit zu einem Werkzeug ärztlicher Macht, so wird in allen anderen Abschnitten teilweise desselben Gespräches, jeglicher Hinweis auf dieses größte Risiko vermieden. Von Kindern werden nur vereinzelt Bemerkungen gemacht, mit denen Angst signalisiert wird, was unter anderem mit deren relativ geringer Gesprächsbeteiligung sowie mit der allgemeinen Tabuisierung der bei den Patientinnen auftretenden Angstgefühle erklärt werden kann. Kinder, die über ihre Ängste sprechen wollen, müssen eine große Barriere überwinden: sie müssen die Dominanz des Ärztinnen-Eltern-Dialoges durchbrechen und ihre Interessen gegenüber fremden Personen einbringen. Neben einer fortgeschrittenen psychischen Entwicklung, die das Bewusstwerden eigener Gefühle ermöglicht, ist zum Überwinden der Distanz zwischen dem Kind und einer erwachsenen Fremden ein ausgeprägtes und starkes Selbstbewusstsein als Voraussetzung für die dazu erforderliche Energie notwendig. Deswegen werden Angstgefühle hauptsächlich von älteren Kindern (älter als 7 Jahre) und in Situationen geäußert, in denen der Ärztinnen-Eltern-Dialog noch nicht begonnen oder sich nicht verfestigt hat, also in Situationen, in denen das Gespräch von den Anästhesistinnen offen gestaltet wird. Neben dem Verhalten der Ärztinnen und der persönlichen Coping-Strategie<sup>33</sup> der Kinder, ist eine Unterstützung der Patientinnen durch ihre Eltern von entscheidender Bedeutung. Diese kann direkt erfolgen, indem die Eltern Befürchtungen der Kinder an die Ärztinnen übermitteln oder indirekt, indem Patientinnen unterstützt oder zumindest deren Aussagen nicht unterbrochen und relativiert werden. Beispiel für dieses Vorgehen ist das Signalisieren von Unterstützung der Kinder durch ihre Eltern, die so ein „wir“ gegenüber den Ärztinnen in der

---

<sup>32</sup> Vgl. 5.1.5 Anordnungen zu dem Verhalten vor der Narkose.

<sup>33</sup> Unter Coping versteht man das aktive und bewusste Bewältigen von Belastungssituationen. In der Medizin wird unter diesem Begriff speziell das Anpassen an durch Krankheit verursachte Belastungssituationen verstanden (vgl. RÖSLER/SZEWCZYK/WILDGRUBE 1996; 229).

jeweiligen Gesprächssituation erschaffen (Gespräch Nr.15/Beitrag 50):

- 44 K: (leise) Papa Du wollst was fragn  
45 A: was willst Du fragn?  
46 K: Papa //  
47 V: was ///? (K flüstert in sein Ohr) bitte? (K flüstert erneut) ///  
48 K: (?nein)  
49 V: ja also lass; wir hörn uns erstmal an (räuspert sich) was es zu hörn gibt und dann kommn wir mit unsern Sachn

(Gespräch Nr.15)

Das verständnisvolle Verhalten des Vaters führt dazu, dass die Patientin im weiteren Verlauf dieses Gespräches indirekt ihre Angst vor Schmerzen äußert, indem sie eine Forderung an den Arzt stellt, der zuvor darum gebeten hat, einen lockeren Zahn ziehen zu dürfen:

- 62 K: aber erst in der OP  
63 A: ja:, natürlich. wenn Du schläfst, das is doch gut  
64 K: ja sonst tut das / weh  
65 A: nö:, das machn wir in +//(?voller Narkose)  
66 K: hmhm+  
67 A: das is aber der einzige Wackelzahn?

(Gespräch Nr.15)

Ein ähnliches Verhalten der Eltern lässt sich auch in anderen Gesprächen beobachten (z.B. in Gespräch Nr.12, Nr.22 u. Nr.38). Das indirekte Äußern von Ängsten erfolgt über die Eltern, die für ihre Kinder sprechen:

- 284M: dann könn Sie vielleicht Name\* (von K) /(?erleichtern), ihre große Sorge is halt dass sie nich tief genug schläft  
285Ä: ja  
286M: und was mitbekommt

(Gespräch Nr.31)

Ein weiteres Beispiel für ein solches indirektes Vermitteln, meist durch die Mutter, ist das Gespräch Nr.19:

- 37 M: ähm, er fragt ob ich (gemeint ist K selber) ´ne Spritze kriege  
38 A: nein! keine Spritze. Du kriegst nur eine Schmerzspritze wenn Du ganz tief schläfst schon. schon +in Narkose ///, ja?

- 39 M: das merkst Du gar nich. da schläfst+ Du schon  
40 A: okay? und den Pieks auch erst, während Du schläfst, ja?  
41 K: dann wach ich auf

(Gespräch Nr.19)

In diesem kurzen Abschnitt spricht der Patient gleich zwei auch von anderen Kindern immer wieder zum Ausdruck gebrachte Ängste an: die Befürchtung, eine schmerzende „Spritze“ zu bekommen (Beitrag 37) und die Sorge, wach zu werden (Beitrag 41). Ersteres wird indirekt über die Mutter, Letzteres direkt durch den Patienten ausgesprochen.

Ärztinnen antizipieren Ängste, sowohl die der Kindern als auch die der Eltern. Gegenüber den Kindern wird deshalb häufig versprochen, sie würden keine Injektion bekommen (vgl. Gespräche Nr.28 u. Nr.12). Die gegenüber den Eltern angewendeten Methoden, mit denen die Ärztinnen versuchen, deren Angst zu reduzieren, sind subtiler. Sie bestehen im Wesentlichen in der Darstellung des medizintechnischen Potentials, in dem Hinweis auf die anxiolytische sowie amnestische Wirkung der Prämedikation und in der Beschreibung wie schnell und komplikationslos das Ein- und Ausleiten der Narkose funktionieren werde. Dieses geht mit einem weitgehenden Verschweigen der möglichen Risiken einher. Welche Strategie die Ärztinnen in der überwiegenden Zahl der Gespräche verfolgen, wird anhand folgender Aussage, die wenige Minuten vor einem Gespräch von einem Anästhesisten gemacht wird, deutlich:

„Es ist wichtig, das Vertrauen der Eltern zu gewinnen. Die Kinder beobachten wie ihre Eltern auf den Arzt reagieren, und wenn da ein gutes Verhältnis besteht, sind sie beruhigt.“<sup>34</sup>

Die Ergebnisse einiger Studien bestätigen das eher intuitive Vorgehen dieses Arztes und seiner Kolleginnen insofern, als dass mehrmals eine positive Korrelation zwischen der Angst der Eltern bzw. der der Mutter und der des Kindes festgestellt wird (vgl. KAIN et al. 1996 u. 2000). Auch einige experimentelle Untersuchungen orientieren sich an dem Ansatz der indirekten Angstreduktion der Kinder über das Bekämpfen der Ängste ihrer Eltern (vgl. BRU et al. 1993 u. ZUWALA et al. 2001). Dagegen kommen die Autoren einer anderen Studie zu dem Schluss, dass sich das Angstniveau von Kindern und Eltern entlang einer in prä- und postoperativ unterteilten Zeitachse antiproportional verhält: während bei Kindern die Angst vor der Operation eher gering ist und nach dem Eingriff mit den empfundenen Schmerzen positiv korreliert, lässt sich bei den Eltern eher ein

---

<sup>34</sup> Quelle: eigene Mitschrift der Aussage eines Anästhesisten vor einem Gespräch.

Nachlassen der Angstintensität von prä- nach postoperativ erkennen (vgl. LAMONTAGNE et al. 2001). Welche Faktoren für das Auftreten von Angst bei Kindern vor medizinischen Eingriffen und deren Intensität verantwortlich sein können, ist weitgehend erforscht. So wirken außer allgemeinen Variablen wie zum Beispiel Alter und Geschlecht<sup>35</sup> (vgl. PRINS 1994; 268), die spezifische Eltern-Kind-Interaktion, der Umgang mit den Patientinnen durch das Personal, die Gestaltung der Umgebung und schließlich die persönlichen Bewältigungsstrategien und Vorerfahrungen der Kinder auf das mehr oder weniger ausgeprägte Empfinden von Angst ein (vgl. ebd.; 267-286). Obgleich bisher nicht untersucht wurde, welche spezifischen Faktoren des medizinischen Umfeldes aversive Reaktionen bei den Patientinnen erzeugen und in welchem Ausmaß dies jeweils geschieht, ist doch zu vermuten, dass die Umgebung, in der ein Gespräch stattfindet, Angst reduzierend oder Angst steigernd auf die Patientinnen wirken kann. Eine Vielzahl der von mir beobachteten Gespräche findet an Orten statt, die nicht geeignet sind, eine Angst reduzierende Atmosphäre herzustellen. Häufig sind andere Personen im Raum, geben medizinische Überwachungsgeräte Alarmsignale, sind Geräusche vom Stationsflur zu hören oder werden die Ärztinnen über ihren Pieper zu einer Unterbrechung gezwungen.<sup>36</sup>

Ein Grund für das die Eltern als Hauptansprechpartner betrachtende Vorgehen der Ärztinnen, könnte in der Unsicherheit bestehen, innerhalb weniger Minuten das Niveau von *state and trait anxiety*<sup>37</sup> der Patientinnen einschätzen zu müssen. Dies fällt offenbar nicht nur den Ärztinnen (vgl. DOMAR et al. 1989)<sup>38</sup>, sondern auch den Eltern selbst schwer (WACHTEL et al. 1994).

Mit dem Beschreiben der amnestischen Wirkung des vor der Narkose zu verabreichenden Medikamentes<sup>39</sup> nehmen die Ärztinnen eine weitere bei Eltern vorhandene Angst indirekt vorweg: die Angst vor der Trennung von ihren Kindern. Da viele Operationen ambulant erfolgen und es in dieser Kinderklinik häufig vorkommt, dass ein Elternteil mit in der Klinik übernachtet, ist die Trennung vor Betreten des Operationsbereiches oft die einzige Situation, in der das Kind dem medizinischen

---

<sup>35</sup> PRINS stellt in einer Metaanalyse fest, dass sich die Ergebnisse mehrerer Studien hinsichtlich der Äußerungen von Angst in Abhängigkeit vom Geschlecht widersprechen und sich deshalb eindeutige Aussagen nicht treffen lassen: „... it has been concluded that differential fear reactions related to sex seem to occur inconsistently and may be related to factors such as culture, evoking situation, type of fear response, and cohort (van Aken et al., 1989).“ (PRINS 1994; 269) und: „Age and sex are related to medical anxiety as they are to anxiety in general.“ (ibd.; 268).

<sup>36</sup> Vgl. 4.4 Das Auftreten von Störungen.

<sup>37</sup> Vgl. S.65.

<sup>38</sup> DOMAR et al. führten die Studie mit erwachsenen Patientinnen durch.

<sup>39</sup> Vgl. 3.1.7 Die Narkose.

Personal ohne Begleitung durch die Eltern gegenübersteht. Im nächsten Gesprächsauszug stellt der Arzt in Beitrag 132 die direkte Verbindung zwischen der Prämedikation und der Angst vor der Trennung her:

- 122M: sie is immer so ´n bisschen; na ja mal gucken dann; ich hab immer  
Bedenken dass sie alleine da rein soll
- 123A: hmhm
- 124M: wissen Sie?
- 125A: ja. aber mit dem Saft und Sie könn bis zur Tür mitgehn is sie ganz zufriedn  
schon
- 126M: hmhm
- 127A: und dann habn wir ungefähr noch zwei bis drei Minutn bis sie dann in  
Narkose liegt
- 128M: hmhm
- 129A: also da vergehn keine vieln vieln Stundn mehr sondern das is ´n ganz  
kurzes Intervall und mit dem Saft vergisst sie das eigentlich was vorher so  
war
- 130M: +hmhm
- 131K: Mama, das hier ist der Bauch.
- 132A: das is ´n Vergessenssaft und Angst verminder Saft+
- (Gespräch Nr.41)

Ziel ist, und damit bestätigt dieses Beispiel die oben beschriebene Strategie der Ärztinnen, die Angst der Eltern, in diesem Fall die der Mutter, vor der Trennungsangst des Kindes zu minimieren. Dass bei diesem Trennungsangst vorhanden ist, wird in der Frage „Darf Mama auch dabei sein?“ (Gespräch Nr.28) sowie durch eigene Beobachtungen der Trennungssituation deutlich. Die Anästhesistinnen betonen bei ihrer Argumentation für die Prämedikation zwei Aspekte. Zum einen wird darauf verwiesen, dass der „Saft“ die Angst vermindere, zum anderen wird argumentiert, die Patientinnen könnten sich nach der Operation auf Grund der Einnahme des Medikamentes nicht mehr an die unangenehmen Erlebnisse unmittelbar vor der Narkose erinnern. Da mit der erwähnten Ausnahme in Gespräch Nr.28 in keinem weiteren Fall Patientinnen selbst Angst in dieser Hinsicht äußern, andererseits aber in fast jedem Gespräch direkt oder indirekt und mehrheitlich durch die Ärztinnen die Trennungssituation gegenüber den Eltern angesprochen wird, ist die Schlussfolgerung nahe liegend, dass die Angst der Eltern im Mittelpunkt der ärztlichen Aufmerksamkeit steht.

Programme mit denen die präoperative Angst gesenkt und die Patientinnen beim Entwickeln von Copingstrategien unterstützt werden können, werden zum Zeitpunkt der Datenerhebung in dieser Klinik nicht angewendet. Allerdings existieren allgemein anerkannte und in klinischen Studien evaluierte psychologische Programme zur präoperativen Angstreduktion zum jetzigen Zeitpunkt weder für Kinder noch für Erwachsene (KAIN et al. 2002). Dennoch wurden und werden verschiedene Verfahren angewendet, um Ängste zu vermindern und/oder den Umgang mit diesen zu erlernen. PRINS unterscheidet dabei insbesondere Information der Patientinnen („information approach“), Lernen am Modell („modelling procedures“) und das Erlernen von Bewältigungsstrategien („coping skills training“) (vgl. PRINS 1994; 282f.). Die Anwendung dieser Maßnahmen sowie deren Kombination haben sich in Studien als überwiegend sinnvoll erwiesen, obgleich es auch Hinweise darauf gibt, dass psychologische Vorbereitungsprogramme bei einigen Patientinnen die Angst steigern. Das geschieht überwiegend bei denjenigen, die Verleugnung als ihre wesentliche Bewältigungsstrategie nutzen (vgl. ebd.; 285). PRINS fordert angesichts zahlreicher vorhandener und mit wechselndem Erfolg angewendeter Programme zur präoperativen Angstbehandlung, in zukünftigen Untersuchungen solle erforscht werden, welche Maßnahmen für welches Kind am effektivsten seien, um so mehr über die individuelle Anpassung von Angst reduzierenden Therapien zu erfahren und auf diese Weise deren Optimierung zu erreichen (vgl. ebd.; 285).

Die Ängste der Ärztinnen werden in den Gesprächen und gegenüber dem Autor außerhalb der Aufzeichnungssituation nicht angesprochen. Nach den über mehrere Jahre bei der Supervision und Balintarbeit<sup>40</sup> mit Ärztinnen von SCHOLZ gewonnenen Erkenntnissen sind diese aber durchaus vorhanden. Ärztinnen leiden demnach besonders unter Versagensängsten sowohl gegenüber eigenen Ansprüchen als auch gegenüber den Erwartungen der Patientinnen. Der Umgang mit kranken, sterbenden und unter Schmerzen leidenden Menschen erzeugt bei den Therapeutinnen die Angst, selbst in eine solche Situation zu geraten. Diese Angst wird jedoch häufig verdrängt (vgl. SCHOLZ 1999; 43-44 u. LENZEN 1991; 193). Belege für die Ängste der Anästhesistinnen lassen sich in dem vorliegenden Textmaterial nicht finden. Anzeichen für Unsicherheit und die damit einhergehende Angst, Fehler zu machen, ergeben sich

---

<sup>40</sup> Balint, Michael: Psychoanalytiker und Biochemiker; 1896-1970. In „Balint-Gruppen“ treffen sich nicht psychotherapeutisch tätige Ärzte, um unter psychotherapeutischer Supervision Fälle aus dem persönlichen beruflichen Alltag zu diskutieren. Ziel ist das Bewusstwerden eigener Haltungen und Reaktionen (vgl. Pschyrembel 1998; 166).

aus der Erkenntnis, dass weniger erfahrene Ärztinnen standardisierter kommunizieren und vergleichsweise häufiger Risiken ansprechen. Auch das Verharmlosen von möglichen Komplikationen oder das teilweise vollständige Vermeiden dieses Themas<sup>41</sup> kann in dieser Hinsicht nicht nur als Zeichen der Rücksichtnahme auf Patientinnen und Eltern, sondern ebenso als Verdrängen eigener Ängste interpretiert werden (vgl. GAUS/KÖHLE 1982; 273ff.).

Abschließend ist festzustellen, dass die Ärztinnen die Angst der Patientinnen in das Schema ihres allgemeinen Vorgehens einpassen. Sie bewegen sich während der relativ kurzen Zeit der Kommunikation in einem Dilemma: sie wissen oder erahnen zum einen das Vorhandensein von Angst und wollen diese beseitigen, zum anderen befürchten sie gerade dabei wiederum Angst zu erzeugen. Dieser Zwangslage versuchen einige Ärztinnen durch Standardisierung der Kommunikation und durch Vermeiden Angst besetzter Themen zu entkommen. Der Reduktion von Angst kommt in der pädiatrischen Anästhesie auch eine ökonomische Bedeutung zu, da ängstliche Patientinnen und Eltern einen erhöhten prä- und postoperativen Betreuungsaufwand erfordern. Dies erklärt, weshalb einige Ärztinnen den Tod als potentielle Konsequenz präoperativer Non-Compliance erwähnen, und so mit der Angst der Patientinnen arbeiten.

## 6.2 „Das wolln wir vielleicht gar nicht wissen.“-Diskurs zur Risikoaufklärung

Eine Ursache der Angst, und deswegen in einem engen Zusammenhang mit dem vorhergehenden Kapitel stehend, ist der Begriff des Risikos. In der Ärztin-Patientin-Beziehung gewinnt das Risiko mit der Schwere der therapeutischen Eingriffe an Bedeutung. Ärztinnen müssen dieses deshalb unter zwei verschiedenen Aspekten kommunizieren: aus einer humanistisch-ethischen Perspektive und unter Beachtung juristischer Vorgaben. Unter juristischen Gesichtspunkten ist die Lage für die Ärztinnen nicht eindeutig gesetzlich geregelt. Vielmehr gibt es eine inzwischen fast unüberschaubare Anzahl von Einzelfallentscheidungen, mit denen die Gerichte versuchen, die ungenauen und weit auslegbaren gesetzlichen Regelungen zur Aufklärung über Therapierisiken zu interpretieren (vgl. FRANZ 1997; 42f.). Grundsätzlich gilt die Durchführung einer medizinischen Maßnahme als Körperverletzung, wenn kein Einverständnis der Patientin vorliegt. Nur eine rechtswirksame Einwilligung der Patientin entbindet die Ärztin von dem Vorwurf der Körperverletzung (vgl. DETTMAYER 2001; 27ff.). Voraussetzung dafür ist aber eine

---

<sup>41</sup> Vgl. 5.1.6 Die Risikoaufklärung.

ordnungsgemäße Aufklärung, die nach DETTMAYER vier Kriterien erfüllen soll: sie muss in der richtigen Art und Weise erfolgen, inhaltlich korrekt sein, rechtzeitig stattfinden und sich in ihrem Umfang am Einzelfall orientieren (vgl. DETTMAYER 2001; 27f.). Zumindest das erste und das letzte Kriterium erweisen sich in der Praxis für die aufklärenden Ärztinnen als schwer zu erfüllende Regelungen, da sie vor jedem Gespräch eine Bewertung der spezifischen Situation erfordern, in der sich die Patientin befindet. Zu „Art und Weise“ der ärztlichen Aufklärung wird u.a. ausgeführt, dass diese „persönlich und mündlich“ erfolgen müsse (vgl. ebd.; 28). Ein unterschriebenes Aufklärungsformular reiche nicht aus. Der Abschnitt „Wenn Sie nicht auf den Anästhesisten warten können“<sup>42</sup> ermöglicht Eltern den Verzicht auf die persönliche Aufklärung, ohne mit einem Anästhesisten gesprochen zu haben, und ist damit im Sinne der erwähnten Kriterien nach DETTMAYER rechtswidrig. FRANZ kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass eine Unterschrift alleine nicht genüge und Formulare, Merkblätter usw. nur unterstützend eingesetzt werden dürften. Bedingung für eine rechtswirksame Einwilligung ist demnach die „...vollständige und möglichst detaillierte Dokumentation des Aufklärungsgesprächs durch den Arzt.“ (FRANZ 1997; 44). Dass von der Möglichkeit, eine Einwilligungserklärung zu unterschreiben, ohne zuvor ein Gespräch mit einer Anästhesistin geführt zu haben, Gebrauch gemacht wird, konnte bei der Datenaufzeichnung in einem Fall beobachtet werden. Der Oberarzt, der das Gespräch mit den Eltern führen wollte, kommentierte deren Abwesenheit mit den Worten: „Ich würde das ruhig mal notieren, dass die Eltern uns so vertrauen, dass sie auf ein Gespräch verzichten.“<sup>43</sup> Anhand dieser Äußerung wird deutlich, dass der Oberarzt und vermutlich auch seine weniger erfahrenen Kolleginnen, nicht oder nur unzureichend mit den für die präoperative Aufklärung geltenden rechtlichen Regelungen vertraut sind. Unter „therapeutischem Privileg“ wird das Recht der Ärztin verstanden, im Einzelfall auf die Aufklärung der Patientin zu verzichten. Diese Entscheidung unterliegt jedoch strengen juristischen Bestimmungen und ist ausnahmsweise nur dann gerechtfertigt, wenn die Vermutung nahe liegt, dass eine Aufklärung das Leben und die Gesundheit der Patientin ernsthaft gefährden würde, z.B. durch Suizid (vgl. GEHRLEIN 2000; 129). Die Entscheidung für einen Verzicht der Aufklärung ist außerdem nur dann

---

<sup>42</sup> Unter der zitierten Überschrift findet sich folgender Text: „Ich bin mit den vorstehenden Ausführungen zufrieden, ich habe keine weiteren Fragen. Ich bin mit der Durchführung der Narkose bei meinem Kinde einverstanden.“; und darunter ein für die Unterschrift der Eltern vorgesehenes Feld (In: „Informationen zur Narkose und Einverständniserklärung“ Faltblatt, herausgegeben durch den Chefarzt der Abteilung für Anästhesie).

<sup>43</sup> Quelle: eigene Notiz.

juristisch haltbar, wenn sich die Patientin über die Tragweite des Eingriffes bewusst ist (vgl. ebd.; 129). Davon muss sich die Ärztin in einem persönlichen Gespräch überzeugen. Dass Patientinnen bzw. die Eltern „nicht warten“ konnten, rechtfertigt nicht den Verzicht auf die persönliche Aufklärung. Die auf diese Weise gegebene Zustimmung zur Narkose ist somit juristisch unwirksam. Grundsätzlich gilt, dass die Patientinnen in die Lage versetzt werden sollen, im Sinne eines „informed consent“ selbstbestimmt über an ihnen auszuführende ärztliche Maßnahmen zu entscheiden. Die Aufklärung muss dafür nicht in allen Einzelheiten erfolgen, sondern die Patientin in die Lage versetzen, Dringlichkeit, Bedeutung, Ablauf, Folgen und Risiken eines Eingriffes beurteilen zu können (vgl. ebd.; 125). Ärztinnen können davon ausgehen, dass auch ein medizinischer Laie von der allgemeinen Möglichkeit eines Narkosezwischenfalls Kenntnis hat (vgl. FRANZ 1997; 65). Es gilt das Gebot der schonenden, einfühlsamen Aufklärung. Wird dieses verletzt und verschlechtert sich daraus resultierend der Gesundheitszustand der Patientin, kann diese haftungsrechtliche Ansprüche gegenüber der verantwortlichen Ärztin geltend machen (vgl. ebd.; 130). Risiken sind den Patientinnen darzulegen. Das betrifft insbesondere eingriffstypische Komplikationen, die auch bei fachgerechtem und sorgfältigem Arbeiten auftreten können. Die Aufklärung muss umso intensiver erfolgen, je elektiver und je verzichtbarer der Eingriff ist. In Notfällen kann die Aufklärung in eingeschränktem Umfang durchgeführt werden, oder ganz entfallen (vgl. DETTMAYER 2001; 29). Dringlichkeit des Eingriffes und Umfang der Aufklärung stehen also in einem umgekehrten Verhältnis zueinander (SCHWERD 1992; 276). Die Aufklärung hat rechtzeitig zu erfolgen. Wichtig ist dabei, dass sich die Patientin ohne Druck entscheiden kann, weshalb nach DETTMAYER bei stationärer Aufnahme spätestens am Vortag des Eingriffes und bei besonders risikoreichen Eingriffen mit dem Tag der Festlegung des Operationstermines das Aufklärungsgespräch durchgeführt werden soll. Bei ambulanten Operationen ist auch eine Aufklärung am selben Tag möglich (vgl. ebd.; 38). Diese Fristen werden bei allen in dieser Studie beobachteten Patientinnen im Großen und Ganzen eingehalten, wobei in einigen wenigen Fällen, in denen über Narkosen bei schweren und lange dauernden Operationen aufgeklärt wird, das Gespräch erst am Vortag stattfindet.

Kinder sind im juristischen Sinne zwar nicht oder nur eingeschränkt geschäftsfähig, können aber von der die Aufklärung vornehmenden Ärztin für einsichtsfähig erklärt werden und damit rechtswirksame Entscheidungen treffen, da dafür Geschäftsfähigkeit und Volljährigkeit nicht erforderlich sind (FRANZ 1997; 40). Für die Beurteilung der

Einwilligungsfähigkeit einer minderjährigen Patientin schlägt DETTMAYER u.a. folgende Kriterien vor (vgl. DETTMAYER 2001; 200f.):

- Alter
- Bildung
- Erfahrungen mit medizinischen Maßnahmen
- bisherige Compliance
- Qualität der Begründung für die Entscheidung

Als nicht einwilligungsfähig eingeschätzte Kinder sollen respektiert und ab dem Schulalter trotzdem aufgeklärt werden. Ältere Patientinnen sind auch über Risiken sowie den Ablauf des Eingriffes angemessen zu informieren, dies dient gleichzeitig der Compliance (vgl. ebd.). Ärztinnen können sich jedoch nicht immer darauf verlassen, dass die Einwilligung von Patientinnen, die weniger als 18 Jahre alt sind, ausreicht. Deshalb empfiehlt FRANZ, insbesondere bei schweren Eingriffen die Einwilligung der Eltern zusätzlich einzuholen (vgl. FRANZ 1997; 40). Dem sind durch das Bestehen auf die ärztliche Schweigepflicht durch die Minderjährigen gegenüber ihren Eltern Grenzen gesetzt (DETTMEYER 2001; 200). Als entscheidungsfähig erkannte Kinder können Therapien natürlich auch verweigern: „...es gibt in der Regel keine Zwangsbehandlung.“ (vgl. ebd.; 232).

Das von Ärztinnen vorgebrachte Argument, Aufklärung über Risiken trage nur zu einer Verunsicherung von Patientinnen bei, führt zu der Tendenz, Risiken zu verschweigen (vgl. STAMER et al. 2000 u. ELSÄBER 1995; 84ff.). Dieses Argument ist nach Ergebnissen aus mehreren Studien nicht haltbar (vgl. BARNESCHI et al. 2002/SIEGRIST 1995; 248f./BÜHLER 1985). In allen Untersuchungen sprechen sich 70-80 Prozent der Patientinnen für eine umfassende Aufklärung über Risiken aus. Diesen Wunsch äußern auch entsprechend viele Kinder einhergehend mit der Forderung, gegebenenfalls Therapien mit unsicherer Prognose ablehnen zu können (vgl. ELLIS u. LEVENTHAL 1993). Dennoch lassen sich auch in den für diese Arbeit aufgezeichneten Gesprächen einige wenige Hinweise auf ein Nicht-Wissen-Wollen von Eltern erkennen,<sup>44</sup> die vermutlich zu einer Bestätigung der subjektiven aber allgemein bei Ärztinnen vorhandenen Meinung führen, dass Informationen über Risiken ein Übermaß an Unsicherheit und Angst bei den Patientinnen erzeugen. Dass überhaupt Risiken bestehen, wird häufig verschwiegen. Wenn dieses Thema angesprochen wird,

---

<sup>44</sup> Vgl. auch das Zitat in der Überschrift zu diesem Kapitel aus Gespräch Nr.21.

beschränken die Ärztinnen die Aufklärung auf den Hinweis, es könnten „Allergien“ gegen Medikamente auftreten (Gespräche Nr.6; 17 u. 32). Das Nicht-Erwähnen möglicher leichter und schwerer Narkosezwischenfälle wird von Anästhesistinnen nicht nur in der Pädiatrie damit begründet, dass ein möglichst angstfreier Zustand eine wünschenswerte Voraussetzung für das Einleiten einer Narkose sei (vgl. ELLSÄßER 1995; 59). Dem hält ELLSÄßER selbst entgegen, dass nur mündige, aufgeklärte Patientinnen in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt darüber zu entscheiden, welche Eingriffe an ihnen durchgeführt werden sollen und welche nicht: „...der ‘mündige Patient’ will Information, nur Ungewissheit macht Angst.“ (vgl. ebd.).

LUHMANN gibt eine eher philosophische Definition des Begriffes Risiko, wobei er ihn von dem der „Gefahr“ abgrenzt. Der Unterschied besteht für ihn darin, dass das Risiko als die negative Konsequenz des eigenen Handelns beschrieben wird, während Gefahren insofern unabhängig von eigenem Verhalten drohen, als dass sich Handlungsalternativen hinsichtlich der Möglichkeit des Eintretens von Schäden nicht erkennbar unterscheiden lassen (vgl. LUHMANN 1991; 32ff.). Andere Autoren begreifen Risiken als zivilisatorische Eingrenzung der Gefahr, da diese so kalkulierbar und ein vernünftiger Umgang mit Gefahr ermöglicht werde (vgl. EVERS/NOWOTNY 1987; 32f.). Damit weisen sie auf den Aspekt der Wahrscheinlichkeit hin, der sich wiederum auf den statistischen Risikobegriff bezieht. Dieser wird von LUHMANN auch als „probabilistische Risikoanalyse“ bezeichnet (LUHMANN 1991; 28). Was die Ärztin-Patientin-Beziehung betrifft, so ist die Differenzierung zwischen Gefahr und Risiko für die Patientin von ihrem Wissensstand über die auszuführenden Eingriffe abhängig. Je umfassender und ausführlicher Eltern und Kinder durch Ärztinnen informiert werden, desto mehr wird eine Bedrohung von einer Gefahr zu einem Risiko. Dieses ist von den Patientinnen steuer- und beeinflussbar und kann zum Gegenstand von Überlegungen und Verhandlungen mit den Ärztinnen gemacht werden. Statistische Berechnungen können, seien sie auch noch so differenziert, nur unzureichend individuelle Entscheidungen vorhersagen oder beeinflussen, da sie von vielfältigen und in ihrer Bedeutung nur schwer einzuschätzenden Parametern abhängen. Mathematisch stoßen diese Modelle gerade bei der Einschätzung der Häufigkeit insbesondere von selten eintretenden Ereignissen für den einzelnen Fall an ihre Grenzen (vgl. MORTSIEFER 1998; 59). So kann es sein, dass mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit eine unerwünschte Nebenwirkung bei der Durchführung einer Therapie auftritt. Da die Grundgesamtheit derer, bei denen diese Therapie angewendet

wird nicht homogen ist, lassen sich im Einzelnen nur bedingt Rückschlüsse ziehen: so ist die für diese Therapie in Frage kommende Patientin älter/jünger als der Durchschnitt, leidet unter zusätzlichen Erkrankungen oder nimmt noch weitere Medikamente ein, die mit den im Rahmen der Therapie einzunehmenden in Wechselwirkung treten können. Probabilistische Risiko-Konzepte sind auch deswegen für die Ärztin-Patientin-Beziehung nicht ausreichend, weil bei der Bewertung von Risiken gerade durch Laien weniger statistische als vielmehr intuitive Aspekte eine Rolle spielen (vgl. JUNGEMANN/ROHRMANN/WIEDEMANN 1990; 3). Es kann deshalb keine richtige oder falsche, keine objektive Bewertung von Risiken geben. Die vornehmlich von Expertinnen verwendeten probabilistischen Risikokonzepte stehen den individuellen der Laien gegenüber. Beide sind unvollkommen: während die einen dazu neigen, statistisch irrational zu handeln, geraten die anderen in die Gefahr, mathematisch nicht zu erfassende Aspekte zu vernachlässigen (vgl. MORTSIEFER 1998; 62-67). In den Aussagen der Ärztinnen lassen sich deshalb oft verallgemeinernde Angaben über Häufigkeitsverteilungen wie „selten“ oder „ganz selten“ finden. In einem Fall verwendet der Chefarzt die Formulierung „nach menschlichem Ermessen“ (Gespräch Nr.47/Beitrag 194)<sup>45</sup>:

- 189V: ja. und dass da nochmal so was passiert das is auszuschließen?  
 190A: also ich möchte das mal ausschließen, ne? so als Mediziner darf ich ja keine hundertprozentigen Garantien abgeben und müsste mich jetzt rausreden aber ich sag das das muss einfach gut gehn und glatt gehn und es gibt keine Probleme mit der Atmung. erstmal von der Größe der Operation her. zweitens wir habn keinen Hinweis darauf dass er ´n neuen Infekt hatte  
 191V: hmhm  
 192A: ne? also wird das / (? :werden). und er kommt in ´n Aufwachraum, dort kommt er nach der Operation hin dann geht er hier wieder hoch, fertig  
 193V: hmhm

---

<sup>45</sup> Der 2 Jahre und 7 Monate alte Patient ist vier Wochen zuvor an der Halswirbelsäule operiert worden. Nach dieser 8-stündigen Operation musste der Patient 7 Tage lang wegen „schwerer obstruktiver und restriktiver Probleme“ (Krankenakte) auf der Intensivstation beatmet werden. Grund war offensichtlich eine beginnende Pneumonie, die trotz mehrerer Untersuchungen durch verschiedene Ärztinnen vor dem Eingriff nicht entdeckt wurde. In Folge der langen Operation und der sich anschließenden Sedierung entwickelte sich ein Durchgangssyndrom, welches sich zum Zeitpunkt des Gespräches zu großen Teilen zurückgebildet hat. Die auf dieses Gespräch folgende Narkose sollte zur Durchführung eines Gipswechsels mit Wundkontrolle stattfinden.

194A: (4 Sek.) da würdn die Juristn sogn ´Sie Wahnsinniger solche Zusagen könn- Sie doch gar nich machn. na gut´ sag ich ´ihr Untersuchungsgefängnis stört mich nicht.´ (2 Sek.) ich meine dass das nach menschlichem Ermessen gut geht, ja?

(Gespräch Nr.47)

Mit diesen Ausführungen geht der Arzt auf die Frage des Vaters (Beitrag 189) ein, der Gewissheit einfordert, dass sich die nach der letzten Operation aufgetretenen Ereignisse nicht wiederholen werden (vgl. Fußnote 45 auf S.78). Die Antwort des Arztes gibt aber genau diese Garantie insofern nicht, als dass in ihr indirekt dennoch mit Wahrscheinlichkeit umgegangen wird, da mit den Worten „menschliches Ermessen“ eben auch das Vorhandensein eines nicht-menschlichen, also übernatürlichen Ermessens, zugestanden wird. Dieser Aussage kommt so gleichzeitig eine exkulpierende Bedeutung für den Arzt gegenüber den Eltern zu. Indem er Fehlschläge einem schicksalhaften, sowieso nicht zu beeinflussendem Ereignis zuschreibt, verdrängt er die auf ihm lastende Verantwortung und verhindert ein Bewusstwerden eigener Ängste.<sup>46</sup> Auf den in der Frage des Vaters (Beitrag 189) enthaltenen Wunsch nach Ausschluss jeden Risikos und der damit einhergehenden Verschiebung aller Verantwortung auf den Arzt, reagiert dieser mit dem Angebot, die Verantwortung für Risiken auf das Nicht-Menschliche zu verschieben. Auf diese Weise werden Eltern und Arzt entlastet. Sowohl Arzt als auch Eltern verdrängen in diesem wie auch in allen anderen Gesprächen die Tatsache, dass jede Entscheidung mit Risiken verknüpft ist. Auch der Entschluss auf medizinische Maßnahmen zu verzichten, bedeutet das Eingehen von Risiken:

*„Es gibt kein risikofreies Verhalten. ... Man mag kalkulieren wie man will, und mag in vielen Fällen zu eindeutigen Ergebnissen kommen. Aber das sind nur Entscheidungshilfen. Sie bedeuten nicht, dass man, wenn man überhaupt entscheidet, Risiken vermeiden kann.“* (Hervorhebung im Original) (LUHMANN 1991; 37).

Für die Eltern in diesem Beispiel bedeutet das, wie der Arzt im weiteren Verlauf des Gespräches ausführt, dass auch bei einem Verzicht auf die Durchführung des Eingriffes ein Risiko besteht. Besonders wenig Entscheidungsspielraum haben sie, weil es sich um einen Folgeeingriff handelt. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Junge den anstehenden Gipswechsel ohne Vollnarkose als traumatisierend wahrnehmen würde, ist in Anbetracht seines Alters hoch. Bei einer vollständigen Ablehnung gehen die Eltern

---

<sup>46</sup> Vgl. 6.1 „Die fallen ja um wie tot.“ -Angst: Äußerung und Verdrängung.

dagegen das Risiko schwerwiegender Komplikationen wie z.B. das einer Wundinfektion oder einer persistierenden Fehlstellung ein.

Die psychologische Risikoforschung befasst sich mit der Frage nach den individuellen Faktoren, die zu unterschiedlichen, teilweise irrationalen Beurteilungen von Risiken führen. Freiwilligkeit und persönliche Erfahrungen sind in diesem Kontext die wichtigsten individuellen qualitativen Faktoren bei der Bewertung von Risikofaktoren (vgl. JUNGERMANN/ SLOVIC 1993; 167-206). Daneben spielen auch andere Aspekte eine Rolle, wie u.a. (vgl. ebd.):

- Zeit: Schäden werden desto eher akzeptiert, je später ihr mögliches Auftreten zu erwarten ist.
- Katastrophenpotential: Risiken werden eher als untragbar empfunden, wenn sich die Opfer örtlich und zeitlich konzentrieren. So löst z.B. ein Zugunglück eine intensive öffentliche Diskussion über die Risiken des Bahnfahrens aus, während die jährlich ein Vielfaches betragende Anzahl der Opfer des Autoverkehrs weitgehend akzeptiert wird.
- Beeinflussbarkeit: Menschen, die das Geschehen durch eigenes Handeln steuern können oder auch nur das Gefühl haben, die Situation zu beherrschen, schätzen Risiken als relativ geringer ein.

Für die vor der Entscheidung stehenden Eltern bedeutet das, dass sie sich im Spannungsfeld zwischen ihren eigenen, die Risikoeinschätzung bestimmenden Emotionen und Erfahrungen und den nüchternen quantitativen Bewertungen der Anästhesistinnen als Expertinnen befinden. Hinsichtlich Zeit und Beeinflussbarkeit sind die Eltern in einer eher ungünstigen Situation: weder besteht die Möglichkeit, das potentielle Auftreten von Misserfolgen auf einen unbestimmten Zeitpunkt in ferner Zukunft zu verschieben, noch ist die Narkose durch sie direkt zu beeinflussen. Die Freiwilligkeit ist angesichts der Dringlichkeit mancher Operationen einerseits und des in der Institution Krankenhaus erzeugten Handlungsdruckes andererseits wenigstens zu hinterfragen.<sup>47</sup> Was die persönliche Erfahrung der Eltern mit Narkosen anbelangt, so zeigt sich die Tendenz, dass mit der Anzahl persönlich oder bei den Kindern erlebter komplikationslos verlaufener Narkosen, die Angst vor Risiken abnimmt. Da die absolut überwiegende Zahl der Narkosen ohne oder mit nur geringen Komplikationen einhergeht, ist davon auszugehen, dass so gesammelte Erfahrungen eher die Bereitschaft

---

<sup>47</sup>Vgl. 6.3 „In Zukunft machen wir die elektronische Fessel.“ -Zur Dominanz der Expertinnen in der Institution Krankenhaus.

der Eltern erhöhen, in Zukunft weitere Narkosen bei ihren Kindern durchführen zu lassen. Die von dem Vater in Gespräch Nr.47 (Beitrag 189) erfolgte Aussage ist insofern eine Ausnahme und dennoch konsequent: auf Grund der negativen Erfahrungen mit der vorangegangenen Operation drückt er an dieser aber auch an anderer Stelle in dem Gespräch gegenüber dem Arzt seine Angst und sein Bedürfnis nach Sicherheit aus. Anhand der folgenden Aussage der Mutter eines dreieinhalb Monate alten Kindes wird deutlich, dass es auch Eltern, die positive Erfahrungen mit Narkosen gemacht haben, keineswegs leicht fällt, ihre Kinder dem Risiko auszusetzen:

94 M: ich bin schon so oft in meim Lebn operiert, ich!

95 A: hmhm

96 M: ich weiß ja nicht wie das; ich denk immer es wird abgestimmt und / +weiß ich nicht mehr. ich kann eh nichts machn

97 A: // nee+, is nicht viel anders. nur, kleiner alles

98 M: hmhm. also ich persönlich hab da überhaupt keine Angst vor

99 A: hmhm

100M: aber mit so ´nem kleinen Wurm, ne? is das anders

(Gespräch Nr.18)

Die Mutter bringt hier neben ihrer Hilflosigkeit (Beitrag 96) auch zum Ausdruck, dass sie die bei ihrem Kind vorzunehmende Narkose mehr ängstigt, als wenn diese an ihr selbst durchgeführt werden würde. Ihre Angst ist umso größer, da sie über keine Erfahrungen mit Narkosen bzw. größeren medizinischen Eingriffen allgemein bei ihren Kindern<sup>48</sup> verfügt. Die Ursache für die auch in Beitrag 94 in oben stehendem Beispiel vorzufindende Selbstlosigkeit von Eltern gegenüber ihren Kindern sieht BERGER außer in narzisstischen Beweggründen auch in dem Bedürfnis nach Anerkennung und der Minderung von Selbstzweifeln. Ein gedeihendes und lebendiges Kind bestätige die Eltern immer wieder in ihren Fähigkeiten:

„Deshalb leiden Eltern auch so sehr, wenn ein Kind krank ist, sich fehlentwickelt oder stirbt -weil alle diese mit der Elternschaft verbundenen möglichen Erschütterungen die eigenen reparativen Fähigkeiten in Frage stellen.“ (vgl. BERGER 2003; 5).

Obwohl bei Eltern die Angst vor Risiken in wahrscheinlich hohem Maß besteht, wird sie von ihnen kaum direkt angesprochen. Die Folge ist eine Verdrängung dieses Themas aus den Gesprächen und die Übertragung der alleinigen Verantwortung auf die

---

<sup>48</sup> Die Frau ist Mutter von zwei Kindern: neben der erwähnten dreieinhalb Monate alten Tochter hat sie einen achtjährigen Sohn.

Ärztinnen (z.B. Gespräche Nr.18; 22 u. 47).

Der Frage wie es gelingen kann, ein Verständnis über die unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Aspekte, die bei der Risiko-Kalkulation eine Rolle spielen zu erreichen, widmet sich die Erforschung der Risiko-Kommunikation. Ein Beispiel aus der Internetpräsentation der Abteilung für pädiatrische Anästhesie soll das Problem verdeutlichen. Dort heißt es im letzten Absatz<sup>49</sup>: „So läßt sich heute auch bei Kindern mit erheblichen Begleiterkrankungen ein geeignetes Verfahren finden und somit das Risiko auf ein verantwortbares Maß reduzieren. Vielfach ist dann, wenn die Vorbereitung gut ist, der Verlauf ohne Probleme.“ Den Schluss dieses Abschnittes bilden folgenden Worte:

„Risiken gibt es. Gefährlich? Nein. Weitere Fragen??“:

Verschiedene qualitative Ausdrücke, wie „verantwortbares Maß“ oder „vielfach“ haben für die jeweiligen Eltern oft eine unterschiedliche Bedeutung. Was heißt verantwortbar? Und für wen? Für die Eltern, das Kind, die Ärztin oder alle gleichermaßen? Was ist mit „vielfach“ gemeint, und welche Probleme treten auf, wenn „die Vorbereitung“ einmal nicht „gut ist“? Um zu überlegen, wie die Kommunikation über Risiken zwischen Ärztin und Laie verbessert werden kann, ist es notwendig, sich über die zu erreichenden Ziele klar zu werden. Also darüber, was Ergebnis einer „gelungenen“ Risikokommunikation sein soll. Kriterium ist dabei weniger der Inhalt von Kommunikation, sondern vielmehr die Art und Weise wie kommuniziert wird (vgl. PETERS 1991; 53-59). Anhand der Erforschung der Risikorezeption bezüglich der Kernenergie ist erkannt worden, dass Risikokalkulationen der Expertinnen nicht oder nur sehr schwer zu vermitteln sind (vgl. ebd. u. NOWOTNY/EVERS 1987; 208). Dabei führt die Kommunikation von Risiko selbst weniger zu einer Akzeptanz von Technologie und den mit ihrer Anwendung einhergehenden Risiken, als dazu, dass sich Positionen weiter isolieren und die Debatte dadurch verschärft wird<sup>50</sup> (vgl. PETERS ebd. u. KÖBERLEIN 1991; 75). Sinn und Zweck von Kommunikation kann demnach nicht nur die Erhöhung der Akzeptanz von Risiko sein. Notwendig sind dagegen ein gegenseitiges Verstehen der Kommunikationspartner sowie eine Reflektion der eigenen subjektiven Risikobewertungen. Für die Ärztin-Patientin-Beziehung bedeutet das, dass

---

<sup>49</sup> Unter der Überschrift „Weitere Informationen zur Kinderanästhesie“ wird u.a. über verschiedene Methoden der Anästhesie, über Narkosevorbereitung, postoperative Überwachung sowie Schmerztherapie informiert. Die Überschrift „Risiken der Anästhesie“ ist im Gegensatz zu den Überschriften aller anderen Themen nicht durch Fettdruck o.ä. hervorgehoben.

<sup>50</sup> Eine von PETERS durchgeführte Befragung zur Einstellung hinsichtlich der Nutzung der Kernenergie ergab, dass sowohl radikale Gegner als auch radikale Befürworter besser informiert sind als Menschen, die mittlere Positionen einnehmen (vgl. PETERS 1991; 14).

Eltern und Patientinnen dazu ermutigt werden müssen, ihre individuellen Risikovorstellungen gegenüber den Expertinnen offen zu legen und zu diskutieren. Aufgabe der Ärztinnen ist es, eigene oft nur vermeintlich objektive Risikoanalysen zu hinterfragen und nicht als allein gültige Wahrheit zu begreifen, von der Patientinnen zu deren eigenem Besten überzeugt werden müssten (vgl. MORTSIEFER 1998; 65-66). Sie haben es dabei häufig leichter, als die in einer auf der Makroebene gesellschaftlicher Auseinandersetzungen agierenden Expertinnen anderer Bereiche, da Patientinnen meistens eine grundsätzliche Bereitschaft mitbringen, Ärztinnen zu vertrauen. Die Erkenntnis, dass Risiko ein auf der Mikroebene eines jeden Gespräches zwischen Ärztin und Eltern bzw. Kindern sich neu konstruierender Begriff ist, bedeutet nicht die Aberkennung der Kompetenz der Expertinnen. (vgl. PETERS 1991; 28) In den meisten Situationen ist es durchaus sinnvoll, sich auf den Rat der Ärztinnen einzulassen. So wird auch in keinem der aufgezeichneten Gespräche die professionelle Fähigkeit der Ärztinnen durch Eltern oder Patientinnen in Frage gestellt. Ein Verständnis der Risikobewertung der Patientinnen bietet demgegenüber für Ärztinnen die Möglichkeit, Ängste aufzudecken, nachzuvollziehen und zu kommunizieren. Auf dieser Grundlage lassen sich dann gemeinsame Risikobewertungen entwickeln. Dabei gehen die Anästhesistinnen allerdings selbst ein Risiko ein: Kommunikation über Risiken bedeutet immer auch ein Eingeständnis der eigenen Ohnmacht und Unvollkommenheit. Patientinnen und Eltern, die ihre Überzeugung von unfehlbaren Ärztinnen als Abwehrstrategie nutzen, erleben die Dekonstruktion dieses ärztlichen Mythos als beängstigend. Echte, um Verstehen bemühte Kommunikationsprozesse tragen zur Verringerung der Asymmetrie in der Ärztin-Patientin-Beziehung und damit der Dominanz der Ärztinnen bei. Sie sind damit ‚ein Wert an sich‘ (PETERS 1991; 59).

### 6.3 ‚In Zukunft machen wir die elektronische Fessel.‘ -Zur Dominanz der ExpertInnen in der Institution Krankenhaus

Wie die überwiegende Anzahl der Situationen, in denen Ratsuchende entsprechende Expertinnen aufsuchen, so ist auch die Ärztin-Patientin-Beziehung von einem Machtgefälle zu Gunsten der Expertinnen gekennzeichnet. Hierfür sind hauptsächlich zwei Faktoren die Ursache. Zum einen verfügen die Ärztinnen über mehr spezifisches Wissen als die sie aufsuchenden Eltern und Kinder. Zum anderen sind sie Vertreterinnen der Institution Krankenhaus, in der ihre Rolle und ihre Stellung in einer stabilen Hierarchie definitiv festgelegt sind, was ihnen die Macht gibt, Entscheidungen

zu treffen und durchzusetzen (vgl. SIEGRIST 1995; 244-251). Als zusätzliche Ursache für Dominanz der medizinischen Expertinnen erkennt SIEGRIST eine „Steuerungsmacht“ (vgl. ebd.; 244). Dieser Begriff beschreibt den praktischen, individuellen Umgang mit der den Ärztinnen gesellschaftlich und institutionell zugestandenen Macht. Diese besteht in dem Recht der Ärztinnen, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen in der konkreten Interaktionssituation aufzuteilen. So können sie darüber entscheiden, welcher Patientin sie wie viel Zeit widmen, bei wem sie welche Technik einsetzen, wer wie lange warten muss usw. (vgl. ebd.). Den Patientinnen werden in der Institution Krankenhaus Rollen zugewiesen, die häufig mit einem starken Einschränken ihrer Autonomie einhergehen. Das geschieht durch zahlreiche, die Patientinnen entmündigende Maßnahmen, wie Reglementierung des Tagesablaufes, Anordnung ständiger Erreichbarkeit, partielle soziale Isolierung u.a. (vgl. SCHMELING-KLUDAS 1988; 9-11). Auf diese Weise, durch den Entzug von Individualität und die Begrenzung von Autonomie, wird das Machtgefälle zwischen Ärztinnen und Patientinnen zusätzlich verstärkt. Anders als bei dem Aufsuchen einer Arztpraxis oder Ambulanz besteht für die Patientinnen im Krankenhaus kaum die Möglichkeit, dieser Institution zu entfliehen und sich nach Alternativen umzusehen (vgl. SIEGRIST; 245). So wird Eltern der stationär aufgenommenen Patientinnen keine genaue Zeit für das Aufklärungsgespräch übermittelt. Sie werden stattdessen aufgefordert, sich an einem bestimmten Tag in einer Zeitspanne (2 Stunden: von 14 bis 16 Uhr) im Krankenhaus aufzuhalten und auf das Erscheinen der Anästhesistinnen zu warten.

Für die Pädiatrie ergibt sich in der Ärztin-Patientin/Eltern-Interaktion eine besondere Situation dadurch, dass die Eltern bei allen Gesprächen anwesend und meistens Hauptgesprächspartnerinnen der Ärztinnen sind. Eltern bilden insofern Zwischenstationen und haben damit die Möglichkeit, die von den Ärztinnen kommenden Informationen bei der Weitergabe an ihre Kinder zu verändern und anzupassen. Anhaltspunkt dafür, dass ihnen diese Aufgabe auch durch die Ärztinnen zugeteilt wird, bietet das Zitat eines Anästhesisten<sup>51</sup>. Auf Grund der oben dargestellten Ursachen ärztlicher Macht, lassen sich in den einzelnen Gesprächen zwei verschiedene Ebenen voneinander trennen, auf denen jeweils die Steuerungsmacht (vgl. SIEGRIST; 244) der Expertinnen auf der Mikroebene des einzelnen Ärztin-Patientin-Kontaktes deutlich wird. Zum einen besteht bei jeder Kommunikation eine strukturelle Dominanz:

---

<sup>51</sup> Vgl. die auf Seite 69 zitierte Aussage eines Anästhesisten.

Anästhesistinnen entscheiden wie sie die Gespräche aufbauen, welche Themen angesprochen, welche ignoriert oder bewusst umgangen werden. Zum anderen variiert die Ausgestaltung ärztlicher Dominanz in der Kommunikation mit den Eltern und mit den Kindern. Dominanz hat also in jedem Ärztin-Patientin-Dialog eine quantitative und eine qualitative Ebene. Darauf, wie die Kommunikation mit den Eltern durch die Ärztinnen strukturiert wird, wurde bereits an anderer Stelle in dieser Arbeit eingegangen.<sup>52</sup> Zuerst soll es hier darum gehen, die strukturelle, quantitative Dominanz mit Hilfe einiger Beispiele zu verdeutlichen. So wird in drei Fällen das Gespräch durch das unangekündigte Erscheinen der Chirurgin unterbrochen (Gespräche Nr.4; 16 u. 18):

121Ä: (C1 und C2 kommen herein)<sup>53</sup> (laut) bitte, +ich hab mich nur schon mal vorgedrängelt

122C2: da sind wir. wir dürfen uns einmal+ ganz kurz?

123Ä: ja, auf jeden Fall

124C1: ich soll nochmal! gucken. ist das furchtbar? ja, ne? (Ä lacht) aber er hat gesagt ich soll nochmal gucken (gemeint ist C2) und Du machst das ganz klasse hat er gesagt, Du hältst stille, und das ging ganz prima zu gucken, hat er gesagt

125Ä: das is ´n +tolles Kind

126C1: so+, ja:, mach mal den Popo hoch (zieht die Hose herunter) guck +mal da

127K: Mama:!!+ (dreht den Kopf zu M die neben der Liege steht)

128M: ja +Mama ist hier

(Gespräch Nr.4)

Weder das Kind noch die Mutter werden von einem der drei Ärzte in diesem wie auch in den anderen Beispielen gefragt, ob sie eine Unterbrechung des Gespräches mit der Anästhesistin zulassen würden. Die Aussage: „das is ´n tolles Kind“ (Beitrag 125) bezieht sich ausschließlich auf das Funktionieren des Kindes für die Untersuchung durch die Ärztinnen, wie der vorangehende Beitrag der Chirurgin erkennen lässt (Beitrag 125). Wesentliches Kriterium ist dabei die Fügsamkeit gegenüber ärztlichem Handeln. In einem weiteren Gespräch wird klar, dass es in erster Linie nicht um die Kommunikation mit den Patientinnen geht, sondern um deren ständige Erreichbarkeit:

1 A: hallo mein Name is Name\*. ich bin der Narkosearzt. könn wir einmal bitte

---

<sup>52</sup> Vgl. Kapitel 5.1 Der Aufbau der Gespräche -Unterschiede und Gemeinsamkeiten.

<sup>53</sup> C1: Oberärztin der Chirurgie; C2: Arzt im Praktikum in der chirurgischen Abteilung; Ort: Ambulanz; Alter des Kindes: 5 Jahre und 9 Monate.

nochmal reingehn (in einen Untersuchungsraum)

- 2 M: aber klar. // (? :muss sie) mit? (gemeint ist K) nö  
3 A: doch is besser  
4 M: ja  
5 A: / +über den Kopf der Wichtigsten drüber sprechen  
6 M: willst Du mit? gut  
7 A: is nich gut  
8 M: nö aber

(Gespräch Nr.23)

Während des gesamten länger als neun Minuten dauernden Gespräches wird die sechseinhalb Jahre alte Patientin selbst nur einmal kurz angesprochen. Sie wird von dem Anästhesisten gefragt, ob sie einen weißen oder einen roten „Luftballon“ (vgl. Fußnote 27 auf Seite 59) vor der Operation „aufpusten“ wolle. Genau das, was der Arzt in Beitrag 5 und 6 als „nicht gut“ bezeichnet, ist nicht nur in diesem Gespräch eingetreten: die Patientin wird weitgehend ignoriert. Eine vermutlich nicht bewusst angewendete Strategie, Eltern zu entmündigen, ist deren Infantilisierung. Klar wird dies in den Zitaten: „Dann muss Mama noch unterschreiben.“ (Gespräch Nr.16), oder „Wollen wir die Mama mal fragen, ob du dir morgen die Zähne mal nicht putzen darfst?“ (Gespräch Nr.12). Der in den Zitaten zum Ausdruck kommende Wunsch der Ärztinnen nach einer Solidarisierung mit den Kindern hat die Abwertung der Eltern, in den genannten Beispielen die der Mütter, zur Folge. Eltern sind dann nicht auf einer Ebene mit den Ärztinnen kommunizierende erwachsene Menschen, die entsprechend ihrer hohen Verantwortung für ihre Kinder umfassend zu informieren sind, sondern ihnen wird mit dem Wort „Mama“ die Position zugewiesen, die der Perspektive ihrer (kleinen) Kinder entspricht. Ihre Aufgaben bestehen dann in der unmittelbaren Befriedigung von Bedürfnissen (vgl. RÖSLER/SZEWCZYK/WILDGRUBE 1996; 135-141). Hinzukommt, dass dieser Begriff die Verwandtschaftsposition der Mutter betont, womit in der Bewertung durch Ärztinnen häufig ein wenigstens teilweises Absprechen der Rationalität einhergeht (vgl. BERGER 2003; 5). Nicht in allen, aber doch bei einer Vielzahl der untersuchten Ärztin-Eltern/Patientin-Dialoge wird wie in den dargestellten Beispielen klar, dass die Kommunizierenden eine „Warenbeziehung“ eingegangen sind (vgl. WEIDMANN 1990; 49). Der organisatorisch-institutionelle Rahmen bietet die Voraussetzungen für die Dominanz der Ärztinnen (vgl. SIEGRIST 1995; 246). Unterbrechungen von Gesprächen und das Ignorieren von Patientinnen sind zwei fast

als selbstverständlich akzeptierte Beispiele für die konkrete Ausübung ärztlicher Macht in der Ärztin-Patientin-Beziehung. Grundlegendes Merkmal dieser Beziehung ist, dass die Patientinnen für das Erlangen der Ware Gesundheit auf die Ärztinnen angewiesen sind und sich damit gerade im Krankenhaus in der untergeordneten Position von Abhängigen befinden.

Wie wird Macht in der jeweiligen Situation der Kommunikation zwischen Ärztin und Eltern genau umgesetzt? Die Anästhesistinnen sind gegenüber unterschiedlichen Menschen auch verschieden dominant und individualisieren ihr Verhalten. Nachvollziehbar wird dieses Vorgehen, wenn Ärztinnen die Schilderungen der zur Vor- und Nachbereitung der Narkose notwendigen medizinischen Tätigkeiten mit bis ins kleinste Detail reichenden Anordnungen für die Eltern verbinden, wie aus dem folgendem Transkript hervorgeht:

117A: ///+ nein, das is klar. okay. ähm, ja was gehört noch erwähnt?  
äh, Schmerzn haben wir besprochn. äh, das die Schwestern aus ´m  
Aufwachraum hier anrufn is klar?

118M: hmhm

119A: es gibt da ´n Stuhl. Sie setzn sich nebn ihr Bett. sie bleibt da in etwa ´ne  
Dreiviertelstunde Stunde

120M: hmhm

(Gespräch Nr.36)

Besonders in Beitrag 119 verfällt der Arzt in die dozierende Rolle desjenigen, der der Mutter Anordnungen erteilt. Abgesehen von der mit anordnendem Verhalten der Ärztinnen einhergehender Entmündigung der Patientinnen, ist diese auch deshalb überflüssig, weil es sich in diesem Fall um keine wichtige evtl. unter Zeitdruck zu treffende ärztliche Anweisung handelt. Dominanz drückt sich nicht nur in Anweisungen, größerer Anzahl an Initiativen<sup>54</sup> und dem Bestimmen der Grundstruktur der Gespräche aus, sondern auch darin, dass für Patientinnen und Eltern Entscheidungen getroffen werden, obwohl offensichtlich Alternativen bestehen:

83 A: so, das is alles okay. Labor wird noch abgenommn wenn der Zugang gelegt  
+wird

84 M: hmhm+

85 A: da kriegn wir dann auch noch Informationen

---

<sup>54</sup> Vgl. Kapitel 4: Die formale Analyse der Prämedikationsgespräche.

- 86 M: bin ich dabei, denn? da kipp ich um. das sag ich Ihn so /
- 87 A: müssn Sie nich dabei sein
- 88 M: müsste, muss!, +muss ich nich?
- 89 A: muss nicht.
- 90 M: also
- 91 A: +müssn /(?;Sie) nich
- 92 M: aber besser is,+ ne?
- 93 A: das machn wir / zwei das macht da die Stationsärztin. nee, müssn Sie nicht.  
Sie könn draußn wartn. das muss man nicht sich antun. ´n bisschen piekt  
das schon und; (5 Sek.) sonst noch Fragn zur, zur Narkose? zum Ablauf?

(Gespräch Nr.18)

In Beitrag 93 entscheidet der Arzt für die Mutter, dass „man sich (das) nicht antun“ muss. Er geht nicht auf die Ängste der Mutter ein und versucht zu erfragen, weswegen sie befürchte „umzukippen“ (Beitrag 86). Dabei bleibt er nicht neutral, indem er die möglichen Vor- und Nachteile der Anwesenheit der Mutter darlegt, sondern verallgemeinert deren Angst mit der Verwendung des Wortes „man“ (Beitrag 93). Als Reaktion auf die durch die Mutter signalisierte Hilflosigkeit und Unentschlossenheit: „aber besser is, ne?“ (Beitrag 93), übernimmt der Arzt die Position des Entscheidenden. Zu vermuten ist, dass sich hinter diesem paternalistischen Verhalten die Angst des Arztes verbirgt, mit starken Emotionen der Mutter konfrontiert zu werden. Deutlich wird dies in dem plötzlichen Abbruch des Beschreibens der mit dem Legen eines venösen Zuganges verbundenen Unannehmlichkeiten, und der sich anschließenden Frage, ob noch Fragen zum Ablauf der Narkose bestehen (Beitrag 93). Damit verschiebt der Arzt das Thema von einer emotionalen, für ihn selbst und für die Mutter mit dem Empfinden von Angst einhergehenden, auf eine rationale Ebene. Was „man sich antun“ muss, kann letztlich nur die Mutter selbst bestimmen. An dieser Stelle sei erneut darauf hingewiesen, dass auch das kontrollierte Einsetzen der Angst vor dem Tod bzw. vor schweren Erkrankungen Mittel ärztlicher Dominanz ist.<sup>55</sup> Durch das Aufzeigen vermeintlicher Grenzen ärztlichen Handelns und das damit beabsichtigte Erzwingen von Compliance, verkehrt sich vorgebliche Ohnmacht in ihr Gegenteil. Die Demonstration technischer und pharmakologischer Potenz,<sup>56</sup> mit der sich angeblich alle auftretenden Komplikationen beherrschen lassen, steht in Kontrast zu der lapidaren Bemerkung, man

<sup>55</sup> Vgl. 6.1 „Die fallen ja um wie tot.“-Angst: Äußerung und Verdrängung.

<sup>56</sup> Vgl. Kapitel 5.1.4 Die Schilderung des Ablaufes der Narkose.

könne bei unzureichender Nüchternheit „sterben“ (z.B. Gespräch Nr.28). Damit besteht zumindest die Gefahr, dass der Eindruck bei Patientinnen und Eltern erweckt wird, der Tod sei Strafe für Fehlverhalten, da die Ärztinnen ihre Möglichkeiten, Leben zu sichern und zu retten eben nur bei denen einsetzen, die zuvor ihre Anweisungen befolgt haben. Wie reagieren die Anästhesistinnen, wenn ihre Position infrage gestellt wird? Direktes Infragestellen ärztlicher Dominanz konnte in keinem der Gespräche gefunden werden. In allen Fällen wird ärztlicher Autorität indirekt und unbeabsichtigt keine Folge geleistet. Die Reaktionen der Ärztinnen darauf sind verschieden und reichen von Wut bis zu Ignoranz. Besonders deutlich wird die Machtfantasie eines Anästhesisten, der einige Minuten auf eine Mutter und ihren Sohn warten musste, in nachstehendem Zitat:

- 1 M: gutn Tag
- 2 A: mein Name is Name\*. +Sie sind Frau;
- 3 M: tut mir leid,+ ja
- 4 A: macht nichts.
- 5 M: (an B) hallo
- 6 A: zweimal kommn is besser
- 7 M: ja ich ////
- 8 A: wir habn zwar gerade ´ne Schwester losgeschickt aber macht ja nichts
- 9 M: ich war ebn auf Toilette und da hab ich mich von irgndwo anders; tut mir Leid (lacht), also;
- 10 A: in Zukunft machn wir die elektronische Fessel
- 11 M: ah ja

(Gespräch Nr.27)

Der Verfügbarkeitsanspruch den die Ärztinnen gegenüber den Patientinnen zu haben glauben, wird an keiner anderen Stelle so nachvollziehbar wie in diesem Transkript. Eltern, die den Vertreterinnen der Institution Krankenhaus nicht in dem ihnen genannten Zeitraum uneingeschränkt zur Verfügung stehen, wird mit der „elektronischen Fessel“ (Beitrag 10) gedroht. Diese Drohung bildet den Höhepunkt einer Strategie, die darauf abzielt, die Mutter in die Rolle derjenigen zu verweisen, die sich zu entschuldigen und damit die Einsicht in ihre machtlose Stellung zu bekräftigen hat. Dass die Mutter des Patienten sich entschuldigt, (Beitrag 3) und so versucht, den Arzt in seiner dominanten Position zu bestärken, noch bevor dieser überhaupt einen Vorwurf geäußert hat, kann ihn nicht davon abhalten, Bestrafungsfantasien zu äußern. Er ist derartig gekränkt, dass auch mehrmalige Erklärungsversuche und das wiederholt zum Ausdruck gebrachte

Bedauern der Mutter nicht ausreichen, ihn von ironisierten Vorwürfen und dem Wunsch nach gefängnisähnlichen Zuständen in dem Kinderkrankenhaus abzubringen. In den übrigen der insgesamt wenigen Situationen, in denen ärztliche Dominanz durch Eltern oder Kinder infrage gestellt wird, sind die Reaktionen deutlich moderater. Allerdings finden diese Angriffe gegen die ärztliche Autorität auch auf der inhaltlich individuellen Ebene während des Gespräches statt. Somit können Ärztinnen in diesen Fällen unmittelbar, und oftmals abwehrend, reagieren:

27 A: aber siebenunddreißig acht? ob man das immer so merkt?

28 M: ja. na ja die sind; (A lacht) sie is wahrscheinlich auch noch kleiner als ihre Kinder, ne?

29 A: nö

30 M: ach so (lacht)

31 A: (M lacht laut) nich viel, nich viel kleiner. was is sie? zwei. na mein Sohn is drei

32 M: ja

(Gespräch Nr.30)

Zu Beginn dieses Wortwechsels bezweifelt der Arzt die Fähigkeit der Mutter, geringe Erhöhungen der Körpertemperatur bei ihrem Kind zu bemerken (Beitrag 27). Daraufhin stellt diese die Kompetenz des in der Pädiatrie tätigen Oberarztes in Frage, indem sie seine fachliche auf eine persönliche Erfahrung reduziert (Beitrag 28). Auf diese Weise spricht sie dem Arzt den Expertenstatus ab und versucht, ihn in ihrer Rolle als Mutter zu übertreffen (Beitrag 28). Der Oberarzt wiederum kann sich auf die Argumentation der Mutter einlassen, da es ihm mühelos möglich ist, das Vorurteil der Mutter zu widerlegen und auch auf diesem Gebiet - dem Bereich privater Erfahrungen mit Kindern - seine Position zu verteidigen (Beitrag 29-31).

#### 6.4. „aber nicht Herr...“ - Bedingungen für das Aneignen von Macht durch PatientInnen

Wie es unter bestimmten Bedingungen möglich ist, vorgegebene therapeutische Handlungszusammenhänge anzuzweifeln und zum Gegenstand von Verhandlungen zu machen, zeigt sich in Gespräch Nr.38<sup>57</sup>. Die sechzehnjährige Patientin setzt sich in insgesamt drei Bereichen mit ihren Wünschen gegenüber dem Arzt durch.

---

<sup>57</sup> Das vollständige Transkript dieses Gespräches findet sich im Anhang. Aus diesem Grund beschränke ich mich im Folgenden auf ein knappes für eine Orientierung notwendiges Zitieren.

#### 6.4.1 Technische Durchführung/Einleitung der Narkose: „keine Maske“ (Beitrag 87-107)

Sowohl die Argumentation der Patientin als auch die Reaktionen des Arztes auf deren Wünsche sind verschieden. Im ersten Bereich begründet die Mutter der Patientin den Verzicht auf die Sauerstoffmaske bei der Einleitung der Narkose mit den Erfahrungen über Nebenwirkungen:

107M: dann wird ihr schlecht sagt sie

108A: nee, /

109M: dann spuckt sie hinterher eimerweise wieder, ne?

(Gespräch Nr.38)

Der Arzt reagiert, indem er den Sinn der Sauerstoffmaske erläutert und mit der Patientin verhandelt:

94 A: wir müssn das überhaupt nich über ´ne Maske machn. +man kann;

95 K: hmhm+

96 A: wir können dir auch einfach ´n Schlauch in ´n Mund haltn, a- an den Mund haltn

97 K: hmhm. die lassn immer die Maske so ´n bisschen von weitm so

98 A: so

99 K: so

100A: aber da hast Du nichts gegn wenn die so am Hals oder an der Ecke oder irgndwo so is, ja?

101K: in der Reichweite von mir hier

102A: in der Reichweite. +das is klar

103K: hmhm+

(Gespräch Nr.38)

#### 6.4.2 Prämedikation: „keine Beruhigungsmittel“ (Beitrag 117-131)

Innerhalb des zweiten Bereiches (Prämedikation) argumentiert die Patientin mit der Erfahrung der Wirkungslosigkeit der bei allen anderen Patientinnen als Standard verabreichten Medikamente:

127K: das bringt sowieso nichts (M lacht) da müssn Sie mir die doppelte Menge; also dreifache Menge gebn aber, sonst bringt das nichts

(Gespräch Nr.38)

Dem fügt die Patientin noch ein zweites Argument hinzu. Sie möchte sehen, wer bei ihr die Narkose durchführt. Dazu ist sie in sediertem Zustand nicht in der Lage:

131K: ich muss mir vorher die Leute angucken wenn vor der OP is, so die  
Schwestern und Narkoseärzte

132A: hmhm

133K: wer da so /

134A: aber Du kennst uns ja alle

135K: ja, trotzdem

(Gespräch Nr.38)

Hier reagiert der Anästhesist, indem er mehrmals nachfragt (Beiträge 117; 122; 126; 134; 136) und so seine Missbilligung der Entscheidung signalisiert. Dass ihm offenbar selbst auffällt wie häufig er nachfragt, ist in Beitrag 140 dokumentiert:

140A: ne? ja. gut. nur es kommt nich so oft vor. deshalb frag ich einfach nochmal  
nach

(Gespräch Nr.38)

#### 6.4.3 Personal: „den hat sie nicht so gern“ (Beitrag 169-180)

Die Ablehnung des Chefarztes als den die Narkose durchführenden Anästhesisten bildet den dritten Bereich, in welchem die Patientin sich durchsetzt. Begründung für die Ablehnung ist eine persönliche Abneigung und, wie aus den Aussagen der Mutter (Beiträge 171 und 173) hervorgeht, auch das Ignorieren von Wünschen der Patientin durch den Chefarzt bei der Einleitung vorangegangener Narkosen:

169K: aber nicht Herr Name\* (des Chefarztes der Abteilung für Anästhesie), ne?

170A: also;

171M: den hat sie nicht so gern weil er +ihr trotzdem

172A: //+

173M: die Maske gibt wenn; äh obwohl sie die nicht haben will

174A: gut, das werd ich besprechn

175M: hmhm

176A: ne? magst Du nich? also;

177K: ich mag den überhaupt nicht (M lacht). also +auf ganze Art /

178A: nö.+ gut, okay. aber wir sind äh insgesamt fünf Leute +und Du

179K: hmhm+

180A:      kennst uns alle Name\* (von K) und ich denke den mit dem Du am ehesten klar kommst oder dem Du am ehesten vertraust. das machn wir dann

(Gespräch Nr.38)

Erstaunlich wenig Widerstand wird dieser Forderung der Patientin entgegengebracht. Dabei muss berücksichtigt werden, dass der hier gesprächsführende Arzt nicht befugt ist, ohne Absprache mit seinen Vorgesetzten Eingriffe in die Personalplanung vorzunehmen. Die Beantwortung der Frage, inwieweit die Vorstellungen der Patientinnen im Operationsraum tatsächlich umgesetzt werden, bleibt offen. Im Rahmen des Prämedikationsgespräches jedenfalls geht der Arzt vollständig auf die Forderungen der Patientin ein und sichert ihr das Umsetzen ihrer Wünsche zu.

### 6.5 Ärztliche Macht im Vergleich mit den Ergebnissen der Visitenforschung

Aus Kapitel 6.4 geht hervor, dass mehrere für die Patientin positive Bedingungen zu einem erfolgreichen Durchsetzen ihrer Interessen beitragen:

1. Die Unterstützung durch ihre Mutter.

Mit insgesamt acht Initiativen (Gespräch Nr.38/Beiträge 80, 107, 109, 121, 129, 139, 167 und 171) signalisiert sie dem Arzt direkt, dass sie die Vorstellungen ihrer Tochter teilt. In Beitrag 167 leitet sie mit der Frage: „und wer macht morgen die Narkose?“ (Gespräch Nr.38/Beitrag 167) ein ihrer Tochter wichtiges Thema ein, und verschafft ihr damit die Gelegenheit, ihre Personalwünsche zu äußern. Sie erfüllt so eine wichtige Bedingung für die Anwendung von Strategie 2.<sup>58</sup>

2. Das Alter der Patientin.

Mit 16 Jahren ist sie eine der ältesten der bei der Datenaufzeichnung angetroffenen Patientinnen. Nur eine Patientin ist gleich alt und ein Patient ist mit 18 Jahren älter. Der Anästhesist hält sich hier an die juristischen Vorgaben, nach denen für Therapieentscheidungen nicht Volljährigkeit sondern Einsichtsfähigkeit notwendig ist.<sup>59</sup>

3. Die Patientin ist auf Grund ihrer chronischen Erkrankung außergewöhnlich gut informiert.

Im Verlauf des Gespräches wird deutlich, dass die Patientin sich mit jedem einzelnen zur Durchführung der Narkose erforderlichen Schritt sehr gut auskennt. Des Weiteren weiß sie um die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten. Zudem ist ihr das gesamte Personal der Abteilung für Anästhesie gut bekannt, woraus sich Sympathien

---

<sup>58</sup> Vgl. 5.2.1 Strategien der Ärztin/Arzt-Kind-Kommunikation.

<sup>59</sup> Vgl. 6.1 „Das wollen wir vielleicht gar nicht wissen.“ –Diskurs zur Risikoaufklärung.

und Antipathien gegen einzelne Mitarbeiterinnen entwickelt haben. Nach Angabe der Mutter wurden bereits mehr als 100 Narkosen vorwiegend in dieser Klinik bei ihrer Tochter durchgeführt.

4. Der Patientin geht es zu dem Zeitpunkt, an dem das Gespräch stattfindet, relativ gut. Sie leidet weder unter starken Schmerzen noch unter hohem Fieber. Medikamente, die ihr Bewusstsein einschränken, hat sie nicht erhalten.

Diese vier Faktoren: relativ hohes Alter, Unterstützung durch die Mutter, ein hoher Grad an Informiertheit und ungetrübtes Bewusstsein sind die Ursachen für die vergleichsweise weitgehende Verringerung der Asymmetrie in diesem Gespräch. Zusammenfassend lässt sich anhand der aufgeführten Beispiele eine Dominanz der Expertinnen und eine damit einhergehende Asymmetrie in den Ärztin-Patientinnen-Beziehungen klar erkennen. Diese ist jedoch nicht so stark ausgeprägt, wie in den Gesprächen während der Visite. Da die Ärztinnen den Patientinnen und Eltern alleine und direkt im Gespräch gegenüberstehen, haben Erstgenannte weniger Möglichkeiten, die Kommunikation im Sinne von NOTHDURFT „undurchlässig“ zu machen (vgl. NOTHDURFT 1982; 23-35). Die Tatsache, dass die Expertinnen hier nicht wie bei der Visite im Team auftreten, verunmöglicht das Anwenden einiger ausweichender Kommunikationsstrategien. So ist u.a. der Adressaten- oder Themenwechsel nach SIEGRIST, bei dem die Ärztin eine konkurrierende Initiative gegenüber den Mitgliedern des Teams einbringt, nicht möglich (vgl. SIEGRIST 1995; 251-253). Ein weiterer Grund für die verhältnismäßig geringe Ausprägung der Machtdifferenz könnte auch darin liegen, dass die Ärztinnen in der pädiatrischen Anästhesie oft in weit höherem Maß auf Kooperation und Compliance durch Eltern und Patientinnen angewiesen sind, als dies z.B. für auf einer typischen Station einer Abteilung für Innere Medizin tätige Ärztinnen eines Krankenhauses der Regelversorgung der Fall ist. Das Übergehen von Fragen und ein deutliches Festhalten an Machtpositionen durch die Ärztinnen könnten das reibungslose Durchführen der Narkose und das davon abhängende Gelingen der Operation gefährden. Die hohe Abhängigkeit von einem kooperativen Verhalten der Patientinnen veranlasst die Anästhesistinnen deshalb dazu, den Kindern und deren Eltern gegenüber ein Stück weit ihre dominanten Positionen zu verlassen.

## 7. Zusammenfassung

Die verbale Interaktion zwischen Ärztinnen, Kindern und Eltern zu untersuchen, ist das Ziel dieser Arbeit. Die Auswertung der zuvor transkribierten Gespräche erfolgte überwiegend qualitativ, eine zuvor durchgeführte quantitative Analyse soll eine grobe Orientierung ermöglichen und die inhaltliche Analyse ergänzen. Festzustellen ist, dass gegenüber in der bisherigen Forschung dargestellten Kommunikationsprozessen mit Erwachsenen, die Präsenz von Kindern dazu führt, dass Ärztinnen ihr Verhalten verändern. Ihre machtvollen Position bleibt dabei weitgehend erhalten, stellt sich jedoch nicht so unflexibel dar wie in den bisher untersuchten Gesprächen mit erwachsenen Patientinnen während der Visite und bei bildgebenden Verfahren. Eine Voraussetzung für das zeitweise Infragestellen ärztlicher Machtpositionen ist das Durchbrechen der von den Ärztinnen angestrebten Routine. Dies geschieht sowohl durch die Eltern als auch durch die Kinder. Die Rolle der Eltern ist dabei entscheidend: wenn diese ihre Kinder ermutigen und ihnen ihre Unterstützung signalisieren, bestehen für diese Chancen, von den Ärztinnen gehört zu werden. Es konnte dargestellt werden, dass unter diesen Bedingungen auch junge Kinder durchaus in der Lage sind, Fragen zu formulieren, Ängste auszudrücken und aus den Antworten der Ärztinnen zu verstehen welche Eingriffe an ihnen durchgeführt werden sollen. Zu den Bedingungen, unter denen Kinder eher bereit sind, selbst in Gespräche einzugreifen, gehört auch das Verhalten der Ärztinnen. Signalisieren diese Offenheit und Sympathie, sinkt die Schwelle für Erwachsene und Kinder, die Initiative zu ergreifen. Das Führen von Gesprächen unter Zeitdruck, routinierte minutenlange Monologe sowie in Floskeln verpackte Fragen erschweren Patientinnen die Selbstermächtigung oder Verunmöglichen sie sogar. Ziel eines Gespräches soll es sein, dass Ängste von Patientinnen und Eltern vor der Narkose erkannt werden und so Unterstützung bei deren Bewältigung angeboten werden kann. Dies ist weniger unter ökonomischen und juristischen Aspekten notwendig, sondern vor allem deshalb, weil Ängste Qualen bedeuten, die genau wie die daraus für jeden einzelnen Menschen resultierenden Folgen vermieden oder zumindest begrenzt werden können. Leiden wird nicht nur durch direkte physische medizinische Eingriffe, sondern auch durch das Nicht-Wissen über diese verursacht oder verschlimmert. Wenn man der Aussage zustimmt, dass die Verminderung des Leidens für den einzelnen Menschen oberstes Ziel alltäglicher ärztlicher Praxis sein muss, dann ist die Forderung nach umfassender Information und damit die Gabe von potentieller Macht an Patientinnen,

d.h. ihre Ermächtigung, zu unterstützen. Dass dies auch bei sehr jungen Patientinnen möglich ist, wurde in dieser Arbeit gezeigt. Welche konkreten Forderungen zu erheben sind, um eine strukturelle, allgemeine Verbesserung in der Kommunikation zwischen Ärztinnen, Kindern und Eltern zu erreichen, kann die Fragestellung zukünftiger Analysen sein.

## Literaturverzeichnis

- Aden, Anneke: Diagnostik, Aufklärung, Ausbildung - Sonographie als Herausforderung. Med. Diss. Hamburg 2004
- Adler, Rolf u. Hemmeler Willi: Anamnese und Körperuntersuchung. Stuttgart; Jena; New York 1992
- Barneschi, M.G.; Miccinesi, G.; Marini, F.; Bressan, F.; Paci, E.: Informing patients about risk and complications of anesthesia. *Minerva Anesthesiol.* 2002 Nov; 68(11): 811-8, 818-23
- Becker, Howard S. u. Blanche, Geer: Teilnehmende Beobachtung: Die Analyse qualitativer Forschungsergebnisse. In: Hopf, Christel u. Weingarten, Elmar: *Qualitative Sozialforschung.* Stuttgart 1979
- Berger, Margarete: Zur Arbeit von und mit Eltern. Transkript der Abschiedsvorlesung. Psychosom. Abt. d. Univ.-Klinik f. Kinder- und Jugendmedizin. Hamburg 2003
- Bergmann, Jörg R.: Konversationsanalyse. In: Flick, Uwe: *Handbuch Qualitative Sozialforschung.* Weinheim 1995
- Bliesener, T. u. Köhle, Karl: Die ärztliche Visite -Chance zum Gespräch. Opladen 1986
- Bru, G.; Carmody, S.; Donohue-Sword, B. u. Bookbinder, M.: Parental visitation in the post-anesthesia care unit: A means to lessen anxiety. *Child Health Care.* 1993 Summer; 22(3): 217-26
- Bühler, K. E. u. Bieber, L.: Präoperative Angst, Therapieaufklärung und Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. *Dt. Ärzteblatt* 6, 1985, 339-343
- Buscham, Helmut: Beobachtungen zur Arzt-Patient-Kommunikation bei Ultraschalluntersuchungen. Med. Diss. Hamburg 1997
- Buser, Kurt u. Kaul-Hecker, Ursula: *Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie.* Stuttgart; Jena; New York 1996
- Deppe, Hans-Ulrich: Der Beitrag der Medizinischen Soziologie zur Gesundheitspolitik. In: Trojan, Alf u. Döhner, Hanneli (Hrsg.): *Gesellschaft, Gesundheit, Medizin.* Frankfurt am Main 2002
- Dettmeyer, Reinhard: *Medizin und Recht für Ärzte.* Berlin 2001
- Domar, A.D.; Everett, L.L. u. Keller, M.G.: Preoperative anxiety: is it a predictable entity? In: *Anesth. Analg.* Dez. 1989; 69 (6): 763-767
- Ehlich, Konrad und Switalla, Bernd: Transkriptionssysteme - eine exemplarische Übersicht. In: *Studium Linguistik 2.* Kronberg/Ts. 1976: 78-105

- Ellis, R.; Leventhal, B.: Information needs and decision making preferences of children with cancer. Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol: (1993) 1492
- Ellsäßer, Susanne Gudrun: Die ärztliche „Individualität“ bei der anästhesiologischen Verlaufs- und Risikoaufklärung. Med. Diss. Tübingen 1995
- Evers, Adalbert u. Nowotny, Helga: Über den Umgang mit Unsicherheit. 1. Aufl. Frankfurt a. M. 1987
- Flick, Uwe u.a.(Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Weinheim 1995
- Flick, Uwe: Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: ders. Hrsg.: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Weinheim 1995
- Franz, Karljosef u. Hansen, Karl-Justus: Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht. 2. Aufl. München 1997
- Frei, Franz; Jonmarker, Christer u. Werner, Olof: Kinderanästhesie. 2. Aufl. Heidelberg 1999
- Gaus, Ekkehard u. Köhle, Karl: Ängste des Patienten-Ängste des Arztes Anmerkungen zur Konfliktaustragung in einer schwierigen Visite bei einem Todkranken. In: Köhle, Karl u. Raspe, Hans-Heinrich: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München-Wien-Baltimore 1982
- Gehrlein, Markus: Leitfaden zur Arzthaftpflicht. München 2000
- Gerhardt, Uta: Krankheits- und Patientenkarrieren. In: Flick, Uwe u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Weinheim 1995
- Glaser, Barney G. u. Strauss, Anselm L.: Grounded Theory. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1998
- Jähig, Christian u. Koch, Uwe: Die Arzt-Patient-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses -Eine empirische Untersuchung. In: Köhle, Karl u. Raspe, H.-H.(Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München; Wien; Baltimore 1982
- Jungermann, Helmut u. Slovic, Paul: Die Psychologie der Kognition und Evaluation von Risiko. In: Bechmann, Gotthard (Hrsg.): Risiko und Gesellschaft. Opladen 1993
- Jungermann, Helmut; Rohrman, Bernd u. Wiedemann, Peter (Hrsg.): Risiko-Konzepte Risiko-Konflikte Risiko-Kommunikation. Monographie des Forschungszentrums Jülich. Jülich 1990
- Kahlke, Winfried u. Reiter-Theil, Stella (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Stuttgart 1995
- Kain, Z.N.; Caldwell-Andrews, A.; Wang, S.M.: Psychological preparation of the parent and pediatric surgical patient. Anesthesiol. Clin. North America. 2002 Mar; 20(1): 29-44

- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; Weisman, S.J. und Hofstadter, M.B.: Social adaptability, cognitive abilities and other predictors for children´s reactions to surgery. J. Clin. Anesth. Nov. 2000; 12(7): 549-554
- Kain, Z.N.; Mayes L.C.; O´Connor, T.Z. u. Cichetti, T.V.: Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. Dez. 1996; 150(12): 1238-1245
- Kasten, Erich; Schimmelmann, Benno u. Sabel, Bernhard: Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie. Weinheim 1994
- Kaupen-Haas, Heidrun: Medizinische Soziologie. In: Korte, Hermann u. Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Einführung in die Praxisfelder der Soziologie. 2. Aufl. Opladen 1997
- Kaupen-Haas, Heidrun: Zur Soziologie der Körperbilder und der sozial-technischen Kommunikation in der Medizin. Vortrag am 24.04.1994 in Hamburg
- Kierkegaard, Sören: Der Begriff Angst. Frankfurt am Main 1984. Übersetzung des Originalwerkes von 1844 aus dem Dänischen.
- Kirchner, Viola: Zur Soziologie der Arzt-Patient-Kommunikation bei der Ultraschalluntersuchung: Med. Diss. Hamburg 1999
- Köberlein, Klaus: Von der Risikoermittlung zur Sicherheitsanalyse. In: Krüger, Jens u. Ruß-Mohl, Stephan (Hrsg.): Risikokommunikation. Berlin 1991
- Köhle, Karl u. Raspe, H.-H. (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München; Wien; Baltimore 1982
- Lamontagne, L.L.; Hepworth, J.T. u. Salisbury, M.H.: Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. Appl. Nurs. Res. Aug. 2001; 14(3): 119-124
- Larsen, Reinhard: Anästhesie. 8. Aufl. München, Jena 2002
- Lenzen, Dieter: Krankheit als Erfindung -Medizinische Eingriffe in die Kultur. Frankfurt am Main 1991
- Luhmann, Niklas: Soziologie des Risikos. Berlin; New York 1991
- Mergenthaler, Erhard: Die Transkription von Gesprächen. Ulm 1992
- Mortsiefer, Achim: Der Arzt, sein Patient und das Risiko. Münster 1998
- Nordmeyer, Jutta: Formal-quantitative Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung während der Visite. In: Köhle, Karl u. Raspe, H.-H.: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München; Wien; Baltimore 1982

- Nothdurft, Werner: Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus-Visiten. In: Köhle, Karl u. Raspe, H.-H.: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München; Wien; Baltimore 1982
- Novotny, Helga u. Evers, Adalbert: Über den Umgang mit Unsicherheit. 1. Aufl. Frankfurt am Main 1987
- Peters, Hans Peter: Durch Risikokommunikation zur Technikakzeptanz? In: Krüger, Jens u. Ruß-Mohl, Stephan (Hrsg.): Risikokommunikation. Berlin 1991
- Peterssen, Wilhelm H.: Wissenschaftliches Arbeiten: eine Einführung für Schüler und Studenten. 5. Aufl. München 1987
- Prins, Pier J. M.: Anxiety in Medical Settings. In: Ollendick, H. Thomas; King, Neville J. u. Yule William: International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. New York 1994
- Pschyrembel-Klinisches Wörterbuch. 258. Aufl. Berlin; New York 1998
- Quasthoff-Hartmann, Uta: Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, Karl u. Raspe, H.-H. (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München; Wien; Baltimore 1982
- Pauli, P.; Birbaumer, Niels: Intensivmedizin, Notfallmedizin und chirurgische Eingriffe. In: Schmidt, Robert; Unsicker, Klaus (Hrsg.): Lehrbuch Vorklinik. Köln 2003
- Reiter, Gabriele: Beobachtungen von internistischen Stationsvisiten im Zusammenhang mit Versuchen, die Pflege zu reformieren. Med. Diss. Hamburg 1991
- Rösler, Hans-Dieter; Szewczyk, Hans u. Wildgrube, Klaus: Medizinische Psychologie. Heidelberg; Berlin; Oxford 1996
- Schmeling-Kludas, Christoph: Die Arzt-Patient-Beziehung im Stationsalltag. In: Koch, Uwe (Hrsg.): Psychologie in der Medizin. Weinheim 1988
- Scholz, Herwig: Kommunikation im Gesundheitswesen. Göttingen 1999
- Siegrist, Johannes: Medizinische Soziologie. München; Wien; Baltimore 1995
- Siegrist, Johannes: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: Köhle, Karl u. Raspe, H.-H.: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München; Wien; Baltimore 1982
- Siegrist, Johannes: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart 1978
- Siegrist, Johannes; Birbaumer, Niels: Ärztliches Handeln. In: Schmidt, Robert; Unsicker, Klaus (Hrsg.): Lehrbuch Vorklinik. Köln 2003
- Spann, W. u. Liebhardt, E.: Ärztliche Rechts- und Standeskunde. In: Schwerd, Wolfgang (Hrsg.): Rechtsmedizin. Köln 1992

- Stamer, U.; Wolf, H.; Hoeft, A. u. Biermann, E.: Geburtshilfliche Epiduralanalgesie: Aufklärung und Dokumentation. *Anästh. Intensivmed.* 2000: 104-112
- Uexküll, T. von: Geleitwort. In: Adler, R. und Hemmeler W.: *Anamnese und Körperuntersuchung.* Stuttgart; Jena; New York 1992
- Wachtel, J.; Rodriguez, J.R.; Geffken, G.R.; Graham-Pole, J. u. Turner, C.: Children awaiting invasive medical procedures: do children and their mothers agree on child's level of anxiety? In: *J. Pediatr. Psychol.* Dez. 1994; 19 (6) 723-735
- Weidmann, Reiner: *Rituale im Krankenhaus: Eine ethnopsychanalytische Studie zum Leben in einer Institution.* Wiesbaden 1990
- Westphale, Claus u. Köhle, Karl: Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle, Karl u. Raspe, H.-H.: *Das Gespräch während der ärztlichen Visite.* München; Wien; Baltimore 1982
- Wiedemann, Peter: Gegenstandsnahe Theoriebildung. In: Flick, Uwe (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung.* Weinheim 1995
- Wilker, Friedrich-Wilhelm; Bischoff, Claus u. Novak, Peter (Hrsg.): *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie.* München; Baltimore 1994
- Zuwala, R. u. Barber K. R.: Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. *AANA J.* 2001 Feb; 69(1): 21-5

## Anhang

### Transkriptionszeichen

/	akustisch beim Transkribieren nicht verstandenes Wort
(?:)	mutmaßlicher Wortlaut
( )	Kommentare
-	Wortabbruch, Stottern, fehlende Silbe
+...+	gleichzeitiges Sprechen von zwei oder mehr Personen
:	Dehnung (z.B. bei Ausrufen)
hmhm-	Verneinung
,	Pause, kürzer als 2 Sekunden
(2 Sek.)	Pause von mindestens 2 Sekunden Dauer
.	neuer Gedanke/neues Thema
;	Satz- oder Gedankenunterbrechung
!	Hervorhebung, Betonung
?	Frage
Name*	Ersatz für alle im Gespräch genannten Namen von Personal, Patientinnen und Orten
K	Kind
M	Mutter
Ä	Anästhesistin
A	Anästhesist
C	Chirurgin/Chirurg
B	Beobachter (Verfasser der Arbeit)

-Alle verwendeten Satzzeichen sind Betonungszeichen.

-Substantive, Eigennamen, Anrede und die dazugehörigen Possessivpronomen werden großgeschrieben. Alle anderen Worte, auch am Satzanfang, werden kleingeschrieben.

## **Daten zu Gespräch Nummer 38**

Datum: 29.11.2001

Ort: Stationszimmer/Einzelzimmer

Gesamtdauer: 7 min/18 Sek

voraussichtliche Dauer des Eingriffes: ca. 30 Minuten

Alter der Eltern: Mutter 41 Jahre (Vater nicht anwesend)

### Daten des Kindes:

Alter: 16 Jahre

Geschlecht: weiblich

Aufnahmeart: stationär

Diagnose/Vorerkrankung: chronisch intestinale Adynamie; Infektion

Geplanter Eingriff: Wechsel eines Katheters

## Gespräch Nr.38: vollständiges Transkript

Zeit (min)	Gesprächsverlauf
00:00	1 A: (klopft an und betritt das Zimmer) gutn Tag. (einige Sekunden wurden nicht aufgezeichnet) ne? +heute is
	2 M: ja, hmhm+
	3 A: Donnerstag. seit Montag hier. zurzeit läuft der Zugang rechts. hallo, grüß Dich erstmal
	4 M: ja. +///
	5 A: und jetzt jetzt seit ´ner halben Stunde+ geht das irgndwie ganz mies?
	6 M: ja
	7 A: wa; was is jetzt anders?
	8 M: Blähungen hat sie
	9 A: Blähungen
	10 M: ziemlich starke Blähungen, ja. sie hat ´n ganz aufgetriebenes Abdomen im Moment
	11 A: darf ich mal einmal kurz guckn? (schlägt die Bettdecke zurück und betastet den Bauch)
	12 M: Frau Name* (einer Ärztin) weiß Bescheid
	13 A: ja
	14 M: hat auch gallig erbrochn jetzt
	15 A: einmal erbrochn?
	16 K: zwei Schaln
	17 A: zwei Schaln, immerhin. ja. und, ähm, sie is aber ins Haus gekommn weil der Verdacht auf ´ne Infektion des (? :Broviak)-Katheters +besteht
	18 M: genau+
	19 A: das ist der Grund?
	20 M: hmhm, ja, genau
	21 A: und bis gestern war das so das Bestimmende was im Vordergrund war?
	22 M: ja
	23 A: ne?
	24 M: hmhm
	25 A: Narkosen kennt sie etliche und viele. und die letzte war im Dezember
	26 M: //
	27 A: quatsch, ähm, im Dezember, äh im Oktober
	28 M: // genau
	29 A: vor acht Wochn, ne?
	30 M: ja, kommt hin
	31 A: zweiundzwanzigster?
	32 M: genau
01:00	33 A: ja, ne? und nach meiner Sicht hat sie das gut vertragn damals, die Narkose
	34 M: hmhm
	35 A: ne?
	36 M: doch, hast Du doch, ne Name* (von K)?
	37 A: ne? das war ja ´n / Darmverschluss
	38 M: hmhm, genau
	39 A: hinterher is sie auf die Name* (der Intensivstation) gekommn
	40 M: / genau (Pflegerin öffnet die Tür und schließt sie gleich wieder)

02:00

- 41 A: ja. und dann war sie zu Hause?  
42 M: dann war sie zu Hause, ja  
43 A: gabs da außer den bekanntn Problemn noch irgndwas Neues? irgndwas sonst?  
44 M: +nö  
45 K: nö+  
46 A: nö. nichts. dann hab ich gelesn Allergie hat sie gegn zwei Sachn, Vancomycin (Antibiotikum)  
47 K: hmhm  
48 M: hmhm  
49 A: und Hepa;  
50 M: /(?;Hepaflash)  
51 A: das is dieses Heparinzeugs?  
52 M: genau, hmhm  
53 A: also wenn Du das unter die Haut kriegst was passiert dann eigentlich?  
54 M: dann kriegt sie Ausschlag  
55 A: am ganzn Körper?  
56 M: ja. und hast Du auch /?  
57 K: kribbelt überall  
58 A: kribbelt. hast Du auch Bläschen dabei gekriegt?  
59 K: ja  
60 A: dicke, (Pflegerin öffnet erneut die Tür, sieht in den Raum) dicke Augn auch so? aber mit der Luftnot so, so schlimm wars nicht?  
61 M: nee  
62 K: nee  
63 A: ne? okay (Pflegerin schließt die Tür) äh, lass mich nochmal ebn Deine Finger anguckn. ich tu ja nichts  
64 K: hmhm  
65 A: bin ja bekannt dafür dass ich harmlos bin. so, okay. kalt?  
66 K: hmhm-  
67 A: frierst Du jetzt? Schüttelfrost is nich angesagt? Fieber hat sie nich gehabt?  
68 K: hmhm-  
69 M: hmhm-, bis jetzt nich  
70 A: bis jetzt nich?  
71 M: nee  
72 A: also sie hat ja auch zahlreiche Antibiotika bekommn  
73 M: genau  
74 A: ähm, aber zu Hause wars einmal kurz vierzig Grad?  
75 M: ja:  
76 A: jetzt bevor sie ins Haus kam?  
77 M: bevor sie ins Haus kam, hmhm  
78 A: was aus Ihrer Erinnerung; oder aus Ihrer ähm, Meinung von Ihrer Meinung her, was is besonders wichtig? was ähm; sie wollte keine Maske +habn erinnere ich?  
79 K: ja, das is wichtig+  
80 M: keine Beruhigungsmittel vorher, ne?  
81 K: ja:  
82 M: nimmt sie auch nich  
83 A: genau wie die Schwester (K hat Schwester mit ähnlicher Erkrankung)?  
84 M: (lacht) genau so

03:00

- 85 A: hat das Gleiche, ne?  
86 M: hmhm  
87 A: ja. sag mal mit äh der Maske? also das dient ja dazu dass Du vorher, ähm viel Sauerstoff +einatmest  
88 K: ja das+ weiß ich  
89 A: und die Luft die Du einatmest  
90 K: hmhm  
91 A: besser is als die Zimmerluft  
92 K: +hmhm  
93 M: hmhm+  
94 A: wir müssn das überhaupt nich über ´ne Maske machn. +man kann  
95 K: hmhm+  
96 A: Dir auch einfach ´n Schlauch in ´n Mund haltn, a- an den Mund haltn  
97 K: hm. die lassn immer die Maske so ´n bisschen von weitm so  
98 A: so  
99 K: so  
100 A: aber da hast Du nichts gegn wenn die so am Hals oder an der Ecke oder irgndwo so is, ja?  
101 K: / in der Reichweite von mir hier  
102 A: in der Reichweite. +das is klar  
103 K: hmhm+  
104 A: ne? aber nich nich +/, ne?  
105 K: hmhm+  
106 A: also Maske machn wir auch nich  
107 M: dann wird ihr schlecht sagt sie  
108 A: nee, /  
109 M: dann spuckt sie hinterher Eimerweise wieder, ne?  
110 A: ja aber sie spuckt ja ohnehin. sie mag bei der Narkoseeinleitung das Spuckn gern  
111 M: hmhm. mögn sie alle. mochte Name\* (der Schwester von K) auch immer (lacht)  
112 A: ja. (M lacht) aber ich glaube sie Name\* (von K) nich ganz so dolle, ne?  
113 K: hmhm-  
114 M: nee, nee //  
115 A: aber sie hats auch schon mal so gemacht und wir wissn das einfach  
116 M: hmhm  
117 A: das is; ist so, ne? ähm, und ähm wie war das jetzt nochmal zur Prämedikation ein Beruhigungsmittel?  
118 K: hmhm-  
119 A: vorher?  
120 K: hmhm-  
121 M: nimmt sie nicht  
122 A: ich dachte nur bei Name\* (der Schwester)?  
123 M: nee, Name\* (von K) auch nich  
124 A: Name\* (von K) auch. da sind sie sich beide einig. ja. nichts? gar nichts?  
125 K: bringt sowieso nichts  
126 A: bitte?  
127 K: das bringt sowieso nichts (M lacht) da müssn Sie mir die doppelte Menge; also dreifache Menge gebn. aber, sonst bringt das nichts  
128 A: nö?  
129 M: und sie weiß ja auch was auf sie zukommt. sie kennt das ja alles

04:00

130 A: hmhm hmhm. //

131 K: ich muss mir vorher die Leute angucken wenn vor der OP is, so die Schwestern und Narkoseärzte

132 A: hmhm

133 K: wer da so /

134 A: aber Du kennst uns ja alle

135 K: ja, trotzdem

136 A: willst Dir lieber nochmal anguckn?

137 K: ja

138 A: okay, hmhm. is ´n Entschluss der gehört respektiert

139 M: denk ich auch. sie is alt genug

140 A: ne? ja. gut. nur es kommt nich so oft vor. deshalb frag ich einfach nochmal nach

141 M: hmhm

142 A: nur damit wir dann morgn Bescheid wissn wie wir das Ganze handeln (engl.)

143 M: ja

144 A: ne? äh, wann sie rankommt weiß ich nich. ich hatte nur ungefähr gehört, relativ spät

145 M: hmhm

146 A: nich als Erste. (2 Sek.) das; aber Genaueres bitte noch die Ärzte hier fragn

147 M: hmhm

148 A: die Stationsärzte die wissn das dann halt

149 M: ja

150 A: ne? ich weiß es jetzt einfach nicht. ich würds Ihn gerne sagn. gut, dann lassn wir also diese Prämedikationsgeschichten sein

151 M: hmhm

152 A: sie kommt zu uns -rübergefahrn. -rüber auf ´n andres Bett krabbeln; den Kram das kennst Du alles, ne?

153 K: hmhm

154 A: hast Du sonst noch irgndwelche Fragn?

155 K: hmhm-

156 A: is zurzeit mit lockeren Zähn irgndwas ///?

157 K: hmhm-

158 A: /// oder so? gar nichts?

159 K: nee

160 A: nichts. hast die Ohrringe ´raus?

161 K: ja mach ich dann

162 A: machst Du dann, ne? hmhm. okay, und der Katheder sitzt zurzeit wo? zeigst Du mir mal bitte? da, da ist das. is es da entzündet, sag mal?

163 K: +nein

164 A: wenn ich da drücke?+ wenn ich da drücke?

165 K: das ist immer so

166 A: das is immer so ´n bisschen rötlich, ne? ja

167 M: und wer macht morgn die Narkose? Sie? oder;

168 A: ich! mit Sicherheit nich weil ich gar nicht da bin. aber es gibt /(?:nun) noch ///;

05:00

169 K: aber nicht Herr Name\* (des Chefarztes der Abteilung für Anästhesie), ne?

170 A: also;

171 M: den hat sie nicht so gern weil er +ihr trotzdem  
 172 A: //+  
 173 M: die Maske gibt wenn; äh obwohl sie die nicht haben will  
 174 A: gut, das werd ich besprechn  
 175 M: hmhm  
 176 A: ne? magst Du nich? also;  
 177 K: ich mag den überhaupt nicht (M lacht). also +auf ganze Art /  
 178 A: nö.+ gut, okay. aber wir sind äh insgesamt fünf Leute +und Du  
 179 K: hmhm+  
 180 A: kennst uns alle Name\* (von K) und ich denke den mit dem Du am  
 ehsten klarkommst oder dem Du am ehsten vertraust. das machn wir  
 dann  
 181 K: hmhm  
 182 A: organisier ich. hattest Du nich immer Schwester Name\* (einer Pflegerin  
 in der Anästhesie) bei?  
 183 K: ja, +///  
 184 M: alle beide.+ Name\* (der Schwester von K) damals auch  
 185 A: mein ich doch, +ne?  
 186 M: hmhm+ +Name\* (der Schwester von K) war mal;  
 187 K: einmal Name\* (einer anderen Pflegerin in der Anästhesie)+  
 188 A: Name\* (der Pflegerin) ist da  
 189 K: das ist schön  
 190 A: is okay, ja?  
 191 K: ja das is;  
 192 A: Name\* (Name der Pflegerin) weiß ich nich genau  
 193 K: nee  
 194 A: is das in Ordnung so?  
 195 K: ja  
 196 A: ja  
 197 M: Hauptsache hast ein dabei, ne?  
 198 A: (laut) nee, dabei so und so. aber wenn man da jemandn kennt +is das ja  
 immer gut, ne?  
 199 M: nee, das mein ich damit. ja+ genau +///  
 200 A: und Name\* (einer Pflegerin) is auch in Ordnung?  
 201 K: ja! Name\* (der Pflegerin) is +in Ordnung  
 202 A: gut.+ Frau Name\* (einer Anästhesistin) kennst Du?  
 203 K: ja  
 204 A: is in Ordnung?  
 205 K: (lustlos) ja  
 206 A: ja (imitiert k) (M lacht). oder solls äh Herr Name\* (eines Anästhesisten)  
 sein?  
 207 K: ja. wenn das geht ja  
 208 A: (laut) ja (M lacht laut) der ist da, gut. (lacht) gut, okay. ja is ´ne  
 eindeutige Äußerung  
 209 M: ja  
 210 A: hier bräucht ich von Ihn; halt ich mach das nochmal richtig. (diktiert  
 sich selbst/Beginn) Narkoseverfahren besprochen (3 Sek.).  
 insbesondere; (diktiert sich selbst/Ende) das ist diese Einleitung dieser  
 Narkosebeginn äh wenn die Patienten drohen zu spuckn  
 211 M: +hmhm  
 212 A: ja?+ Illeuseinleitung sagn wir dazu

06:00

213 M: hmhm  
 214 A: ne? wissn Sie was das ist?  
 215 M: hmhm  
 216 A: / (schreibt) ne? dass Sie; dass das alles relativ, schnell! geht  
 217 M: ja  
 218 A: wir sogn ihr natürlich vorher Bescheid der Name\* (von K). das ist klar.  
 ´gleich schläfst Du´ das wird gesagt das  
 219 M: hmhm  
 220 A: gehört dazu, ne?  
 221 M: hmhm, ja  
 222 A: aber dass es dann auch ziemlich schnell geht  
 223 M: hmhm  
 224 A: mit der Intubation, nich? damit falls sie spuckt da nichts großes;  
 225 M: das mit aufgefangn wird, ne?  
 226 A: genau  
 227 M: genau, hmhm  
 228 A: ja  
 229 M: alles klar  
 230 A: ne? für Dich is alles klar soweit?  
 231 K: hmhm  
 232 A: hast Du in letzter Zeit // gehabt? +Hustn Schnöf (Schnupfen)?  
 233 K: hmhm-.+ ja, jetzt ´n bisschen Schnöf  
 234 M: und Hustn auch ´n bisschen  
 235 K: Hustn, ja aber  
 236 A: und jetzt; was Dich jetzt juckt und quält is der Bauch  
 237 K: /  
 07:00 238 A: alles klar (Chirurg betritt den Raum), ne? okay, da kommt;  
 239 C: der Teufel  
 240 A: oh:  
 241 M: /// (lacht) (A und A2 lachen)  
 242 A: okay  
 243 M: ja  
 244 A: wir sind durch, ne?  
 245 K: ja  
 246 M: ja  
 247 A: ja. tschüs  
 248 M: alles klar, tschüs  
 249 A: ne? und Uhrzeit wie gesagt heute Abend nochmal nachfragn, ne?  
 250 M: ja

## **Daten zu Gespräch Nummer 15**

Datum: 31.10.2001

Ort: Stationszimmer/2 Betten

Gesamtdauer: 9 min/05 Sek

voraussichtliche Dauer des Eingriffes: ca. 60 Minuten

Alter der Eltern: Vater 38 Jahre (Mutter nicht anwesend)

### Daten des Kindes:

Alter: 9 Jahre

Geschlecht: weiblich

Aufnahmeart: stationär

Diagnose/Vorerkrankung: juvenile Skoliose, 3 Operationen (8/98, 3/2000, 8/2000)  
haben bereits stattgefunden

Geplanter Eingriff: Nachstellen des Distraktionsstabes mit intraoperativem  
Aufwachversuch

## Gespräch Nr.15: vollständiges Transkript

Zeit (min)	Gesprächsverlauf
00:00	1 A: gutn Ta:g (kommt zur Tür herein)
	2 V: schön gutn Tag
	3 A: //// (?sind Sie die Eltern)?
	4 V: jednfalls ´n Teil davon
	5 A: wir kenn uns ja schon
	6 V: ja wir hattn schon mehrmals das Vergnüg'n gehabt
	7 B: gutn Tag. mein Name is Stefan Wirth, ich bin Doktorand und nehme Gespräche auf die die Ärzte mit den Patienten hier fürn
	8 V: ach so
	9 B: für meine Doktorarbeit. es wär sehr nett wenn ich das nächste Gespräch aufnehmen könnte. es erfolgt selbstver- selbstverständlich ganz anonym, also es kommen keine Namen vor
	10 V: ich hab kein Problem damit ///
	11 B: okay
	12 V: wenn der Kollege mitschreibt was wir hier so / (?besprechen)
	13 B: brauch ich nich (15 Sek. sind nicht zu verstehen)
	14 A: (wendet sich an K) Name*, du kennst // (?das schon). ach so, gehts schon los?
	15 B: hmhm
	16 A: ja, okay
	17 B: ach so
	18 A: also // ich fass nochmal zusammn, Name* (von K) war hier im, August achtundneunzig, im März und im September zum letzten Mal?
	19 V: ja
01:00	20 A: zum Nachstellen des Stabes. und soll morgn nochmal // nachgesellt werdn /// und eine Schraube werdn wir umplatzieren so hab ich es verstandn
	21 V: hmhm
	22 A: was das Besondre is morgn dass sie, sozusagn wenn dieser Stab nachgestellt wird bitte kurz ihre Beine bewegn muss
	23 V: warum?
	24 A: das is ein Aufwachversuch // das eine
	25 V: hmhm
	26 A: sie is nicht ganz wach aber, Name* (von K) wir werdn Dir so ´n bisschen ins Ohr brülln ´beweg mal Deine Füße ´und dann musst Du so zu machn (hebt und senkt Fußspitze) und wenn Du das hörst, das kann schon sein dass Du das irgendwie von irgendwo Stimmn hörst +die hörst Du so. und wenn wir das sehn
	27 K: ja, da muss ich die doch /(?fragen)+
	28 A: dann lassn wir Dich sofort wieder ganz tief schlafn
	29 K: hmhm
	30 A: okay? also Name* beweg Deine Füße auf und ab. na, geht so. ja super (V lacht) okay? Du wirst dann nachher nichts mehr wissn. aber, wenn Du irgendwas mal /// dann kannst Du uns das sagn, ne? oder der Papa sagts uns. // das is ´ne komische Situation für ´n Kind
02:00	31 V: hmhm
	32 A: aber wir müssn einfach sehn dass sie das macht wenn er den Stab da

03:00

- verstellt
- 33 V: hmhm. nee is klar
- 34 K: wieso eigentlich?
- 35 A: wieso? um zu gucken ob Deine Nervn durch diesn Stab irgndwie in Mitleidenschaft gezogen wurdn sind. da wird nichts passiern aber das is nochmal ´ne Kontrolle. das wir das auch sehn
- 36 K: hmhm
- 37 A: wenn hier obn was gemacht wird dass das auch diesem kleinen letzten Zeh untn ankommt, ja?
- 38 K: hmhm
- 39 Ä: weil die Nerven die leitn das da durch /(?von) Deim Gehirn und wenn jetzt da ´ne Durchtrennung wär dann irgndwie, dann /(?könnte) zwar// das da rufn aber Du kannst es hier nich machen (zeigt auf Kopf und Fuß) und in dem Moment wo Du das machst kriegn wir mit das was Du da reinrufst das kannst Du auch machn (K lacht) (3 Sek.) das is eigentlich schon das dramatischste an der Geschichte
- 40 V: hmhm
- 41 A: ansonsten is es, eher! ´ne kleinere Operation. wir habn auch kein Blut bestellt und wir werdn auch nur zwei Zugänge machn und sonst äh ´ne kleine, kleine Anästhesie machn, im Vergleich zu ihrer ganz großn Operation
- 42 V: hmhm
- 43 A: ///. wir werdn morgn Dir ´n Saft gebn morgn früh, keine Gummibärchen mehr essn, hm?
- 44 K: (leise) Papa Du wollst was fragn
- 45 A: was willst Du fragn?
- 46 K: Papa //
- 48 V: was ///? (K flüstert in sein Ohr) bitte? (K flüstert erneut) ///
- 49 K: /(?nein)
- 50 V: ja also lass; wir hörn uns erstmal an (räuspert sich) was es zu hörn gibt und dann kommnn wir mit unsern Sachn
- 51 A: okay. also morgn dann nichts mehr essn es geht um kurz vor acht los
- 52 V: hmhm
- 53 A: vorher gibts ja den Saft hier zu trinkn dass sie müde wird, und dann unter der Maske lassn wir Dich wieder einschlafn Name\*. und erst wenn Du eingeschlafn bist machn wir ´n Pieks. in Deine Vene. in Deine /, ja? nicht vorher pieksn. okay? und dann schläfst Du tief und fest bis Du das vielleicht hörst und dann bewegst Du die Füße und dann schläfst Du wieder / . und wenn Du aufwachst bist Du im Aufwachraum und Dein Papa is wieder da
- 54 K: kommt schnell?
- 55 A: ne?
- 56 V: kommt relativ +schnell
- 57 A: Papa kommt+ schnell. sind die Zähne alle fest Name\*? wackelt einer? (K zeigt wackelnden Zahn)
- 58 K: der
- 59 A: der da? oberhalb //. was machn wir denn mit dem? wenn er ganz doll wackelt dürfn wir ihn dann rausnehm und Dir dann gebn nachher?
- 60 K: hmhm
- 61 A: weil, äh, damit es nich irgndwie; schwimmt er da im Mund wir findn ihn nicht und dann suchn wir ihn überall. und so wissn wir wir habn ihn

04:00

rausgemacht, ja? und Du kriegst ihn dann morgn.///  
 62 K: aber erst in der OP  
 63 A: ja:, natürlich. wenn Du schläfst, das is doch gut  
 64 K: ja sonst tut das / weh  
 65 A: nö:, das machn wir in +/(?:voller Narkose)  
 66 K: hmhm+  
 67 A: das is aber der einzige Wackelzahn?  
 68 K: ja  
 69 A: ja? gut  
 70 K: der is mir in der Schule rausgefalln  
 71 A: der is schon weg./ okay. // bis zehn Uhr müsste sie im Aufwachraum  
 wieder sein  
 72 V: hmhm  
 73 A: ///  
 74 V: hm  
 75 A: gut. Name\* hast Du noch Fragn? nee? gut  
 76 V: was war letztes Mal? mit dem Saft oder?  
 77 K: hmhm  
 78 A: ´ne ganz kleine Tablette.+ dann ´ne kleine Tablette mit ´m Schluck  
 Wasser? (2 Sek.) das geht. aber weißt Du das tut Dir schon gut damit; Du  
 bist dann einfach ruhiger für die Intubation. wir brauchn weniger  
 Narkosemittel +und  
 05:00  
 79 V: hmhm+  
 80 K: schmeckt das/?  
 81 A: ´n Schluck Wasser. die Tablette is so klein die mek, die merkst Du gar  
 nich. der Saft is so ´n bisschen bitter, oder? hmhm. das weißt Du noch?  
 also möchtest Du lieber ´ne Tablette habn als morgn früh den Saft zu  
 nehmen? / is das so?  
 82 K: nachher oder?  
 83 A: +morgn, morgn  
 84 V: morgn, morgn.+ morgn früh  
 siebn Uhr fünfzehn. siebn Uhr //  
 85 K: hmhm  
 86 A: ja?  
 87 K: wenn man die nich schmeckt dann is gut  
 88 A: +das schmeckt nach nichts  
 89 K: okay. /+ gut  
 90 A: und nochwas?  
 91 K: hmhm-  
 92 A: das war +alles?  
 93 K: ich hab+ keine Fragn mehr  
 94 A: prima. (2 Sek.) habn Sie noch Fragn?  
 95 V: hmhm, / ja /// wir müssn uns obn am Fahrstuhl schon verabschiedn. is es  
 möglich dass ich da vielleicht mit runterfahre?  
 96 A: ja:  
 97 V: ja?  
 98 A: bis zur Schleuse könn Sie mitgehn  
 99 V: klasse  
 100 K: ja ja  
 06:00  
 101 V: / das hört sich gut an. dann begleit ich Dich morgn noch ein bisschen  
 länger als ´s // (?:letzte Mal)

07:00

- 102 K: das is schön (V lacht)  
103 A: hmhm  
104 V: das  
105 A: wo kommn Sie denn her //?  
106 V: aus der Nähe von Name\* (einer Stadt ca. 300 km entfernt)  
107 A: hmhm  
108 K: aber Papa guck mal (lacht) (zeigt Bild in einem Buch)  
109 V: hey, das is ja klasse. aber so; das is ja (räuspert sich); da müssn wir!, mit umgehn. das is nur zur Beschreibung der Gesamtsituation. ja, ansonsten (K lacht) is soweit alles klar. is ja auch nichts Neues in dem Sinne  
110 A: sonst hat sie kein Husten kein Schnupfen?  
111 V: (räuspert sich) bisschen Schnupfen +aber nichts Dramatisches  
112 A: bisschen Schnupfen?+  
113 V: he?  
114 A: gut. (2 Sek.) (leise) okay  
115 V: / Schnupfen /  
116 A: ma-, noch ´n bisschen Langeweile bis morgn und dann gehts los. (3 Sek.) gut. (3 Sek.) dann müssten Sie unterschreibn hier  
117 V: ach so, nur so als Hinweis, +aber letztes Mal nach der;  
118 A: hmhm+  
119 V: nach ´m Aufwachen hatte sie so ´n bisschen Brechreiz beziehungsweise  
120 A: hmhm  
121 V: musste sich auch so ´n bisschen übergeb'n  
122 A: einmal zweimal?  
123 V: war das /? (überlegt) zwei, zwei oder dreimal war das. aber das war eher dann das das Würgen da is nich viel rausgekommn  
124 A: hmhm  
125 V: und im Vergleich zum vorletzten Mal is es also wesntlich besser gewesn  
126 A: hmhm  
127 V: beim vorletzten Mal war eben // meine Frau hier  
128 A: hmhm  
129 V: und da muss wohl /(?schlimm) gewesn sein. also jetzt is // besser, so  
130 A: wir /(?gucken) noch mal genau was wir da gemacht habn (sehr laute Sprech-Geräusche vom benachbarten Bett)  
131 V: hmhm  
132 A: und ob wir noch was andres anhängn. //  
133 V: hmhm  
134 A: müssen auch Medikamente sein die relativ, schnell weg sind, dass wir die /// (? auf der einen Seite) gebn könn  
135 V: hmhm  
136 A: ich denke dieses! Medikament is eigentlich gar nich schlecht gegen! Brechreiz (das bei der letzten OP verwendete Narkosemittel )  
137 V: hmhm  
138 A: dass das eigentlich ganz gut is, ne?  
139 V: da wollt ich; äh, +viel mir nur gerade ein das  
140 A: also,+ ja? (V hustet) (A schreibt/7 Sek) gut. (5 Sek.) dann müssten Sie hier noch unterschreibn  
141 V: ja, das will ich gerne tun. leihn Sie mir Ihren Stift? (A reicht ihm den Stift) aber passn Sie auf dass ich ihn wiedergebe  
142 A: ich hab ja jemand dabei (gemeint ist Beobachter)  
143 V: ich neige dazu die dann ganz schnell einzusteckn (4 Sek.)

08:00

144 A: // das is ja Deiner

145 V: ja nee. das mach ich im Büro auch immer, so ganz automatisch wenn ich ´n Stift in der Hand habe /(?steck) ich ihn in die Tasche (reicht A den Stift)

146 A: gut, ich hab ihn. gut (stellt noch eine Frage an B, verabschiedet sich kurz und geht aus dem Zimmer)

## Danksagung

Frau Prof. Dr. Kaupen-Haas danke ich für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit. Für ihre Geduld, ihre Freundlichkeit und die Bereitschaft, auftretende Fragen jederzeit kurzfristig mit mir zu diskutieren.

Den beobachteten Ärztinnen, Patientinnen und Eltern danke ich für ihre Offenheit und Toleranz, die das Aufzeichnen der Gespräche ermöglichten.

## Lebenslauf

geboren am 28.03.1976 in Leipzig

1983	Einschulung in Leipzig
1989	Übersiedelung in die BRD
1989-1990	Besuch des Gymnasiums in München
1990	Umzug nach Kassel
1996	Abitur in Kassel
1996-1997	Zivildienst im Krankenhaus Bethanien in Hamburg
1997	im Wintersemester Beginn mit dem Studium der Humanmedizin
Sommer 1999	Physikum
Sommer 2000	1.Staatsexamen
März 2004	2.Staatsexamen
April 2004	Beginn des Praktischen Jahres in der Kardiologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St.Georg in Hamburg
August 2004	Beginn des 2. Tertials des Praktischen Jahres in der Abteilung für Neurologie des Allgemeinen Krankenhauses Altona in Hamburg

### Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Stefan Wirth