

Aus dem Institut für Medizin-Soziologie  
des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf  
Direktor Herr Professor Dr. Alf Trojan

Die Sonographie – Raum für Diagnostik, Übersetzung,  
Patientenaufklärung und (Aus-)Bildung?

**Eine empirische Studie über Kommunikation während  
Ultraschalluntersuchungen**

**Promotion**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Anneke Aden  
aus Aurich  
Hamburg, 2004

# Inhalt

<b>1 Einleitung / Fragestellung / Arbeitshypothese</b>	<b>4</b>
<b>2 Thematisch-wissenschaftlicher Hintergrund und historischer Kontext</b>	<b>8</b>
2.1 Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung	8
2.2 Visualisierung der Medizin	13
2.3 Der Student als Teilnehmer an der Ultraschalluntersuchung	15
<b>3 Material und Methoden</b>	<b>22</b>
3.1 Die Formen der Beobachtung	22
3.2 Konversations- und Diskursanalyse	24
3.3 Die sequentielle Mikroanalyse	25
3.4 Das Transkriptionsverfahren	27
3.5 Das Untersuchungsfeld	29
3.5.1 Das Krankenhaus	29
3.5.2 Die Röntgenabteilung	29
3.5.3 Der Sonographieraum	30
3.5.4 Stellenwert und Indikation der Ultraschalluntersuchung	32
3.5.5 Ablauf der Studie	33
3.5.6 Die beteiligten Personen	35
3.5.6.1 Die Ärzte	35
3.5.6.2 Die auszubildenden Ärzte	35
3.5.6.3 Die Medizinisch-technische Assistentin für Radiologie (MTAR)	36
3.5.6.4 Die Patienten	36
3.6 Die Ultraschalluntersuchung	37
<b>4 Formale Analyse</b>	<b>41</b>
4.1 Die untersuchten Patienten	41
4.1.1 Soziodemographische Daten	41
4.1.2 Medizinische Daten	42
4.2 Die Ärzte und die MTAR	45
4.2.1 Der Chefarzt – Eine Kurzbiographie	45
4.2.2 Die Oberärztin	47
4.2.3 Der Facharzt für Innere Medizin	48
4.2.4 Die MTAR	49
4.3 Der äußere Rahmen des Kommunikationsablaufs	50
4.3.1 Beteiligte Personen	50
4.3.2 Die Dauer der Untersuchungen	51
4.4 Initiativenverteilung und -häufigkeit	
<b>5 Inhaltliche Analyse</b>	<b>58</b>
5.1 Aufbau der Gespräche	58
5.2. Ergebnisse der sequentiellen Mikroanalyse (Tabelle)	65

<b>6 Das Bild im Blickpunkt - eine vom Arzt produzierte Grundlage für Kommunikation, Erkenntnis und Ausbildung</b>	<b>100</b>
6.1 Die Grundlage des Kommunikationsgeschehens / Kommunikationstheoretische Modelle	103
6.2 Bildeindrücke	112
6.3 Versprachlichung des Bildes	119
6.4 Der Untersucher als Übersetzer	125
6.5 Die Macht des Bildes	128
6.6 Aufklärung im Rahmen der Untersuchungen	133
6.7. Bewältigung der Aufgabenvielfalt durch den Untersucher	137
6.8 Selbstreflexionelle Betrachtung der Wahrnehmung des Medizinstudenten	144
<b>7 Die Studie vor dem Hintergrund der Entwicklung (in) der Medizinsoziologie</b>	<b>151</b>
7.1 Vergleich mit Betrachtungen der 70er Jahre	151
7.1.1 Einleitung	151
7.1.2 Medikalisierung	153
7.1.3 Medizin als Aktionssystem / Medizin als Ideologie	155
7.1.4 Die Arztrolle	157
7.1.5 Der Arzt als Vermittler	158
7.1.6 Die Arzt- Patienten- Beziehung	159
7.1.7 Informationsvermittlung und Aufklärung	160
7.1.8 Krankenhausleben	161
7.1.9 Diagnostik und Therapie	162
7.1.10 Fazit des Vergleichs	164
7.2 Vergleich mit aktuellen Studien zur Arzt-Patient-Kommunikation bei Ultraschalluntersuchungen	165
<b>8 Zusammenfassung</b>	<b>170</b>
<b>9 Literaturverzeichnis</b>	<b>173</b>
<b>10 Anhang</b>	<b>179</b>
Abkürzungsverzeichnis	179
Fragebogen	180
Danksagung	181
Lebenslauf	182
Eidesstattliche Versicherung	183
Annahmevermerk	184

# 1. Einleitung / Fragestellung / Arbeitshypothese

„Spezialisierung, intensiver Einsatz der Medizintechnik, steigende Arbeitsproduktivität medizinischer Leistungen haben die Situation der Patienten [in der modernen Medizin im Vergleich zu früher, Einschub der Verfasserin] tiefgreifend gewandelt.“ (von Ferber, 1989)

Traditionell untersucht die Medizinische Soziologie das kommunikative Verhalten von Ärzten, Patienten und Pflegepersonal. Aufgrund fortschreitender Entwicklungen in der Medizin soll und muss der klassische Ansatz der Visitenforschung erweitert werden:

Die vorliegende Untersuchung fokussiert einen anderen klinischen Arbeitsbereich – die Sonographie – einen anderen Arbeitsort als das klassische Krankenzimmer – den Sonographieraum – und eine besondere Form der Arzt-Patient-Kommunikation, nämlich diejenige in den Räumen der medizinischen Sonographie während der Sonographieuntersuchung.

Der Fokus auf die Kommunikation in ausgewählten technischen Funktionsräumen ist auch dadurch begründet, dass die Technisierung der Medizin zu einer Verlagerung der ärztlichen und der Patienten-Präsenz heraus aus dem Krankenzimmer führt und diese neu entstandenen Krankenzimmer nicht nur als technische Funktionsräume dienen, sondern außerdem Arzt-Patient-Kontakte ermöglichen. Sie bieten, was medizinsoziologisch besonders relevant ist, Gelegenheit „für vielfältige Kommunikationsformen, insbesondere für die sozialen Arzt-Patient-Interaktionen außerhalb der Visite und des Krankenzimmers, die am gleichen Ort der Visualisierung des Körperinneren mittels bildgebender Verfahren oder auf dem Transportweg stattfinden können und stattfinden. Sonographie, Endoskopie und neue Operationstechniken sind Beispiele hierfür.“ (Kaupen-Haas, 1994)

Aufgrund dieser Ausdehnung der Begegnung von Arzt und Patient auf eine neue Umgebung sowie der ungewohnten Situation einer parallel zur Kommunikation stattfindenden real-time-Diagnostik ergeben sich neue Inhalte für das Gespräch.

Welche sozialen Konsequenzen ergeben sich daraus für die Arzt-Patient-Kommunikation?

Die vorliegende Arbeit, eine empirische Studie über die Kommunikation während Ultraschalluntersuchungen, möchte zeigen, dass diese Räume Platz schaffen können für die Entwicklung einer Vertrauen generierenden Beziehung zwischen Arzt und Patient. Aufklärung und Konfliktlösung spielen gleichermaßen eine Rolle, wie es auch in diesem Zusammenhang angewendete Strategien zur Entspannung dieser – vor allem für den Untersuchten – belastenden Situation tun. Besondere Bedeutung erhält das Phänomen des ‚small talk‘, dessen Funktion in der Untersuchungssituation im Hinblick auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient, untersucht wird. Das Bild als non-verbales Kommunikationsmedium und wichtiger Akteur in der Untersuchungssituation, seine unterschiedlichen Funktionen und die sich daraus ergebenden Chancen für die Interaktion zwischen Arzt und Patient rücken ins Zentrum der Betrachtung.

In diesem Kontext kann die Frage aufgegriffen werden, inwiefern Technik als Bedrohung des Gesprächs zu sehen ist bzw. welchen Einfluss Technik auf die Gestaltung von Kommunikation haben kann.

Als wichtiger Aspekt, der einer sorgfältigen Analyse bedarf, erweist sich die Übersetzung von Informationen durch den untersuchenden Arzt. Diese Übersetzung allerdings betrifft nicht nur den Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation, sie spielt auch eine Rolle für das Gespräch zwischen Arzt und auszubildenden Studenten oder Kollegen.

In technischen Funktionsräumen findet auch medizinische Ausbildung statt, sowohl im Sinne eines von Erklärungen geleiteten Modell-Lernens, das insbesondere für die Ausbildung von Anfängern relevant ist als auch in der Methode des „Learning by Doing“ im Rahmen der Facharztausbildung. Das Sammeln von Erfahrungen und Routine speziell in der Bilddiagnostik stellen sich als ein ausgesprochen interessantes Untersuchungsfeld dar. Die Ausbildung in der Ultraschalldiagnostik als so wichtiger Fertigkeit im Klinikalltag wird als möglicher ‚Verknüpfungspunkt‘ zwischen Vorklinik und Klinik in der medizinischen Ausbildung beleuchtet. Es stellt sich außerdem die Frage, inwiefern die Ultraschallausbildung für den Studenten als Übung im kommunikativen Umgang mit dem Patienten dienen kann.

In einer zweiwöchigen Studie wurden unter Verwendung der Methode der teilnehmenden Beobachtung während diagnostischer Sonographieuntersuchungen Tonbandaufzeichnungen und handschriftliche Protokolle zur Erfassung der Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten angefertigt. Die Gespräche wurden transkribiert und mittels quantitativer Analyse ausgewertet.

Im Rahmen einer Mikroanalyse – einer Methode der Schule kommunikativer Sozialforschung – fand die Beleuchtung der Schnittstelle zwischen ‚Wissenschaftswelt‘ (der Medizin) und ‚Alltagswelt‘ (des Patienten und des Arztes) sowie der Entstehung und Erfassung von Realitäten, der Konstruktion und des Effekts sowohl medizinischer als auch psychosozialer Wirklichkeiten, statt. (vgl. Kirchner, 1999) Es erfolgte eine detaillierte Untersuchung spezifischer Sequenzen jedes einzelnen der vierzig Gespräche sowie eine Bewertung der Bedeutung analysierter Einzelaspekte für den kommunikativen Prozess. Hierbei handelt es sich um einen Ansatz, der in die Gruppe qualitativer Analysen einzuordnen ist.

Der oben erläuterte Ansatz wurde erweitert um die Analyse der studentischen Wahrnehmung der Untersuchungssituation, in der Phase des Übergangs von der Vorklinik zur Klinik. Ausgehend von Introspektiven, der genaueren Reflexion eigener Erfahrungen, rückt die Darstellung der Position des Studierenden, der zugleich als teilnehmender Beobachter aber auch ‚als Lernender unter Anleitung des ausbildenden Arztes‘ die Studie durchführte, in den Blickpunkt der Untersuchung.

Es handelt sich um ein Pilotprojekt, das dem Erkenntniserwerb in einem wenig erforschten ärztlichen Arbeitsfeld dient. Die Untersuchung ist auf eine Funktionseinheit (Sonographie) in einer Röntgenabteilung in einem gemeinnützigen Krankenhaus der Regelversorgung begrenzt. Das Projekt zielt darauf, Wissenslücken bezüglich der positiven und negativen Aspekte der Untersuchungssituation in der Sonographie aufzudecken und zu reflektieren; es versucht, Fragen nach der Dynamik und den Sequenzen der Ultraschalluntersuchung zu klären.

Das Augenmerk richtet sich vor allem auch auf die Untersuchungssituation prägende Inhalte sowie auf die Akteure und deren Interaktion. Die Basis der

Analyse dieser besonderen Begegnung zwischen Arzt und Patient bilden Fallbeispiele unter Berücksichtigung des jeweiligen spezifischen Hintergrunds. Eine abschließende Reflexion greift die Arbeiten von Helmut Buscham (1997) und Viola Kirchner (1999) auf, die sich ebenfalls mit Kommunikation im Rahmen sonographischer Untersuchungen befassen und Beispiele präsentieren, die sich bezüglich verschiedener Aspekte, vor allem jedoch hinsichtlich der Rolle des Bildes in der Kommunikation unterscheiden.

In der Visitenforschung der Vergangenheit wurde die Arzt-Patient-Kommunikation als ‚verhinderter Dialog‘ beschrieben. Diese Bezeichnung kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht mehr gelten; die Kommunikation erscheint nicht nur als ‚kein verhinderter Dialog‘, vielmehr stellt sich ein qualitativer Sprung dar, hin zu einem Dialog, dessen vielfältige Funktionen eine ausführliche Analyse verlangen. Ein zu untersuchender Aspekt ist zum Beispiel, wie die Kommunikation zur Entwicklung von Vertrauen und zur Beseitigung von Ängsten, die mit einem Befund verknüpft sind beitragen kann und beigetragen hat. Der zunächst vorgesehene Titel „Die Ultraschalluntersuchung – kein verhinderter Dialog“ erscheint vor diesem Hintergrund als zu wenig aussagekräftig

Der neu gewählte Titel berücksichtigt als weiteren relevanten Aspekt die Erweiterung der Problemstellung der Untersuchung um die Doppelrolle der Teilnehmerin als Beobachterin und Studierende in der Phase des Übergangs von der Vorklinik zur Klinik. Dabei interessiert die Ultraschalluntersuchung als Möglichkeit, den vorklinischen Unterricht (Anatomie, Physiologie) mit dem klinischen Unterricht (pathologische Anatomie, Pathophysiologie) zu verbinden, sowie als Basis für die Kommunikation des Studenten einerseits mit dem erfahrenen Untersucher und andererseits mit dem Patienten.

## 2. Thematisch-wissenschaftlicher Hintergrund und historischer Kontext

### 2.1 Soziologie der Arzt-Patient-Kommunikation

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient wird häufig als asymmetrisch bezeichnet; der Arzt habe die Expertenmacht, er verfüge über „instrumentelle Kompetenz und kommunikative Kompetenz“. (Siegrist, 2003) Der Patient hingegen stellt sich als Laie auf dem Gebiet der Medizin, diesem sehr speziellen und komplexen Wissenschafts- und Wissensgefüge, dar. Dies muss sowohl für den instrumentellen als auch für den kommunikativen Bereich (u.a. Anwendung eines Fachjargon) gelten. Basierend auf dieser Voraussetzung ergebe sich ein „verhinderter Dialog“ (Bliesener, 1980)

Im Folgenden soll diese weit verbreitete und durch zahlreiche Studien belegte Meinung anhand des theoretischen Hintergrundes beleuchtet werden:

Innerhalb einer sozialen Gemeinschaft ergeben sich Beziehungen zwischen den Individuen in Gestalt von Interaktionen. „Unter sozialer Interaktion versteht man die Gesamtheit aller Wechselbeziehungen, die zwischen dem Verhalten und dem Erleben zweier oder mehrerer Sozialpartner vor sich gehen.“ (Pothoff, 1991) Die Qualität der einzelnen sozialen Beziehung wird entscheidend geprägt durch die jeweilige soziale Rolle, die dem Individuum eigen ist. „Unter sozialer Rolle verstehen wir [...] ein Bündel von Verhaltenserwartungen, die von einer Bezugsgruppe [...] an Inhaber bestimmter sozialer Positionen herangetragen werden. Von den Positionsinhabern wird erwartet, dass sich aus der Erfüllung der speziellen Norm regelmäßiges und daher vorhersehbares Verhalten ergibt, auf das sich das Verhalten anderer Menschen, die ihrerseits gleichartige oder andere Positionen innehaben [...], einstellen kann.“ (Bahrtdt, 1984)

Die Methode der Mikroanalyse, die in dieser Studie angewendet wird, ersetzt die herkömmlichen Orientierungspunkte soziologischer Forschung, zu denen auch die „soziale Rolle“ gehört, durch die Analyse des mikrosozialen Prozesses. Diese Herangehensweise zielt darauf ab, der *Situation* Relevanz



beizumessen und situative Faktoren für die Entstehung sozialer Interaktion verantwortlich zu machen, anstatt anhand genau definierter Phänomene wie der „sozialen Rolle“ einen vorgegebenen Rahmen festzulegen. (vgl. Schüle, 1990) Um den besonderen Charakter der Arzt-Patient-Beziehung zu verstehen, ist es dennoch sinnvoll, zunächst auf die Definition der „sozialen Rolle“ zurückzugreifen und die unterschiedlichen Rollen von Arzt und Patient zu beleuchten. Auf diesem Wege verdeutlicht sich die Differenz zwischen den Anliegen der beiden Kommunikationspartner, und es entsteht ein Hintergrund, vor dem sich die Problematik dieser Interaktion darstellen lässt.

Der Kranke zeichnet sich dadurch aus, dass er von seinen normalen sozialen Rollenverpflichtungen weitgehend befreit ist. Er wird in der Regel auch nicht für seine Situation verantwortlich gemacht. Im Zuge präventiver Zielsetzungen vollzieht sich ein Wandel in der Beziehung zwischen Arzt und Patient, der zu Konflikten führen kann. Gemeint ist die Erwartung, sich gesund zu erhalten. Nicht weniger konfliktreich sind Erwartungen, die an Patienten gerichtet werden, an Personen, die schon krank sind: „Da Krankheit als gesellschaftlich unerwünscht gilt, soll sich der Kranke verpflichten, gesund werden zu wollen. Um dies bestmöglich zu realisieren, soll der Kranke fachkundige Hilfe aufsuchen.“ (Parsons, 1958) „Die Patientenrolle ist [...] als Ergänzung der Krankenrolle um die Dimension expertengesteuerter Einflüsse zu verstehen.“ Sie stellt also die „institutionalisierte Krankenrolle dar“. (Malzahn, 1994)

Eine Fülle modifizierender Faktoren, zum Beispiel familiäre und berufliche, gesellschaftliche Positionen sowie vor allem auch sekundärer Krankheitsgewinn geben jedem Einzelfall eine individuelle Komponente. „Im konkreten Krankheitsfall dominieren häufig Konfliktpotentiale das Krankheitsverhalten; die Kranken- (bzw. Patienten-)Rolle ist entsprechend von handlungsrelevanten Widersprüchen und Ambivalenzen gekennzeichnet.“ (Malzahn, 1994)

Diese Definitionen müssen sicherlich im Hinblick auf die Veränderungen modifiziert werden, die den Patienten von heute von dem Patienten, wie ihn noch die siebziger Jahre prägten, unterscheiden. Der ‚moderne‘ Patient verfügt über relativ breites medizinisches Grundwissen. Eine Gesellschaft, die der umfassenden Information, öffentlichen Aufklärung und Gesundheitsvorsorge für die ‚breite Masse‘ zustrebt, fordert und fördert den ‚emanzipierten‘ Patienten.

Eine entscheidende Rolle für diese Entwicklung spielt sicherlich die Medienwelt, die erheblichen Einfluss auf die medizinische Bildung der Bevölkerung nimmt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Wandel der Krankheitsbilder. Die von Parsons an den Kranken gerichtete Verpflichtung, gesund werden zu wollen muss neu definiert werden unter Berücksichtigung vieler chronischer Erkrankungen und dem steigenden Alter der Patienten. In diesen Beispielen, die nicht eine Gesundung als Ziel haben können, müssen sowohl andere Therapieziele als auch differenzierte Aufforderungen zur Mitarbeit an den Patienten entwickelt werden.

Eine genauere Betrachtung dieser von Parsons definierten Aspekte der Krankenrolle erfolgt in Kapitel 7. Dort werden unterschiedliche, von diesem Krankheitsmodell abgeleitete Theorien zur Auslegung der Begriffe Gesundheit und Krankheit sowie zur Konstruktion der Krankenrolle hinzugezogen. Außerdem werden in diesem Zusammenhang verschiedene Ansätze zur Kritik an Parsons Definition und Modifikationsvorschläge vorgestellt.

Nach Beckmann gliedert sich die Arztrolle in eine formelle und eine informelle Rolle. In der formellen Rolle sind positionsspezifische Erwartungen an den Arzt zusammengefasst, während die informelle Rolle personenspezifische Aspekte der Arztrolle beschreibt. (vgl. Beckmann, 1994) Den positionsspezifischen Aspekt definiert unter anderem das 1948 vom Weltärztebund angenommene Genfer Ärztegelöbnis, das sich prinzipiell am Eid des Hippokrates orientiert und einige Grundgedanken dieses Werks erkennen lässt. Es enthält folgende fünf Prinzipien: „das Wohl des Kranken, die Würde des Menschen, die Erhaltung des Lebens, die Abwendung von Schaden und die Vertrauenswürdigkeit des Arztes“. Gesetzlich geregelt sind „die Pflicht des Arztes, bei Notfällen Erste Hilfe zu leisten, die Aufklärungspflicht und die Schweigepflicht“. (vgl. Beckmann, 1994) Diese Auflistung kann nur einen allgemeinen Überblick bieten oder als grober Leitfaden für medizinisches Handeln dienen, während ihre Auslegung und die praktische Anwendung schließlich Fall- und Individualspezifität verlangen.

Die personenspezifischen Erwartungen umfassen ein weites Spektrum. „Der Patient erwartet den menschlich kompetenten Arzt.“ (Beckmann, 1994) Diese Formulierung weist auf die Unmöglichkeit hin, die informelle Rolle des Arztes

genau zu definieren, sind doch die individuellen Bedürfnisse einzelner Patienten durchaus verschieden. Um der jeweiligen Erwartung gerecht zu werden, erfordert es in jedem Fall Einfühlungsvermögen und die nötige Flexibilität.

Aus den hinsichtlich der Rollenerwartungen deutlich unterschiedlichen Anforderungen an Arzt und Patient und den daraus resultierenden Konsequenzen in Bezug auf das Verhalten des jeweiligen Rollenträgers ergibt sich eine erhebliche soziale Distanz.

Zusammengefasst lässt sich folgende Konstellation beschreiben:

Aus dem Wissens- und Kompetenzgefälle zwischen Arzt und Patient resultiert ein Abhängigkeitsgefälle, das durch die Entscheidungsmacht ärztlichen Handelns verstärkt wird. „Der Kranke muss einen deutlichen Vertrauensvorschuss in die Arzt-Patient-Beziehung mitbringen.“ (Malzahn, 1994) Zudem ist die unterschiedliche Involvierung der Interaktionspartner zu beachten, ist doch der Patient, sozusagen als Nehmender abhängig vom Handeln des Arztes und den daraus folgenden Konsequenzen. In diesem Kontext weist die „ungleiche Wissensverteilung“ (Siegrist, 2003) auf die Bedeutung von Aufklärung für den Patienten hin.

Nicht selten bestehen soziokulturelle Unterschiede in Herkunft und Lebensstil, welche die Interaktion erheblich erschweren können. Besondere Relevanz kommt hierbei auch der Sprache zu, die als wesentlichstes Element der zwischenmenschlichen Kommunikation schichtspezifische Unterschiede aufweist. Der *restringierte Sprachcode* unterer sozioökonomischer Schichten steht dem *elaborierten Sprachcode* der Mittel- und Oberschicht, den der Arzt verwendet, gegenüber. Auf diesem Wege kann die Sprache selbst eine Kommunikationsbarriere darstellen.

Trotz dieser Problematik bezeichnet Howard Brody, Professor der Allgemeinmedizin und Philosophie an der Yale-University das Arzt-Patient-Verhältnis als „Narrativ“. Er spricht über „das unablässige Gespräch zwischen Arzt und Patient, in dem stets etwas Krankheitsrelevantes gemeinsam verstanden werde“. (Brody, 1987, vgl. Gerhardt, 1999) Welche Beschaffenheit hat dieses Gespräch? Wird es auf rein verbaler Ebene geführt oder bedienen sich die Kommunikationspartner anderer Kanäle? Was meint der Begriff „etwas

Krankheitsrelevantes“? Die Klärung dieser Fragen ist unter anderem Thema dieser Arbeit und wird im Rahmen einer Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation anhand der Ergebnisse der Beobachtungen zu einem späteren Zeitpunkt reflektiert. In diesem Zusammenhang ist auf die Bedeutung von sozio-kulturellen Merkmalen hinzuweisen, schließlich kann der Patient ebenfalls „Experte“ sein, so dass nur „wenig Sprachbarrieren“ vorhanden sind. (vgl. Siegrist, 2003)

Auswirkungen der sozialen Distanz auf Kontakt- und Kommunikationsformen sind in medizinsoziologischer und soziolinguistischer Forschung unter dem Begriff der „asymmetrischen Interaktion“ beschrieben worden. (Siegrist, 1994; vgl. Siegrist, 1978)

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient muss aber nicht zwangsläufig asymmetrischer Natur sein. Verschiedene Elemente verleihen ihr individuelle Ausprägung: Erwartungen, bewusste und unbewusste Wünsche und Hoffnungen von beiden Interaktionspartnern spielen genauso eine Rolle wie die gegenseitigen Wahrnehmungen, Urteile und Vorurteile. Außerdem bedingt das Zusammentreffen bestimmter individueller Interaktionsstile die spezifische Gestaltung von Kommunikation im Einzelfall.

Zuvor erwähnte Kommunikationsprobleme sowie daraus resultierende Interaktionsstörungen „sind durch ein geschickt ausgeformtes Arbeitsbündnis zwischen Patient und Arzt überwindbar“. (Beckmann, 1994) Kooperation im Sinne eines Arbeitsbündnisses führt zu einer Verringerung der strukturellen Asymmetrie und fördert das Mitbestimmungsrecht des Patienten, was idealerweise in einer Chance zur Selbstbestimmung des Patienten mündet. „Vertrauengenerierende Bemühungen“ des Arztes, wie auch der souveräne Einsatz „ärztlicher Kompetenz“ sind neben „Information und Motivation“ der Patienten nicht nur bei Schwerkranken – aber vor allem auch hier – von erheblicher Relevanz. (vgl. Siegrist, 2003)

In diesem Zusammenhang wird im Folgenden die Ultraschalluntersuchung hinsichtlich ihrer Chancen und Wege der Kommunikation untersucht. Auch hier handelt es sich in der Regel um eine asymmetrische Beziehung zwischen dem über Expertenmacht verfügenden Untersucher und dem Patienten, der meist

als Laie auf dem Gebiet der Medizin und als Hilfesuchender auftritt. Es stellt sich die Frage, ob eine asymmetrische Konstellation zwangsläufig einen „verhinderten Dialog“ (Bliesener,1980) bedingt oder ob und auf welchem Wege erfolgreiche Kommunikation auf ärztliche Initiative entstehen kann.

Das Phänomen der Kommunikation mit seinen Ebenen sowie Methoden der Analyse dieser komplexen Vorgänge werden in Kapitel 6 der genaueren Betrachtung unterzogen.

## 2.2 Visualisierung in der Medizin

Die in der Einleitung erwähnte Visualisierung spielt in der heutigen Alltagswelt eine herausragende Rolle. Auch die Medizin wird durch diese Entwicklung entscheidend geprägt.

Seit der Herausbildung des neuen Sichtbarkeitsparadigmas zu Beginn des 19. Jahrhunderts, somit also etwa synchron zur Verwissenschaftlichung der Medizin, nahm die Bedeutung der Produktion und des vielfältigen Einsatzes von Bildern stetig zu.

„Öffnen Sie einige Leichen!“ Dieser bekannte Ausspruch des Franzosen Bichat, einem Vorreiter der Pathologischen Anatomie, verbalisiert die Ausrichtung einer Ära, in der für die Diagnostik der *ärztliche Blick*, das Auge, zur Wahrnehmung und Erkennung von Krankheit in den Mittelpunkt rückte. „Der Diskurs nimmt seine Weg über offene Augen, über Augen, die in jedem Augenblick so offen sind wie beim ersten Mal.“ (Foucault,1976)

Das Durchschauen von Ursache und Wirkung der Krankheitsprozesse direkt am Objekt des Geschehens, nämlich am menschlichen Körper, an der geöffneten Leiche, führte zu einer erheblichen Veränderung im medizinischen Wissen. Die Distanz, die der Arzt des 17. und 18. Jahrhunderts seinen Patienten gegenüber wahrte, die Betrachtung lediglich der Oberfläche, sozusagen aus der Ferne, wich einer Annäherung zwischen erkennendem Subjekt und Objekt der Erkenntnis, einem Blick in die Tiefe des Leichnams, in das Innere, wo nun die Lokalisation des pathologischen Geschehens, der Sitz

der Krankheit, dem Auge des Mediziners, einem Auge, das wissen will und muss, zugänglich wurde.

Die erste Reise in das Körperinnere, ein Überschreiten aller bisherigen Grenzen, war die Geburtsstunde für die bis heute andauernde Bilderflut in der Medizin. Das Auge, das als naivstes Sinnesorgan galt, der kindlich natürliche Blick, frei von vorgeprägten Affinitäten, wurde zum Hauptinstrument auf dem Wege zur Erfassung der Wahrheit.

Die Bilderflut in der Medizin ist jedoch nicht mit der Bilderflut der Alltagswelt gleichzustellen, auch wenn Parallelen erkennbar sind. In der Medizin hat der Einsatz von visuellen Medien sich insofern weiterentwickelt, als die Produktion von Bildern gezielt erfolgt. Der Einsatz von bildgebenden Verfahren in der Medizin ist eng definiert und dient der Spezialisierung. Ohne Zweifel entsteht eine Masse von Bildern, deren Produktion jedoch auf Detailbezogenheit basiert. Das Verweilen im Detail schafft medizinische Korrektheit, das Ziel moderner Diagnostik, und nicht lediglich Vervielfältigung. Dieser Sachverhalt begründet außerdem die Anwendung verschiedener Methoden zur Beleuchtung eines einzelnen bestimmten Phänomens, da auf diesem Weg Ergebnisse bestmöglicher Genauigkeit erzielt werden.

Diese Entwicklung, die Ausgang von der geöffneten Leiche nahm, übertrug sich auf die Diagnostik am Lebenden. Die bisherige *theoretische Diagnostik*, basierend auf der Patientenrede als zentrales Instrument zur Erkennung von Krankheit, wurde somit abgelöst „durch die Souveränität des Blicks“. (Foucault, 1976)

Auf der Ebene der Sprache führte dieser Wandel zugleich zu einer Verschiebung von erzählender Rede hin zu „systematische[r] Beschreibung des sichtbaren Krankheitsobjekts.“ (Schuller, 1998) Zur Charakterisierung dieser Stufe der Entwicklung eignet sich, wie Schuller ausführt, der Begriff des „epochenspezifischem Wahrnehmungs- und Darstellungsrealismus“.

In einer Zeit des wissenschaftlichen Fortschritts wurden schon bald die Grenzen des Sinnesorgans Auge erkannt und neue Technologien zur Verstärkung der *Sehkraft*, zur Erhöhung der Beobachtungsleistung, entwickelt. Zu nennen sind

hier vor allem das Mikroskop und die Photographie als Grundlage für die Aufzeichnung von Bildern.

Die technischen Entwicklungen, die im 19. Jahrhundert den Wandel in der Medizin prägten, beschränkten sich natürlich nicht nur auf visuelle Medien. Sogenannte „physikalische Untersuchungsmethoden“ (Lachmund, 1997) schrieben der körperlichen Untersuchung neue Bedeutung zu. Die Perkussion und die Auskultation, Methoden, die auf der Empfindlichkeit der auditiven Wahrnehmung basierten, vertrauten auf die Sensibilität des Ohrs, um zu objektiven Diagnosen zu gelangen. Die Entwicklung dieser Methoden, der Fortschritt bezüglich des auditiven Zweigs, soll hier nicht weiter verfolgt werden. (vgl. Der abgehorchte Körper, Lachmund, 1997)

Die Herausbildung des Sichtbarkeitsparadigmas, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts einsetzte, bildete den Grundstein eines wissenschaftlichen Entwicklungsprozesses, der bis hin zu den bildgebenden Verfahren in der gegenwärtigen Medizin reicht.

Aus der modernen Medizin sind die technisch ausgefeilten Formen der visuellen Datengewinnung, -speicherung und -übertragung nicht mehr wegzudenken. Sie bilden einen entscheidenden Anteil des Begriffs des medizinischen Wissens, an dessen Weiterentwicklung, einem ständig fortlaufenden Prozess, sie auch in Zukunft maßgeblich beteiligt sein werden.

In dieser Studie wird die Methode der Sonographie mit ihren Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Kommunikation stellvertretend für diese Verfahren genauer betrachtet. Beim Ultraschall handelt es sich um die zur Zeit am häufigsten angewandte Methode der bildgebenden Verfahren.

### 2.3 Der Student als Teilnehmer an der Ultraschalluntersuchung

Das Studium der Medizin ist unterteilt in den vorklinischen und den klinischen Studienabschnitt. In der Vorklinik erlangt der Student Wissen über den menschlichen Organismus, die naturwissenschaftlichen, technologischen sowie

seit Einführung der ärztlichen Approbationsordnung sozialwissenschaftlich-medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten, die ihm idealerweise Zugang zur physischen, also somatischen, psychischen und sozialen Verfasstheit des Menschen überhaupt und insbesondere des kranken Menschen gewähren sollen.

Auf theoretischer Ebene wird der Student so gesehen zum Profi, den Umgang mit dem Patienten lernt er in der Vorklinik allerdings nicht. In einigen wenigen Unterrichtseinheiten im Rahmen der *Berufsfelderkundung* und in Veranstaltungen zur *Einführung in die Klinik* findet eine kurze Begegnung mit Patienten statt, jedoch nicht intensiv genug, so dass der Student Erfahrung im Umgang mit dem kranken Menschen sammeln oder eine wirkliche Annäherung an das theoretisch durchleuchtete Individuum schaffen könnte. Dieses stellt sich dem Studenten viel mehr als „Dividuum“ (Geteiltes) dar, fokussiert doch sein Blick zunächst auf behandelte einzelne Organe, Systeme und auch Prozesse. Teile des Patienten werden vom Studenten genauestens wahrgenommen, analysiert und erkannt, die Annäherung an den Patienten, der in sich die untersuchten Elemente vereinigt, erweist sich jedoch als wesentlich schwieriger.

Erst im klinischen Studienabschnitt, nach dem Bestehen des Physikums, erfolgt der regelmäßige direkte Kontakt zum Patienten, der für den Studenten häufig zunächst nicht mehr und nicht weniger als ein wissenschaftliches Projekt ist, auf das in der Vorklinik angehäuften Wissen projiziert wird. Als Gesprächspartner begegnet dem Studenten schließlich der Patient als Individuum, das mehr als nur eine Vereinigung der einzelnen durchleuchteten Aspekte darstellt. Diese Begegnung erweist sich für den unerfahrenen jungen Medizinstudenten zunächst als ungewohnt und bringt entsprechende Probleme mit sich.

Die geschilderte Trennung zwischen Vorklinik und Klinik, zwischen Theorie und Praxis wird als einer der Kernpunkte im Rahmen der Diskussion um die gegenwärtige Struktur des Medizinstudiums häufig verhandelt. Verbesserungen werden angestrebt, da die bisherige Situation vielerorts kritisiert wird und nicht als zufriedenstellende Lösung gelten kann.



In der historischen Entwicklung der medizinischen Ausbildung, die sich weitgehend zurückverfolgen lässt, taucht diese zentrale Frage immer wieder auf. Bis Ende des 18. Jahrhunderts fand die Ausbildung an medizinischen Fakultäten der Universitäten statt. Ebenso wie die Praxis der Medizin unterstand sie der Regelung gemäß der Dekrete von Marly (1707). Im Zuge der Französischen Revolution und einer Reorganisation des medizinischen Wissens, inklusive einer Umstrukturierung der Medizinschulen, macht Thiery um 1790 erstmals auf die Notwendigkeit einer praktischen Ausbildung der jungen Ärzte aufmerksam.

Zu diesem Zeitpunkt kristallisiert sich bereits die Problematik eines einheitlichen klinischen Unterrichts heraus. „[...]Die praktische Ausbildung ist nicht einfach die Anwendung des abstrakten Wissens [...] und ebenso wenig liefert sie den Schlüssel zu diesem Wissen, dessen Beherrschung sie vielmehr voraussetzt.“ (Foucault, 1976)

Lernen durch Präsenz und Erfahrung sowie Unterricht sollten Thiery zufolge unter einen Hut gebracht werden, eine angestrebte Einheit, deren Durchsetzung den Reformern erhebliche Mühe bereitete. Praktische Ausbildung fand zwar nun statt, wurde jedoch unabhängig vom staatlich organisierten theoretischen und akademischen Unterricht privat durchgeführt, bis schließlich 1791 im Rahmen der Französischen Revolution alle Universitäten und Medizinschulen geschlossen wurden. Der Medizin fehlte es an Struktur zur Vereinigung von Lernen durch Erfahrung und Unterricht, um die Gesamtheit medizinischen Wissens vermitteln zu können.

Die Bedeutung des Lernens durch Erfahrung und den Wert individueller Beobachtungen hatte man schon weit vor dieser Reform der Medizin am Ende des 18. Jahrhunderts erkannt. In der Klinik, deren Wurzeln sich Jahrhunderte weit zurückverfolgen lassen, sahen die Reformer Ende des 18. Jahrhunderts nun den Ursprung medizinischen Wissens. „Unbeweglich und immer nahe an den Dingen, verleihe die Klinik der Medizin ihre wahrhaftige geschichtliche Bewegung; sie lasse die Systeme verschwinden, während jedoch widerlegende Erfahrung ihre Wahrheit anhäufe.“ (Foucault, 1976) In diesem Sinne „habe die Medizin [unbeschadet von jeglicher Umstrukturierung des medizinischen Wissensbegriffs, Einfügung der Verfasserin] in dem konstanten Element der Klinik Wahrheit und Zeit vereinigt.“ Die klinischen Institutionen des 18.

Jahrhunderts stellten den Zwischenschritt von der spontanen Praxis, wie sie in der Medizin vor dem 18. Jahrhundert ausgeübt wurde und der Institution von heute dar, die Erfahrungsform, Methoden der Analyse und Untersuchungstyp verbanden, und zugleich laut Foucault noch nicht in der Lage waren, eine „neue Gesamtheit von Diskurs und Praxis“ hervorzubringen. (Foucault, 1976)

Von der Einführung der klinischen Institutionen ging also eine Reorganisation der medizinischen Ausbildung aus. Der bestimmende Teil der neuen Form der Ausbildung wurde die Praxis. Ein erweiterter theoretischer Unterricht fand begleitend statt. Neuartige Medizinschulen wurden eingerichtet, in denen die Studenten sowohl in den naturwissenschaftlichen Grundlagen der Anatomie, Physiologie, medizinischen Chemie, Heilmittellehre, Botanik und Physik ausgebildet wurden, als auch parallel dazu verpflichtet waren, in Spitälern die Praxis zu lernen. In einer dreijährigen Ausbildung sammelten die Studenten zunächst klinische Erfahrung durch Beobachtung, bis dann im dritten Jahr, in der eigentlichen Klinik, der Unterricht direkt am Krankenbett stattfand.

Diese Klinik weist deutliche Parallelen zur Klinik von heute auf. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die beschriebene Form der Ausbildung nicht eine Trennung von Vorklinik und Klinik vornahm, wie sie das heutige Medizinstudium strukturiert. Die Studenten der französischen Medizinschulen des beginnenden 19. Jahrhunderts sammelten also von Beginn an Erfahrung im Umgang mit Patienten und lernten, indem sie beobachteten.

In der Medizin des 20. Jahrhunderts mündet die Erprobung unterschiedlicher Unterrichtsmodelle schließlich 1970 in die Einführung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄappO) mit der heute bestehenden Struktur des Studiums der Medizin.

Zu den vorgeschlagenen Modellen gehörte auch ein mehr patienten- und problembezogener, somit fächerübergreifender Unterricht, der sich durch mehr Nähe zum Patienten auszeichnete. In den medizinischen Fakultäten setzte sich diese Form jedoch nicht durch. Die Befürworter dieses abgelehnten Modells sind aber bis heute mit dessen Weiterentwicklung beschäftigt. Ansätze des Problemorientierten Lernens (POL) werden an Universitäten erprobt als

Alternative zum traditionellen Studium. Zu erwähnen sind auch diesen Modellen entlehnte Formen des Unterrichts wie die *Hausarzt-Besuchsprogramme für Vorkliniker* in Ulm und die *Marburger Studentischen Anamnese-Gruppen*. Bisherige Erfolge lassen die Möglichkeiten dieses Modells erahnen, für eine mehr bedarfs- und bedürfnisbezogene ärztliche Medizin auszubilden.

In der aktuellen Form des Studiums besteht immer noch eine deutliche Kluft zwischen praxisferner Vorklinik und praxisnaher klinischer Ausbildung, wenngleich sie aufgrund permanenter Novellierungen der ÄappO schmaler wird. In der Novelle des Jahres 1989 wurde zum Beispiel die Ausbildung um die Einrichtung weiterer obligater Veranstaltungen im Bereich der *Berufsfelderkundung* und der *Einführung in die Klinik* für die Vorklinik ergänzt. Zudem wurde der Klinische Abschnitt um die Bereiche des *Ökologischen Stoffgebiets*, der *Psychosomatik*, der *Psychotherapie* und der *Allgemeinmedizin* ergänzt, sowie das *Praktische Jahr* und der *Arzt im Praktikum (AIP)* eingeführt, um mehr Praxisnähe in der Ausbildung zu erzielen. (Novak, 1994; vgl. Novak, 1977)

Im Rahmen der Novelle der Approbationsordnung für Ärzte (Juni 2002) und ihrer zukünftigen Umsetzung ergeben sich vielfältige neue Ansätze und Möglichkeiten, strukturelle und funktionelle Veränderungen in der klinischen Ausbildung vorzunehmen. Angestrebt wird ein mehr praktisch orientierter Unterricht in Kleingruppen, mehr fächerübergreifender Unterricht und auch das Angebot zusätzlicher Wahlfächer.

Für die Zukunft sind durchaus Umstrukturierungen zu erwarten, wobei unter anderem oben erwähnte Modellprojekte, vor allem aber die neue Studienordnung hoffen lassen, eine weitere Annäherung der medizinischen Ausbildung an die Praxis zu erreichen. Die Medizin als Handlungswissen wird in Zukunft nicht darauf verzichten können, Modelle des Learning-by-doing einzusetzen, um die Studierenden adäquat für den späteren Beruf auszubilden. Aktuell durchgeführte Studien zur Definition und Bewertung professioneller Kompetenz von Studenten in der Famulatur, im Praktischen Jahr (PJ) sowie frisch approbierter Ärzte verleihen diesem Aspekt besondere Relevanz.

Epstein und Hundert (2002) kommen zu dem Ergebnis, dass sich die professionelle Kompetenz des Mediziners als eine Zusammenfassung oder eine Wechselwirkung aus mehreren im folgenden genannten Bereichen darstellt:

1. Patientenversorgung,
2. medizinisches Fachwissen,
3. praxisbezogenes Lernen und Fortschritt,
4. zwischenmenschliche und kommunikative Fähigkeiten,
5. Professionalität,
6. systemorientierte Praxis.

Auf der Grundlage klinischer Basis-Fähigkeiten, eines bestimmten Grades an Fachwissen und auf einem gewissen Status moralischer Entwicklung fußend entsteht schließlich, ein optimales Resultat vorausgesetzt, eine fachspezifische Kompetenz, die mit Fähigkeiten in allen geforderten Teilbereichen ausgestattet ist. Dafür spielen kognitive Funktionen, das heißt der adäquate Einsatz genannter theoretischer Fähigkeiten in der Realität, ebenso eine Rolle wie die integrative Funktion – der Einsatz biomedizinischer und psychosozialer Fähigkeiten im klinischen Ambiente – wie auch der Beziehungsaspekt inklusive kommunikativer Fähigkeiten. Zu erwähnen ist auch noch die affektiv-moralische Komponente, die Respekt im Umgang mit den Patienten gleichermaßen wie auch die wertvolle Eigenschaft der emotionalen Intelligenz umfasst. Des weiteren ist diese Kompetenz abhängig von Aufmerksamkeit, kritischer Neugier, Selbstreflexion und entsprechender permanenter Weiterentwicklung der eigenen Fähigkeiten. (vgl. Epstein, Hundert, 2002)

Der Anspruch, den dieses Kompetenz-Modell an den Lernenden, aber auch an das Ausbildungskonzept stellt, weist darauf hin, wie entscheidend die Vielseitigkeit des Studiums und die Qualität der Weiterbildung im Anschluss ist. Aufgabe dieser Ausbildungsstufen ist es, möglichst viele der für die professionelle Kompetenz wichtigen Teilbereiche aufzugreifen oder zumindest eine gewisse Vorarbeit zu leisten, auf deren Basis eine adäquate Weiterentwicklung der relevanten Fähigkeiten erfolgen kann.

In der Ausbildung sind Modelle denkbar und sinnvoll, die praktisches Handeln des Studenten erfordern, jedoch gleichermaßen dem erfahrenen Mediziner, der

als Ausbilder auftritt, unverzichtbare Interventions- und Korrekturmöglichkeiten bieten. Ziel dieser Modelle ist es, schon zu einem frühen Zeitpunkt der klinischen Ausbildung oder sogar in der Vorklinik größeren Praxisbezug der ärztlichen Ausbildung zu gewährleisten.

In diesem Zusammenhang könnte eine Reflexion weiterer klinischer Bereiche neue Perspektiven mit sich bringen, bestimmte Fachbereiche könnten sich als sinnvoll und dienlich für dieses Lernmodell erweisen und auf diesem Wege dazu beitragen, die Kluft zwischen Klinik und Vorklinik zu verringern.

In dieser Arbeit wird die Ultraschalluntersuchung beziehungsweise die Ausbildung zur Sonographie unter diesem Aspekt beleuchtet. Hierbei ist nicht gemeint, dass analysiert werden soll, inwiefern der Student das Handwerk der Sonographie erlernen könnte, da dieser Ansatz aufgrund organisatorischer, räumlicher, zeitlicher und ökonomischer Einschränkungen nicht realisierbar wäre. Stattdessen interessiert vielmehr, wie der Aspekt des Modell-Lernens und das Sammeln von Erfahrungen in der Bildbeurteilung in die Ausbildung des Studenten integriert werden könnten. Überlegungen bezüglich dieser Fragestellung werden in Kapitel 6.8, basierend auf Ergebnissen der Analyse des studentischen Wahrnehmens der Untersuchung sowie des Lerneffekts, zur Darstellung gelangen.

## 3. Material und Methoden

### 3.1 Die Formen der Beobachtung

Die qualitative Sozialforschung bedient sich verschiedener Verfahren zur Beobachtung und Beurteilung von sozialem Verhalten und Prozessen.

Eine häufig angewandte Technik stellt die teilnehmende Beobachtung dar.

„Bei der teilnehmenden Beobachtung sind die Beobachter gleichzeitig Teilnehmer, das heißt sie nehmen – in unterschiedlichem Ausmaß – an den sozialen Prozessen teil, denen ihre Aufmerksamkeit gilt.“ (Buschmann-Steinhage, 1994, vgl. Friedrichs, Lüdtkke, 1973)

Ziel des Einsatzes dieser Methode ist es, die Prozesse aus interner Sicht zu erfassen und sie gleichzeitig möglichst wenig in ihrem natürlichen Ablauf zu stören, um letztendlich optimale Beobachtungsergebnisse zu erhalten.

In der vorliegenden Untersuchung übernahm die Studentin die Rolle des teilnehmenden Beobachters. Das Tragen eines Kittels allerdings zeigte die Zugehörigkeit zum medizinischen Personal in Abgrenzung zu den Patienten. Verwendet wurde die Form der offenen Beobachtung, das heißt sowohl Arzt als auch Patient waren über die Anwesenheit der Studentin und ihr Anliegen informiert und hatten ihr Einverständnis gegeben. Die Verfasserin übernahm jedoch nicht die Position des Arztes, sondern bewegte sich als Studentin des ersten klinischen Semesters an der Grenze von der ‚Laienwelt‘ des Nichtmediziners, beziehungsweise des ausschließlich theoretisch ausgebildeten Neulings, zur ‚Expertenwelt‘ des Arztes und nahm hinsichtlich des medizinischen Wissens eine Stufe zwischen dem Patienten und dem Arzt ein. Als Auszubildende erhielt sie daher ergänzende Erklärungen durch den Arzt.

Diese Tatsache ermöglicht eine weitere Form der Verhaltensbeobachtung in Ergänzung zur teilnehmenden Beobachtung, die als wesentliches Ziel auf die Schnittstelle zwischen Wirklichkeit des Arztes und Wirklichkeit des Patienten fokussierte, sowie auf den Charakter der Kommunikation zwischen diesen

Akteuren. Die Beobachtung der eigenen Person im Sinne von Introspektiven, beziehungsweise die Beurteilung und nachträgliche Reflexion eigener Erfahrungen, bietet aufgrund der Konstellation dieser Studie außerdem die Gelegenheit, den Wahrnehmungs- und Erkennenshorizont des Studenten zu beleuchten, dessen Wissensstand an der Grenze von der Vorklinik zur Klinik einzuordnen ist.

Die Wahrnehmung des Studenten wurde zudem durch Erklärungen des Arztes beeinflusst, weshalb sich gewissermaßen ein „stufenweiser Prozess des Erkennens“ entwickelt, dessen Eigenart im späteren Verlauf der Studie beleuchtet wird.

Um diesen selbstreferentiellen Ansatz ergänzt, lässt sich nun die Untersuchungstechnik als Methode kommunikativer Sozialforschung verstehen. „Kommunikative Sozialforschung, die Integration von Beobachtungsparadigma und selbstreferentiellem kommunikativen Paradigma [...] .“ (Rappe-Giesecke, Giesecke, 1997) hat ihre akademischen Wurzeln in der Soziologie und Psychologie.

Schütze als Sprecher der Schule kommunikativer Sozialforschung beschreibt die Methode folgendermaßen: „Sie geht von der These aus, dass die im interessierenden Interaktionsfeld stehenden Gesellschaftsmitglieder besser informiert sind und mehr Einsichten über ihren Praxisbereich haben als die untersuchenden Sozialforscher – so *verborgen* sich auch immer die Einsichten des Informanten im Verlauf der Untersuchung herausstellen können.“ (Schütze, vgl. Rappe-Giesecke, Giesecke, 1997)

„Selbsterfahrung und Beobachtungslernen erscheinen als spezielle Typen der Informationsverarbeitung.“ (Rappe-Giesecke, Giesecke, 1997) Auf die vorliegende Untersuchung projiziert bedeutet dies, dass sich der Verfasserin nicht nur die „Innenperspektive“ des teilnehmenden Beobachters zur Erfassung sozialer Wirklichkeit bot, sondern zusätzlich die Interpretation der eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen die Perspektive erheblich erweiterte.

### 3.2 Konversations- und Diskursanalyse

Die Konversationsanalyse beschreibt eine Methode zur formalen Analyse ‚natürlicher‘ Texte. Vor allem in der *Ethnomethodologie*, einer 1967 von Harald Garfinkel begründeten Richtung qualitativer Forschung, bildet sie ein häufig angewandtes Verfahren zur Untersuchung, „wie Menschen in interaktiven Prozessen soziale Wirklichkeit herstellen“, beziehungsweise mit welchen Handlungsweisen diese Herstellung „im Alltag realisiert“ wird. (Flick, 1995)

In der Regel handelt es sich bei dem in diesem Rahmen analysierten Textmaterial um Transkripte von Aufzeichnungen zwischenmenschlicher Interaktion.

Die Prämissen, auf denen die Konversationsanalyse basiert „sind einerseits, dass Interaktion geordnet abläuft, andererseits, dass Kontext ihren Rahmen bildet und in ihr hergestellt wird, und schließlich, dass die Entscheidung über das, was wirklich relevant wird in sozialer Interaktion, erst aus der Analyse, nicht per Vorab-Setzungen entschieden werden kann. Der Fokus richtet sich [dabei jedoch] nicht auf die subjektive Betrachtung der Inhalte einer Interaktion für die Teilnehmer, sondern darauf, wie diese Interaktion organisiert wird.“(Flick, 1995)

Unter Verwendung dieses ‚strikt empirischen Ansatzes‘ werden Gespräche hinsichtlich ihrer Struktur und Ordnung, ihrer Untergliederung in bestimmte Sequenzen und der Regeln und Prinzipien ihres Ablaufs untersucht.

Diese Merkmale sprachlicher Interaktion sind praktisch universal. Ein Individuum, das soziale Interaktion betreibt, gibt seinem Reden und Handeln auf diesem Wege eine sinnhafte Strukturierung, die Beschaffenheit dieser Struktur jedoch ergibt sich ‚vor Ort‘ und individuell für den Einzelfall.

Bei der Konversationsanalyse geht es um die „Analyse des Funktionierens der Gesprächsmaschine“ (Bergmann, 1981, vgl. Flick, 1995) „unter Ausblendung des Inhalts“ des Gesagten. (Flick, 1995)

Unter Einhaltung eines streng sequentiellen Vorgehens konzentriert sich das Augenmerk ausschließlich auf den jeweils aktuell untersuchten Textabschnitt. Eine Eingliederung in den Kontext erfolgt sekundär.



Die Diskursanalyse hingegen, basierend auf der Grundlage der zuvor beschriebenen Konversationsanalyse, schlüsselt die Gespräche daraufhin auf, wie „konversationelle Versionen der Teilnehmer von Ereignissen (Erinnerungen, Beschreibungen, Formulierungen) konstruiert werden, um kommunikative, interaktive Arbeit zu leisten“ (Edwards, Potter, 1992, vgl. Flick, 1995).

Auf diesem Weg findet somit vor allem der inhaltliche Aspekt Beachtung. Der „empirische Fokus“ richtet sich „stärker auf Inhalte der Rede, ihre relevanten Themen und ihre eher soziale als sprachliche Organisation“. (Edwards, Potter, 1992, vgl. Flick, 1995) Sekundär geht es schließlich darum, wie diese Inhalte in Wechselwirkung treten mit der bewussten und unbewussten Sequenzierung von Gesprächen, dem formalen Charakter.

Flick spricht von der „Konstruktion von Versionen des Geschehens“ (Flick, 1995), die dem Einzelfall trotz der universalen Grundstruktur von Interaktion und bei gleichzeitigem Durchleben derselben Situation durch zwei Handelnde stets eine spezifische Komponente verleihen.

Das Material dieser Studie besteht aus 40 Transkripten von Gesprächen, die im Rahmen von Ultraschalluntersuchungen mit dem Tonband aufgezeichnet wurden. Diese Beispiele sollen jedes für sich als Einzelfall betrachtet der formalen und der inhaltlichen Analyse unterzogen werden, um den Charakter der Interaktion, das Zusammenwirken von formaler und inhaltlicher Gestaltung zu analysieren und die Entstehung spezifischer Wirklichkeiten zu beleuchten.

Ziel dieser Betrachtung ist es schließlich, „das ‚Wie‘, das heißt die Methode dieser Produktion von sozialer Wirklichkeit im Detail zu erfassen“. (Bergmann, 1980)

### 3.3 Die sequentielle Mikroanalyse

Eine weitere häufig genutzte Methode der in Kapitel 3.1 erläuterten kommunikativen Sozialforschung stellt die sequentielle Mikroanalyse dar.

Die Schule der kommunikativen Sozialforschung beschreibt „die Organisation der Verständigung als Aushandlungsprozess“ und charakterisiert „die

sequentielle Struktur kommunikativer Interaktion und der *Wirklichkeit* als perspektiven- und standortspezifische (ideale) soziale Konstruktion“. (Rappe-Giesecke, Giesecke, 1997) Wirklichkeit ist in diesem Zusammenhang nicht als voraussetzbares, in seinen Eigenschaften konstantes Phänomen zu betrachten sondern als ein situativ entstehender, sich ständig modifizierender Geschehensprozess. Dieser ist in seiner Konstruktion abhängig von anwesenden Personen, (sprachlicher) Kommunikation, Anordnungen, Positionen und spontan entstehenden Gegebenheiten innerhalb eines Raumes. (vgl. Knorr-Cetina, 1990)

Das heißt also, dass der komplexe Begriff *kommunikative Interaktion* als eine aus vielen in sich geschlossenen, aber zueinander in Wechselwirkungen tretenden Abschnitten beziehungsweise Sequenzen zusammengesetzte, jedoch im ganzen kohärente Struktur zu betrachten ist. Analysen, die Verständigung als Ganzes beleuchten wollen, laufen Gefahr, bei der Interpretation des Komplexes die Relevanz der Einzelsequenzen zu übersehen.

„Mikroanalysen sind der Versuch, die im Alltag sehr schnell ablaufenden Verstehens- und Verständigungsprozesse zu verlangsamen, um sie dadurch sichtbar und in sozialer Form analysierbar zu machen.“ (Rappe-Giesecke, Giesecke, 1997)

Durch „minutiöse Auswertung von Ausschnitten sozialen Verhaltens“ (Lachmund, 1997) versuchen diese Analysen genau diese oft übergangene aber so entscheidende Bedeutung des Details zu erfassen. Außerdem beschäftigen sie sich mit der Kohärenz dieser Sequenzen, mit deren Wechselwirkung, die in der spezifischen Erzeugung von sozialer Wirklichkeit mündet.

Bezüglich dieses Aspekts (vgl. im Vorfeld beschriebene Definition der Wirklichkeit) zeigen sich deutliche Parallelen zu mikrosoziologischen Ansätzen der *Ethnomethodologie* und zum *Symbolischen Interaktionismus*. Deren Grundannahme besteht schließlich aus der „lokalen Erzeugtheit sozialer Wirklichkeit“. (Knorr-Cetina, 1990)

Weiterhin gemeinsames Merkmal all dieser Richtungen sozialwissenschaftlicher Forschung ist es, „sich im wesentlichen mit dem Studium situierter sozialen Verhaltens in der Alltagswelt [zu] beschäftigen. (Knorr-Cetina, 1990)

Es interessiert also die Betrachtung *natürlicher Situationen*, wie sie sich ohne experimentelle Manipulation oder Intervention ergeben, dabei gilt „Verstehen als Erkenntnisprinzip“ (Flick, 1995), das heißt, Ziel dieser Methoden ist es, „das untersuchte Phänomen beziehungsweise Geschehen von innen heraus zu verstehen. Verstanden werden soll die Sicht eines Subjekts (oder mehrerer Subjekte), der Ablauf sozialer Situationen (Gespräche, Diskurse, Arbeitsabläufe) oder die auf eine Situation zutreffenden kulturellen beziehungsweise sozialen Regeln“. (Flick, 1995)

Mit Hilfe der sequentiellen Mikroanalyse wird die reale Situation einer Ultraschalluntersuchung einschließlich der parallel stattfindenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient und zwischen Arzt und teilnehmendem Beobachter / Medizinstudent betrachtet.

Die Beobachterposition übernimmt der Medizinstudent, der hier die Rollen des teilnehmenden Beobachters und die des Auszubildenden in der Methode des Ultraschall vereint. Bezüglich des Blickwinkels ist ‚Innenperspektive‘ gegeben. Eine derartige Konstellation ermöglicht die „Erforschung subjektiver Sichtweisen“ vor dem theoretischen Hintergrund des *Symbolischen Interaktionismus* (Flick, 1995) sowie der *Ethnomethodologie*.

### 3.4 Das Transkriptionsverfahren

Die weitere Bearbeitung der erfassten und auf Tonträger festgehaltenen Daten macht zunächst die Transkription der Gespräche erforderlich.

Zu diesem Zweck stehen verschiedene Verfahren zur Auswahl. Phonetisch beziehungsweise phonologisch orientierte Systeme verwenden Phoneme, um die Sprache auf der Lautebene zu verschriftlichen. Ein Beispiel für diese Kategorie stellt das International Phonetic Alphabet (IPA) dar.

Die hiervon abzugrenzenden diskursanalytischen Verfahren, die zur qualitativen Untersuchung von natürlicher Kommunikation im Alltag bevorzugt genutzt werden, basieren entweder ausschließlich auf der Standardsprache oder erlauben – ausgehend von der Standardform – im Einzelfall die Abweichung einzelner Buchstaben oder Buchstabenverbindungen (zum Beispiel Dialekt: „dat“ statt „das“). Zu diesen Verfahren zählt die sogenannte *Literarische Umschrift*.

Für die vorliegende Studie wurden die von Mergenthaler entwickelten Regeln für die *Praktische Transkriptionsarbeit* verwendet, die letztgenannter Kategorie von Transkriptionsverfahren zuzuordnen sind. (vgl. Mergenthaler, 1992)

Berücksichtigt werden alle hörbaren Zeichen: verbale, paraverbale und nicht-verbale Äußerungen der beteiligten Sprecher sowie situationsgebundene Geräusche.

Alle ganz oder teilweise ausgesprochenen Wörter oder Wortfolgen werden in der *Literarischen Umschrift* wiedergegeben, die sich an der Schreibweise der Schriftsprache orientiert, unter Einhaltung von Normen der Orthographie. Mundartliche Transkripte werden nicht erstellt, Dialekte erfahren also eine Umwandlung in die hochsprachliche Form.

Zur Kennzeichnung von Gesprächsbesonderheiten werden Sonderzeichen eingeführt, Satzzeichen dienen der Darstellung des Rhythmus der Rede. Sie werden entsprechend der Unregelmäßigkeiten gesprochener Sprache nicht immer gemäß der üblichen Grammatikregeln gesetzt.

Lediglich bezüglich der Kennzeichnung von Sprechpausen wurde von der Verfasserin eine Abweichung von beschriebenen Regeln vorgenommen: Die Angabe der Dauer einer Sprechpause erfolgt nur in Sekunden, auf die Angabe von Stunden und Minuten wurde aus praktischen Gründen verzichtet.

Das gewählte Verfahren erweist sich als ausgesprochen vorteilhaft zur qualitativen Analyse der vorliegenden Gespräche, natürlicher Kommunikation, deren Besonderheiten somit gewahrt werden und nicht bei der Übertragung in die Schriftform verloren gehen.

## 3.5 Das Untersuchungsfeld

### 3.5.1 Das Krankenhaus

Die Untersuchung fand in einem freigemeinnützigem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung statt. Es handelt sich um ein Haus mittlerer Größe, in dem etwa dreihundert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind.

Als größte Abteilung verfügt die Innere Medizin über 126 Betten auf vier Stationen, sowie über vier Betten auf der interdisziplinären Intensivstation. Schwerpunkt der Abteilung sind Magen-Darm-Erkrankungen, bei deren Diagnostik und Behandlung hochspezialisierte Untersuchungsverfahren zur Anwendung gelangen, die bundesweit bisher relativ selten angeboten und durchgeführt werden. Hierzu zählen die Endosonographie und die Messung der Darmmotilität.

Zweitgrößte Abteilung ist die Chirurgie mit 89 Betten auf drei Stationen und vier Betten auf der interdisziplinären Intensivstation. Das OP-Team besteht aus zehn Ärzten, zwölf OP-Schwestern und -pflegern.

Des weiteren gibt es die Abteilung der Anästhesiologie und Intensivmedizin, sowie die Abteilung für Röntgendiagnostik, deren besonderen Schwerpunkt die Ultraschalluntersuchung einnimmt. Diese Abteilung wird im folgenden Kapitel gesondert beschrieben.

Neben der medizinischen Versorgung der Bevölkerung übernimmt dieses Krankenhaus als Akademisches Lehrkrankenhaus der städtischen Universität verschiedene Ausbildungsaufgaben. Im Rahmen des Studiums der Medizin können hier Pflegepraktika, Famulaturen und das Praktische Jahr abgeleistet werden. Außerdem umfasst das Angebot Stellen für den Arzt im Praktikum (AIP) und für die Facharztausbildung.

### 3.5.2 Die Röntgenabteilung

Für radiologische Diagnostik gibt es in diesem Krankenhaus eine eigene Abteilung, die sich im ersten Stock, auf einer Etage mit der Endoskopie befindet.

Einen Schwerpunkt bildet die Ultraschalluntersuchung, die seit ihrer Einführung 1977 durch den jetzigen Chefarzt ausschließlich von mit der Methode erfahrenen Ärzten durchgeführt wird. Für die Sonographie steht ein apparativ hochmodern ausgestatteter Raum zur Verfügung (genauere Beschreibung in 3.5.3).

Zusätzlich umfasst die Abteilung zwei Räume für das Erstellen von Röntgenaufnahmen und einen Computertomographen (CT), sowie eine zentrale Anmeldung, einen Röntgen-Demonstrationsraum, eine Dunkelkammer, ein Archiv und ein Arztzimmer mit Sekretariat. Vom Gang durch Säulen abgegrenzt befindet sich eine Sitzecke für wartende Patienten.

### 3.5.3 Der Sonographieraum

Die Ultraschalluntersuchungen in diesem Krankenhaus finden nahezu ausnahmslos im dafür vorgesehenen Sonographieraum statt, in dem das moderne nicht transportable Sonographiegerät steht.

Für einen *kurzen Blick* in der Ambulanz, bei Vorbereitung von zum Beispiel Punktionen sowie für intraoperative Untersuchungen steht den Internisten und Chirurgen ein kleines fahrbares Gerät zur Verfügung.

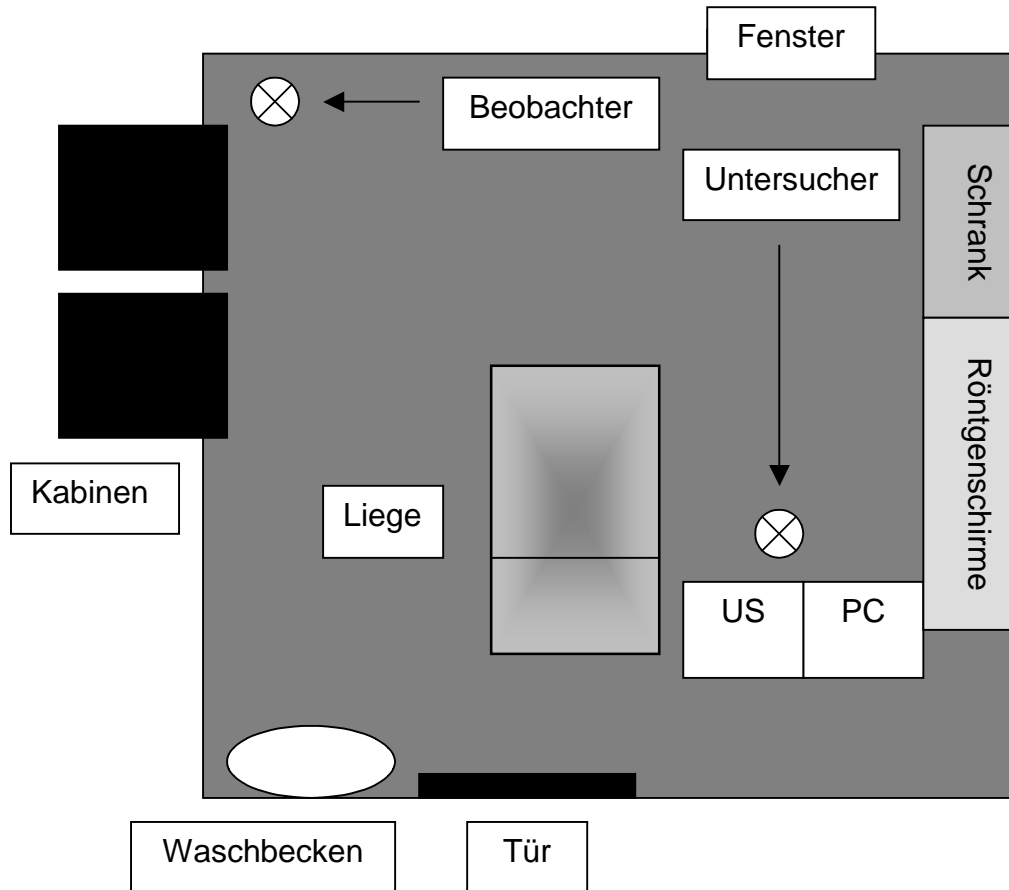
Bei der Durchführung spezieller Organpunktionen wird ein Gerät mit Punktionsschallkopf verwendet. Sowohl dieses Gerät als auch das Echokardiographiegerät wird jeweils von einem internistischen Spezialisten bedient, beide Sonographie-Geräte finden somit Verwendung außerhalb der Abteilung für Röntgendiagnostik.

Der Sonographieraum ist, wie bereits erwähnt, Teil der Abteilung für Röntgendiagnostik. Es handelt sich um einen etwa 15 Quadratmeter großen freundlich-hell gestrichenen Raum mit moderner funktioneller Einrichtung, der durch drei Eingänge betreten werden kann. Neben der breiten Tür, durch die sich auch ein Krankenbett schieben lässt, führen die anderen beiden Eingänge jeweils durch eine Umkleidekabine für die Patienten. Eine dieser beiden Kabinen ist auch mit einem Patienten-WC ausgestattet. Gegenüber der Tür befindet sich ein Fenster, das während der Untersuchung abgedunkelt wird.

Die Untersuchungsliege steht in der Mitte des Raumes. Sie ist komfortabel, höhen- und lageverstellbar. Bei Bedarf kann sie zur Seite geschoben werden, um einem Patientenbett Platz zu machen, wenn bettlägerige Patienten untersucht werden. Rechts neben der Liege in Kopfhöhe befinden sich das Ultraschallgerät mit Monitor und ein Computer. Der untersuchende Arzt sitzt oder steht vor dem Gerät, schaut während der Untersuchung abwechselnd auf Monitor und Patienten und führt mit der rechten Hand den Schallkopf. Um auf den Monitor zu blicken, muss sich der Patient nach rechts wenden und ein wenig schräg nach hinten gucken. Eine Verschiebung des Blickwinkels zugunsten des Patienten brächte eine Sichtverschlechterung für den Arzt mit sich. Bei dem Gerät handelt es sich um das Modell EUB 525 von Hitachi.

An die rechte Wand ist eine Schrankeinheit mit Ablageflächen angelehnt, in die auch ein Schirm zur Betrachtung von Röntgen- und Sonographiebildern integriert ist. Links neben der Tür gibt es ein Waschbecken, die linke Wand ist durchbrochen von den zwei Eingängen, die aus den vom Gang zu betretenden Umkleidekabinen in den Sonographieraum führen.

Patienten, die mit dem eigenen Bett zur Untersuchung kommen, warten auf dem Flur vor der Tür. Für mobile Patienten gibt es eine Sitzecke mit Lesematerial.



### 3.5.4 Stellenwert und Indikation der Ultraschalluntersuchungen

Täglich werden in der Röntgenabteilung vierzig bis sechzig Patienten untersucht, davon stellen sich fünfzehn bis zwanzig Patienten zur Sonographie vor.

Die Anzahl an Sonographieuntersuchungen in einem Jahr beträgt im Durchschnitt etwa viertausend, 1998 waren es beispielsweise 4057, die sich unterteilen lassen in 3556 Bauchuntersuchungen (Abdomen-Routine) und 501 spezielle Anforderungen von Schilddrüsen- und Lymphknotenuntersuchungen. Im Vergleich hierzu wurden im selben Zeitraum ungefähr 15500 EKGs geschrieben, 6817 Thorax-Röntgenaufnahmen und 1305 Computertomographien angefertigt.

In der Endoskopie, einer ebenfalls bedeutsamen Abteilung des Hauses wurden 1998 insgesamt 3636 Untersuchungen durchgeführt, die Anzahl an Operationen betrug 2795.



Als Hauptindikation für die Ultradiagnostik steht die ‚Abdomen-Routine‘ zur Abklärung von unklaren Beschwerden (wie Bauchschmerzen oder andauernder Durchfall) an der Spitze, allerdings nahezu gleichauf mit der die zweite Stelle einnehmenden Tumordiagnostik.

In Kapitel 4.1 erfolgt eine Auflistung der Indikationen für Sonographie-Untersuchungen bezogen auf das im Rahmen der Studie betrachtete Patientenkollektiv. Es stellt sich in seiner Zusammensetzung als durchaus repräsentativ für das in der Abteilung im alltäglichen Prozedere untersuchte Patientengut dar. Die Abklärung unklarer Beschwerden und die Tumordiagnostik nehmen auch im Untersuchungszeitraum den weitaus größten Anteil der Indikationen für Untersuchungen ein. Diese Aussage bezieht sich auf die Gesamtstichprobe verglichen mit dem in einem Jahr untersuchten Patientengut. Sie gilt gleichermaßen für die ausgewählte Teilstichprobe (vgl. Kapitel 4.1).

### 3.5.5 Ablauf der Studie

Für den Zeitraum von zwei Wochen wurde die Verfasserin in die Röntgenabteilung sozusagen integriert, wobei im Vordergrund die Teilnahme an allen täglich ablaufenden Ultraschalluntersuchungen stand.

In der ersten Woche, die in Bezug auf Anzahl der Untersuchungen pro Tag, Untersucherwechsel, Dauer und Ablauf der Untersuchungen für den Abteilungsalltag typisch war, erfolgten die Tonbandaufzeichnungen größtenteils vormittags, zum Teil auch nachmittags. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 81 Gespräche aufgezeichnet und protokolliert, von denen der Chefarzt 44, die Oberärztin 18 (beide Fachärzte für Radiologie) und der Facharzt für Innere Medizin (im Folgenden benannt als Facharzt in Abgrenzung zu Chefarzt und Oberärztin) 19 führte.

Die zweite Woche diente dazu, die Studentin als „auszubildenden Lehrling“ in die Technik des Ultraschalls einzuführen. Außerdem wurde dieser Zeitraum – ohne Aufzeichnung und gezielte Beobachtung – genutzt, um zu überprüfen, dass die in der ersten Woche gemachten Aufzeichnungen in einer für den Alltag der Abteilung regulären Woche gewonnen wurden und dass die

Aufnahmesituation bzw. das Wissen der interagierenden Personen um die Beobachtung nicht die Untersuchungssituation beeinflussten. Somit stellte diese Woche sozusagen eine Kontrolle dafür dar, dass die untersuchten Gespräche repräsentatives Material im Hinblick auf die alltäglichen Abläufe und Begebenheiten in der Sonographie darstellten.

Die Perspektive des reinen Beobachters wurde erweitert um den Aspekt der Auszubildendenrolle. Diese neue Perspektive wird im Verlauf dieser Studie einer genaueren Analyse unterzogen.

Die Aufklärung der Patienten über die Anwesenheit der Studentin und die Intention, als Medizinstudentin im Rahmen einer Doktorarbeit die Untersuchungen zu protokollieren und aufzuzeichnen, übernahm der behandelnde Arzt selbst. Auf diesem Wege erfragte er auch das Einverständnis der Beteiligten. Der Chefarzt der Abteilung legte großen Wert darauf, dass diese Erklärung durch die Untersucher selbst und nicht durch die Studentin erfolgen sollte, da diese Aufgabe für ihn einen entscheidenden Schwerpunkt im Vertrauensverhältnis zum Patienten darstellte. Die Erklärung erfolgte entweder bei der Begrüßung der Patienten, die wie erwähnt, fast immer auf dem Weg zur Kabine stattfand, oder direkt im Untersuchungsraum. Auffallend war dabei, dass insbesondere der Chefarzt bemüht war, diese Thematik ins Gespräch einfließen zu lassen. Somit nahm er der Situation für die Patienten die ‚unheimliche‘ oder ungewöhnliche Komponente und stärkte dadurch noch das Vertrauensverhältnis. Außerdem nutzte er häufig diese Gelegenheit, die Patienten in ein lockeres Gespräch zu verwickeln, um ihnen mögliche Ängste und Unsicherheiten zu nehmen.

Das Aufnahmegerät war auf dem Monitor des Sonographen befestigt, das Mikrofon befand sich in Kopfhöhe der Patienten.

Die Aufzeichnungen begannen, sobald der Patient den Raum betrat, der Arzt erwartete ihn in der Regel dort. Sie umfassten fast immer das gesamte Untersuchungsgespräch, lediglich die auf dem Flur stattfindende Begrüßung ging somit verloren.

Die Beobachterin saß in der gegenüberliegenden Ecke des Raumes und ergänzte die Aufzeichnungen um das Erfassen nonverbaler Kommunikation sowie das Festhalten von Besonderheiten. Zu diesem Zwecke waren ein Fragebogen (s. Anhang) und ein Protokoll vorbereitet, die in jedem einzelnen

Gespräch den Leitfaden für die spezifischen Notizen bildeten. Von diesem Blickwinkel aus ergab sich die Möglichkeit, sowohl die Gestik und Mimik von Arzt und Patient als auch den Monitor zu beobachten.

Da die Beobachterin direkt in Blickrichtung der Patienten saß, wurde sie relativ häufig angeschaut. Angesprochen wurde sie gelegentlich sowohl vom Patienten als auch vom Untersucher, der Strukturen auf dem Monitor erklärte (z.B. in Gespräch 3).

In Ausnahmefällen nahm die Studentin direkt am Geschehen teil, wenn nämlich zum Beispiel der Patient soviel Hilfestellung brauchte, dass Untersucher und Studentin gemeinsam halfen (z.B. in Gespräch 34) oder wenn das Telefon klingelte, kurz nachdem der Patient den Raum betreten hatte und die Studentin anstelle des Arztes dem Patienten auf die Liege half.

### 3.5.6 Die beteiligten Personen

#### 3.5.6.1 Die Ärzte

In der Abteilung für Röntgendiagnostik sind ein Chefarzt und eine Oberärztin tätig, die beide sehr erfahren im Umgang mit den angewendeten Methoden sind, dazu kommt jeweils ein auszubildender Arzt.

Es handelt sich somit um ein separates Team, das nur für die Untersuchungen in der Radiologie zuständig ist. Im Unterschied zu anderen Krankenhäusern übernehmen also nicht Stationsärzte die Rolle des Untersuchers (vgl. Buscham, 1997, Kirchner 1999, ebenfalls Krankenhäuser der Regelversorgung). Diese Tatsache besitzt sowohl für die Organisation des Ablaufs – hier vor allem des Zeitfaktors – Relevanz, als auch für die Zuteilung von Zuständigkeiten bezüglich der Versorgung und der Aufklärung der Patienten.

#### 3.5.6.2 Die auszubildenden Ärzte

In der Abteilung für Röntgendiagnostik findet auch Aus- und Weiterbildung für junge bzw. in den Methoden unerfahrene Ärzte statt. Das Neulernen umfasst

einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr, dessen Ablauf sich folgendermaßen darstellt:

Im ersten Monat schaut der Auszubildende bei den vom Chefarzt oder der Oberärztin durchgeführten Untersuchungen zu. Im zweiten Monat untersucht er unter Anleitung der erfahrenen Radiologen die Patienten selbst. Anschließend arbeitet er allein, hat aber jederzeit die Möglichkeit, bei Unsicherheiten und Fragen den Chefarzt oder die Oberärztin hinzuzuziehen.

In der Regel ist immer ein auszubildender Arzt in der Abteilung beschäftigt, so dass insgesamt zwei Ärzte pro Jahr ausgebildet werden.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung nahm den Platz des auszubildenden Arztes ein im selben Haus tätiger Facharzt für Innere Medizin ein, der die Methoden der Sonographie in einer anderen Klinik erlernt hatte. Somit verfügte er bereits über einige Erfahrung auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik und war lediglich bemüht, seine Technik zu verfeinern mit Hilfe der erfahrenen Kollegen, anstatt als Neuling auf diesem Gebiet ausgebildet zu werden. Diese Situation stellte demnach gewissermaßen eine Besonderheit dar.

#### 3.5.6.3 Die MTAR

In der Abteilung sind vier Medizinisch-Technische Assistentinnen für Radiologie (MTAR) beschäftigt, die für die Herstellung der Röntgenaufnahmen zuständig sind, die Anmeldungen verwalten und sich um die Entwicklung der Bilder kümmern.

#### 3.5.6.4 Die Patienten

In der Regel handelt es sich bei den Untersuchten um stationär aufgenommene Patienten, die im Rahmen eines kürzeren oder längeren Aufenthalts in der Klinik die unterschiedlichen Stationen der Diagnostik durchlaufen, wobei die Sonographie aufgrund ihres geringen Aufwands und der niedrigen Belastung für alle Beteiligten eine der ersten Stufen darstellt.

Eine Ausnahme bilden insgesamt sieben Patienten, die sich ambulant zur Untersuchung vorstellen.

Sowohl internistisch als auch chirurgisch behandelte Patienten werden in der radiologischen Abteilung untersucht. Die genauere Darstellung medizinischer und soziodemographischer Daten der Patienten erfolgt in Kapitel 4.

### 3.6 Die Ultraschalluntersuchung

Ultraschall ist das zur Zeit am häufigsten angewendete bildgebende Verfahren in der Medizin. Zu diagnostischen Zwecken eingesetzte Untersuchungen zeichnen sich durch ihre Gefahrlosigkeit für Arzt und Patient aus. Es entsteht weder Strahlenbelastung noch erfordert die Sonographie den Einsatz von Chemikalien wie Kontrastmittel. Lediglich bei gepulsten Doppler-Untersuchungen tritt ein potentiell Risiko der Gewebserwärmung auf, da die Schallintensität etwa hundertfach höher ist als bei Untersuchungen in A-, B- und M-Mode (unterschiedliche Verfahren der Bilderzeugung, s. unten).

Abgesehen von ultraschallgestützten Endosonographien oder Punktionen ist die Methode weder schmerzhaft noch invasiv und bringt somit die geringste Belastung für die Patienten mit sich.

Grundlage für die Ultraschalltechnik war die Entdeckung des piezoelektrischen Effekts im Jahre 1880 durch die Gebrüder Curie, die jedoch erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts Beachtung fand. Erste Anwendungsformen stellten das Echolot in der Schifffahrt sowie die zerstörungsfreie Materialprüfung zur Überprüfung von Schweißnähten und ähnlichem dar, bis die Methode schließlich in den dreißiger Jahren erstmals Einzug in die Medizin fand.

Zunächst wurde sie überwiegend zur Behandlung verschiedener Erkrankungen eingesetzt, erste diagnostische Nutzung erfuhr die Sonographie durch den österreichischen Neurologen Dussik, der 1938 seine Arbeit auf diesem Gebiet begann. Seitdem gewann die neue Untersuchungsform an Beliebtheit und der häufige Einsatz in unterschiedlichen Bereichen führte zu einer rasanten Weiterentwicklung der Technik.

Der *Transmissionsscanner* der ersten Jahre wurde abgelöst durch den 1950 entwickelten *Wasserbadscanner*. Beide Methoden ermöglichten eine nur einseitige Beschallung, bis dann 1954 der *Compound-Scanner* erstmals zweidimensionale Bilder lieferte. Dessen Weiterentwicklung zum *Half-Pan-Scanner* schaffte im nächsten Schritt die Ablichtung mehrerer Schnittebenen der abgebildeten Organe. Mit der Konstruktion des *Kontakt-Compound-Scanners* wurde die Durchführung des Verfahrens durch das Novum entscheidend erleichtert, dass Patienten nicht mehr wie bisher im Wasserbad sitzen mussten; der Schallkopf konnte jetzt in direktem Kontakt mit der Haut bewegt werden.

Trotz permanenter diagnostischer Erfolge in unterschiedlichen Bereichen der Medizin hatten sich die Anwender des Ultraschalls bis Ende der siebziger Jahre noch gegen zahlreiche Skeptiker zu behaupten, bis sie sich ab Anfang der achtziger Jahre – vor allem durch das Verfügen über die neuen technologisch hochentwickelten Geräte – aus dem Randbereich der Medizin hinausbewegten und in viele Fachbereiche Einzug nahmen. Die Bandbreite der Untersuchungen vergrößerte sich erheblich, neue Applikationsformen wurden erschaffen.

Bis heute erweitern Neuentwicklungen ständig die Möglichkeiten der Methode, wobei auch die gegenwärtig genutzte, inzwischen dreidimensionale Darstellung wahrscheinlich keine endgültige Entwicklungsform bleiben wird, da auch für die Zukunft weitere Entdeckungen und Novellierungen im Bereich der Technik sowie der diagnostischen Möglichkeiten zu erwarten sind.

Schon jetzt verspricht die Entwicklung der Digitaltechnik den Übergang von rein morphologischer Sonographie hin zur Funktionssonographie. (Eine ausführlichere Darstellung dieser Entwicklung in: *Als die Bilder laufen lernten oder die Geschichte der Ultraschalldiagnostik* von Frentzel-Beyme, 1994)

Die Physik definiert Ultraschall als Impuls-Echo-Verfahren. Ein piezoelektrischer Kristall im Schallkopf entsendet Schallwellen im Frequenzbereich von 1-10 MHz, somit also weit außerhalb des Bereichs von maximal 16 kHz, für den das menschliche Gehör empfindlich ist. Gleichzeitig startet eine Zeitmessung. Die Energie dieser Wellen wird reflektiert, gebrochen, gestreut oder absorbiert, wenn sie auf Grenzflächen zwischen zwei Medien, zum Beispiel Gewebe und

Flüssigkeit treffen. Der Schallkopf, der zugleich Sender und Empfänger beinhaltet, registriert die reflektierten Schallwellen und erfasst die Zeitspanne zwischen Ausstrahlung und Empfang. Bei bekannter Schallgeschwindigkeit lässt sich nun die Tiefe der reflektierenden Grenzfläche im Gewebe berechnen. Die Energie dieser sogenannten Echos wird in elektrische Impulse umgewandelt. Unter Verwendung von A-, B- oder M-Mode, unterschiedlichen Verfahren der Bilderzeugung, erfolgt die Projektion auf einer Bildröhre.

Bei der Sonographie handelt es sich um ein Fachgebiet der Medizin, „das weniger prüfungsrelevant als vielmehr klinisch wichtig ist.“ (Lissner, Fink, 1992) Es lässt sich nicht aus Büchern erlernen, sondern bedarf des Beobachtungs- sowie des Erfahrungslernens. Nur unter guter persönlicher Anleitung eines erfahrenen Lehrers, durch Beobachtung und viel Übung gelingt es dem Anfänger, Zugang zu den Ultraschallbildern zu erreichen.

„Der Untersucher sieht nur das, was er denkt.“ (Zitat des Chefarztes)

Die Qualität der Bilder, beziehungsweise die diagnostische Spezifität zeigt somit eine Abhängigkeit von der Erfahrung des Untersuchers.

Das Besondere an der Ultraschalluntersuchung ist zudem die permanente Anwesenheit des Arztes, der daher als Ansprechpartner zur Verfügung steht. (Diese Tatsache besitzt zumindest in deutschen Krankenhäusern auch aktuell noch Gültigkeit, wobei zukünftige Entwicklungen Veränderungen ermöglichen.) Daraus ergibt sich die Gelegenheit für die Arzt-Patient-Kommunikation außerhalb von Visite und Krankenzimmer.

Korrektes Erkennen und Deuten der auf dem Monitor dargestellten Strukturen erfordert allerdings hohe Konzentration. Der Untersucher hat also die Aufgabe real-time-Diagnostik zu betreiben und gleichzeitig auf die Äußerungen der Patienten zu reagieren, sowie deren Informationsbedürfnis zu befriedigen. Seine Aufmerksamkeit ist deshalb geteilt. Allerdings ergibt sich andererseits auch die Chance der direkten Besprechung von Befunden, der Aufklärung, aber auch der anamnestischen Befragung des Patienten.

„Die Ultraschalluntersuchung steht nicht allein da; sie erfolgt bei einem Patienten mit einer persönlichen Vorgeschichte und einer aktuellen Fragestellung.“ (Delorme, Debus, 1998)

In der medizinischen Ausbildung findet die Sonographie bisher nur randständig Erwähnung, zum Beispiel im Rahmen von Kursen der Radiologie. Erst in der Facharztausbildung erlernt der Anfänger die Methode. Wie bereits beschrieben, basiert die Ausbildung in der ersten Phase auf reinem Beobachtungslernen, begleitet von Erklärungen eines erfahrenen Untersuchers. Dieser Unterricht findet parallel zur normalen Patientenuntersuchung statt. Die Aufmerksamkeit des Arztes verteilt sich in diesen Situationen also auf Monitor, Auszubildende und den Patienten, woraus sich Probleme der wechselseitigen Kommunikation ergeben, aber sicherlich auch Chancen.

Die Ausbildung eines Medizinstudenten in der Methode wird im Rahmen dieser Studie betrachtet und untersucht. Dabei werden neue Aspekte bezüglich der medizinischen Ausbildung aufgezeigt, die sich während dieser Studie offenbarten. Die Feldforschung dient gewissermaßen der Selbsterfahrung. Interessant erweist sich die Identifikation des Studenten mit der untersuchten Kultur bzw. der Frage nach der Zugehörigkeit zur Gruppe der medizinischen Experten oder der Patienten als ‚Laien‘, denen Erklärungen zuteil werden. Es besteht die Grundannahme, dass es sich hierbei um eine Situation handelt, die mit einem ‚Loyalitätskonflikt‘ zu vergleichen ist.

Besondere Betrachtung kommt auch dem Gespräch zwischen Arzt und Patient zu, wobei vor allem der Dialog und die Rolle des Bildes in diesem Kontext analysiert werden.



## 4. Formale Analyse

### 4.1 Die untersuchten Patienten

Im Untersuchungszeitraum wurden 81 Gespräche aufgezeichnet, insgesamt wurden 77 Patienten untersucht, vier von ihnen doppelt. Die Aufteilung der Patienten auf die Untersucher ist folgendermaßen:

Der Chefarzt führte vierundvierzig Sonographien durch, die Oberärztin achtzehn und der Facharzt neunzehn.

40 der 81 Gespräche wurden zur Transkription und genaueren Auswertung bestimmt. Die Auswahl erfolgte insofern gezielt als dass die 40 genau analysierten Gespräche bezüglich des Alters und des Geschlechts der Patienten sowie hinsichtlich der Grunderkrankungen und Indikationen vergleichbar sind mit den 41 nicht genauer untersuchten. Jedes ausgewählte Gespräch bedingte das Ausscheiden eines anderen, bei Betrachtung der genannten Aspekte vergleichbaren – wenn auch nicht identischen – Gesprächs. Somit kann die Aussagekraft der Ergebnisse für das gesamte Kollektiv akzeptiert werden.

Die soziodemographischen und medizinischen Daten berücksichtigen alle 81 Gespräche, auch die nicht transkribierten.

#### 4.1.1 Soziodemographische Daten

- Geschlecht:

weiblich: 48 Patienten

männlich: 29 Patienten

- Altersstruktur:

männlich

	Chefarzt	Oberärztin	Facharzt
17-30 Jahre	2	/	/
31-50 Jahre	3	3	2
51-70 Jahre	7	3	2
71-... Jahre	6	/	1
gesamt männlich	18	6	5

weiblich

	Chefarzt	Oberärztin	Facharzt
17-30 Jahre	2	/	/
31-50 Jahre	4	2	2
51-70 Jahre	13	5	7
71-... Jahre	7	2	4
gesamt weiblich	26	9	13
insgesamt männlich und weiblich	44	15	18

#### 4.1.2 Medizinische Daten

- Die Verteilung der Patienten auf die einzelnen Abteilungen und entsprechende Zuordnung zum jeweiligen Untersucher ergibt folgendes Bild:

	Chefarzt	Oberärztin	Facharzt	gesamt
Innere	26	12	14	52
Chirurgie	10	3	4	17
Ambulant	8	0	0	8
Insgesamt	44	15	18	77

Zweimal untersuchte Patienten (insgesamt vier) wurden bei dieser Auflistung nur einfach berücksichtigt im Sinne der Zuteilung zum Erstuntersucher

Achtzehn der siebenundsiebzig Patienten waren privat versichert, der Rest gesetzlich. Alle privat versicherten Patienten wurden vom Chefarzt selbst untersucht.

Um diese Zahlen statistisch einzuordnen, werden hier die Patientenzahlen des Jahres 1998 hinzugezogen (neuere Angaben lagen nicht vor):

Insgesamt waren in diesem Jahr 5551 Patienten in stationärer Behandlung, 3156 auf den Stationen für Innere Medizin, 3295 auf den Chirurgischen Stationen. Die Summe von 6451 Patienten weist auf den Zusammenhang hin, dass chirurgische Fälle häufig zur Vor- und / oder Nachbehandlung eine gewisse Zeit auf den Stationen für Innere Medizin untergebracht werden.

In der Gesamtstichprobe sind die internistischen Fälle überproportional vertreten, entsprechendes gilt somit für die Auswahl. Diese Tatsache lässt sich dadurch begründen, dass sich bei Patienten der internistischen Abteilungen häufiger die Indikation zu sonographischen Untersuchungen stellt. Außerdem werden viele Patienten zunächst auf den internistischen Stationen aufgenommen, wo die Diagnostik inklusive Ultraschall erfolgt, bevor sie schließlich auf die chirurgischen Stationen verlegt werden.

Die Stichprobe ist also durchaus repräsentativ für das alltägliche Patientengut in der Abteilung.

- Diagnosen / Indikationen für die Untersuchung:
  - onkologische Erkrankungen (18)
  - unklare Bauchbeschwerden (17)
  - Darmerkrankungen (17), darunter chronisch entzündliche (08)
  - Gallenblasenerkrankungen (07)
  - Check-up (05)
  - C2-Entzug (04), Fragestellung betrifft Leber, Pankreas
  - fieberhafter Infekt (03)
  - Lungenerkrankungen (03)
  - Schilddrüse (03)
  - Magenerkrankungen, Pankreaserkrankungen, Thrombose, toxische Leberzellnekrose (jeweils 01)

Es ergeben sich mehr als 77 Indikationen, da in einigen Fällen aufgrund des Zusammenwirkens zweier gleichermaßen relevanter Indikationen beziehungsweise Diagnosen keine Beschränkung auf eine Hauptindikation möglich war.

Im Vergleich dazu die Hauptdiagnosen und Diagnosegruppen im Jahr 1998 laut Jahresbericht des Hauses (aktuellere Daten lagen nicht vor):

Abteilung für Innere:

- 1/3 Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen
- 1/6 Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- über 1/5 der gestellten Diagnosen bezogen sich auf gastroenterologische Erkrankungen

Abteilung für Chirurgie:

- 25% bösartige Neubildungen
- 14% Eingeweidebrüche
- 14% Gallensteinerkrankungen
- 12% Schilddrüsenvergrößerung

Auffallend ist, dass unter den Indikationen für die Sonographie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen fehlen, die immerhin 1/6 der Hauptdiagnosen einnehmen. Die Erklärung liefert die Tatsache, dass die Sonographie nicht für die Herzdiagnostik geeignet ist. Diese Patienten erhalten ein EKG, eine Herzecho-Untersuchung, die Herzkatheter-Untersuchung und weitere spezifische Diagnostik. Ein großer Teil der in der Sonographie untersuchten Patienten leidet unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, die jedoch nicht – wie in der Auflistung gefordert – als Hauptindikation für diese Untersuchung gilt.

## 4.2 Die Ärzte und die Medizinisch-Technischen-Assistentinnen (MTAR)

### 4.2.1 Der Chefarzt – Eine Kurzbiographie

Die medizinische Laufbahn des Chefarztes für Röntgendiagnostik begann mit der Studienzeit von 1957-1962 in Süddeutschland. Nach dem Erwerb der ärztlichen Approbation war er zunächst in München tätig, kurze Zeit später zog es den gebürtigen Norddeutschen allerdings in die Heimatstadt zurück. Sein Interesse lag vor allem auf dem Gebiet der Inneren Medizin. Nach drei Jahren beruflicher Tätigkeit erlernte er die Technik der Röntgenuntersuchungen. Als bald zeigte sich sein besonderes Talent für diesen diagnostischen Zweig der Medizin, schnell wurde er von der Radiologie abgeworben. Er bildete sich weiter zum Facharzt für Radiologie und wurde 1971 Oberarzt in der radiologischen Abteilung eines relativ großen Krankenhauses.

Sein Aufstieg bis zur Position des Chefarztes in dem Haus, in dem diese Studie durchgeführt wurde, nahm einen recht ungewöhnlichen Verlauf:

Nachdem die ärztliche Leitung den ersten Anwärter für diesen neu eingerichteten Posten in der Probezeit entlassen hatte und vor Ort keine geeigneten Bewerber gefunden wurden, richtete sich die Aufmerksamkeit auf den damals noch in seiner Heimatstadt tätigen Oberarzt. Schließlich fragte die ärztliche Leitung – einer persönlichen Empfehlung folgend – telefonisch an, ob er bereit sei, in diesem Haus Chefarzt zu werden. So übernahm der heutige Chefarzt 1973, damals 32jährig, die Röntgenabteilung.

Die Idee, seine Abteilung um die Durchführung sonographischer Untersuchungen zu erweitern, hatte der neue Chefarzt selbst. 1977 setzte er dieses Vorhaben in die Tat um, und das erste Ultraschallgerät wurde angeschafft.

Da es zu dieser Zeit kaum Kurse zum Erlernen der Methode gab – vor allem in Norddeutschland waren diese zunächst eine Rarität – nahm er an einer zehntägigen Weiterbildung in Heidelberg teil, erwarb sein Wissen allerdings überwiegend selbständig aus Büchern, die neu auf den Markt kamen. In der Folgezeit nahm er regelmäßig an Drei-Länder-Treffen für Sonographie teil.

Nach einem Jahr hatte die Abteilung eine Zahl von 1500-1800 Untersuchungen aufzuweisen, die fortan kontinuierlich anstieg bis zur heutigen Zahl von etwa 4000 Untersuchungen pro Jahr.

Von den seit der Anschaffung des Ultraschallgeräts ungefähr 70000 durchgeführten Sonographien gehen weit über die Hälfte auf das Konto des Chefarztes. Die Leitung der Abteilung obliegt also einem überaus erfahrenen Untersucher, der selbst erheblich durch die von ihm angewandte Methode sowie durch besondere Angewohnheiten und *Spezialitäten* der Abteilung seine *persönliche Note* gegeben hat. Als Beispiel ist hier das Verzichten auf die Anwesenheit einer MTAR für die Vor- und Nachbereitung der Untersuchungen zu nennen, was dazu führt, dass der Kontakt zum Patienten verlängert und intensiviert ist, zumal der Untersucher auch das Abwischen des Schallgels vom Körper des Patienten übernimmt. Eine weitere Besonderheit ist das Anwärmen des Ultraschallgels, um die Patienten nicht durch die feuchte Kälte zu erschrecken. Außerordentlich wichtig ist natürlich die Art und Weise der Gesprächsführung von Seiten des Untersuchers, die in Kapitel 6 ausführlich betrachtet wird.

Ein typischer Tagesablauf:

07:30 - 09:30	Ultraschalluntersuchungen
09:30 - 09:35	Pause
09:35 - 12:45	Magen-Röntgen; Colon-Röntgen, Computertomographie (CT); Ultraschall- / Röntgen- / CT-Bilder auswerten; vom Facharzt / Auszubildenden (selten von der Oberärztin) bei Problemen hinzugezogen; Diktieren von Befunden
12:45 -13:00	Mittagessen
13:00 -13:30	Röntgen-Demonstration für Internisten, auch Fremdaufnahmen
13:30 -14:45	Untersuchungen; Bilder auswerten; Diktieren von Befunden
14:45 -15:15	Röntgen-Demonstration für Chirurgen, auch Fremdaufnahmen

15:15 -17:00 Untersuchungen; 1mal wöchentlich Unterricht für PJ-  
Studenten

Zwischen 17:00 -18:00 Uhr Dienstende.

#### 4.2.2 Die Oberärztin

Die Oberärztin ist seit 1986 in der Röntgenabteilung des Hauses tätig. Sie wurde vom Chefarzt ausgebildet und verfügt ebenfalls über sehr viel Erfahrung in der Ultraschalldiagnostik (mehr als 10000 Untersuchungen). Neben dem Chefarzt ist sie die zweite untersuchende Ärztin der Röntgenabteilung.

Ein typischer Tagesablauf:

07:30 - 08:00 Überblick über Anmeldungen und entsprechende  
Organisation des Tagesprogramms

08:00 - 09:30 Röntgendiagnostik; CT; Ultraschalluntersuchungen;  
Auswerten von Bildern; Diktieren von Befunden

09:30 - 09:35 Pause

09:35 - 12:45 Röntgendiagnostik; CT; Ultraschalluntersuchungen;  
Auswerten von Bildern; Diktieren von Befunden

12:45 - 13:00 Mittagessen

13:00 - 13:30 Röntgen-Demonstration für Internisten

13:30 - 14:45 Röntgendiagnostik, CT; Ultraschalluntersuchungen;  
Auswerten von Bildern; Diktieren von Befunden

14:45 - 15:15 Röntgen-Demonstration für Chirurgen

15:15 - 16:30 Untersuchungen; 1mal wöchentlich Unterricht für PJ-  
Studenten

Zwischen 16:30 - 17:00 Uhr Dienstende.

In ihren Arbeitsbereich fällt auch die Betreuung von Anfängern und auszubildenden Ärzten sowohl in der Klinik allgemein als auch bei den Untersuchungen, die diese Ärzte selbsttätig durchführen sollen.

#### 4.2.3 Der Facharzt für Innere Medizin

Den Platz des auszubildenden Arztes nahm im Zeitraum dieser Studie ein Facharzt für Innere Medizin ein (zur Erläuterung vgl. Kapitel 3) Der Facharzt begann seine AIP-Zeit 1989, vier Jahre später wurde er in diesem Haus eingestellt, wo er schließlich die Qualifikation zum Facharzt für Innere Medizin erwarb.

Gelernt hat er die Methode der Sonographie in einer anderen Klinik, wo er seit der AIP-Zeit tätig war und Erfahrungen in zahlreichen Untersuchungen sammelte. Er machte sich demnach mit der Methode vertraut, bevor er Facharzt für Innere Medizin wurde. Seine Ausbildung fand zu einem relativ frühen Zeitpunkt der ärztlichen Ausbildung statt. (vgl. Kapitel 2.3 und 6.8) Die Frequenz der von ihm durchgeführten Sonographien nahm nach seiner Einstellung in diesem Haus deutlich ab. Er widmete sich vermehrt anderen Untersuchungen, vor allem der Lungenfunktion und der Endosonographie.

In der radiologischen Abteilung dieses Hauses ist, wie bereits erwähnt, neben Chefarzt und Oberärztin in der Regel ein in der Methode auszubildender Arzt jeweils für den Zeitraum von sechs Monaten tätig. Da sich für eine Zeitspanne von voraussichtlich fünf Monaten kein Auszubildender beworben hatte, erfolgte hausintern die Regelung, den Facharzt für diese Zeit überwiegend in der Sonographie einzusetzen. Dieser wollte somit die Gelegenheit nutzen, seine Fertigkeit auf diesem Gebiet zu verfeinern.

Zum Zeitpunkt dieser Studie arbeitete er seit zwei Wochen in der Abteilung. Er verfügte über eine Menge Vorerfahrung, weshalb er – anders als die normalen Auszubildenden – bereits nach vier Tagen des Zuschauens selbstständig und ohne Anleitung Untersuchungen durchführte. Lediglich bei Unsicherheiten holte er den Ratschlag des Chefarztes ein, was jedoch nur selten vorkam.



Ein typischer Tagesablauf:

- 07:30 - 09:30 Überblick über Tagesprogramm; Untersuchungen im Lungenfunktionslabor, selten in der Endosonographie
- 09:30 - 09:35 Pause
- 09:35 - 12:45 Ultraschalluntersuchungen
- 12:45 - 13:00 Mittagessen
- 13:00 - 13:30 Röntgen-Demonstration für Internisten
- 13:30 - 14:45 Untersuchungen; Auswerten von Bildern; Diktieren von Befunden
- 14:45 - 15:15 Röntgen-Demonstration für Chirurgen
- 15:15 - 16:30 Untersuchungen; Auswerten von Bildern; Diktieren von Befunden

Zwischen 16:30 -17:00 Uhr Dienstende

#### 4.2.4 Die MTAR

In der Abteilung für Röntgendiagnostik sind vier Medizinisch-Technische Assistentinnen für Radiologie beschäftigt.

Zu ihren Aufgaben im technischen Bereich gehören das Vorbereiten der Geräte, die Durchführung der Röntgenaufnahmen (bei Patienten mit unkomplizierten Fragestellungen) und das Entwickeln der Bilder. Im organisatorischen Bereich übernehmen sie das Ausdrucken von Anforderungen und die entsprechende Verteilung auf die Arbeitsplätze, das Bestellen von Patienten sowie das Mitteilen der Tagesprogramme an die Stationen.

Alle vier MTAR rotieren innerhalb der Abteilung, so dass wöchentlich jeweils eine andere Aufgabe verwaltet wird.

Es ist zu betonen, dass in dieser Abteilung die MTAR wenig in die ‚pflegerische‘ Betreuung der Patienten integriert sind. Bei der Sonographie-Untersuchung beispielsweise kümmert sich der Arzt um die Begrüßung der Patienten, geleitet sie zu den Kabinen, hilft (wenn nötig) beim Auskleiden und erwartet sie im Untersuchungsraum direkt. Auch das Abwischen des Gels nach der

Untersuchung und etwaige Hilfestellung beim Ankleiden der Patienten übernimmt bzw. gibt der jeweilige Untersucher selbst und nicht, wie in anderen Häusern oft üblich, eine MTAR oder Funktionsschwester.

Eine der MTAR ist bereits seit 1981 in der Abteilung tätig, die anderen seit 1994, 1995 bzw. 1999.

Am Wochenende gibt es in der Abteilung kein Programm, für Notfälle sind die MTAR zwei Stunden täglich anwesend.

### 4.3 Der äußere Rahmen des Kommunikationsablaufs

#### 4.3.1 Beteiligte Personen

Die Mehrzahl der Untersuchungen wurde von einem Arzt durchgeführt, es hielten sich keine weiteren Personen abgesehen von der Studentin und dem Patienten im Raum auf; die Studentin nahm an allen Gesprächen als Beobachter teil. Das Gespräch wurde hauptsächlich zwischen Arzt und Patient geführt, gelegentlich wurde die Studentin vom Patienten separat begrüßt (10, 14, 15, 22, 23, 24, 30) oder erhielt eine Anweisung durch den Untersucher (8, 13, 29, 34). In einigen Fällen wurde sie auch in das Gespräch integriert (3, 5, 9, 35, 36).

Bei zehn Untersuchungen hielten sich der Chefarzt und der Facharzt zugleich im Raum auf (1, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 24), wobei der Facharzt abgesehen von einer Begrüßung und kurzen Zwischenfragen in allen erwähnten Fällen nur in den Gesprächen 9, 10 und 11 aktiv an der Kommunikation teilnahm.

In Gespräch 24, bei dem auch die Ehefrau des Patienten anwesend war, zog der Facharzt den Chefarzt hinzu, um einen unklaren Befund absichern zu lassen. In den Gesprächen 11 und 13 kam jeweils ein weiterer Arzt hinzu, der für den gerade untersuchten Patienten zuständig war und erkundigte sich nach dem Ergebnis, wobei die Patienten nur teilweise in diese "Expertengespräche" miteinbezogen wurden.

Insgesamt fünfzehn Untersuchungen wurden durch das Hereinkommen einer weiteren Person (Arzt, MTAR, nächster Patient) gestört, wobei das jeweilige Anliegen nicht dem untersuchten Patienten galt.

In den Gesprächen 13, 24 und 36 verlässt der Arzt kurz den Raum, um den Chefarzt hinzuzuholen bzw. den nächsten Patienten zu suchen.

#### 4.3.2 Die Dauer der Untersuchungen

Als Dauer der Untersuchung wurde die Zeit definiert, in der sich Arzt und Patient gleichzeitig im Sonographieraum aufhielten.

In der Regel begann diese Zeitspanne mit dem Eintreten eines selber gehenden oder dem Hereinschieben eines im Bett liegenden Patienten; der Untersucher war meist schon im Raum. Sie endete mit dem Verlassen des Raumes durch den Patienten beziehungsweise mit dem Herausschieben des Bettes. Das vorangegangene Begrüßungsgespräch auf dem Flur wurde nicht mitberücksichtigt.

Im Durchschnitt dauerten die 40 transkribierten Untersuchungen 13,4 Minuten, wobei das Minimum bei 6,0 und das Maximum bei 21,0 Minuten liegen.

Die differenzierte Betrachtung der Untersuchungsdauer bei Chefarzt, Facharzt und Oberärztin ergibt folgendes Bild:

	Ø Dauer (min)	Minimum (min)	Maximum (min)	Anzahl Gespräche
Chefarzt	<b>13,9</b>	<b>9,0</b>	<b>19,0</b>	<b>20</b>
Facharzt	<b>14,4</b>	<b>8,0</b>	<b>21,0</b>	<b>10</b>
Oberärztin	<b>12,0</b>	<b>6,0</b>	<b>19,0</b>	<b>10</b>

Die Tatsache, dass der Facharzt die verhältnismäßig längste Untersuchungszeit hat, lässt sich dadurch erklären, dass er weniger erfahren ist als seine Kollegen.

Der Vergleich der Untersuchungsdauer (siehe Tabelle) mit der reinen gesprächsfreien Untersuchungszeit lässt Rückschlüsse über die Bedeutung der Kommunikation für das jeweilige Aufeinandertreffen von Arzt und Patient zu.

Im Durchschnitt betrug die gesprächsfreie Zeit die Hälfte der gesamten Untersuchungszeit, es ergibt sich also ein Verhältnis von gesprächsfreier zu Gesamtzeit von 1:2, wobei es beim Chefarzt 1:2,5, beim Facharzt 1:1,8 und bei der Oberärztin 1:1,9 beträgt. Beim Chefarzt ist die gesprächsfreie Untersuchungszeit demnach relativ kürzer als beim Facharzt und der Oberärztin.

In Gespräch 14 finden wir das kleinste Verhältnis zwischen gesprächsfreier Zeit und Untersuchungsdauer (1:7,2), das heißt, nur rund ein Siebtel der Untersuchungszeit verstreicht, ohne das Stattfinden eines Gesprächs zwischen den Akteuren. In Gespräch 29 finden wir das größte Verhältnis (1:1,2), was bedeutet, dass fast die Hälfte der Untersuchungszeit ohne begleitendes Gesprächs vergeht.

#### 4.4 Initiativenverteilung und -häufigkeit

Die Betrachtung der Initiativenverteilung und -häufigkeit stellt ein Verfahren zur Analyse der Positionen einzelner Teilnehmer im Kommunikationsgeschehen dar.

Hierzu werden die gerichteten Redebeiträge gezählt, mit denen der jeweilige Sprecher aktiv in den Gesprächsablauf eingreift, sei es in Form von Fragen, Aufforderungen, Stellungnahmen oder Aussagen. Auch einzelne Worte oder Laute (Beispiel: „hm?“) können in diesem Zusammenhang eine Initiative bedeuten und werden entsprechend erfasst. Bei aufeinanderfolgenden Äußerungen ähnlichen Sinnes oder identischen Wortwiederholungen wird nur der erste Teil als Initiative gezählt (häufig bei Sequenzen von Untersuchungsanweisungen).

Von dieser Methode unterscheiden sich folgende andere Verfahren zur formalen Analyse kommunikativen Geschehens

1. die quantitative Auszählung der Wortbeiträge, die keine Rückschlüsse auf den Charakter und die Qualität der Beteiligung des Akteurs am Kommunikationsprozess zulässt sowie

2. die Messung der Gesamtlänge aller Redebeiträge eines Teilnehmers, wobei sehr kurze Äußerungen wie „hm?“ oder „echt?“, die inhaltlich durchaus bedeutsame Initiativen ausmachen können, nicht repräsentativ berücksichtigt würden, zum anderen auch die Genauigkeit der Messung beeinträchtigten aufgrund der Unmöglichkeit, sie exakt genug mit der Stoppuhr zu erfassen

Aufgezeigte Nachteile dieser Verfahren begründen die Entscheidung, die Auszählung der Initiativen als vorteilhafteste Methode für die vorliegende Untersuchung zu nutzen.

## Initiativenverteilung

CHA Gespräch	Pat. - Arzt	Pat. - MTA R	Pat. - Stud.	Arzt - Pat.	Arzt - Arzt	Arzt - MTA R	Arzt - Stud.	MTA R - Arzt	Arzt - andere	andere - Arzt
1	26	0	0	39	1	0	0	0	0	0
2	10	0	0	38	0	0	0	0	0	0
3	37	0	1	50	0	0	2	0	0	0
4	31	0	0	31	0	0	0	0	0	0
5	24	0	1	48	3	0	0	0	0	0
6	13	0	0	38	0	3	0	4	0	0
7	7	0	0	37	3	0	0	0	0	0
8	43	0	0	59	0	1	2	1	0	0
9	24	0	0	40	7	0	2	0	0	0
10	28	0	1	35	5	0	0	0	0	0
11	13	0	0	24	28	0	0	0	0	0
12	16	0	0	22	5	0	0	0	0	0
13	18	0	0	22	5	0	1	0	0	0
14	46	0	1	63	0	0	0	0	0	0
15	39	0	1	65	0	0	0	0	0	0
16	35	0	0	54	4	0	0	0	0	0
17	10	0	0	35	0	0	0	0	0	0
18	61	0	0	37	0	3	0	3	0	0
19	13	0	0	39	0	0	0	0	0	0
20	12	0	0	50	0	0	0	0	0	0
<b>Summe</b>	<b>506</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>826</b>	<b>61</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ø</b>	<b>25,30</b>	<b>0</b>	<b>0,25</b>	<b>41,30</b>	<b>3,05</b>	<b>0,35</b>	<b>0,35</b>	<b>0,40</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Prozentanteil</b>	<b>35,6</b> <b>%</b>	<b>0%</b>	<b>0,3%</b>	<b>58,2</b> <b>%</b>	<b>4,3</b> <b>%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

FA Gespräch	Pat. - Arzt	Pat. - MTA R	Pat. - Stud.	Arzt - Pat.	Arzt - Arzt	Arzt - Stud.	Pat. - andere	andere - Pat.	Arzt - andere	ander e - Arzt
	21	29	0	0	44	0	0	0	0	0
22	31	0	1	45	0	0	0	0	0	0
23	<b>47</b>	0	1	<b>59</b>	0	0	0	0	0	0
24	9	0	1	51	6	0	5	5	4	11
25	23	0	0	51	0	0	0	0	0	0
26	5	0	0	42	0	0	0	0	0	0
27	16	0	0	47	0	0	0	0	0	0
28	30	0	0	46	0	0	0	0	0	0
29	<b>3</b>	0	0	36	0	1	0	0	0	0
30	14	1	1	<b>27</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Summe</b>	<b>207</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>448</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
<b>Ø</b>	<b>20,7</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>44,8</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>1,1</b>
<b>Prozentanteil</b>	<b>29,8%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,6%</b>	<b>64,6%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,6%</b>	<b>1,9%</b>
OÄ Gespräch	Pat. - Arzt	Pat. - MTA R	Pat. - Stud.	Arzt - Pat.	Arzt - Arzt	Arzt - MTA R	Arzt - Stud.	MTA R - Arzt	Arzt - andere	ander e - Arzt
	31	8	0	0	49	0	1	0	1	0
32	<b>50</b>	0	0	<b>67</b>	0	1	0	1	0	0
33	20	0	0	41	0	0	0	0	0	0
34	17	0	0	43	0	0	2	0	0	0
35	6	0	0	<b>12</b>	0	0	3	0	0	0
36	18	0	0	49	0	0	3	0	0	0
37	<b>3</b>	0	0	33	0	0	0	0	0	0
38	<b>3</b>	0	0	24	0	0	0	0	0	0
39	29	0	0	51	0	1	0	0	0	0
40	12	0	0	33	0	0	0	0	0	0
<b>Summe</b>	<b>166</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>402</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ø</b>	<b>16,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40,2</b>	<b>0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,8</b>	<b>0,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Prozentanteil</b>	<b>28,6%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>69,2%</b>	<b>0%</b>	<b>0,5%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

Das Ergebnis dieser Auszählung zeigt, dass etwa 62% aller Initiativen in den vierzig Gesprächen vom Arzt an den Patienten gerichtet werden. Die durchschnittliche Anzahl von Initiativen dieser Richtung pro Gespräch beträgt rund 44.

Knapp 33% der Initiativen richten sich vom Patienten an den Arzt (im Durchschnitt 22 pro Gespräch).

Ein Anteil von 2,5% betrifft die Kommunikation der Ärzte untereinander, wobei zu berücksichtigen ist, dass nur bei elf Gesprächen zwei Ärzte anwesend sind. Die Gespräche zwischen Arzt oder Patient und einer MTAR sowie Gespräche mit der Studentin spielen eine geringere Rolle (0,04-1,40%).

In Gespräch 24 ist noch die durchaus starke Beteiligung der Ehefrau des Patienten (in der Tabelle aufgeführt unter ‚andere‘) am Kommunikationsgeschehen zu berücksichtigen.

Betrachtet man vergleichend die vom Chefarzt geführten Gespräche mit denen von Facharzt und Oberärztin weist der relative Prozentanteil eine – wenn auch lediglich geringe – Differenz auf zwischen rund 36% der Initiativen vom Patienten an den Arzt und 58% des Arztes an den Patienten bei Chefarzt-Untersuchungen sowie der etwas anderen Verteilung von ca. 29% der Patienteninitiativen gerichtet an Facharzt oder Oberärztin gegenüber 65% bzw. 69% Initiativen vom Arzt an den Patienten. In den vom Chefarzt durchgeführten Untersuchungen ergreifen die Patienten demnach vergleichsweise etwas häufiger im Gespräch die Initiative.

Zieht man zu Vergleichszwecken die Ergebnisse der Studie von Viola Kirchner (vgl. Kirchner, 1999) heran, lässt sich ein nahezu identisches Gesamtergebnis beobachten (60% Arzt an Patient, 33% Patient an Arzt). Auch in dieser Studie nimmt die Kommunikation mit weiteren Personen, seien es Ärzte oder Schwestern eine geringere Stellung im Geschehen ein.

Anders ist das Ergebnis von Helmut Buscham (vgl. Buscham, 1997), wo bei einem Großteil der Gespräche mehrere Ärzte beteiligt sind und entsprechend der Initiativenanteil der Ärzte untereinander 28% beträgt, während vom Arzt an den Patienten gerichtete Initiativen 48%, die Gegenrichtung betreffende Beiträge nur 16% ausmachen. Dort verschiebt sich die Initiativenhäufigkeit also im Vergleich zu den Gesprächen, an denen nur Arzt und Patient beteiligt sind, zu Ungunsten der aktiven Gesprächsteilnahme des Patienten (von 32% auf 16%, also eine Reduktion um die Hälfte), während die vom Arzt an den Patienten gerichteten Initiativen verhältnismäßig weniger zurückgehen (62% auf 48%, also eine Reduktion um 1/5).

Zur Analyse der Wechselwirkung zwischen Initiativenhäufigkeiten bietet sich die Methode des Extremgruppenvergleichs an.

In der Tabelle wurde bei jedem Untersucher die höchste sowie die niedrigste Anzahl an Initiativen durch ‚Fettdruck‘ hervorgehoben. Diese Zahlen wurden mit dem Korrelat im jeweiligen Gespräch verglichen. Es resultieren folgende Ergebnisse:

- Besonders viele Initiativen der Ärzte gehen nicht auf Kosten von Patienteninitiativen. Beim Chefarzt geht die Höchstzahl von 65 Initiativen (Gespräch 15) einher mit einer ebenfalls hohen Anzahl an Patienteninitiativen (39), beim Facharzt ergibt sich das Verhältnis von 59:47, bei der Oberärztin von 67:50.

Es zeigt sich eine Asymmetrie mit Tendenz zur symmetrischen Beziehung (besonders viele Initiativen bei Ärzten **und** Patienten).

- Besonders viele Initiativen der Patienten gehen nicht auf Kosten von Arztinitiativen. Bei den Untersuchungen des Chefarztes ergibt sich eine Höchstanzahl von 61 Patienteninitiativen in Gespräch 18, die einhergeht mit 37 Arztinitiativen, beim Facharzt ergibt sich ein Verhältnis von 47:59, bei der Oberärztin beträgt es 50:67.

Es zeigt sich auch bei dieser Betrachtungsweise eine Asymmetrie mit Tendenz zur symmetrischen Beziehung (besonders viele Initiativen bei Patienten **und** Ärzten).

- Besonders wenige Initiativen von Ärzten entstehen nicht zugunsten vieler Patienteninitiativen. Die Gespräche mit den wenigsten Initiativen von Seiten des Chefarztes zählen eine Anzahl von je 22, dagegen stehen 16 Patienteninitiativen (18); beim Facharzt beträgt das Verhältnis 27:14, bei der Oberärztin 12:6.

Auch hier liegt eine Asymmetrie mit Tendenz zur symmetrischen Beziehung vor (besonders wenige Initiativen bei Ärzten **und** Patienten).

- Besonders wenige Initiativen von Patienten entstehen nicht zugunsten vieler Arztinitiativen. Beim den vom Chefarzt durchgeführten Untersuchungen beträgt die niedrigste Anzahl an Patienteninitiativen 7, dagegen stehen 37



Arztinitiativen; beim Facharzt beträgt das Verhältnis 3:36, bei der Oberärztin 3:24 bzw. 3:33.

Es stellt sich ebenfalls eine Asymmetrie mit Tendenz zur symmetrischen Beziehung dar (besonders wenige Initiativen von Patienten **und** Ärzten).

Über die Gespräche mit besonders wenig Initiativen ist zu sagen, dass es sich in diesen Beispielen meist um besondere Situationen handelt:

In den Gesprächen 13 (22:16) und 30 (27:14) erschweren sprachliche Barrieren die Kommunikation. Der Patient in Gespräch 29 (36:3) ist schwer krank und nicht über die Prognose aufgeklärt, weshalb der Untersucher sehr zurückhaltend auftritt. Beim Patienten in Gespräch 37 (3:33) handelt es sich um einen Alkoholiker, die sich häufig sehr wenig initiativ zeigen, der Patient in Gespräch 38 (3:24) hat postoperative Schmerzen. Gespräch 35 (12:6) ist mit nur 6 Minuten das kürzeste insgesamt.

Aus der Homogenität dieser Ergebnisse bei allen unterschiedlichen Ansätzen wird deutlich, dass die Tendenz zu symmetrischen Beziehungen durch den Stil des Hauses bedingt zu sein scheint; sie scheint demnach nicht ausschließlich ein Stil einzelner Ärzte zu sein.

## 5. Inhaltliche Analyse

Zur inhaltlichen Analyse werden eine Konversations- und Diskursanalyse sowie eine sequentielle Mikroanalyse der Gespräche vorgenommen. Im Rahmen des erstgenannten Ansatzes wird die Struktur des jeweiligen Gesprächs untersucht, woraus sich eine Untergliederung des Gesprächsablaufs in Sequenzen ergibt. Diese werden dargestellt und hinsichtlich ihrer Inhalte analysiert. Dabei interessiert auch die Wechselwirkung zwischen Sequenz und Inhalt. (vgl. Kapitel 3.2)

### 5.1 Aufbau der Gespräche

#### Begrüßung und Vorstellung des Arztes

Die Begrüßung des Patienten erfolgt in der Regel durch den untersuchenden Arzt selbst. Entweder empfängt er den direkt von der Station kommenden Patienten auf dem Gang vor der Tür des Untersuchungsraums oder er holt den Patienten aus der Sitzecke der Abteilung ab, wenn dieser dort gewartet hat. Im Bett zur Untersuchung transportierte Patienten begrüßt der Arzt vor dem Untersuchungszimmer und schiebt sie meist selbst in dieses hinein.

Zur Begrüßung verwendet der Untersucher Formen wie „Guten Tag“, „Guten Morgen“ oder ein einfaches „Hallo“.

Meist wird der Patient direkt mit seinem Namen angesprochen. Der Arzt begleitet den Patienten zur Außentür der Umkleidekabine, die in das Untersuchungszimmer führt. Auf dem Weg stellt er sich selbst namentlich vor. In mehreren Fällen sind Arzt und Patient bereits miteinander bekannt. Aufgrund der Autonomie der Abteilung für Radiologie kommt es nicht vor, dass der Untersucher zugleich behandelnder Stationsarzt ist.

Wenige Patienten werden zunächst von der Studentin begrüßt und zur Kabine begleitet. In diesen Fällen beendet der Untersucher noch eine andere

radiologische Untersuchung (Röntgen oder CT) oder kommt direkt aus seinem Büro. Ausnahmslos erfolgt in diesen Fällen die Begrüßung und namentliche Vorstellung des Arztes dann im Untersuchungszimmer, in dem der Arzt den Patienten in jedem Fall bereits erwartet.

### Ankündigung der Untersuchung / Information über die Anwesenheit der Studentin und ihr Vorhaben

Sobald der Patient aus der Kabine tritt, erwartet der Untersucher ihn schon im Sonographieraum. Als nächstes bittet er ihn, auf der Liege Platz zu nehmen und es sich möglichst bequem zu machen. Meist fragen die Patienten, welche Kleidungsstücke noch abzulegen seien, ziehen schließlich die Schuhe aus und legen sich hin.

Danach erfolgt das Ankündigen der Untersuchung, häufig findet aber auch erst ein Anamnese-Gespräch statt, in dem sich der Untersucher über das Beschwerdebild des Patienten informiert. Der Chefarzt wählt hierzu gerne eine offene Fragestellung, um den Patienten zu möglichst freier Rede zu bewegen.

Beispiele:

„Was gibt's?“ oder „Was soll ich suchen?“

Außerdem erkundigt sich der Untersucher häufig nach dem Befinden des Patienten. Manchmal, vor allem dann, wenn er mit dem Patienten gut bekannt ist, aber auch in anderen Fällen, beginnt der Arzt mit einem Gespräch, das der Ebene des „Small-talk“ zuzuordnen ist. Die wichtige Bedeutung dieser Sequenzen für das Gespräch und den Ablauf der Untersuchung sowie Faktoren, die den Einsatz des „Small-talk“ bedingen, werden im Rahmen der Sequenz „Eigentliche Untersuchung“ vor allem aber in Kapitel 6 differenziert betrachtet.

Den Start der eigentlichen Untersuchung begleiten die Untersucher – im Sinne einer Ankündigung – zumeist verbal in unterschiedlichen Varianten, deren Qualität von der Person des jeweiligen Patienten abhängt, sowie von der Indikation zur Untersuchung.

Verwendet werden Floskeln wie „wollen wir mal ‚kieken‘“ (Gespräch 18) oder „na, mal ‚kieken‘“ (Gespräch 20), aber auch ganze Sätze, die eine Erklärung des Vorgehens umfassen, zum Beispiel: „...ein bisschen Glibber auf den Bauch...so, jetzt geh ich da mit meinem Bügeleisen drüber.“ (Gespräch 1)

Insgesamt ist die Wortwahl im Gespräch mit jüngeren Patienten eher lapidar, bei älteren Patienten oder „kritischer“ Indikation eher sachlich.

Eine Verknüpfung der Anamnese mit der Ankündigung des Beginns der eigentlichen Untersuchung erfolgt durch Wendungen wie

„Das gucken wir uns jetzt mal an.“ (Gespräch 28)

Relativ häufig geht der Untersucher hier auf die spezielle Fragestellung ein, betont die besondere Bedeutung einzelner Organe gemäß der jeweiligen Fragestellung und informiert den Patienten über sein Vorgehen.

Das Auftragen des Schallgels wird immer von einer Warnung begleitet, damit der Patient nicht unnötig erschreckt wird. In einigen Fällen wird über die Tatsache, dass es sich um warmes Gel handelt, eine erwähnenswerte Besonderheit, gesprochen.

Bei einigen Check-ups rückt die Untersuchung in den Hintergrund, Kommentare bezüglich des Vorgehens werden in das Gespräch eingestreut und fallen eher knapp aus.

Vor allem der Chefarzt begleitet den Untersuchungsbeginn bevorzugt durch ein lockeres Gespräch; beim Facharzt und der Oberärztin rückt das Gespräch passager eher in den Hintergrund, während das „Untersuchen“ als Hauptmoment alle Konzentration beansprucht.

Diese Phase des Auftakts nutzt der Untersucher häufig, um die Studentin vorzustellen. Besonders der Chefarzt legt Wert darauf, ihre Anwesenheit als absolut harmlos für den Patienten darzustellen, um diesem keine Angst zu machen, zumal die Untersuchungssituation als solche für einige Patienten schon genug belastend ist. In diesem Zusammenhang sind Untersuchungen zu

nennen, die der Bestätigung eines Krankheitsverdachts dienen, häufig handelt es sich um Tumorerkrankungen.

Der Facharzt fragt explizit, ob der Patient etwas gegen ihre Anwesenheit hat. Beim Chefarzt ergibt es sich meist direkt, dass der Patient zustimmt, noch während der Untersucher das Anliegen der Studentin schildert

### Eigentliche Untersuchung

Um den Patienten über den Ablauf des Geschehens zu informieren, erläutert der Untersucher in vielen Fällen Schritt für Schritt seine Vorgehensweise:

„Ich werde mir Organ für Organ angucken, zuerst die Bauchspeicheldrüse, dann die Leber, die Niere, die Milz, die Hauptschlagader und zum Schluss den Unterbauch.“

Hierbei wird auch häufig erwähnt, welche Organe nicht zu erkennen sind und warum das so ist:

„Den Darm kann man nicht so gut beurteilen, da ist Luft drin.“

Die Kommunikation während der Untersuchung lässt sich in drei Teile untergliedern:

1. Arbeitsbezogene Anweisungen an die Patienten,
2. Thematisieren von Beschwerden oder Informationen bezüglich des Anliegens / der Krankheit des Patienten, Erklärung der auf dem Monitor sichtbaren Strukturen und Organe
3. von der Problematik mehr oder weniger unabhängige Gespräche („Small-talk“).

Arbeitsbezogene Anweisungen, die sich auf die Lagerung, die Atmung, die Mithilfe des Patienten und ähnliches beziehen, dienen der Optimierung der Untersuchungsbedingungen. Sie begleiten häufig Passagen intensiver Untersuchung, in denen weitere Kommunikation unterbleibt.

### 1. Beispiel (Gespräch 33):

OÄ: ja und den Arm nach oben +nehmen.

P: hm+

OÄ: das ist +besser

P: hm+...(20 sec)...

OÄ: und wieder tief einatmen...(9 sec)...weiteratmen...(11 sec)...ganz normal atmen. ich muss erst die Position suchen. und wieder etwas einatmen. stopp...(6 sec)...weiteratmen...(10 sec)...und noch mal einatmen. stopp...(6 sec)...weiteratmen.

### 2. Beispiel (Gespräch 23):

FA: können sie mal tief Luft holen und den Bauch so' n bisschen vorstrecken dabei? so, das ist gut. wunderbar...(3 sec)...und weiteratmen...(4 sec)...können sie sich bitte einmal so' n bisschen auf die linke Seite drehen?

Manchmal lässt der Untersucher diese Anweisungen spontan während des Gesprächs einfließen, um dann direkt die Kommunikation bei durch die Mitarbeit des Patienten gewährleisteten optimalen Untersuchungsbedingungen fortzusetzen. Diese Art der Untersuchungsdurchführung mit entsprechender verbaler Begleitung lässt sich vor allem beim Chefarzt beobachten.

Umschriebene Serien von Anweisungen werden häufig durch auftretende Fragen zu Beschwerden, möglichen Schmerzen oder weiteren anamnestischen Aspekten unterbrochen, die schließlich spezifisch weiterverfolgt werden.

Fragen des Untersuchers bezüglich der Beschwerden der Patienten, Sammeln von Informationen über Vorgeschichte und Entwicklung sowie das bisherige medizinische Vorgehen machen in der Mehrzahl der Gespräche einen erheblichen Teil verbaler Kommunikation aus. Es kommt ebenfalls vor, dass Patienten von sich aus direkt diesen Gesprächsteil einleiten. Ein Beispiel mit besonders deutlicher Ausprägung ist Gespräch 18.

Vor allem während der vom Chefarzt durchgeführten Untersuchungen findet häufig eine sehr ausführliche Beschreibung der Bilder und Ergebnisse auf dem Monitor statt, die sich zum einen an die Patienten, zum anderen aber auch an

die Studentin richtet. Diese Passagen weisen unterrichtsähnliche Strukturen auf und erhalten durch Fragen der Patienten interaktiven, vor allem aber individuellen Charakter. Erklärungen dieser Art lassen sich auch bei der Oberärztin und dem Facharzt erkennen, wenn auch meist nicht so ausgeprägt wie beim Chefarzt.

Wenn Arzt und Patient einander aus vorherigen Untersuchungen gut bekannt sind, ergibt sich eine von dem medizinischen Anliegen eher unabhängige Kommunikation. In diesen Fällen werden zum Teil private, aber auch berufliche oder politische Themen behandelt oder medizinische Information vermittelt, die mit dem Anliegen des jeweiligen Patienten selbst allerdings nichts zu tun hat. Hierbei rückt die eigentliche Untersuchung völlig in den Hintergrund, nur vom Untersucher eingeschobene Anweisungen erinnern an den Grund des Treffens von Arzt und Patient. (Beispiele dafür sind die Gespräche 3 und 14)

Interessanterweise taucht genau dieses lockere Gespräch, der „Small-talk“, auch bei Untersuchungen mit kritischer Indikation und in Konfliktsituationen auf. Die Ursache dafür stellt die vertrauensbildende und entlastende Funktion dieser Passagen dar. (vgl. Kapitel 6)

#### Ende der Untersuchung / Aufklärung über die Ergebnisse

Der Arzt beendet die Untersuchung häufig mit Füllwörtern oder knappen Sätzen wie

„gut“, „So, das war's“ oder „okay“.

Anschließend wird das Gel vom Bauch des Patienten entfernt; der Chefarzt kündigt sein Vorgehen häufig mit dem Begriff

„Abschmierdienst...“ an.

Während des Abwischens, das fast immer der Untersucher vornimmt und nicht dem Patienten selbst überlassen bleibt – vor allem der Chefarzt besteht darauf – erhält der Patient noch mal eine Erklärung über das Ergebnis der Untersuchung.

In einigen Fällen hat sich die adäquate Erklärung von Ergebnis beziehungsweise Befund bereits im Laufe der Untersuchung ergeben, die Schlussphase wird in diesen Beispielen von allgemeinem Gespräch begleitet.

Häufig erfragen die Ärzte vor der Verabschiedung des Patienten weitere geplante Untersuchungen oder bevorstehende Operationen.

In der Regel verlassen die Patienten über das Ergebnis der Untersuchung in Kenntnis gesetzt die Sonographie-Abteilung. Die Aufklärung erfolgt abgestimmt auf die Persönlichkeit des einzelnen Patienten sowie auf die individuelle Situation der jeweiligen Untersuchung.

Das Thema der Aufklärung und die daraus resultierende Frage nach Zuständigkeit und Verantwortung werden in Kapitel 6 genauer diskutiert.

### Verabschiedung

Jeder Patient wird vom Arzt selbst verabschiedet, meist durch ein einfaches „Tschüss“ oder ein etwas förmlicheres „Auf Wiedersehen“.

Nicht selten wünscht der Untersucher dem Patienten auch Glück für weitere Untersuchungen und Operationen oder allgemeiner „Alles Gute“.

Patienten, die im Bett zur Untersuchung kamen, werden vom Arzt selbst aus dem Sonographie-Raum geschoben und dabei verabschiedet.

In der Regel verlässt der Patient durch die Kabine das Zimmer, in dem der Arzt zurückbleibt. Erst dann widmet er sich der Schreibarbeit, solange der Patient anwesend ist gehört diesem die Aufmerksamkeit des Untersuchers, auch dann, wenn der nächste Patient bereits vor der Tür wartet.



## 5.2 Ergebnisse der sequentiellen Mikroanalyse

Um Untersuchungsprotokolle wie diese zu analysieren, sind verschiedene Herangehensweisen möglich.

Im Rahmen der sprachanalytischen Betrachtung des Arzt-Patient-Gesprächs sind die Methodik der *Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps* (vgl. Löning, 1985) sowie die *Formalanalyse* (vgl. Buscham, 1997) zu nennen.

Davon abzugrenzen ist ein weiterer Typ, *die mikrosoziologische Untersuchung der Gesprächssituation*, wie sie von Viola Kirchner (Kirchner, 1999) durchgeführt wurde.

Zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion bedient sich diese Studie einer der mikrosoziologischen Untersuchung sehr ähnlichen Methode. *Die sequentielle Mikroanalyse* unterteilt den Kommunikationsprozess in jeweils einzelne, umschriebene Aspekte des Diskurses umfassende Abschnitte, die abgrenzbar sind und jeder für sich der Analyse unterzogen werden. „Somit ergibt sich eine differenzierte Beobachtung einzelner Sequenzen.“ (vgl. Definition der Methode, Kapitel 3.3)

Während Kirchner genauer die Schnittstelle zwischen der Medizin als Wissenschaftssystem und der Alltagswelt von Arzt und Patient ins Auge fasst, lässt sich die Verfasserin dieser Studie – ausgehend von Kirchners *Synopse über den Kommunikationsfluss* – von der Fragestellung leiten, inwieweit die Wirklichkeit dieser *medizinischen Wissenschaftswelt*, mit der ein Patient konfrontiert ist, Integration in die soziale und psychische Wirklichkeit des Patienten finden kann (und findet).

Diese Fragestellung erscheint nicht nur im Kontext der vorliegenden Untersuchungssituation sondern auch vor dem Hintergrund der Entwicklung in der Medizin überhaupt – der zunehmenden Technisierung und Spezialisierung (s. Einleitung; vgl. von Ferber, 1989) – als besonders relevant.

Was für den Medizinsoziologen Christian von Ferber als Wandel der Situation des Patienten im Gefolge von Entwicklungen in der Medizin beschrieben wurde, wird von Seiten der klinischen Medizin als chronisches Problem von Patienten

diagnostiziert: Für den Patienten wird es immer schwieriger, in der Wissenschaftswelt der Medizin den Realitätssinn zu wahren. Mehr denn je ist er auf die Anwesenheit und das Agieren des Arztes angewiesen, der tatsächlich „oft die einzige dünne Verbindung zwischen den Patienten und der realen Welt darstellt“. (Fauci et al, 1999)

„Den Realitätssinn zu wahren“ bedeutet in diesem Zusammenhang, die Integration medizinischer Realität, das Erfahren und Erleben von Krankheit, Diagnostik und Therapie – vor dem Hintergrund der Institution Krankenhaus – in die soziale und psychische Realität, in das alltägliche Leben und Erleben zu schaffen. Eine entscheidende Rolle spielt hierbei die lokale Erzeugung von Wirklichkeit, das heißt die Betrachtung der Entstehung von Wirklichkeit als flexiblen Prozess, dessen Gestaltung von den jeweiligen Akteuren sowie von situativen Faktoren abhängig ist.

Unter Berücksichtigung dieser Thematik wurde folgender Ansatz gewählt:

In Ergänzung zur Erfassung von *Indikation* der Untersuchung, *Grunddiagnosen*, *Fragen von Arzt und Patient* sowie *Antworten und Erklärungen* (wie bei Kirchner betrachtet), wird in diese Auflistung auch die Frage nach dem jeweiligen *thematischen Schwerpunkt des Gesprächs*, vor allem der Differenzierung zwischen *medizinischer* und *privater* Konversation sowie auch die *Rolle des Bildes im Einzelfall* aufgenommen.

Die Sequenzen *Indikation*, *Grunderkrankung / Diagnose* und *Mitteilungen an den überweisenden Arzt* enthalten Informationen, die im Kontext der Dokumentation klinischer Daten Erwähnung finden und von dort übernommen werden. Die Diagnose, vor allem aber auch die Indikation für die Untersuchung werden jedoch häufig auch im Untersuchungsgespräch thematisiert, in einigen Fällen unter Verwendung von Fachsprache, in anderen allerdings in vereinfachter erklärender Sprache, angepasst an das medizinische Wissen des Patienten. Die Sequenzen *Beschwerden*, *Fragen*, *Anliegen der Patienten*, *Klärung der Patientenanliegen*, *Anliegen des Arztes* sowie *Diagnose / Empfehlungen* geben Inhalte der Gespräche wieder. Einige Beispiele sind nahezu wörtliche Zitate, andere sind leicht zusammengefasste inhaltlich entsprechende Segmente des Gesprächs. Insgesamt sind diese Sequenzen im

Gesprächskontext entstanden und stellen sich als verschriftlichte Form objektiver Beobachtungen bzw. des Gehörten dar.

Die Sequenzen *Thematische Schwerpunkt des Gesprächs* und *Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess* hingegen enthalten einen subjektiven Anteil, den Eindruck des Beobachters. Einerseits ergeben sie sich aus einer inhaltlich nachvollziehbaren Gewichtung einzelner Aspekte sowie dem jeweiligen Anteil bestimmter Themen an der Gesprächsdauer, andererseits hängt diese Einschätzung der Bedeutung einzelner Inhalte deutlich von der Wahrnehmung des Beobachters / Zuhörers ab.

Die Analyse dieser unterschiedlichen Teilaspekte dient dem Herausarbeiten, ob und auf welchem Wege die *Realität der Untersuchung und des Befundes* durch den Patienten erfasst, angenommen und – wie oben erwähnt – in dessen Wirklichkeit integriert wird. Vor allem auch die Position des Bildes in diesem Geschehen soll festgehalten werden, um basierend auf diesem Ergebnis des mikroanalytischen Vorgehens in Kapitel 6 zu einer qualitativen Auswertung dieses Aspekts zu gelangen.

Es folgt die Analyse der vierzig Gespräche hinsichtlich dieser acht erwähnten Teilaspekte unter Verwendung der zuvor geschilderten Methode. Als Darstellungsform wurde eine Tabelle gewählt.

Es ist eine Differenzierung nötig zwischen – grob eingeteilt – drei Typen von Untersuchungen. Diese Einteilung erfolgt entsprechend der Indikationen, die innerhalb einer Gruppe vergleichbar sind bezüglich ihres Charakters sowie der Bedeutung, die sie der jeweiligen Untersuchungssituation verleihen:

Gruppe A umfasst die Untersuchungen, die als Indikation das Auffinden einer Ursache für Beschwerden bisher unklarer Genese – seien es Schmerzen, Fieber oder ähnliche Symptome – haben (9 / 40). (Kontrollgruppe der nicht ausgewählten Gespräche aus Grundgesamtheit: 10 / 41)

In Gruppe B, die zahlenmäßig größte Gruppe gehören die Untersuchungen, die bei bekannter Grunderkrankung oder Verdacht auf Vorliegen einer Erkrankung – sei es im Rahmen der Tumor-Diagnostik, einer Nachsorge-Untersuchung

oder einer prä-operativen Kontrolle – zur Beurteilung des aktuellen Zustands des Patienten dienen (28 / 40). (Kontrollgruppe: 29 / 41)

Gruppe C beinhaltet alle Untersuchungen, die als reine Check-ups angemeldet wurden. Diese Situationen stellen Ausnahmen dar (3 / 40). (Kontrollgruppe: 2 / 41)

Eine genauere Definition dieser Gruppen, sowie einiger Untergruppen erfolgt im Anschluss an die Tabelle.

Die Erläuterung verwendeter Abkürzungen findet sich im Anhang.

	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
1	A	V.a. Antibiotika- Abusus, Diarrhöe	Unklare Diarrhoe	zu 1. Bauchschmerzen – Ursache? 2. Zyste – Gefahr?	1. Frage nach Beschwerden zu 2. Beruhigung bzgl. der Harmlosigkeit einer Zyste
	A	abdominelle Beschwerden unklarer Ätiopathogenese	unklare Verdauungs- störungen, Blähungen	1. Ständige Verdauungsstörungen, Verstopfung, aufgeblähter Bauch, Kleider passen nicht mehr 2. Ursache Lebensmittel?	zu 1. Untersuchung, um Problem zu lösen zu 2. Laienätiologie kaum kommentiert
3	B1	jährlicher Check-Up	Z.n. Colon-Ca, Sigmaresektion '98, Hemicolektomie rechts 3/98 bei ascendens-Ca	1. Leber gut? 2. Niere? - Stein? Schmerz beim Skilaufen, Schmerzmittel 3. Prostata?	zu 1. Leber und Pankreas gut zu 2. Nierensteinchen, nicht größer als zuvor, mit Medikamenten kein Schmerz? zu 3. Prostata vergrößert und glatt
4	B3/B4	Abdomenroutine, Kontrollsono	6.Tag nach Splenektomie (5,5kg) bei Osteomyelofibrose, P. klagt über diffuse abdom. Schmerzen	1. Schmerzen 2. Loch im Bauch 3. Ursache der Erkrankung? keine Risiken 4. P. will aufstehen 5. Kraftverlust beklagt	zu 1. Erklärung für Schmerzen zu 2. Darmschlinge wird es füllen zu 3. Relativierung des Zusammenhangs, keine Versicherung gegen Krankheit zu 4. Beruhigung, Prognose gut zu 5. allmählicher Kräftaufbau
				A	Stuhlnunregelmäßig- keiten

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
1	keine Divertikulitis, Antibiotika-induzierte Kolitis	1. keine Darmwandverdickung 2. Nierenzyste links sonst unauffälliges Abdomen	v.a. medizinische Themen, die im Rahmen der Untersuchung stehen	unbedeutend
2	Reizdarmsyndrom, harmlos	unauffällige Abdomensonno	Ursache der Beschwerden, viel Laienätiologie	P. verfolgt Untersuchung komplett auf dem Monitor, versucht, Organe zu erkennen
3	Niere ohne Stauung, aber mit Steinchen	V.a. Nephrolithiasis rechts etwas deutlicher als links, keine Harnstauung, kein Nachweis einer Metastasierung	privat: Veranstaltungen, Beerdigung eines Professors Wechsel Fachgespräch – Privatgespräch P. ist medizinischer Experte	P. guckt mit, erkennt recht viel, vollständige Erklärung durch den Arzt
4	allmähliche Besserung, braucht Zeit, gute Prognose nach OP, nichts Schlimmes	deutliche Vergrößerung der Leber mit freier Flüssigkeit am Unterrand der Leber und im Mittelbauch, Cholezystolithiasis, im linken Oberbauch bei Z.n. Splenektomie kein pathologischer Befund	Krankheit, Ätiologie, Beschwerden des P., Sorgen	kaum
5	kein pathologischer Befund, Coloskopie ist erfolgsversprechender	kleine parapelvine Nierenzysten bds., echoarme Figur zwischen Milz und Niere (siehe Vorsono) abgrenzbar, Hantelförmig des Pankreas, relativ breiter Schwanz, kein patholog. Befund	Gespräch über Anatomie der Leber, Struktur auf dem Bildschirm, viele Erklärungen	P. guckt viel, Arzt erklärt und schafft es, P. Zugang zu den Bildern zu verschaffen

	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
6	B4	Leberparenchym- veränderungen? Schmerzen postprandial; Bruchlücke?	chronische Hepatitis B seit 15J, Z.n. 5fach ACVVB '85	zu 1. unklare Beschwerden, BSD? Empfindlichkeit seit 15J. 2. Zwerchfellriss? 5. neues Medikament zu 6. genug Flüssigkeit; bestätigt Entzündung zu 7. weitere Vergrößerung?	1. Frage nach Beschwerden zu 2. evtl. Ursache für Beschwerden 3. Gallensteine, belanglos 4. Leberstruktur 6. Niere braucht mehr Flüssigkeit, Z.n. Entzündung 7. Milz vergrößert 8. keine Bruchlücke
7	C	Check-up		keine Probleme, Untersuchung gewünscht	Erklärung technischer Fragen
8	C	Check-up		zu 1. leichter Oberbauchschmerz zu 2. P. streitet Alkoholkonsum vehement ab 3. Sorge um Leber	1. Beschwerden ? 2. Leberverdichtung, Alkohol? andere Ursache? zu 3. leichte Beruhigung bezüglich Ärger und Sorge
9	A	Abdomenroutine	Oberbauchschmerzen	zu 1. leichte Schmerzen, einfach mal nachgucken 2. Kolon-Verbreiterung ⇒ Beschwerden zu 3. bisher keine Beschwerden 4. Angst vor Koloskopie	1. Probleme? zu 2. Flüssigkeit stört 3. Nierenzyste, belanglos zu 4. Beruhigung, Betäubung bei Koloskopie
10	B4	gezielte Fragestellung	aktiver M. Crohn mit entzündlicher Dün- darmstenose und Fistelung (hepatische Reaktion unter Antibiose und Immunsuppression)	1. Bauch ist besser keine Krämpfe, Appetit! 2. Leber-Check wg. schlechter Werte gewünscht (auch 6.) 4. Erfolg erkennbar 5. Nahrungsaufbau fortsetzen?	zu 2. geht auf Besserung ein zu 3. Leber-Fragestellung berücksichtigt zu 4. M. Crohn ist unberechenbar zu 5. rät zu Nahrungsaufbau zu 6. Leber ist gut 7. eingedickte Galle ↔ Leberwerte

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
6		eindeutige Leberzirrhose, v.a. linken Lappen verändert; Milz deutlich vergrößert; keine Dekompensation; Pankreas ungleichmäßig, nicht Pankreatitis-typisch; Z.n. Entz. oberer Pol rechte Niere; Cholezystolithiasis; Sonographisch keine Bruchstücke	Patient redet wenig, startet einige erfolglose Versuche, die Initiative zu ergreifen; Gespräch ist geprägt von Untersuchungssituation; systematische Auflistung des Krankheitsverlaufs	Patient blickt Arzt ins Gesicht und nicht auf das Bild
7		unauffällige Abdomen-Sono	Erklärung der Bilder für die Patientin	Patient guckt auf Bildschirm, fordert Erklärung
8	weitere Untersuchung der Leber empfohlen	Leberparenchymschädigung, evtl. leichte Fettleber; linke Niere nicht pathologisch, aber gebuckelt, Kontrolle empfohlen Prostata relativ groß	Privates: Beruf, Finanzielles Befund (Leberverfettung): Vursacht kleinen Konflikt wegen Alkoholismusverdacht Möglichkeiten der Sonographie	Bild wenig relevant, erst zum Ende der Untersuchung thematisiert anhand spezieller Fragen; Patient kann Erklärung folgen
9	kein pathologischer Befund	kleine parapelvine Nierenzysten, sonst keine pathologischen Befunde	Vorteile der Sonographie Coloskopie-Untersuchung	vor allem Nieren, P. als Laie erkennt viel P. möchte Erklärung Blickwechsel Arzt ↔ Bild
10	Befund viel besser; Leberwerte durch eingedickte Galle bei vierwöchiger Nahrungskarenz erklärt	insgesamt Befundverbesserung der chronisch-entzündlich. Darmwandveränderungen des Ileum; keine Fistelung; Leberwerte ↔ eingedickte Galle in Gallenblase; kein V.a. sklerosierende Cholangitis	Gespräch über Behandlung; psychologisches Gespräch über Unberechenbarkeit des Crohn; fachliche Ebene: Expertendiskussion; Ermütigung zur Selbstverantwortlichkeit	Bild ist weniger relevant; Patient sucht Information in der Mimik des Arztes



	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
11	B2/B5	weitere Info siehe Gespräch 21 (FA)	s. 21	s. 21; Seitenschmerz beim Liegen	s. 21
12	B1/B2	schmerzloser rektaler heller Blutabgang; Darmwand- verdickung?	Z.n. Rektum-/Anal-Ca vor 2 Jahren	1. Gewichtsabnahme bekannte Gallensteine; 2. keine Beschwerden Ursache für Blut? Darmkrebs ↔ Divertikelbildung 4. lieber vorsichtig, Kontrolle 6. Alles in Ordnung? unruhig	zu 2. Gallensteine nicht Ursache für Beschwerden zu 3. Bestätigung der Vermutung; wahr- scheinliche Ursache: Divertikel 5. keine Darmwandverdickung; kein Tumor zu 6. Beruhigung; alles in Ordnung
13	B4	gezielte Fragestellung	Morbus Hodgkin St. IIIa; jetzt Staging; Z.n. 4 Zyklen BEACOPP	1. Aufregung 2. Sorge um CT 3. Untersuchung o.k.? 4. trägt Chemo nicht mehr 6. Achselhöhlen-LK? 7. Gürtelrose	zu 1./2. Beruhigung; alles o.k. zu 3. Befund gut; zu 4. Verständnis 5. Gallenblase gut zu 6. kommt später → 8. in Ordnung zu 7. unangenehm; 9. SD o.k.
14	C	Check-up		1. keine Beschwerden wunder Punkt: 3. Nierensteine 4. Leber → Sorge der Gattin zu 5. Wie äußern sich Prostatabelastungen?	2. Gallenblase gut zu 4. Leber rundlich, nicht krank 5. Prostatahyperplasie, Beschwerden? kein Ca; Erklärung der Symptomatik bei Ca
15	A	gezielte Fragestellung (Dissektion, Obstipation, Darmwand- verdickung?)	anhaltender abd. Schmerz epigastrisch seit 7 Tagen endoskopisch ohne Korrelat; Obstipation; Strömungsgeräusche über Nierenarterie bds.; sonographisches Zervikales	1. immer Schmerzen im Bauch (einige Std. nach Essen) 2. Sorge, 2 kleine Kinder 3. Zwölffingerdarm? zu 4. chronisch? 5. bisher findet keiner Ursache	zu 2. Arzt geht auf Versorgungsproblem ein zu 3. Ort erkannt! → Problem im Duodenum 4. Morbus Crohn → „chronisch“ zu 5. Bestätigung der Problematik

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
11	s. 21	möglicher Milzinfarkt; kein Tumorverdacht	Arzt-Arzt-Gespräch; sekundär: Erklärung für P.	P. betrachtet Bildschirm; keine Erklärung des Bildes für P.
12	für genaueren Befund Darmspiegelung empfohlen	keine Veränderung gegenüber Voruntersuchung	Gespräch über bekannte Befunde; Äußerung von Sorgen und Ängsten; Arzt sorgt für Beruhigung	keine
13	Fazit: Alles in Ordnung		Arzt beruhigt die sehr unruhige, ängstliche P.	P. sieht CHA ins Gesicht, keine Integration des Bildes
14	nichts Auffälliges	geringgradige Veränderungen entsprechend einer Leber- parenchym-schädigung; Z.n. bds. Nephrolithiasis mit kleiner narbiger Veränderung an der linken Niere; kein Konkrement, kein Harnstein	Beruf: Ultraschall-Diagnostik, Methoden der Aufklärung, Möglichkeiten des Ultraschall; Gespräch über Alkohol; Prostatadiagnostik	Blick auf Arzt gerichtet, bei Nierenbetrachtung wird Bild relevant; P. bemüht sich zu erkennen
15	weitere Untersuchungen wegen Grenze des Ultraschall → endgültige M. Crohn-Diagnostik über Darmspiegelung	lokalisierte Darmwandverdickung rechter Oberbauch, könnte im Duodenum liegen, auch tiefere Dünndarmschlingen möglich; für Colon ist Befund untypisch; in erster Linie Morbus Crohn-Verdacht	viele Erklärungen zur Untersuchung; Problematik / Chancen der Sonographie; private Probleme: Kinder / Versorgung; Glaubwürdigkeit wegen langfristiger unklarer Beschwerden	Bild integriert in Untersuchung, Erklärungen anhand der Bilder; P. betont Schwierigkeit etwas zu erkennen; P. stellt viele Fragen

	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
16	B1	gezielte Fragestellung	Z.n. Rektum-Ca 2000, Tumornachsorge	<ol style="list-style-type: none"> <li>keine Beschwerden</li> <li>kaum Zeit für KH-Aufenthalt</li> <li>Problem mit Kolon, Hämorrhoiden entfernt</li> <li>Fettleber, sonst o.k.?</li> <li>Punkt in Niere bekannt</li> <li>Darm o.k.?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>zu 3. Verstopfung? Blut?</li> <li>Bauchspeicheldrüse o.k.</li> <li>zu 5. Leber o.k., wichtigstes Organ rechte Niere o.k.</li> <li>Milz, linke Niere o.k., Angiomyolipom, harmlos</li> <li>Darm schlecht zu sehen</li> </ol>
17	A	gezielte Fragestellung	fiebrhafter Infekt, Dyspnoe, Beinödeme	<ol style="list-style-type: none"> <li>keine Erinnerung</li> <li>zu 3. 39-40°C</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>BSD, Leber, Gallenblase o.k.</li> <li>große Milz, vorher bekannt? in Bericht o.k.</li> <li>Fieber? Wie hoch?</li> </ol>
18	B2	Bitte um Beurteilung des Pankreas	hochgradiger V.a. Pankreaskopf-Ca mit Lungenfiliae, Z.n. gyn. Total-OP bei Myomen	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ischias-Schmerzen seit 19.01.01. Was tun?</li> <li>Magen gereizt, Erbrechen</li> <li>Betäubung b. Spiegelung?</li> <li>Was ist MRCP?</li> <li>Schmerzen sollen weg</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ausstrahlung in Rücken? primär nichts zu machen, Ursache evtl. BSD</li> <li>zu 3. Beruhigung</li> <li>Erklärung</li> <li>Leberzysten harmlos</li> <li>weitere Diagnostik</li> <li>kein Wasser in Bauchhöhle</li> </ol>
19	B3	Abdomenroutine prae-OP	Cholezystolithiasis	<ol style="list-style-type: none"> <li>P. hat Angst</li> <li>Gallensteine verursachen massive Koliken</li> <li>keine Entzündung gehabt</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Was gibt's? Beschwerden?</li> <li>Gallenblase ohne Entzündung?</li> <li>Gallengang ist gut</li> </ol>
20	A	Harnwegsinfekt	unklares Fieber nach Philippinenurlaub, diskreteste Rasselgeräusche basal, Leberandruckschmerz, Harnwegsinfekt	<ol style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen auf rechter Seite</li> <li>Fieber seit Anfang der Woche</li> <li>Harnwegsinfekte selten in der Vergangenheit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Welche Sorgen?</li> <li>Fieber?</li> <li>Harnwegsinfekte in der Vergangenheit?</li> <li>Leberhämatom, harmlos</li> <li>Doppelnierenanlage angeboren</li> </ol>

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
16	alles o.k.	Leberparenchymerschädigung, V.a. kleines Angiomyolipom in der linken Niere	Schilderung der Beschwerden, Gespräch über Alkoholkonsum, ständige Angst vor Rezidiv erwähnt, Erklärung des Angiomyolipoms	Bild kaum integriert
17	nichts zu sehen	keine Änderung gegenüber Voruntersuchung, kein Nachweis entzündlicher Veränderungen	persönliches Gespräch über Schule, Umzug, Krankheit der Mutter	P. guckt auf Monitor, viele Erklärungen, vor allem Niere ist für P. erkennbar
18	weitere Diagnostik nötig! Magenspiegelung empfohlen	kleine tumoröse Raumforderung in Höhe des Pankreaskopfes mit minimaler Erweiterung des Gallengangs und LK-Vergrößerungen parapancreatisch und paracaval, Leberzysten	Patientin erzählt ausführlich ihre Leidensgeschichte, Redefluss lässt sich nicht unterbrechen	kein Blick auf Monitor, Patientin ist mit Reden beschäftigt
19	OP steht nichts im Weg	Indikation bestätigt	Ursache der Beschwerden	nur Blick beim Drehen nach links zum Monitor
20	keine Ursache für Fieber und Beschwerden gefunden	V.a. winziges Hämangiom im rechten Leberlappen, sonst keine Auffälligkeiten, Doppelnierenanlage rechts	Bilderklärungen, Schilderung des Untersuchungsablaufes, Diskussion der Grenzen des Ultraschalls	Bild nimmt wichtige Rolle ein

	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
21	B2/B5	Frage nach Leber-, Gallengangs- und Pankreas- morphologie	akute Pankreatitis (alkoholbedingt)	zu 1. bekannt, und beginnende Leberzirrhose 2. Zyste in Bericht erwähnt? zu 3. keine Beschwerden beim Wasserlassen, 3 Nieren- steine bekannt, damals Auslöser der Schmerzen 4. <u>Rippenschmerzen</u>	1. Entzündung an BSD, Ursache? Alkohol? zu 2. Zysten: evtl. kleine am Pankreasschwanz 3. Beschwerden beim Wasserlassen? 5. Flüssigkeit in Lunge, evtl. Zusammenhang mit BSD
22	B3	Abdomenroutine, prae-OP	Prae-Cholezystektomie, Polytoxikomanie (10 J. Methadon), Hep. B '87, Hep. C fraglich, Z.n. Ileus- OP (Kindheit)	1. Frage nach ‚Gnubbel‘ 2. Gallenblase: Beschwerden, Koliken 3. Zshg. mit Problemen beim Essen. zu 4. Ileus als Kind	zu 1. ‚Gnubbel‘ ist Bruststein zu 2. Gallenblase voll mit Steinen 4. Woher Narbe?
23	B3	Abdomenroutine, prae-OP	Struma, Ulcus ventriculi, wohl KK und AA mit Hyperthyreose	zu 1. seit 35J., Helicobacter pos. 2. Hep. '76, Leberwert! 3. Niere o.k.? 4. Mutter an Nierenversagen gestorben 5. SD-Werte schlecht 6. SD-OP verschoben wegen Ulcus zu 7. Ursache für UR?	1. Magenprobleme? zu 3. Niere o.k. zu 5./6. SD-Knoten rechts gewachsen, mehrere Knoten links 7. Warum Uterusresektion(UR)?
24	B3/B4	Abdomenroutine, Gallensteine?	Symptomat. Cholezysto- lithiasis, Z.n. EPT u. Lithotrypsie eines Choledochuskonkre- ments '93, Z.n. biliärer Pankreatitis 11/00, Z.n. Hep. B, palpabel stark ver- größerte Leber, COPD	zu 1. Gallensteine, nicht mit Bestrahlung zerstört; Gallensteine sichtbar? 3. Größe der Steine? 4. P. hat Angst vor der OP	1. Frage nach Bestrahlung der bekannten Gallensteine 2. BSD schwer abgrenzbar, viel Luft zu 3./4. noch bei der Leber, noch nicht Gallenblase zu 5. Beruhigung, Betonung der Notwendigkeit
25 am Ende					

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
21	Bestätigung des Befundes am Pankreas, Zustand von Lunge und Milz erläutert	Ergebnis passend zur Pankreasschwanz-Pankreatitis, V. a. beginnende Leberzirrhose mit Splenomegalie, zystisches Areal max. 6cm Ø, zwischen Milz und Zwerchfell, zur Milz gehörig sowie 2 kleine Strukturunregelmäßigkeiten in der Milz, evtl. Z.n. Milzinfarkt	Gespräch über Alkoholkonsum und dessen Folgen, sonst wenig Gespräch	kaum relevant, Patient erwähnt, nichts erkennen zu können.
22	Gallenblase sollte entfernt werden	Cholezystolithiasis, sonst unauffälliger sonographischer Oberbauchstatus	Laienätiologie; Gespräch über Kindheitserfahrung: Ileus-OP, Gespräche über Drogenvergangenheit	P. guckt nicht von selbst, nur auf Aufforderung, P. erkennt wenig, aber steingefüllte Gallenblase verbindlich
23	SD-Szintigraphie sinnvoll	Struma multinodosa beidseits, rechts mehr als links, unauffälliger sonographischer Oberbauchstatus	Gespräch über Hepatitis, erworben bei Reise, Diskussion über Nierenproblematik (Mutter starb an Nierenversagen) Frage nach Ursache für Uterusresektion	P. guckt und erkennt viel aufgrund des erlernten Berufs (MTA), versteht Erklärungen
24	OP ist zu empfehlen	Cholezystolithiasis; kein Nachweis einer Cholangiolithiasis	Untersucher ist bemüht, P. zu beruhigen; gibt viele Anweisungen	Arzt zeigt P. die Gallensteine; P. kann nachvollziehen, was gemeint ist
25 am Ende				

	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
26	B4	Ausmaß des Ergusses?	Pleuraerguss, evtl. Pleurodese	<ol style="list-style-type: none"> <li>erneuter Erguss; vorher 5 Monate beschwerdefrei nun schlechter;</li> <li>nicht an Leber, aber Niere gyn. OP, keine Therapie;</li> <li>Lungenröntgen geplant</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Leberzyste zu sehen; Frage ob bekannt, Beruhigung, weil harmlos</li> <li>welche Folgetherapie?</li> <li>weniger Wasser in der Lunge als erwartet</li> </ol>
27	B1	Frage nach Rezidiv oder Metastase	Tumornachsorge bei Z.n. Sigma-Ca, ED 1998; T3M0N0	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kontrolle, keine Probleme</li> <li>Fettleber? laut Voruntersuchung zu 3. gute Werte</li> <li>kein Harndrang;</li> <li>keine Beschwerden</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ursache für Kommen?</li> <li>kann Info Fettleber nicht bestätigen;</li> <li>Leberwerte?</li> <li>Blase leer?</li> <li>Narbenbruch, Beschwerden?</li> </ol>
28	A	Abdomen-Routine	Meteoristisch. Abdomen; anamnestisch Cholezystolithiasis; Schmerzen am rechten Rippenbogen	<ol style="list-style-type: none"> <li>Osteoporose;</li> <li>Schmerz re. Rippenbogen;</li> <li>Leberzysten gewachsen?</li> <li>krampfartiger Schmerz;</li> <li>gyn. OP; 8. woher Schmerz</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>bekannte Gallensteine erwähnt</li> <li>Leberzysten, harmlos;</li> <li>Milz und Niere gut;</li> <li>Zeitpunkt der OP?</li> <li>evtl. vom Rücken</li> </ol>
29	B4	Verlaufskontrolle, Aszites punktionstfähig? (P. nicht über V.a. Peritonealkarzinose aufgeklärt)	Z.n. Magen-Ca; V.a. Peritonealkarzinose; V.a. Bronchial-Ca	<ol style="list-style-type: none"> <li>macht sich Sorgen, hat Erkältung; ansonsten Befinden o.k.</li> <li>klagt über Schmerz bei Untersuchung</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Frage nach Befinden von P.</li> <li>Schmerz kann von Rippe kommen; betont Schwierigkeiten, die Niere zu erreichen, daher Druck auf Rippe</li> </ol>
30	B5	Abdomen-Routine	C2-Entzug	<ol style="list-style-type: none"> <li>Magenuntersuchung?</li> <li>Erklärung, der Narben und ihrer Herkunft</li> <li>Nachfrage „schlechte Leber?“</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>erst BSD; viel Luft im Magen, daher schlecht zu sehen</li> <li>Frage, woher Narben</li> <li>kleiner Schaden an der Leber</li> </ol>

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
26	weitere Diagnostik empfohlen	sonographisch kein Hinweis für abdominelle Metastase, Zwerchfellhochstand rechts; z. T. gekammerter Pleuraerguss, der sonographisch nicht besonders ausgeprägt erscheint	Arzt erklärt sein Vorgehen bei der Untersuchung; Gespräch über Voruntersuchung	P. schaut nicht auf den Monitor
27	Rat, regelmäßige Untersuchung ruhig fortzusetzen; Konsequenz ist gut; Fazit: alles o.k.	erschwernte Bedingungen; Leberparenchym Schaden im Sinne einer Fettleber; sonst unauffälliger sonographischer Oberbauchstatus, kein Metastasierungsnachweis	viele Erklärungen über Untersuchungsablauf; Gespräch über Untersuchungsmethoden	P. guckt gerne, hat Interesse; Untersucher erklärt u. zeigt viel; P. scheint viel zu erkennen
28	Schmerz möglicherweise vom Rücken her	multiple kleine Leber- und Nierensysten; Cholezystolithiasis, ansonst unauffälliger sonographischer Oberbauchstatus	Arzt erklärt viel; Schmerzätiologie wird thematisiert	das Bild spielt keine Rolle
29	wie Voruntersuchung Untersucher verweist auf Stationsarzt; empfiehlt das Ab- warten aller anderen Befunde	im Vergleich zur Voruntersuchung keine wesentliche Befundänderung; weiterhin mäßig Aszites, besonders im Unterbauch ohne wesentliche Zu- oder Abnahme seit Voruntersuchung	kaum Gespräch; Untersucher erklärt, wo er gerade schaut; P. wird nicht aufgeklärt; Hinweis auf Besprechung aller Befunde mit Stationsarzt	das Bild spielt keine Rolle
30	Fazit: weitestgehend alles in Ordnung	allenfalls diskreter Leberparenchymschaden im Sinne einer Fettleber; ansonsten unauffälliger sonographischer Oberbauchstatus	schlechte Verständigung aufgrund von Sprachproblemen; wenig Gespräch, Arzt kommentiert Untersuchung	das Bild spielt keine Rolle



	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
31	B3	Abdomen-Routine; Prae-OP	Cholezystolithiasis; V.a. Schrumpfgallenblase; Cholezystektomie geplant	zu 1. Gallenblase soll raus; Koliken, Steine; 2. heftige Koliken nach fettem Essen	1. Frage nach Beschwerden zu 2. Bestätigung des Zusammenhangs 3. Gallenblase klein und nutzlos; 4. Niere m. atypischer Buckelung, Entzündungsanabe?; 5. Prostata o.k.
32	B1	Abdomen-Routine	COPD; Z.n. Tumor- Nephrektomie re '98; Z.n. Cholezystektomie	zu 1. Bestätigung; 2. Darm- geschwür, Appendicitisnarbe; zu 3. Tumor; zu 4. Infekt, bereits Besserung; zu 6. wichtig wg. Asthma; zu 7. mehr trinken; 9. Blähungen	1. Gallenblasen-OP-Narbe? 3. Niere weg warum? 4. jetzt Dyspnoe 5. Leber und Gallenwege gut; 6. Trinken gut für Haut; 7. Niere relativ klein, mehr trinken! 8. Angiomyolipom in Niere, harmlos!
33	B3	V.a. Sigma- divertikulitis; bekannte Divertikulose; klinisch positiv	Sigmadivertikulose, Z.n. Divertikulitis; 09/2000; chronische Eisemangelanämie	zu 1. Beschwerden in zu kurzen Abständen, nun OP; 2. Röntgen nötig? zu 3. Steine klein, o. Schmerzen zu 4. Zyste rückgängig?	1. warum Entscheidung für OP? zu 2. evtl. Spiegelung; 3. Gallensteine, klein ungünstig, ohne Schmerzen gut 4. Leberzyste wie Leberfleck, bleibt; 5. zweite Zyste
34	B4	gezielte Fragest.: septische Temperaturen, z.B. Port-Sepsis ; Kurz- darmsyndrom ; Fokussuche; Darmwand?	Z.n. Total-Colektomie u. endständiger Ileostomaanlage bei FAP; pankreaserhaltende Duodenektomie; CHE; Gastrojejunostomie Z.n. gyn. Total-OP	zu 1. Fieber macht Sorge; mögliche Ursache ist Port; P will Port erhalten, scheut neue OP; 2. sonst besseres Befinden 3. Frage nach Ursache für Bakterien	1. Pankreas, Gallenblase gut, keine Ursache für Fieber; zu 2. sichtlich gesünderes Aussehen im Vergleich zur Voruntersuchung zu 3. nennt Möglichkeiten; auch Port
35	B4	gezielte Fragestellung: Tumor, vermutlich Lipom	Lipom links Thorax; links führende kardiale Dekomp., Besserung TAA; metabol. Syndrom	1. Ursache für Untersuchung, eine Beschwerden 2. Ätiologie des Lipoms	zu 2. das Alter als Begründung; keine bestimmte Ursache

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
31	Kleine Gallenblase, Entfernung unumgänglich; Kontrolle der Nieren- struktur empfohlen	siehe Diagnosen und Empfehlungen	Beschreibung der Untersuchung; Organbeschreibung; Gespräch über Beschwerden	P. erfasst die Bilder; scheint Inhalte zu erkennen; Arzt liefert Erklärungen
32	Aufforderung, mehr zu trinken; unbedenkliches Angiomyolipom	Z.n. Cholezystektomie und Nephrektomie rechts; Angiomyolipom links	Gespräch über bisherige Krankengeschichte, Narben; Erklärung der Untersuchung; privat: Herkunft von P? Hauptthema: Niere (Trinken, Angiomyolipom); Angst!	P schaut viel, ist fixiert auf das Bild, besonders bei unklarer Struktur in der Niere: Angiomyolipom
33	OP empfohlen; Hinweis und Betonung des minimalen Eingriffs	Cholezystolithiasis; 2 Zysten im rechten Leberlappen; längerstreckige, wohl entzündliche Darmwand- verdickung linker Unterbauch; übrige Organe regulär darstellbar	Gespräch über Untersuchungen, Spiegelung; Erklärung der Sonographie; Beschreibung der OP als minimalen Eingriff	P schaut nicht auf Monitor, obwohl der Untersucher die Sichtbarkeit bestimmter Organe erwähnt
34	keine Ursache zu sehen; Untersucher betont die Bedeutung von Hygiene für den Umgang mit einem Port	Z.n. Cholezystektomie mit bildgestiver Anastomose; große parenchymatöse Organe kommen regulär zur Darstellung	Gespräch über Leidensstrecke und Sorgen der Patientin	P. erfasst Bilder; verfolgt den Untersuchungsverlauf bewusst
35	Erklärung eines Lipoms	auch sonographisch entsprechen Strukturen einem großen Lipom der Thoraxwand	Erklärungen; Ätiologie des Lipoms	ausführliche Bildinterpretation; Abschlussklärung anhand des Bildes

	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
36	B3	Abdomen-Routine; Prae-OP	Oesophagus-Ca	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sodbrennen beim Essen; seit langem;</li> <li>Befund in Dialyse-Zentrum entdeckt; beruflich dort;</li> <li>zu 5. keine Beschwerden beim Wasserlassen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>zu 1. seit wann diese Beschwerden?</li> <li>zu 2. warum im Dialysezentrum?</li> <li>zu 3. voller Magen; 4. Verkalkung in Leber; sonst in Ordnung;</li> <li>zu 5. Prostata vergrößert, aber im Rahmen für das Alter</li> </ol>
37	B4/B5	gez. Fragestellung: Fettleber? Niere?	Alkoholkrankheit; Diabetes mellitus	<ol style="list-style-type: none"> <li>zu 1. keine Beschwerden</li> <li>zu 3. bestätigt die Vermutung: ausschließlich Biertrinker</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>keine Gallensteine, aber nicht nüchtern;</li> <li>Fettleber</li> <li>gute, große Nieren; Vermutung: ob hauptsächlich Biertrinker?</li> </ol>
38	B3/B4; s. Fall 22	gez. Fragestellung; 2. Tag postoperativ	Z.n. CHE; Polytoxikomanie; anhaltende Schmerzen; Übelkeit, Erbrechen; trübes Sekret in Drainage; Verhalt?	<ol style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen nach OP</li> <li>Unwohlsein, Erbrechen</li> <li>muss Wasser lassen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>zu 1. OP-Gebiet sieht gut aus</li> <li>zu 2. Luft im Magen</li> <li>zu 3. möglicher Zusammenhang mit Beschwerden</li> <li>zu 4. Frage nach Erwartung bezüglich des Befindens direkt nach einer OP</li> </ol>
39	B2	gesamtes Abdomen; Gallenblase nüchtern; Gallengänge und Pankreas	Oberbauchschmerz, v.a. postprandial, rezidivierende Gastritiden; auch paraumbilikal u. Unterbauchschmerz, zeitweise heller Stuhl KHK, 3-Gefäßkr.; DM; Herzinsuff.; bek. Rundherd rechte Lunge	<ol style="list-style-type: none"> <li>zu 1. MDT-Probleme; Gastritis;</li> <li>zu 2. Blutdruck, Schwindel</li> <li>zu 3. auch DM</li> <li>zu 4. gestern Colo;</li> <li>zu 5. Gastritis ↔ Solarplexus?</li> <li>zu 6. Zysten in linker Niere;</li> <li>zu 7. zu klein?</li> <li>zu 8. Milz gut?</li> <li>zu 9. BSD-Untersuchungsmethoden?</li> <li>zu 10. Beschwerden! Stress!</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beschwerden?</li> <li>2. warum im Bett?</li> <li>zu 4. nichts Schlimmes?</li> <li>zu 5. nein; Ursachen für Gastritis;</li> <li>zu 6. keine Krankheit; aber:</li> <li>zu 7. Niere kleiner, nicht besorgniserregend, Funktion gut;</li> <li>zu 9. Blutuntersuchung</li> </ol>

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
36		zwei umschriebene, scharf berandete Verkalkungen im rechten Leberlappen; im übrigen unauffällige Leber; übrige Oberbauchorgane regulär darstellbar; Prostata gering vergrößert	„Konflikt“ über vollen Magen, Essen vor der Untersuchung; Erklärung, v.a. Leberstrukturen, Bedeutung dieses Aspekts; Frage nach Diagnose im Dialysezentrum	Bild hat wenig Bedeutung
37	viel trinken ist gut, aber auch Tee ist Flüssigkeit!!	Leberparenchymverdichtung, ob als diabetische oder alkoholische Fettleber zu werten, ist dahingestellt; auffallend große Nieren; übrige Organe kommen regulär zur Darstellung	Gespräch über die ungünstige Kombination von Alkohol und Diabetes mellitus Wirkung von Flüssigkeit, auch Bier auf die Nieren	Verbildlichung der Fettleber für den Patienten; Darstellung der Nieren
38	Blase durchaus voll; Patient sollte Wasser lassen; sonst kein pathologischer Befund	unauffälliger Situs bei Z.n. CHE; kein Nachweis vermehrter intraabdomineller Flüssigkeit; starker Meteorismus; relativ volle Harnblase	Schmerzen nach OP; Ärztin macht auf Tragweite des Eingriffs aufmerksam, auch bei laparoskopischem Vorgehen	keine Bedeutung
39	Ursache für Gastritis: Ernährung; Herzschwäche, Bakterien macht den Patienten auf Tragweite der Adipositas aufmerksam	bei insgesamt etwas eingeschränkter Beurteilbarkeit unauffällige Oberbauchorgane; linke Niere ist gering kleiner als die rechte, weist Rindenzyste auf Z.n. TUR der Prostata	Gespräch über Krankengeschichte; Patient fragt viel, stellt Vermutungen bezüglich der Ursachen an	das Bild hat wenig Relevanz

	Gruppe	Indikation	Grunderkrankung/ Diagnose	Beschwerden, Fragen, Anliegen der Pat.	Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes
40	B2/B5	gezielte Fragestellung	Alkoholiker seit 40 Jahren, chronische Pankreatitis, Frage nach Leber- und Pankreasveränderungen	1. Entzug zu 2. Schmerzen, Erbrechen, Magenschmerzen	zu 1. Entzug: wie oft? erfolglos? 2. Beschwerden? 3. Leberverfettung 4. Pankreas nicht akut entzündet, aber grobe Struktur 5. Niere o.k.
25	A	Abdomen-Routine, kolikartige Schmerzen seit voriger Nacht	Briden-Ileus	1. Bauchschmerzen zu 2. Größe: 6cm geblieben zu 3. Gallenblasen-OP 1972 6. Narbenbruch kann Schmerzen verursachen?	zu 1. wie lange? seit Jahren? 2. Zysten in der Leber; gleich groß 3. woher Narbe? 4. Nierenzysten 5. Blase leer zu 6. evtl. Zusammenhang

	Diagnose/ Empfehlungen	Mitteilungen an den überweisenden Arzt	Thematischer Schwerpunkt des Gesprächs	Integration des Bildes in den kommunikativen Prozess
40	Leberverfettung	deutliche Leberparenchymverdichtung im Sinne einer Fettleber, gering vergrößerte Pankreasstrukturen können auf die anamnestische Angabe einer chronischen Pankreatitis hinweisen, insgesamt ist Pankreas relativ unauffällig, übrige Organe regulär	Gespräch über Alkoholkonsum, „schleichender Selbstmord“	spielt keine Rolle
25	keine Ursache für Beschwerden erkennbar, evtl. Narbenbruch	mehrere bis 6 cm durchmessende Leberzysten, kleine Nierenzysten, Z.n. CHE, ansonsten unauffälliger Oberbauchstatus	Gespräch über bisherige Untersuchungen	wenig Beachtung

Die Betrachtung der einzelnen Aspekte in den vierzig Gesprächen zeigt ein insgesamt sehr heterogenes Kollektiv aus Untersuchungssituationen und sich daraus konstruierenden Realitäten.

Homogen hingegen erscheint bei allen Untersuchungen der Informationsfluss zwischen überweisendem Arzt und Untersucher. Wie Kirchner entdeckte, verläuft dieser Spezialdiskurs, zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken auf rein medizinischer Ebene geführt, problemlos. Konkrete Fragestellungen wie zum Beispiel die *Bitte um Beurteilung des Pankreas bei hochgradigem Verdacht auf Pankreas-Kopf-Ca* werden adäquat beantwortet. (hier: „kleine tumoröse Raumforderung in Höhe des Pankreas-Kopfes mit minimaler Erweiterung des Gallenweges und Lymphknoten-Vergrößerungen parapankreatisch und paracaval.“ vgl. Gespräch 18)

Dieses Ergebnis war zu erwarten, handelt es sich doch um einen Diskurs zwischen Experten, thematisch auf der Realität ihres Berufsalltags, der medizinischen Wirklichkeit wurzelnd.

Allerdings ergibt sich aus der Frage nach dem „ob“ oder „auf welchem Wege sich ebendiese medizinische Realität von Diagnose und Befund für den Patienten *verwirklicht*“ die Heterogenität der Gespräche. Die Grundlage für diesen Prozess bildet zunächst einmal der Wissensstand des Patienten bezüglich seines Zustandes. Mit Ausnahme von Gespräch 29, wo der Patient noch nicht über eine mögliche Peritonealkarzinose aufgeklärt ist, der überweisende Arzt aber den Untersucher von diesem Verdacht und von dem Nichtwissen des Patienten unterrichtet, sorgt die adäquate Aufklärung der Patienten in allen anderen Fällen für eine auf dem theoretisch gleichen Wissensstand von Arzt und Patient (bezüglich dessen Zustand) basierende Gesprächsgrundlage.

Im Folgenden wird versucht, die erwähnte Heterogenität der Gespräche hinsichtlich in der Tabelle festgehaltener Aspekte herauszuarbeiten. Auf diesem Wege sollen die Entstehung von Realitäten und der Charakter entstehender Wirklichkeiten dargestellt werden. Das Vorgehen orientiert sich an der zuvor erläuterten Einteilung der vierzig Gespräche in drei Gruppen.

### Gruppe A:

Patienten der Gruppe A, die zur Abklärung von Beschwerden kommen, äußern diese in der Regel von sich aus oder nach Anfrage des Untersuchers. Da es sich um Probleme handelt, die für den Patienten im alltäglichen Leben auftauchen und ihn darin behindern, haben sie bereits Eingang gefunden in dessen soziale und psychische Wirklichkeit. Viele Patienten versuchen im Rahmen einer Laienätiologie selbst eine Ursache zu finden, häufig teilen sie das Ergebnis ihrer Überlegungen dem Untersucher mit. In diese Gruppe gehören die Gespräche 1, 2, 5, 9, 15, 17, 20, 25 und 28.

Die Patientin in Untersuchung Nummer 2 schildert dem Arzt Verdauungsstörungen, Verstopfung und Blähungen; die Verärgerung über nicht mehr passende Hosen verbalisiert die Affektion des Alltagslebens dieser jungen Frau durch die Beschwerden. Von ihnen geht eine Störung der Normalität aus. Der Arzt reagiert auf die Beschreibung der Patientin und verschafft sich durch weitgreifende Fragen einen anamnestischen Hintergrund. Auf die Vermutung der Patientin, die Beschwerden seien auf schlechte Ernährung zurückzuführen, geht er allerdings nicht ein.

Anders in Gespräch 15: hier äußert die Patientin nach ausführlicher Schmerzschilderung den Verdacht, die Ursache liege im Duodenum. Der Untersucher erkundigt sich genauer, worauf sich der Verdacht der Patientin begründet und bestätigt diesen schließlich. Anhand dieses Gesprächs lässt sich ein weiterer für die Patienten dieser Gruppe charakteristischer Aspekt beleuchten. Zum einen führen die Beschwerden der Patientin, einer jungen Mutter zu einem Versorgungsproblem der Kinder – der Alltag einer Mutter kann nicht seinen gewohnten Gang nehmen. Zum anderen zweifelt sie an ihrer Glaubwürdigkeit für ihr soziales Umfeld; trotz vieler Untersuchungen wurde nämlich bis dato kein Korrelat für ihre Beschwerden gefunden. Sie ersehnt also einen klärenden Befund. Die Medizin als Wissenschaft, als professionelles System soll die quälende Unsicherheit beseitigen.

Zum Verhalten dieser Frau absolut konträr erscheint das Verhalten des Patienten in Gespräch 17. Der 17jährige mit dem Untersucher sehr gut bekannte Patient äußert keine Beschwerden. Auch auf Anfrage hin thematisiert er nur knapp und widerwillig die Indikation für den Arztbesuch, nämlich unklares Fieber, und Dyspnoe. Er geht jedoch auf die vom Untersucher stattdessen



eingeleitete eher private, ungezwungene Konversation über Schule, Umzug etc. ein, nimmt sozusagen „das Angebot“ an, sich von der Wirklichkeit der Untersuchungssituation zu entfernen.

Besondere Bedeutung erlangt bei dieser Gruppe von Untersuchungen das Bild selbst. Die Patienten, die eine Ursache für Beschwerden suchen, nutzen die Möglichkeit, das Korrelat des Übels auf dem Monitor zu sehen und unter Anleitung des Untersuchers zu erkennen. Hier dient das Bild also der Entdeckung und Erfassung des bisher Unsichtbaren / Unbekannten, das die Beschwerden verursacht. Die Patienten bitten wie in Gespräch 9 offen um die Beschreibung der Bilder, stellen Fragen und diskutieren mit dem Untersucher, der in diesen Beispielen eine genaue, adäquate Erklärung der untersuchten Organe sowie des Befundes – auch auf dem Monitor – liefert. Lediglich die Patienten in den Gesprächen 25 und 28 bilden in dieser Gruppe eine Ausnahme und schenken dem Bild wenig Beachtung.

Sowohl in Gespräch 1 als auch in Gespräch 5 geht es um die Abklärung von Stuhlunregelmäßigkeiten und unklaren Bauchschmerzen. Es sind insofern Parallelen zu erkennen, als dass in keinem Fall ein pathologisches Korrelat für die Beschwerden, stattdessen aber eine Zyste in der Niere gefunden wird, die auch in beiden Fällen in ihrer Harmlosigkeit erklärt wird. Während in Gespräch 5 für die Erklärung das Bild eine erhebliche Rolle spielt, rücken in Gespräch 1 theoretisch-sachliche Erklärungen in den Vordergrund. Auf unterschiedlichem Wege wird bei ähnlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen das Ergebnis einer adäquaten Information des Patienten erreicht.

Untersuchung 20, die der Abklärung unklaren Fiebers mit Verdacht auf einen Harnwegsinfekt dient, ähnelt prinzipiell Gespräch 5 hinsichtlich der Erklärung anhand des Bildes. Auch in diesem Fall offenbart sich ein Zufallsbefund – hier ein ebenfalls harmloses Leberhämangiom – über den die Patientin ausreichend aufgeklärt wird. Ein Korrelat für die Beschwerden wird nicht entdeckt, wobei die junge Patientin allerdings weder besorgt noch erheblich belästigt durch die Beschwerden – das Fieber – schien.

### Gruppe B:

Der Großteil der Gespräche lässt sich Gruppe B zuordnen. Innerhalb dieses Kollektivs ist eine weitere Differenzierung nötig. Einige Gespräche gehören gleichzeitig zwei Untergruppen an, z.B. Gespräch 11 (B2/B5), da sie Kriterien für beide Teilgruppen erfüllen.

### B1:

Bei B1 handelt es sich um Patienten, die sich zur Tumor-Nachsorge vorstellen. Als Beispiele sind die Gespräche 3, 12, 16, 27 und 32 zu nennen.

Zunächst einmal bedarf die Besonderheit einer solchen Nachsorge-Untersuchung einer genauen Betrachtung:

Die Patienten sind in der Regel in der Methode erfahren und zum Teil auch dem Untersucher aus etlichen Voruntersuchungen bekannt. Nachsorge-Untersuchungen sind immer von der Angst vor einem Rezidiv überschattet.

Verbalisierung erfährt diese Tatsache in Gespräch 27. Durch diesen jährlichen Termin werden die Patienten an die überstandene Erkrankung erinnert. Der Tumor rückt wieder direkt ins Bewusstsein, aus dem er im alltäglichen Leben der Geheilten möglichst verdrängt wird. Mit dieser Situation gehen die Patienten sehr unterschiedlich um.

In Gespräch 3 findet zum Beispiel eine ruhige gelassene Unterhaltung zwischen Arzt und Patient über private Themen statt, wobei jedoch zwischendurch der Wechsel hin zum medizinischen Fachgespräch erfolgt. Der Patient erkundigt sich gezielt nach den relevanten, bezüglich einer Metastasierung gefährdeten Organen und erhält detaillierte Antwort vom Untersucher, der sich hierbei auch der Verdeutlichung von Information durch Beschreibung des sichtbaren Befundes auf dem Monitor bedient.

Die erwähnte verborgene Angst der Patienten, die im Rahmen einer Nachsorge plötzlich wieder aus der Verdrängung und dem Versuch zu vergessen in die Realität tritt, taucht in Gespräch 32 auf. Als die Ärztin die – im Anschluss als harmlos erklärte – Struktur des Angiomyolipoms in der Niere der Patientin erwähnt, beugt sich diese zunächst geschockt vor, um auf dem Monitor diese Bedrohung zu erkennen. Sie scheint sich selbst ein Bild machen zu wollen. Die Erklärung der Oberärztin anhand der Struktur auf dem Monitor erlöst die Patientin aus diesem plötzlichen Aufwallen der Angst.

Diese heftige Reaktion scheint die zuvor aufgestellte Hypothese über den Umgang nach einer Tumorerkrankung geheilter Patienten mit der Angst vor Rezidiven zu bestätigen. Das zunächst lockere Gespräch über private Themen wie Herkunft der Patientin und die Rolle von Frauen in ihrer Heimatkultur, fernab von medizinischer Realität, schlägt innerhalb eines Augenblickes zu der ernststen Konfrontation mit der Gefahr einer Neuerkrankung um. Die harte Wirklichkeit der Tumorerkrankung kehrt schlagartig in das Bewusstsein der Patientin zurück, übernimmt sofort die bestimmende Rolle im Gespräch. Nur langsam erholt sich die Patientin von diesem Schrecken, sie ist vorsichtiger und führt nicht mehr die so ungezwungene Konversation, die den Beginn des Gesprächs auszeichnete. Erst zum Ende der Untersuchung hin, nachdem die Oberärztin betont hat, dass alles in Ordnung sei, entspannt sich die Situation wieder vollständig.

#### B2:

Ein weiteres Beispiel für den Umgang einer Patientin mit der Angst vor einer Tumorerkrankung bietet Gespräch 18, das der Gruppe B2 zuzuordnen ist, die alle Untersuchungen zusammenfasst, in denen es um die Bestätigung von Verdachtsdiagnosen geht. (außerdem Gespräche 11, 12, 21, 39, 40)

Im genannten Beispiel (18) soll der hochgradige Tumorverdacht, über den die Patientin vollständig aufgeklärt ist, endgültige Bestätigung finden. Das Gespräch führt nahezu ausschließlich die Patientin, die in einem wahren Redeschwall über ihre bisherige Leidensgeschichte berichtet, dabei jedoch offensichtlich immer wieder versucht, Schmerzen, die wahrscheinlich mit dem vermuteten Pankreas-Kopf-Karzinom zusammenhängen, auf Ischias-Beschwerden zurückzuführen. Der Arzt geht zwar auf Fragen ein oder kommentiert Bemerkungen der Patientin, überlässt ihr aber ansonsten die Chance, der Angst vor der Wahrheit, die ihr durchaus bewusst ist, auf die von ihr gewünschte Art und Weise zu begegnen. Hierbei handelt es sich um einen Coping-Mechanismus, der im Bereich der Verdrängung durch aktive Kommunikationsführung anzusiedeln ist. Das Bild spielt hier keine Rolle.

### B3:

Eine weitere Untergruppe (B3) bilden die Patienten, die zu präoperativer Routine-Untersuchung oder postoperativer Kontrolle erscheinen. (Gespräche 4, 19, 22, 23, 24, 31, 33, 36 und 38) Anhand ausgewählter Beispiele werden stellvertretend die Charakteristika dieser Untergruppe dargestellt:

Diese Patienten wissen über ihr Krankheitsbild in der Regel sehr detailliert Bescheid. Der Untersucher nutzt die Chance, mögliche Sorgen oder Angst der Patienten auszuräumen (Gespräch 24), aber zugleich der Notwendigkeit des Eingriffs verbal wie auch auf dem Monitor bildlich Nachdruck zu verleihen. Auf diesem Weg können die Patienten den Ursprung der Beschwerden, zum Beispiel Gallensteine, als ein deutlich Sichtbares, jedoch leicht zu entfernendes Korrelat des Übels erkennen (Gespräch 22).

Interessant ist hier auch der Vergleich von Gespräch 22 mit Gespräch 38. Es handelt sich hier um die prä- und die postoperative Untersuchung desselben Patienten, der die durchaus quälenden Schmerzen nach dem Eingriff eventuell aufgrund des Eindrucks aus der Voruntersuchung nicht erwartet zu haben scheint.

Ein ähnliches Verhalten zeigt der Patient in Gespräch 4.

In beiden Fällen schafft es der Untersucher jedoch, den Patienten zu beruhigen und den Umgang des Operierten mit dem Resultat des jeweiligen Eingriffs zu beeinflussen, um diesem die Rückkehr zu einem „normalen alltäglichen Leben“ zu erleichtern.

So erklärt er zum Beispiel in Gespräch 4 die veränderte aber funktionierende Anatomie eines Abdomens nach der Entnahme der vergrößerten Milz, nachdem der Patient die Sorge um eine entstandene „Lücke“ geäußert hatte.

### B4:

Abschließend ist noch der Anteil der Untersuchungssituationen zu nennen, bei denen es um die Abklärung des aktuellen Zustands von Patienten mit bekannter Grunderkrankung geht. (Gespräche 4, 6, 10, 13, 26, 29, 34, 35, 38)

Ein Beispiel stellt Gespräch 10 dar, die Verlaufskontrolle eines Morbus Crohn, bei der sich der junge, über sein Krankheitsbild exzellent informierte Patient aus

der Untersuchung die ärztliche Bestätigung für die subjektive Besserung seines Befindens erhofft. Tatsächlich gehen sonographisch-fachliche Gesichtspunkte bezüglich seiner Darm-Morphologie mit der von ihm empfundenen Veränderung einher. In diesem Fall versucht der Patient allerdings nicht, sich selbst auf dem Monitor ein „Bild“ zu machen, sondern sucht Antwort auf seine Fragen im Gespräch mit dem Arzt, aber auch in dessen Mimik.

#### B5:

Bei den Patienten mit bekannter Alkohol-Krankheit (B5) besteht die Indikation für die Untersuchung darin, den Zustand von Leber und Bauchspeicheldrüse zu beurteilen. (Gespräche 11, 21, 30, 37 und 40)

Während in Gespräch 30 aufgrund der schlechten Deutsch-Kenntnisse der Patientin wenig Diskussion stattfindet, zeichnen sich die Gespräche 37 und 40 dadurch aus, dass der Arzt über das Bild, über den „visuellen Beweis“ des Leberschadens im Sinne einer Verfettung versucht, Einfluss auf die Patienten zu nehmen, die durch die ungünstige Lebensführung verursachte Erkrankung sichtbar und manifest zu machen.

In beiden Beispielen reagieren die Patienten recht interessiert und scheinen das Anliegen des Mediziners auf der Untersuchenseite durchaus aufzunehmen.

#### Gruppe C:

Die starke Integration des Bildes in die Untersuchung lässt sich auch bei den drei Gesprächen der Gruppe C feststellen (Gespräch 7, 8 und 14), die im Rahmen des Check-up stattfinden. Da die Patienten weder Beschwerden haben, noch die Angst vor einem zu bestätigenden Befund bei Verdacht auf eine schwere Erkrankung auf der Situation lastet, herrscht eine lockere und ungezwungene Atmosphäre.

Während sich die Patientin in Gespräch 7 ausführlich den Ablauf der Untersuchung, die anatomischen Strukturen und das Vorgehen des Arztes anhand des Bildes auf dem Monitor beschreiben lässt, findet in den Gesprächen 8 und 14 parallel zur Untersuchung lockere Kommunikation statt. Thematisiert werden die Berufe der jeweiligen Patienten und der Arztberuf, außerdem die Technik, Möglichkeiten und Grenzen der Methode des

Ultraschalls. Passager kehren die Gesprächspartner – meist auf die Initiative des Untersuchers hin – auf den aktuellen Befund zurück.

Eine besonders interessante Situation ergibt sich in Gespräch 8, als der Untersucher die sichtbare Leberverfettung in Zusammenhang mit Alkoholkonsum stellt, woraufhin ein Konflikt mit dem sich als „Alkoholiker“ beleidigt fühlenden Patienten entsteht, den der Arzt jedoch durch geschickte Erklärung zu beseitigen vermag. Hierzu nutzt er auch – zusätzlich zum verbalen Medium – das Vorhandensein eines weiteren, nämlich des visuellen Mediums in Gestalt des Ultraschallbildes. Er zeigt dem Patienten auf dem Monitor den Anlass für seine Vermutung – die Struktur der verfetteten Leber also – und kann somit dem Patienten ein sichtbares Korrelat präsentieren, ohne dabei den Konflikt durch Diskussion vertiefen zu müssen. Der Patient nimmt den Befund also persönlich wahr und hat nun die Möglichkeit, die Ursache für den offensichtlichen Schaden selbst zu finden.

Anhand dieser Vielfalt an Situationen und in ihnen agierenden unterschiedlichen Charakteren lässt sich verdeutlichen, dass die Konfrontation unterschiedlicher Patienten – in der Regel Laien auf dem Gebiet der Medizin – mit der medizinisch-wissenschaftlichen Wirklichkeit ein heterogenes Muster an Verhaltensweisen zutage bringt.

Die Heterogenität der drei verschiedenen Kollektive A, B und C lässt sich anhand des Modells der unterschiedlichen Auslegungen des Krankheitsbegriffs verdeutlichen:

1. Das pathologische Korrelat einer Erkrankung ohne Empfindung eines Krankheitsgefühls.
  - a) Check-up-Untersuchungen (Gruppe C) dienen dem Ausschluss des Vorliegens dieses Phänomens. Sie sollen verhindern, dass bei bestimmten Risikogruppen sowie vor allem im höheren Alter feinste pathologische Veränderungen, die unbemerkt bleiben und nicht mit einem Krankheitsgefühl einhergehen, übersehen werden, dienen demnach der Früherkennung.

- b) In diesem Zusammenhang sind auch die Patienten des Kollektivs B zu erwähnen. Für Nachsorge-Patienten (B1) gilt ähnliches wie für die Check-up-Untersuchungen, den Unterschied macht das höhere Risiko aufgrund der Vorerkrankung aus.
  - c) Gleichermäßen dient die Untersuchung bei Patienten der Gruppe B5, bekanntem Alkoholabusus, dem Erkennen pathologischer Veränderungen, für deren Vorliegen das Risiko erhöht ist.
2. Der subjektive Krankheitsbegriff beschreibt das Krankheitsgefühl, das Wahrnehmen von Beschwerden, sowie eine Beeinträchtigung durch ebendiese. Diese Definition gilt für Kollektiv A, das Patienten vereint, die sich sozusagen „krank fühlen“.
  3. Beide Phänomene, sowohl ein pathologisches Korrelat als auch das subjektive Krankheitsgefühl finden sich zumeist bei:
    - a) Patienten der Gruppe B2, die zur Bestätigung eines Krankheitsverdachts untersucht werden;
    - b) bei Patienten die zur präoperativen Untersuchung kommen (B3),
    - c) sowie bei Patienten, die mit der Indikation zur Zustandsabklärung bei bekannter Grunderkrankung erscheinen (B4).
  4. Die postoperative Kontrolle soll klären, ob sowohl pathologisches Korrelat als auch Korrelat der Beschwerden erfolgreich entfernt werden konnten.

Die dritte Auslegung des Krankheitsbegriffs behandelt den Aspekt der Krankschreibung, die Zuschreibung einer Krankheit. Sie hat im Kontext dieser klinischen Studie keine Bedeutung und tritt dagegen bei alltäglichen Untersuchungen in der Allgemeinmedizinischen Praxis vermehrt in den Vordergrund.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Krankheitsbegriffe sowie deren Bedeutung für die einzelnen Patientengruppen lassen sich die bereits geschilderten unterschiedlichen Verhaltensmuster der Patienten besser

erklären, besonders die Integration des Geschehens in die Realität der Untersuchten sowie Formen, die diesem Ziele dienen (siehe unten), werden verständlich.

Bei Patienten, deren Ausgangssituation beziehungsweise die Indikation für die Untersuchung vergleichbar ist, lassen sich Parallelen erkennen.

Eine Integration der medizinischen Realität in die soziale und psychische Wirklichkeit der Untersuchten scheint in der Mehrzahl der Gespräche zu gelingen.

Die auf diesem Wege verwendeten Verfahren reichen von – der Untersuchung vorausgehendem – Nachdenken der Patienten über ihre Beschwerden und deren Ursache sowie über die eigene Situation insgesamt (Laienätiologie, Beeinflussung des Alltags durch die Beschwerden) über detaillierte Bitte um Erklärung der Untersuchung und möglicher Befunde bis hin zu einer Integration des Befundes in nicht-fachliche Konversation.

Das jeweilige Verhalten des Untersuchers prägt den Ablauf der Gespräche entscheidend, da dessen Erklärungen und vor allem auch Beschreibung von Strukturen auf dem Monitor, die in vielen Fällen eine beachtliche Rolle einnehmen, dem Patienten diese Verknüpfung erleichtern können.

Bei der Betrachtung der analysierten Sequenz *Beschwerden, Fragen, Anliegen der Patienten* im Vergleich zu derjenigen der *Klärung der Patientenanliegen, Anliegen des Arztes* bezüglich des Aspekts der komplementären Struktur lassen sich Differenzen erkennen.

Diese abstrakte Betrachtung der Gespräche, der kurze Vergleich dieser zwei ausgewählten Sequenzen ist natürlich nicht maßgebend für eine absolute Bewertung des einzelnen Gesprächs, da individuelle Gesprächsinhalte und unterschiedliche Gesprächsgestaltung (vgl. Kapitel 6.7) sowie situative Faktoren auf den Charakter des Einzelgesprächs entscheidenden Einfluss nehmen, deren Zusammenhang bei diesem Vergleich nicht ausreichend Berücksichtigung findet. Während eine Analyse der Gespräche hinsichtlich ihres Gesamteffekts – der Integration der medizinischen Realität in die jeweilige psychische und soziale Wirklichkeit des jeweiligen Patienten – im Rahmen dieses Kapitels bereits erfolgte, möchte dieser Vergleich folgende Fragestellung aufnehmen: Inwiefern erfahren die Zugehörigkeit der Patienten zu bestimmten



Kollektiven und das Vorhandensein unterschiedlicher Krankheitsbegriffe eine Umsetzung im Dialog, bzw. wie beeinflussen die genannten Phänomene die Kommunikation?

Der Vergleich liefert folgendes Bild:

In vielen Gesprächen folgt auf jede Äußerung bzw. Frage des Patienten eine Reaktion des Untersuchers, umgekehrt gilt dasselbe. Dieser Sachverhalt trifft zu für die Gespräche 1, 2, 9 und 15 (Kollektiv A), die Gespräche 3, 11, 27 (B1), Gespräch 24 (B3), die Gespräche 4, 34, 35 und 38 (B4), Gespräch 30 (B5) und die Gespräche 7 und 8 (Kollektiv C).

Abweichungen in einzelnen, allerdings belanglosen Aspekten bei komplementärer Interaktion in allen wesentlichen Anliegen finden sich in den Gesprächen 5 und 26 (Kollektiv A), 12 und 32 (B1), in den Gesprächen 22, 23 und 33 (B3) und in Gespräch 14 (C). Thematisch handelt es sich bei dem ausgelassenen Aspekt zum Beispiel um Äußerungen des Patienten bezüglich bestimmter Zusammenhänge, die für den Arzt offensichtlich sind und keines Kommentars bedürfen (Gespräch 22: Gallensteinerkrankung ↔ Beschwerden nach dem Essen).

In einigen Fällen erklärt der Arzt mehr als der Patient explizit erfragt, spricht medizinisch durchaus relevante Themen an, auf die der Patient nicht reagiert. Bezüglich der wichtigen indikationsbezogenen Befunde liegt allerdings gleichermaßen zusammenhängende und komplementäre Interaktion vor. Diesen Charakter weisen die Gespräche 17, 20 und 40 (A), Gespräch 16 (B1), 18 und 21 (B2), die Gespräche 19, 31 und 36 (B3), 6 und 10 (B4) auf.

Es gibt einige Beispiele, die sich dadurch auszeichnen, dass der Arzt nicht auf alle vom Patienten angesprochenen für diesen teilweise bedeutende Aspekte reagiert, sozusagen selektiv auf ihm wichtig erscheinende Fragen antwortet. Dies gilt für Gespräch 18 und 21 (B1, hier wechselseitige Ignoranz einzelner Aspekte) und 39 (B2) sowie Gespräch 6 (B4). Sowohl die Patientin in Gespräch 18 als auch der Patient in Gespräch 39 bringen immer wieder neue Ideen hinsichtlich einer Laienätiologie ein. Der Untersucher beschränkt sich darauf, nur einige Ansätze zu kommentieren.

Insgesamt besteht jedoch in allen bisher genannten Gesprächen eine komplementäre Struktur bezüglich der für den endgültigen Befund schließlich relevanten Einzelaspekte.

Ausnahmen bilden die Gespräche 13, 25, 28, 29 und 37:

In Gespräch 13 (B4) verbieten die doch erheblichen Sprachbarrieren eine lückenlose komplementäre Interaktion. Der Untersucher schafft es allerdings, wesentliche Aspekte verständlich zu machen und die ängstliche Patientin zu beruhigen.

Gespräch 28 (B1) beginnt mit einer relativ unstrukturierten Phase wechselseitiger Fragen, entwickelt sich aber zum Ende hin zu einer gewissen Kohärenz.

Der Patient in Gespräch 29 (B4) ist nicht komplett über seine ungünstige Diagnose aufgeklärt, er selbst stellt keine Fragen und auch der Untersucher scheint sehr zurückhaltend bei der Vermittlung von Informationen.

Die Patienten in den Gesprächen 25 und 37 (B5) gehen selten auf Initiativen des Arztes ein und verhalten sich sehr passiv, es findet kaum Kommunikation statt.

Zur Diskussion steht die Hypothese, dass die Fälle, die sich durch Vorhandensein eines objektiven Korrelats einer Erkrankung ohne entsprechende subjektive Beschwerden (objektiver Krankheitsbegriff, Gruppe B1, B5, C) oder die Empfindung spezifischer Beschwerden ohne pathologisches Korrelat (subjektiver Krankheitsbegriff, Gruppe A) auszeichnen, benachteiligt sind für die Gestaltung eines bezüglich der Einzelaspekte komplementären Gesprächs im Vergleich mit den Fällen, die eine Kombination aus subjektivem und objektivem Krankheitsbegriff darstellen (B2, B3, B4, Finden eines Korrelats für A).

Wider Erwarten zeigen sich keine Unterschied in der Dialoggestaltung zwischen den einzelnen Gesprächen, die auf eine derartige Abhängigkeit von der Zugehörigkeit der Patienten zu bestimmten Kollektiven hinweisen.

Zahlreiche Beispiele aus Kollektiv A, bei denen auch im Verlauf der Untersuchung kein pathologisches Korrelat für die Beschwerden gefunden wird, haben eine eindeutig komplementäre Struktur (Gespräche 1, 2, 9). Entsprechendes gilt für die Untersuchung der Check-up-Patienten aus Kollektiv C sowie für einige Tumor-Nachsorge-Untersuchungen (Gespräch 3).

Die Gespräche 18 und 21 dagegen, die dem Kollektiv B2 zuzuordnen sind (Beschwerden und pathologisches Korrelat), erscheinen wenig komplementär, dasselbe gilt für Gespräch 29 (B4). In diesen Fällen handelt es sich zum einen um besonders ungünstige Diagnosen / Prognosen (18, 29), die bestimmte Verhaltensmuster bedingen, zum anderen um eine Unsicherheit von Seiten des Untersuchers (21).

Die Gespräche 25 und 37 (B5, Alkoholabusus) sind charakterisiert durch die Passivität der Patienten.

Allerdings zeichnen sich die Untersuchungen durch besonders gelungene, komplementäre und kohärente Interaktion aus, in denen ein Korrelat für unklare Beschwerden gefunden wird (Gespräch 15), somit der subjektive Begriff eine Objektivierung erfährt.

Dieses Ergebnis bestätigt die bereits erwähnte Notwendigkeit der Berücksichtigung des multifaktoriellen Zusammenhangs bei der Analyse der Gespräche, deren Sequenzen im einzelnen, jede für sich betrachtet, keine absolute Aussage hinsichtlich des Charakters der Untersuchung zulassen, allerdings verschiedene Ansätze für spezifische Reflexion bieten.

Die Frage, inwiefern die Übersetzung der Bilder durch den Untersucher für den Untersuchten relevant wird, wie diese Übersetzung geschieht und welche Vorgänge eine Rolle spielen, wird in Kapitel 6 der genauen Betrachtung unterzogen.

## 6. Das Bild im Blickpunkt – eine vom Arzt produzierte Grundlage für Kommunikation, Erkenntnis und Ausbildung

Den weit verbreiteten kulturkritischen Thesen von Geisler entsprechend, gelten in der modernen Medizin folgende Aspekte: Technik ersetze, behindere und verhindere den Dialog zwischen Arzt und Patient. Auf direktem Wege nehme der Einsatz von Technik den Raum für die Entwicklung einer Arzt-Patient-Beziehung ein; indirekt erzeuge Technik Stress, dieser Stress verhindere die Ausgestaltung dieser Beziehung.

Es gibt viele Definitionen für den Begriff der Kommunikation, die, jede für sich, versuchen, diesem im heutigen Sprachgebrauch häufig anzutreffenden und vielerorts diskutierten Phänomen gerecht zu werden.

Folgende Variante zeichnet sich durch Präzision und die Erwähnung der wesentlichen Merkmale der Kommunikation – als prozessartiges Geschehen betrachtet – aus:

„Kommunikation wird der Prozess genannt, bei dem Personen oder andere Systeme zum Zwecke der Verständigung Nachrichten oder Informationen übermitteln und verarbeiten.“ Diese Prozesse sind dadurch charakterisiert, dass sie „einen Sender, einen Empfänger, einen Kommunikationsmodus oder -kanal (zum Beispiel Sprache), eine inhaltliche bestimmbare Botschaft oder Nachricht und eine auf Empfang erfolgende Verhaltensänderung oder allgemein einen Effekt gleich welcher Art [...] aufweisen.“ (Driever / Fröhlich, 1991)

Kommunikation meint die „Wechselbeziehungen zwischen Organismen“ (Elias, Schneider, 1999) wobei ‚Organismen‘ sowohl Lebewesen als auch den Zusammenschluss von Individuen zu gesellschaftlichen Systemen, Kulturen, Nationen umfasst. Auch elektronische Medien werden in diesem Kontext den ‚Organismen‘ zugeordnet.

Mehr denn je wird über Kommunikation, also die ‚Art, miteinander zu sprechen‘ diskutiert; es erfolgen Analysen von Alltagskommunikation, in Schul- und

Berufsfeld wird der Erwerb von Kommunikationsfähigkeit als Basis für zwischenmenschlichen Kontakt und Kooperation angestrebt.

Natürlich beeinflusst diese Entwicklung auch die Medizin nachhaltig. Vor allem die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als zentrales und zugleich außerordentlich problematisches Moment medizinischer Kommunikation wird thematisiert.

Weitere Schwerpunkte der Diskussion stellen die Fachkommunikation zwischen Kollegen sowie der Bereich der medizinischen Ausbildung dar.

Linus Geisler greift in einem Artikel für das *Deutsche Ärzteblatt* das Schlagwort von der ‚sprechenden Medizin‘ auf, betrachtet allerdings die Umsetzung dieses viel zitierten Phänomens mit kritischem Blick:

„Kommunikationsstörungen und -defizite sind eines der Kernprobleme der heutigen Medizin.“ (vgl. Geisler, 1988)

Viele Beispiele aus dem medizinischen Alltag belegen diese These, des Weiteren bestärken Ergebnisse zahlreicher Studien die Relevanz genannter Problematik. Hervorzuheben ist die Visitenforschung und in diesem Zusammenhang die Betitelung der Visite als „verhinderter Dialog“ durch Thomas Bliesener, einen der führenden Forscher auf diesem Gebiet. (Bliesener,1980)

Geisler hat das Thema ‚Arztrolle‘ und ‚Arzt-Patient-Beziehung‘ unter zwei zentralen Gesichtspunkten aufgegriffen.

1. Thema „sprechende Medizin“ oder verbale Kommunikation in der Medizin unter dem Gesichtspunkt ‚Defizit‘
2. Thema „Bildgebende Verfahren in der Medizin“ unter dem Gesichtspunkt „Bilderflut“ und Stressbelastung für den praktizierenden Arzt mit Konsequenzen für 1.

Er hat Technik unter dem Gesichtspunkt der Kommunikationsbarriere hervorgehoben:

Als besonders schwierig erweist sich auch die Begegnung von Arzt und Patient innerhalb der Intensivmedizin. Eine Studie im Rahmen des *Wiener Modells* (Pauser etc., vgl. Geisler, 1988) führte zu dem Ergebnis, dass „die höchste

Stressbelastung auf der Intensivstation für den Kranken nicht aus den Apparaten resultiert, sondern aus dem Kommunikations- und Informationsmangel.“ (Geisler, 1988)

Technischer Fortschritt in der Medizin, Einsatz ständig neuer Methoden und vor allem auch moderner Apparate verschärfen stetig die Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient.

Für die Kommunikation zwischen Medizinerinnen scheint dieses Phänomen weniger relevant, da sie weniger erschwert wird, insofern als lediglich ihre Inhalte neu definiert werden. An dieser Umgestaltung hat ein jeder Mediziner als Inhaber von Fachwissen, im Sinne von Weiterentwicklung desselben, einen gewissen Anteil.

Es handele sich laut Geisler in der Arzt-Patient-Kommunikation insgesamt mehr um eine Polarisierung, eine Verschärfung der Unterschiede zwischen Laien- und Expertenstatus, also eine Zunahme des Wissensgradienten.

Welche Rolle spielen in diesem Kontext die bildgebenden Verfahren?

Angesichts der „Bilderflut“ in der Medizin (Geisler, 1993) drängt sich diese Frage auf.

Viola Kirchner diskutierte anhand dieser Fragestellung das „Ultraschallverfahren als ein für die gegenwärtige Medizin äußerst relevantes Kommunikationsmedium.“ (Kirchner, 1999) Als Ausgangspunkt einer kommunikationstheoretischen Diskussion wählte sie die Überlegungen von Langer zur Syntaktik, Semantik und Pragmatik der Ultraschalluntersuchung in seiner Arbeit *Ultraschall als Kommunikationsmedium*. (Langer, 1989) Der Autor beschreibt Ultraschall als ein „vernetztes System mit einer Vielzahl von Kommunikationswegen, die alle mehr oder weniger gleichzeitig ablaufen.“ (vgl. Kirchner, 1999; Langer, 1989) Er entwickelte ein Kommunikationsmodell, in dem Arzt, Patient und Ultraschallbild als Akteure dargestellt sind. Kirchner befasste sich mit der Weiterentwicklung dieses Modells.

In der vorliegenden Studie, die sich ebenfalls mit der Begegnung von Arzt und Patient im Rahmen einer Ultraschalluntersuchung befasst, soll im Folgenden eine spezifische Fokussierung auf das Bild als Grundlage der Kommunikation erfolgen. Eine außerdem durchgeführte Reflexion der Versprachlichung des

Bildes und sich aus dieser ‚Übersetzung‘ ergebende Konsequenzen bewirken eine Analyse des Bildes einerseits als Kommunikationsmodus, andererseits aber auch als Leitfaden oder gar als thematischer Schwerpunkt verbaler Kommunikation.

Die Ergebnisse dieser Betrachtungen werden abschließend bezüglich ihrer Perspektive, ihrer Möglichkeiten und ihres Nutzens im Sinne einer Minderung der Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient, vielleicht gar einer Entdeckung neuer Gelegenheiten der Verständigung diskutiert.

Bereits an diesem Punkt ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den in diesem Rahmen untersuchten Arzt-Patient-Interaktionen keinesfalls um ‚verhinderte Dialoge‘ handelt. Die Ergebnisse der Analyse der Untersuchungsgespräche zeichnen sich nicht durch das Aufzeigen von Kommunikationsdefiziten aus sondern vielmehr durch das Entstehen erstaunlicher ‚Symmetrie im Kontakt‘ (vgl. Kapitel 4.4) auf der Grundlage einer eigentlich per definitionem asymmetrischen Beziehung.

Die Technisierung, der Einsatz des Ultraschall, führt nicht zur Verschärfung der Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Akteuren, die Methode kann stattdessen eine weitere Gelegenheit zur Erleichterung der Kommunikation darstellen.

Ergänzend erfolgt anhand der Analyse der studentischen Wahrnehmung der Untersuchung die Betrachtung eines bestimmten Aspekts der Kommunikation zwischen Medizinern. Außerdem findet die Reflexion eines bestimmten Typs der Ausbildung statt.

## 6.1 Die Grundlage des Kommunikationsgeschehens / Kommunikationstheoretische Modelle

Die Kommunikation bedient sich unterschiedlicher Modi, auch Kanäle oder Codes genannt.

Zu erwähnen ist hier zunächst die *verbale Kommunikation*, die sich als Code der Sprache bedient. Der Erwerb von Sprachfähigkeit beginnt im Kleinkindalter mit dem Erlernen der Muttersprache. Der Wortschatz entwickelt sich weiter, es

differenziert sich schließlich das Sprachvermögen des Einzelnen. Das Erlernen dieser Fähigkeit spielt eine entscheidende Rolle für alle Lebensbereiche, da die verbale Kommunikation die Verständigung ungeheuer erleichtert und bereichert, Verständigung letztendlich die Basis für das Zusammenleben innerhalb einer sozialen Gemeinschaft darstellt. Das Gespräch stellt sich als „zentrales Element“ dar, die „Bereitschaft und Befähigung zur Kommunikation“ sind „notwendig für erfolgreiche Verständigung“. (vgl. Siegrist, 2003)

Rhetorik, die Kunst der Rede, dient als Mittel, über die Sprache Einfluss und Macht zu gewinnen. Beispielhaft sei hier nur auf die Bereiche der Politik und der Werbung hingewiesen. Sie darf aber nicht als ausschließlich manipulierend verstanden werden. Andererseits umfasst sie nämlich das Vermögen von Sprache, Botschaften, aber auch Gefühle und Stimmungen – somit gleichermaßen Ungesagtes – zu formulieren und zu verstehen. Ihre besondere Wirkkraft lässt sich am Beispiel des ‚Small-talk‘ als Phänomen zur Auflockerung von Kommunikation erkennen.

Von der verbalen sind die *para- und die non-verbale Kommunikation* abzugrenzen, Bereiche, die letztendlich zwei unterschiedliche Aspekte der Körpersprache ausmachen. Bei dieser Art der Sprache handelt es sich um das historisch bedeutsamere, weil stammesgeschichtlich ältere Kommunikationsmittel, das sich in einen paraverbalen Anteil – den Klang der Stimme – und einen non-verbalen Anteil – die Mimik und Gestik – untergliedern lässt.

„Während der verbale Anteil vor allem den thematischen Inhalt des Gesagten transportiert, vermitteln para- und non-verbaler Kanal wichtige Hintergrundinformationen [...]“. (Elias / Schneider, 1999)

Sie vermitteln zum Beispiel, wie der Inhalt des Gesagten zu verstehen ist, bieten zusätzliche Signale. Auf diesem Wege wird der gefühlsmäßige Anteil der Kommunikation ausgedrückt; dieser Vorgang läuft in der Regel unbewusst und unkontrolliert ab. Entsprechend der Volksweisheit ‚der Körper lügt nicht‘ handelt es sich hierbei um die ehrliche Reaktion.

Diese Betrachtungsweise erweist sich allerdings als ideologisch, da sich die Sachverhalte hinsichtlich der unterschiedlichen Arten der Kommunikation in der



Realität nicht so klar trennen lassen, vielmehr sind sie gemeinsam an der Konstruktion und am Ablauf kommunikativer Prozesse beteiligt; die Übergänge sind fließend. Vor dem Hintergrund der Medizin, losgelöst von reiner Sprachtheorie, muss auch das Phänomen der ‚authentischen Körpersprache‘ in Frage gestellt werden: Anhand des Beispiels von ‚ausstrahlendem oder projiziertem Schmerz‘ zeigt sich, dass auch der Körper in der Lage ist, Täuschungen vorzunehmen. Im Zusammenhang mit Kommunikation allerdings ist festzuhalten, dass, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die Reaktionen des Körpers eine ehrlichere Antwort bieten als gesprochene Worte.

Übertragen auf die Ultraschalluntersuchung erhält diese Einteilung folgende Bedeutung:

Die primäre Informationsvermittlung zwischen Untersucher und Patient erfolgt auf dem Weg der verbalen Kommunikation. Beide Gesprächspartner treten wechselseitig als Sender und Empfänger auf.

Parallel hierzu findet natürlich auch para- und non-verbaler Austausch statt. Berücksichtigt man die zuvor erläuterte Tatsache, dass die Körpersprache nicht manipulierbar wie der verbale Anteil ist – ausgenommen die zuvor erwähnte Wahrnehmungstäuschung hinsichtlich des Schmerzes – verdeutlicht sich ihre Signifikanz. Der Patient sucht Antwort in der Mimik und Gestik des Arztes, sowie in der Art, wie dieser sachliche Informationen vermittelt, welchen Klang und welche Betonung dieser einzelnen Sequenzen oder gar Worten beimisst.

Verstärkung erfährt dieser Aspekt zum einen durch die Tatsache, dass die über Sprache vermittelte medizinische Information den Patienten häufig überfordert, anstatt ihm suffizient Erklärung zu bieten (zu dieser Thematik mehr in Kapitel 6.3 und 6.4), der Patient also instinktiv auf die Ebene der Körpersprache zurückgreift.

Zum anderen resultiert die besondere Relevanz jener Wechselwirkung von verbalem und non-verbalem Kanal aus der „real-time“ Dimension der Ultraschalluntersuchung. „Für den Arzt besteht [...] [weder die, Einschub der Verfasserin] Möglichkeit, sich die Wortwahl für das Gespräch mit [dem Patienten /, Einschub der Verfasserin] der Patientin zurechtzulegen, [...].“ (Langer, 1989), noch ist er in der Lage, seine direkte ehrliche Reaktion auf das Ergebnis, die sich in seiner Körpersprache niederschlägt, wirklich vollständig zu

verbergen, geschweige denn sein Verhalten – wie auch immer – zu planen. Zudem konzentriert sich der Patient gerade in dieser Phase genauestens auf jedes Wort des Untersuchers, vor allem aber auf jede Veränderung in dessen Gestik und Mimik, um eben diese nicht manipulierbare ehrliche Reaktion zu erfassen.

Es reicht jedoch nicht aus, lediglich Arzt und Patient als Akteure der Kommunikation zu betrachten, spielt doch als dritter Akteur das Ultraschallbild selbst eine entscheidende Rolle. (vgl. hierzu das Kommunikationsmodell nach Langer, 1989 und dessen Weiterentwicklung durch Kirchner, 1999)

Hervorzuheben ist allerdings, dass das Bild als Akteur – in seiner Entstehung – primär abhängig ist von der Konstruktion durch den Arzt und von seiner Position im Raum. Der Untersucher nimmt im Geschehen eine Schlüsselfunktion ein, fungiert gleichzeitig als Erzeuger des für die Diagnostik ausschlaggebenden Bildes und als analysierende, bewertende Instanz.

Außerdem ist das Bild insofern kein richtiger Akteur, als es nicht selbst spricht, wie es Arzt oder Patient tun. Was das Bild im übertragenen Sinne ‚sagt‘, ist gleichzusetzen mit dem Denken und Wissen des Betrachters. (vgl. Watzlawick, 1974, 1. Axiom und dessen Beurteilung; s. unten)

Das Bild vermittelt über einen nicht-verbale Kanal Informationen. Nach Langer diene es dem Arzt als Quelle von Sachinformationen, während es dem Patienten lediglich emotionale Information liefert.

Ist diese strikte Trennung des Informationsgehalts zulässig? Auch Kirchner stellt diese Einteilung in Frage und erörtert kritisch den Informationsgehalt des Bildes für den Patienten (vgl. Kirchner, 1999 Kapitel 7.1), verzichtet aber im Folgenden auf die genauere Beleuchtung der Bildeindrücke von Arzt und Patient. Dieser Aspekt soll im Rahmen der vorliegenden Studie in Kapitel 6.2 weiterverfolgt werden.

Des Weiteren werden die Bildeindrücke des Studenten – bezüglich des Wissensstands angesiedelt zwischen dem Experten und dem Laien – erläutert und mit denen von Arzt und Patient verglichen. (vgl. Kapitel 6.8)

Zunächst aber ist noch einmal hervorzuheben, dass es sich bei dem Bild um ein visuelles, non-verbales Kommunikationsmedium handelt. Wie bereits erwähnt,

erfolgt die Reaktion auf visuelle Reize über das stammesgeschichtlich ältere Verhaltensmuster, das sich durch unkontrollierte Reflexe und unbewusste Instinkte auszeichnet. Welche Bedeutung hat dieser Aspekt für die Bewertung der Position des Bildes im Kommunikationsgeschehen?

Die Rolle des Bildes als Medium der Ultraschalluntersuchung bedarf einer genauen Betrachtung:

Der Kommunikationsforscher Paul Watzlawick stellte zur Analyse des Kommunikationsgeschehens fünf Axiome, die Grundsätze der *Kommunikation*, zusammen. (Watzlawick, 1974)

Im Folgenden dienen diese Axiome der systematischen Charakterisierung des Ultraschallbildes und dessen Einordnung in den Prozess der Kommunikation.

1. Axiom: „Man kann nicht nicht kommunizieren.“

Das Bild vermittelt immer und jedem Betrachter irgendeine Information, einen Eindruck, gleich welcher Beschaffenheit. Es löst bei diesem einen Verarbeitungs- und Reflexionsprozess aus. Somit muss also gelten, dass das Bild, sobald es im Rahmen der Untersuchung produziert worden ist, stetig präsent ist, folglich automatisch ins Geschehen eingreift und unausweichlich Einfluss auf seine Betrachter nimmt.

Das Bild rückt in die Position eines aktiven Senders, es tritt in kommunikativen Kontakt mit den Anwesenden, erweitert entsprechend das Kommunikationsduo von Arzt und Patient zu einem Trio.

Laut Geisler gilt auch die Umkehrung dieses Sachverhalts: „Es gibt kein Bild ohne den Betrachter [...] Also ist der Betrachter immer an der Konstruktion des Bildes beteiligt.“ Des Weiteren heißt es dort, dass der Betrachter zur Deutung eines Bildes auf Vorwissen angewiesen sei, das erinnert werden müsse, mit anderen Worten: auf Gedächtnis. (Geisler, 1993)

Demzufolge wird dem Bild seine eigentliche Bedeutung durch jeden Betrachter aufs Neue zugeschrieben. (s. 2.Axiom)

2. Axiom: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass Letzterer den Ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist.“

Bei den im Rahmen der Ultraschalluntersuchung erstellten Bildern findet sich unbestritten ein Inhaltsaspekt wieder, er präsentiert sich dem Betrachter in Form von Strukturen, spezifischen Formen und Farbabstufungen. Für dessen Deutung, also die richtige inhaltliche Erkennung und Bewertung des Ultraschallbildes, müssen die zum 1. Axiom angestellten Überlegungen berücksichtigt werden, ist doch das Bild jedem Betrachter zugänglich, eine Deutung jedoch von seinen individuellen Assoziationen, Erfahrungen und Wissen abhängig.

Über den Beziehungsaspekt des Bildes lässt sich allerdings keine entsprechend exakte Aussage machen. Sicherlich besteht auch bezüglich dieses Bereichs ein Zusammenhang zwischen Vorwissen oder auch Gedächtnis des Betrachters und darauf basierenden Eindrücken und Denkvorgängen, die das Bild auslöst. Kirchner greift in diesem Kontext auf die von Bühler vorgeschlagene Einteilung der Sprachfunktionen in Ausdruck, Appell und Darstellung oder auch Symptom, Signal und Symbol zurück. (vgl. Kirchner, 1999; vgl. Gombrich 1984; vgl. Bühler, 1934)

Unter Berücksichtigung von Gombrichs Überlegungen kommt sie zu dem Ergebnis, dass „das Bild in seinem Appellcharakter eindeutig überlegen ist, während seine Ausdrucksfähigkeit bereits problematisch wird. Gänzlich ohne Unterstützung hat das Bild dagegen überhaupt keine Chance, der Darstellungsfunktion der Sprache zu entsprechen.“ (vgl. Kirchner, 1999; Gombrich 1984, Bühler 1934)

Während dieser Ansatz eher interpretativ und beurteilend zu werten ist, das heißt, dass Ausdrucks- und Darstellungsaspekt des Bildes sich auf die korrekte Erkennung und Differenzierung von Symptom und Symbol der Erkrankung beziehen, handelt es sich bei dem hier untersuchten Beziehungsaspekt um ein Phänomen, das zunächst einmal jenseits von ‚Richtig oder Falsch‘ immer vorhanden ist. Es beschreibt nämlich die spezifische Wechselwirkung zwischen

Bild und Betrachter, deren Qualität auf dem Gedächtnis des Betrachters beruht, ohne in jedem Fall die Diagnosefindung in den Vordergrund zu stellen.

Dieser Beziehungsaspekt wird folglich auch bei der Konfrontation des medizinischen Laien mit einem Ultraschallbild relevant, das demnach in diesen Situationen Assoziationen auslöst, die von denen des Arztes insofern entscheidend abweichen, als sie nicht den Prozess medizinischer Befundung in Gang setzen, sondern eine andersartige, meist emotionale Beeinflussung ausmachen bis dahingehend, dass Verknüpfungen fehlen und das Bild nur grau in grau erscheint.

In der Tat prägt das spezifische Gedächtnis des Betrachters den Inhaltsaspekt des Bildes, so dass sich folglich individuell unterschiedliche Bildeindrücke aus dem Zusammenwirken von Beziehungsaspekt und Inhaltsaspekt ergeben.

3. Axiom: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktionen der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“

Interpunktion meint die Methode der unterschiedlichen Gewichtung einzelner Abschnitte der Kommunikation, die Variabilität in der Zuschreibung von Ursache und Wirkung zu den jeweiligen Segmenten. Sie stellt eine Methode dar, die Subjektivität beim Erkennen von Wahrheiten zu verdeutlichen, beziehungsweise liefert sie überhaupt erst einmal einen Hinweis auf das tatsächliche Vorliegen dieser Subjektivität.

Betrachtet man Ultraschallbild und Betrachter als Kommunikationspartner, verhindert die Tatsache, dass das Bild selbst als Sender aktiv keine erkennbare Interpunktion vornimmt, eine sinnvolle Analyse dieses Sachverhalts.

Geht man jedoch davon aus, dass unterschiedliche Betrachter, zum Beispiel Arzt und Patient, dasselbe Bild interpretieren, lassen sich ebendiese – für den einzelnen spezifischen – subjektiven Interpunktionen nachweisen.

Bruner schreibt zum Prozess des Verstehens, „dass der Adressat [...] während des sinnkonstituierenden Verstehens dem Erzählten seinerseits Bedeutung gebe, wodurch er die ihm dargebotenen und von ihm verstandenen

Sachverhalte schließlich auch erklären könne“. (Bruner,1987, vgl. Gerhardt, 1999)

Das Benennen von Ursache und Wirkung, in diesem Falle bezogen auf Morphologie, Symptomatik und Verlauf einer Erkrankung, durch Arzt und Patient erscheint nicht selten heterogen, entsprechend entstehen verschiedene Bildeindrücke sowie Schlussfolgerungen.

4. Axiom: „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikation hat eine komplexe vielseitige Syntax (Aufbau der Sprache), aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik (Bedeutung der Sprache). Analoge Kommunikation dagegen besitzt dieses Semantik-Potential, entbehrt aber die für eindeutige Kommunikation erforderliche logische Syntax.“

Digitale Kommunikation umfasst alle Zeichen (Zahlen und Buchstaben), Wörter oder Symbole, die für bestimmte Inhalte in der Kommunikation verwendet werden und allgemein gültig sind. Analoge Darstellung von Inhalten meint das Zeigen von Bildern oder das Aufführen einer Pantomime.

Das Bild stellt das klassische Medium analoger Kommunikation dar, besitzt allerdings gleichermaßen Eigenschaften eines digitalen Mediums.

Die unkommentierte Präsentation eines Bildes führt zur Vermittlung individueller Eindrücke, jedem Betrachter ist auf seine Art ein Zugang zu diesem visuellen Medium möglich. Geht es jedoch um die korrekte – zum Beispiel medizinische – Übertragung dieses Bildes in einen Befund, entbehrt diese im geschilderten Kontext vorwiegend analoge Kommunikation der Präzision. Der ebenfalls zutreffende digitale Aspekt kann hier keine Besserung bewirken. Insofern trifft die obengenannte Unzulänglichkeit dieser Modalität auf das vorliegende Medium zu, die mangelnde logische Syntax entspricht – bezogen auf das Bild – einer ungenauen Aussage.

Erst das Hinzuziehen weiterer eindeutig digitaler Hilfsmittel in Form von Zeichen, Worten oder Symbolen ermöglicht ein differenziertes Ergebnis. Auf

diesem Weg erlangt die Bild-Aussage die für adäquate Befundung notwendige Präzision.

Außerdem verlangt die Beurteilung sowohl die Berücksichtigung von Hintergrundinformationen als auch den Bezug zu Normen und Richtwerten.

Zuletzt verlangt das Prozedere medizinischer Diagnostik und Therapie allgemein verständliche und nachvollziehbare Dokumentation.

Festzuhalten ist folglich, dass das Bild als analog-digitales Kommunikationsmittel der verbalen Information überlegen ist bezüglich seiner Kraft, ausnahmslos jeden Betrachter anzusprechen. Die Qualität dieser Bild-Aussage, insbesondere die möglichst objektive Beurteilung – hier im Rahmen medizinischer Befundung – allerdings kann digitale Unterstützung oben genannten Charakters nicht entbehren, um optimale Ergebnisse zu erzielen.

5. Axiom: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“

Bei der Arzt-Patient-Beziehung handelt es sich in der Regel um eine asymmetrische Beziehung. Diese Ungleichheit basiert darauf, dass der Arzt über Expertenmacht bezüglich des Wissens verfügt, des weiteren Definitionsmacht bezüglich Diagnosestellung, Krankschreibung, etc. sowie Steuerungsmacht in der Interaktion hat. Außerdem ist der Kranke in der Rolle des Hilfe-Suchenden, des Nehmenden, während der Arzt als ‚Helfer‘ auftritt. (vgl. Siegrist, 2003)

Bezüglich der Bildbetrachtung ist jedoch auch ein symmetrischer Ansatz möglich:

Gemäß dem 1. Axiom vermittelt sich jedem Betrachter ein individueller Eindruck. Es empfiehlt sich, an diesem Punkt zurückzukehren zur Einordnung des Bildes als visuelles, non-verbales, stammesgeschichtlich altes Medium, das beim Betrachter eine instinktive natürliche Reaktion auslöst. Das Medium wirkt

demnach auf Arzt *und* Patient, beide werden durch den visuellen Reiz angesprochen.

Die Qualität der Interpretation dieser Eindrücke allerdings wird schließlich geprägt durch die asymmetrischen Wissensverhältnisse. Der Arzt verfügt als Experte über Definitions-, Handlungs- und Steuerungsmacht. (vgl. Parsons, 1958; Siegrist, 1978) Es entsteht eine Wechselwirkung zwischen Ultraschallbild und Arzt, während zwischen Bild und Patient lediglich ein Einweg-Verhältnis, ein Rezeptionsverhältnis besteht.

Erst im zweiten Schritt verdeutlicht sich die Asymmetrie, während die erste Stufe des Wahrnehmungsprozesses, nämlich das Erfassen eines Bildeindrucks, zunächst symmetrisch erreicht wird.

Die vorliegende Studie prüft die vielfältigen Wirkungen von Technik auf die Kommunikation, die hemmende Wirkung, die Technikkritiker hervorheben, eingeschlossen:

Die Analyse anhand der Axiome zeigt, dass es sich beim Bild, genauer formuliert beim Ultraschallbild, um ein Medium im Kommunikationsgeschehen handelt, das bezüglich jedes dieser Axiome, die entscheidende Grundsätze der Kommunikation beschreiben, Ansätze zur Diskussion bietet.

Vor allem vor dem Hintergrund der „Interaktions-Triade“ von Arzt, Patient und Ultraschallbild muss also die Bedeutung des letztgenannten, nicht-personellen Akteurs im Kommunikationsgeschehen betont werden. Oben genannte Einschränkungen sind allerdings zu berücksichtigen.

Einzelne Aspekte werden im Folgenden erneut aufgegriffen, um differenzierter oder in anderem Kontext ausgewertet zu werden.

## 6.2 Bildeindrücke

Anhand des 1. Axioms nach Watzlawick wurde bereits der Aspekt der vermittelten Bildeindrücke angesprochen. Das Ergebnis dieser Überlegungen lässt sich in der Aussage zusammenfassen, dass sich jedem Betrachter eines



Bildes irgendein Eindruck erschließt, der im nächsten Schritt automatisch einen Verarbeitungsprozess auslöst.

Es wird nun näher untersucht, welcher Beschaffenheit diese Eindrücke sind, um daraus weitere Konsequenzen hinsichtlich eines gedanklichen Verarbeitungsprozesses ziehen zu können.

Bei der Deutung von visueller Information spielt stets das Vorwissen beziehungsweise das Gedächtnis des Betrachters eine entscheidende Rolle. Gombrich äußert in diesem Zusammenhang, dass es von der vorherigen Kenntnis (des Betrachters) bezüglich der Möglichkeiten zur Deutung eines Bildes abhängt, wie viel von diesem als selbstverständlich betrachtet werde, wenn er ein Bild zu seiner Bedeutung befrage. Er schreibt: „So automatisch auch unsere erste Reaktion auf ein Bild sein mag, die tatsächliche Erfassung kann niemals rein passiver Art sein.“ Diesen Anteil nennt er auch den „Betrachteranteil“, nämlich „jenen subjektiven Anteil des Betrachters, den wir selbst aus dem im Gedächtnis gespeicherten Bildervorrat ständig zu jeder Darstellung beisteuern.“ (Gombrich, 1984)

Die Konstellation dieser Studie ermöglicht die genauere Beleuchtung der Bildeindrücke aus drei verschiedenen Perspektiven: aus der Sicht des Untersuchers, aus der Sicht des Patienten und zum dritten aus der Perspektive des Studenten.

Letztgenannter Punkt wird in Kapitel 6.8 gesondert thematisiert. Im Rahmen einer Analyse der studentischen Wahrnehmung der Ultraschalluntersuchung insgesamt findet sich dort eine präzise Schilderung der studentischen Bildwahrnehmung und deren prozessartiger Weiterentwicklung durch die begleitenden Äußerungen des Arztes sowie durch den Effekt der Routine. Aus diesem Grund konzentriert sich die Analyse der Bildeindrücke in diesem Kapitel auf die Perspektiven von Arzt und Patient.

Auch für den Bildeindruck des Patienten gilt es, eine Abgrenzung der direkten unbeeinflussten ‚ersten Reaktion‘ vom ‚zweiten Blick‘, der durch Erklärungen des Untersuchers geprägt ist, vorzunehmen.

Der erste Eindruck umfasst in der Regel den Versuch der Erfassung von Strukturen. Häufig dokumentieren Patientenfragen, die sich auf die Strukturen auf dem Monitor beziehen, dieses Anliegen.

Beispiele: „Was ist das Schwarze?“

„Wozu gehört das große Loch?“

Im zweiten Schritt, häufig auch als Antwort auf diese gezielten Fragen, erfolgt eine Präzisierung oder aber – bei irrtümlichen Annahmen der Patienten – eine Umgestaltung dieses ‚Primäreindrucks‘ aufgrund der Erklärung des Arztes, das heißt der Primäreindruck des Patienten wird via verbaler Kommunikation durch das Wissen und den Bildeindruck modifiziert oder auch überschrieben, wenn der Patient dieses annimmt.

Besonders deutlich lässt sich diese charakteristische ‚Entwicklung einer Bildwahrnehmung‘ beobachten in den Passagen der Beschreibung der Niere mit ihrer signifikanten Form. In zahlreichen Gesprächen ergibt sich hier eine typische Lehrsituation. (Beispiele: Gespräche 7, 8, 15 und 32)

Nicht immer lassen sich diese zwei Schritte so leicht abgrenzen, äußert schließlich nicht jeder Patient seinen Primäreindruck entsprechend deutlich. Es ergibt sich somit häufig ein fließender Übergang vom Primär- zum Sekundäreindruck, dem Verlauf der Untersuchung und der (manchmal erklärenden) Begleitgespräche folgend.

Selektiv wurden einzelne Patienten direkt im Anschluss an die Untersuchung nach ihren Bildeindrücken befragt, sowie nach deren Veränderungen durch die Erklärungen des Untersuchers.

Alle Befragten gaben an, „etwas“ gesehen zu haben, dieses „etwas“ genauer zu definieren, waren sie jedoch in den meisten Fällen nicht in der Lage. Durch Erklärung des Arztes habe allerdings das „Grau-in-Grau“ schon eher Form angenommen.

Die Bedeutung der Versprachlichung – oder auch ‚Übersetzung‘ – des Bildes wird Thema des folgenden Kapitels (6.3) sein.

Eine Ausnahme hinsichtlich der Fähigkeit, die Ultraschallbilder selbstständig medizinisch zu deuten, bildeten zum einen die Patienten, bei denen sich durch häufige Untersuchungen gewissermaßen Routine in der Erkennung entwickelt hatte, zum anderen diejenigen, deren Beruf die Voraussetzung für diese Fähigkeit darstellte. Als Beispiel sind die Medizinisch-Technische-Assistentin in Gespräch 2 oder der Physiker in Gespräch 3 zu nennen. Bei diesen Personen handelte es sich um Experten auf dem Gebiet der Erkennung von Ultraschallbildern, deren Bildwahrnehmung natürlich qualitative Unterschiede zu derjenigen der ‚normalen Patienten‘ aufwies. Die Interaktion könnte in diesen Beispielen aufgrund des vorhandenen Expertenwissens der Patienten auch als symmetrisch beschrieben werden.

Im Rahmen der sequentiellen Mikroanalyse wurde für die einzelnen Gespräche separat ermittelt, ob der Bildeindruck im jeweiligen kommunikativen Geschehen eine Rolle spielte. Hier soll nun differenzierter betrachtet werden, welcher Art diese Rolle – übertragen auf die in 5.2 eingeteilten Patientenkollektive A, B und C (Einteilung siehe dort) – war.

In 19 von 40 Gesprächen erfuhr das Bild keinerlei Beachtung, die Patienten kümmerten sich in diesen Beispielen nicht um das Geschehen auf dem Monitor. Zu unterscheiden innerhalb dieser Gruppe sind jedoch die generell eher passiven Patienten, die überhaupt wenige verbale Beiträge zum Gespräch lieferten (zum Beispiel Gespräch 26, 29 oder 30) von denjenigen Patienten, die sehr aktiv am Untersuchungsgeschehen teilnahmen, sich jedoch auf die rein verbale Kommunikationsebene beschränkten.

Auffällig ist, dass diese Patienten sehr aufmerksam den Arzt im Auge behielten, sich also wahrscheinlich aus dessen Körpersprache Antworten und Zusatzinformationen erhofften. Besonders deutlich lässt sich diese Haltung bei dem jungen, über seine Krankheit sehr gut informierten Patienten in Gespräch 10 beobachten oder bei dem gleichermaßen jungen Patienten in Gespräch 17, der ebenfalls seine Aufmerksamkeit ausschließlich auf die verbale Kommunikation richtete.

Die Berührung des Patienten mit dem Ultraschallkopf, dieser taktile Reiz, stellt einen weiteren Faktor dar, der die Aufmerksamkeit des Patienten auf sich zu

ziehen bzw. ins Körperinnere zu lenken vermag, vor allem dann, wenn durch die Berührung Schmerzen verursacht werden.

Bei den reinen Check-ups (Kollektiv C) fand das Bild in jedem Fall Integration ins Kommunikationsgeschehen. Kontrolluntersuchungen zeichneten sich dadurch aus, dass die Patienten viele Fragen stellten. Die Art dieser Fragen lässt auf eine aktive Beschäftigung mit der Verarbeitung der primären Bildeindrücke schließen, sekundäre Eindrücke entwickelten sich durch das Gespräch mit dem Arzt.

Innerhalb der Gruppe A, denjenigen Patienten, die eine Erklärung für ihre Beschwerden suchten, dienten der Bildeindruck und dessen Bewertung dem Erkennen eines Korrelats für die Beschwerden. Die Ausgangssituation für die Bildwahrnehmung war in diesen Fällen insofern eine besondere, als der Primäreindruck bereits vorgeprägt war durch von den Patienten selbst gefühlten Zustandsveränderungen (Beispiele 2, 5, 15).

In diesem Zusammenhang zu nennen sind sowohl Beschwerden wie Schmerzen, Verdauungsstörungen, Unwohlsein oder Übelkeit als auch das Symptom Fieber.

Bei den Patienten der Gruppe A besteht also ein Unterschied zu den ‚gesunden‘ Check-up-Patienten, die eher unbeeinflusst von Vermutungen über Befunde und deren ‚bildliche Struktur‘ das Ultraschallbild betrachteten.

Entsprechend stellten die Check-up-Patienten eher grundsätzliche Fragen, im Gegensatz zu den gezielten Fragen der Patienten, bei denen Bildeindrücke im Zusammenhang mit einem ‚Beschwerdebild im Kopf‘ entstanden. Während gezielte Fragen sich überwiegend auf die Darstellung des Pathologischen bezogen, betrafen grundsätzliche mehr die Physiologie und Anatomie der Organe.

Letztendlich ergab sich auch in dieser Gruppe der endgültige Bildeindruck aus dem Gespräch mit dem Untersucher.

Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass anhand des Bildeindrucks die Darstellung der tatsächlichen Lokalisation der Beschwerden, sozusagen des „pathologische Fokus“, gelingt. Währenddessen schafft es das Bild kaum,

Eindrücke bezüglich der Qualität des Beschwerden zu liefern. Für die Beurteilung und Interpretation dieser dargestellten Information sind die Übersetzung sowie vor allem die Erklärung unverzichtbar, deren Bedeutung im weiteren Verlauf dieser Analyse einer differenzierten Betrachtung zuteil wird.

Für die größte umschriebene Patientengruppe, Kollektiv B, muss zunächst einmal festgehalten werden, dass bezüglich der Wahrnehmung des Ultraschallbildes Vorwissen und Vorerfahrungen erhebliche Relevanz erlangen. Sowohl Erfahrungen aus Voruntersuchungen als auch häufig längerfristige Beschäftigung mit einer Krankheit machen diese Patienten zu relativen Experten innerhalb der Gruppe von Nichtmedizinerinnen, eigentlicher Laien.

Diese Patienten erkannten in der Untersuchung für sie bedeutende Strukturen auf dem Monitor und vertieften ihre Bildeindrücke durch gezieltes Nachfragen, erlangten auf diesem Wege gleichermaßen mehr Routine in der Deutung von Ultraschallbildern. (Beispiele 3, 12, 16, 23, 34)

In diesen Beispielen musste außerdem der Einfluss von Angst und Betroffenheit berücksichtigt werden, konnten doch die Befunde, die der Untersucher aus diesen Bildern erstellte, schlimmstenfalls über Leben und Tod entscheiden.

Diese Angst sowie die Anwendung bestimmter Coping-Mechanismen wie Verdrängung bedingten wahrscheinlich auch, dass ein Großteil der Patienten dieser Gruppe dem Bild auf dem Monitor wenig Beachtung schenkte, sich daher nicht auf Bildeindrücke einließ.

Stattdessen ist in diesen Fällen häufig eine besonders starke Konzentration auf den Untersucher zu verzeichnen. Die Aufmerksamkeit dieser Patienten verteilte sich auf dessen verbale Aussagen sowie vor allem auch auf seine Gestik und Mimik. (Beispiel 18)

Die Angst schien einerseits das Empfinden von „Abhängigkeit“ von den Aussagen des Untersuchers zu provozieren, andererseits das Bedürfnis hervorzurufen, „keine Regung des Untersuchers zu verpassen“. In diesem Zusammenhang sei auf die in Kapitel 6.1 beschriebene Bedeutung para- und non-verbaler Kommunikation hingewiesen.

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass individuelle Eindrücke generell im Zusammenhang mit einer Krankengeschichte entstehen. Sie sind geprägt durch Vorerfahrung, aber auch durch situative Einflüsse. In diesem Kontext ist erneut auf die Bedeutung der in Kapitel 5.2 erläuterten unterschiedlichen Krankheitsbegriffe und deren Relevanz für die verschiedenen Patientenkollektive hinzuweisen.

Im Gegensatz zum Medizinstudenten – einem ‚neutralen‘ Betrachter – spielt die Betroffenheit der Patienten die entscheidende Rolle. Sie lenkt die primär aus dem Bild erfasste Information in eine bestimmte Richtung.

Die Perspektive des Untersuchers, des Experten in der Deutung von Ultraschallbildern, zeichnet sich durch Fachwissen und Erfahrung aus.

Bei den Untersuchungen fiel auf, dass schon der primäre Bildeindruck, das erste Erfassen der Darstellung, beim Arzt eine direkte Reaktion hervorrief, die als Auslöser eines Verarbeitungsprozesses die schnelle Erkennung und Ausdifferenzierung von physiologischen und pathologischen Strukturen sowie Auffälligkeiten einleitete. Das Ergebnis dieser real-time-Deutung mündete schließlich in der Diagnosestellung.

Das medizinische Fachwissen selbst also bildete im Wesentlichen die Basis für den Betrachteranteil. Der „diagnostische Prozess“ erfolgte scheinbar automatisch und vor allem augenblicklich.

Gottfried Spiegler, einer der Pioniere der Röntgentechnik, sagt über die Interpretation von technisch erzeugten Bildern: „Es kann sein, dass ein Bild, das einem Laien oder wenig erfahrenen Mediziner wegen seiner Klarheit und seiner leicht lesbaren Kontraste optimal zu sein scheint, in Wirklichkeit die speziell gesuchte Information unterdrückt, statt sie zu vermitteln.“ (Spiegler, 1957, vgl. Gombrich, 1984)

Diese Aussage, die auf die Deutung von Ultraschallbildern übertragbar ist, weist auf den entscheidenden Unterschied hin zwischen dem Blick des erfahrenen Diagnostikers und dem des medizinischen Laien. Sie hebt die Bedeutung seines Expertenwissens, seiner fachlichen Erfahrung für die Interpretation der Bilder hervor und weist auf deren Relevanz für korrekte Diagnostik anhand eines Bildes hin.

Obwohl genanntes Expertenwissen doch für alle Ärzte einen gemeinsamen Ausgangspunkt darstellen sollte, muss festgehalten werden, dass dennoch die Bildeindrücke unterschiedlicher Untersucher durchaus markante Abweichungen aufweisen können. Gemeint sind nicht nur die qualitativen Differenzen zwischen unerfahrenen und sehr erfahrenen Untersuchern, die selbstverständlich zu verzeichnen sind, sondern vor allem die Ergebnisvariation beim Vergleich von Ärzten mit ähnlicher Erfahrung und Ausbildung. Die Unterschiede von Befunden gleichermaßen kompetenter Untersucher bei einer Ultraschalluntersuchung desselben Patienten erscheinen in diesem Kontext besonders interessant. Identische Bewertungen entstehen höchst selten.

Wenn auch in vielen Fällen die Hauptbefunde ‚offensichtlich‘ sind, so können dennoch die Nebenergebnisse erheblich variieren, so dass vergleichbare Gesamtergebnisse in bestimmten Nuancen trotzdem unterschiedlich sind.

Jeder Bildeindruck ist folglich als individuelle Erscheinung zu betrachten, die selbstverständlich die resultierende Interpretation prägt. Abweichungen oder Ähnlichkeiten, die sich bei verschiedenen Beobachtern ergeben, wurzeln im jeweiligen Vorwissen und Erfahrungen des einzelnen.

Der Einfluss situativer Faktoren sowie Krankengeschichte, Persönlichkeit und Auftreten des Patienten bilden eine weitere Variable und komplettieren die Einzelaspekte zu einem Gesamtbild oder auch -bildeindruck.

### 6.3 Versprachlichung des Bildes

In der real-time-Situation der Ultraschalluntersuchung zeigt sich auf dem Monitor direkt und gleichzeitig für Arzt und Patient das zu beurteilende Bild.

Während der Untersucher aus dem Bildeindruck sozusagen den Befund erstellt, versucht der Patient in der Regel, aus dessen Reaktion – sich ausdrückend in der Körpersprache des Arztes – Informationen zu erhalten oder aber er widmet sich selbst ebenfalls der Betrachtung des Bildes. In einigen Fällen beansprucht die direkte Berührung des Patienten durch den Schallkopf dessen Aufmerksamkeit.

Im Normalfall erwartet der Patient, dass der Arzt das Untersuchungsergebnis für ihn erläutert. Natürlich sind auch Abweichungen von diesem Verhalten zu verzeichnen. Die Betrachtung der „Ausnahmen“ unter den Gesprächen in dieser Studie zeigt, dass es sich in diesen Fällen entweder um besonders ängstliche Patienten handelte, die den eigentlichen Befund am liebsten gar nicht hören wollten (Gespräch 18), oder aber um Patienten, die sich völlig ‚dem Schicksal zu ergeben‘ schienen. (Gespräch 26, 29, 30)

„Verständigung gehört mit Unmittelbarkeit und Personenbezogenheit zu den Kernbegriffen ärztlichen Handelns. [...] Die Übersetzeraufgabe des Arztes gehört deshalb in eine Theorie seiner Wissenschaft.“ (Hartmann, 1987)

Und diese Übersetzung ist nicht einfach, muss doch der Untersucher sofort die soeben erhaltenen Informationen nahezu ‚simultan‘ in für den Patienten verständliche Worte umsetzen.

Hierzu bietet sich das Hinzuziehen der Bilder natürlich an, richtet sich doch ohnehin häufig die Aufmerksamkeit der Patienten schon von selbst auf sie. In diesem Zusammenhang sei noch einmal Gombrich zitiert, der in seiner Abhandlung über *Das Bild und seine Rolle in der Kommunikation* auf die Notwendigkeit von Vorwissen und Gedächtnis für das Verstehen eines Bildes hinweist: „Die Möglichkeit einer richtigen Rekonstruktion [der Bedeutung eines Bildes, Einschub der Verfasserin] ist also durch das gleichzeitige Vorhandensein von beiden Medien Wort und Bild verbessert.“ (Gombrich, 1984) Diese Ergänzung durch das Wort erleichtere laut Gombrich die Erinnerung, die Benutzung von zwei unabhängigen Informationskanälen garantiere eine leichtere Rekonstruktion.

Übertragen auf die Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen von Ultraschalluntersuchungen muss diese These jedoch einer Änderung unterzogen werden, handelt es sich bei der Bildinterpretation hinsichtlich des Befundes durch den Patienten doch um einen sehr schwierigen Prozess, der durch verbale Kommunikation zwar erleichtert werden kann, von „leichter Rekonstruktion“ kann dennoch nicht die Rede sein.



Für den Arzt erweist sich dieser Übersetzungsvorgang ebenfalls als komplizierte Aufgabe, muss er die visuelle Information zuerst überhaupt in ein ‚Sprach-Bild‘ übertragen. (vgl. Kirchner, 1999 Kapitel 7.1)

Im zweiten Schritt dann muss er dieses ‚Sprach-Bild‘ dem Patienten vermitteln, wobei er sich einer Wortwahl bedienen sollte, die dem Patienten – in der Regel einem Laien auf dem Gebiet der Medizin – verständlich ist.

Im Kopf des Untersuchers erfolgt also zusätzlich zur Umsetzung des Bildes in einen medizinischen Befund die Übersetzung von Fachsprache, deren Vokabular sich seine Diagnostik bedient, in eine ‚Laiensprache‘.

Bei den vierzig Gesprächen wählte der jeweilige Untersucher meistens den Weg, zunächst in der Fachsprache das Ergebnis zu benennen, um im nächsten Schritt eine Erläuterung dieser Begriffe unter Verwendung von für den Laien verständlichen Vokabulars folgen zu lassen.

Hiermit war einerseits medizinische Korrektheit ohne Verschleierung von Informationen gewahrt, des weiteren eine möglichst gute Nachvollziehbarkeit für den Patienten gegeben. Auf diese Art berücksichtigte der Arzt auch die Tatsache, dass heutzutage viele Patienten, aufgrund von eingehender Beschäftigung mit Krankheit oder aber durch die Medien, durchaus über medizinisches Wissen verfügen. In diesem Zusammenhang sei auf die erhebliche Zunahme des medizinischen Bildungsniveaus der Bevölkerung durch die verbreitete Nutzung des Internets hingewiesen.

Die ausschließliche Verwendung von ‚Laiensprache‘ führte außerdem zu einem Verlust an Genauigkeit und brächte die Gefahr der Verfälschung von Tatsachen. (vgl. Kirchner, 1999) Schlimmstenfalls resultierte daraus eine Verunsicherung der Patienten. In diesem Falle förderte das Vokabular somit genau jene Problematik, zu deren Verhinderung es ursprünglich gedacht war.

Bei der Versprachlichung der Bilder für den Kollegen (Beispiel in Gespräch 24) oder für den Studenten, der an den Untersuchungen teilnahm, konnte der Untersucher diesen zweiten Schritt weglassen, handelte es sich doch um einen Spezialdiskurs zwischen Experten, die der Fachsprache mächtig sind, beziehungsweise um einen Diskurs zwischen Dozent und Auszubildendem, der bereits Erfahrung im Umgang mit der medizinischen Terminologie hatte.

Jeder primäre Bildeindruck, sei es der von Arzt, Patient oder Student, verändert sich durch verbale Kommentierung. Er wird untermauert, präzisiert, erfährt Bestätigung oder erhält eine neue Richtung durch Umgestaltung, Korrektur und Ergänzung.

Die selektiv nach ihren primären Eindrücken befragten Patienten wurden im Anschluss nach der Auswirkung der Versprachlichung – beziehungsweise Übersetzung – auf diese Eindrücke, somit also der Entstehung von sekundären Eindrücken befragt.

Sie gaben ausnahmslos an, dass die verbale Kommentierung zum besseren Verstehen der Bilder geführt habe, insbesondere die Antwort des Untersuchers auf gezielte Fragen habe es zumindest ermöglicht, dargestellte Zusammenhänge nachvollziehen zu können.

Einige Patienten äußerten, dass sie mit Hilfe der Erklärungen vollständig der Untersuchung verbal, aber vor allem auch auf dem Monitor folgen konnten, da für sie die Strukturen auf diese Weise erkennbar oder wenigstens zu erahnen waren.

Im Spezialdiskurs zwischen Chefarzt und Facharzt ließ sich erkennen, dass durch Verbalisierung Bildeindrücke um Feinheiten modifiziert wurden. Besonderheiten und ‚Interpretationstricks‘ (vor allem auch bei bestimmten Schallkopfpositionen) nahmen das Zentrum der Aufmerksamkeit ein, über Grundlagen und ‚klare‘ leicht zu deutende Bilder wurde nicht weiter diskutiert, galten sie doch als selbstverständlich für den jeweiligen Gesprächspartner. (Beispiel: Gespräch 11)

Gemeinsames Merkmal aller Typen von Diskursen ist, dass weder Sprache noch Bild separat Informationen entsprechender Korrektheit und Präzision in vergleichbarer Qualität vermitteln könnte, wie sie durch gleichzeitige Verwendung beider Kanäle erreicht wird.

Welche Auswirkungen hatten nun die übersetzten und somit auch interpretierten Bilder auf den Beobachter?

Anders gefragt, inwieweit kann die Wirklichkeit der Bilder in die soziale und psychische Wirklichkeiten der Betrachter integriert werden?

Handelte es sich bei diesem um einen Arzt oder den Medizinstudenten, so manifestierten sich der Bildeindruck und das endgültige Untersuchungsergebnis in seiner Wissenschaftswelt. Das jeweilige Bild war als eines von vielen zu betrachten, die er im medizinischen Alltagsgeschehen beziehungsweise während der Ausbildung analysiert. Jedes für sich stellt ein Stück Erfahrungsgewinn dar. Das Mosaik aus vielen Bildeindrücken und paralleler Kommentierung durch Experten prägt sein Gedächtnis. Auf diese Weise entwickelt sich Routine. Persönlich betroffen ist der Arzt im Gegensatz zum Patienten nicht, da der Befund letztendlich keine Konsequenz für sein Alltagsleben hat. Es erfolgt also problemlos, wie auch die untersuchten Gespräche zeigen, eine Integration in die medizinische, wissenschaftliche Wirklichkeit, die persönliche, soziale und psychische Wirklichkeit bleibt in diesem Fall jedoch unberührt, auch wenn der Mediziner Empathie bezüglich des Patientenschicksals zeigt.

Ganz anders ist natürlich die Situation des Patienten. Das Bild stellt ein Abbild (genauer gesagt, ein technisch hergestelltes 2D-Bild, das aber häufig als Abbild empfunden wird) seines Körperinnern dar, er ist also persönlich betroffen. Hierbei muss sowohl von physischer als auch von psychischer Involvierung gesprochen werden. Der Befund entscheidet über seinen Gesundheitszustand, das Abbild eines pathologischen Ergebnisses ist zugleich Korrelat einer Erkrankung.

„Aber Abbilden heißt immer auch Reduktion, Aus-,Blenden', mit anderen Worten: blind werden für das anscheinend nicht zu diesem Bild Gehörige. Wirklichkeitsanteile werden herausgeschnitten bis zum weitgehenden Verlust des Krankheits-,Bildes', [...].“ (Geisler,1993)

Das heißt zum einen, dass aus dem Prozess der Krankheit die einen längeren Zeitraum überdauert, nur eine Momentaufnahme herausgegriffen wird. Außerdem stellt sich dieses Bild isoliert und zunächst einmal losgelöst vom sozialen Kontext des Kranken dar, es ist „von jedem Zeichen der sozial-kulturellen Umwelt ‚gereinigt'.“ (Kaupen-Haas, 1996)

Wie findet dieses Bild nun Eingang in die soziale und psychische Wirklichkeit des Patienten?

Auch dieser Übersetzungsschritt wäre ohne das Zusammenwirken des verbalen mit dem visuellen Medium ausgesprochen schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Der Ausschnitt kann durch das Anamnese-Gespräch sowohl bezüglich der zeitlichen als auch der sozialen Komponente in einen Zusammenhang eingegliedert werden. Abgesehen von dem Nutzen, den diese Hintergrundinformationen für den Untersucher haben, spielt vor allem aber der Aspekt eine Rolle, dass sich der Patient als ‚Ganzes‘ – als Person, die unter einer Krankheit leidet – und nicht nur als ‚pathologisch verändertes Organ‘ oder als ‚Symptomenkomplex‘ behandelt fühlt.

Zum anderen verkörpert das visuelle Medium eine zweite Zugangsmöglichkeit zur Gesamtproblematik – das erzeugte Bild stellt sich dar als ein dem ‚Patienten als Ganzes‘ zugehöriger Teil – beziehungsweise einen weiteren Bezugspunkt für die Kommunikation.

Als Bahnung für die Übersetzung des Bildes bzw. als Annäherung an bildliche und entsprechend diagnostisch relevante Inhalte kann außerdem die Berührung des Patienten dienen, eine körperliche Empfindung, die den Patienten die tatsächliche Zugehörigkeit des erzeugten Bildes zum eigenen Körper direkt spüren lässt.

Hinsichtlich der Integration des Bildeindrucks in die soziale und psychische Wirklichkeit des Patienten, sowie der Nutzung oder Ablehnung dieses Mediums soll auf Kapitel 5.2 und Kapitel 6.2 hingewiesen werden, in denen diese Fragestellung einer genauen Analyse unterzogen wurde.

Abschließend für diese Betrachtung beschreibt folgende Aussage von Paul Watzlawick im Vorwort zu seinem Werk *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?, Wahn – Täuschung – Verstehen* (Watzlawick, 1976) die hier vorzufindende Konstruktion von Wirklichkeiten augenscheinlich zutreffend. Der Autor geht nämlich davon aus, „dass die sogenannte Wirklichkeit das Ergebnis von Kommunikation ist“.

Bei der Wirklichkeit handelt es sich um ein lokal erzeugtes Phänomen. Die Konstruktion von Wirklichkeit und die Integration der Bilder in diese werden tatsächlich entscheidend geprägt durch Kommunikation.

Das Zusammenwirken von Bild und Sprache – als den beiden Hauptmedien der Kommunikation im Rahmen der Ultraschalluntersuchung – schafft des Weiteren die Verknüpfung sowohl zwischen medizinischer auf der einen und sozialer und psychischer Wirklichkeit auf der anderen Seite als auch die Herausbildung einer nicht zwingend und ausschließlich asymmetrischen Interaktionsstruktur (durch das Wissen des Untersuchers), sondern erlaubt einen Wechsel zwischen nahezu symmetrischen und asymmetrischen Interaktionen zwischen den unterschiedlichen Akteuren, sei es der Untersucher, ein weiterer Arzt, ein Student – allesamt Mediziner – oder aber der Patient als Laie.

#### 6.4 Der Untersucher als Übersetzer

Das vorherige Kapitel befasste sich mit der Versprachlichung des Ultraschallbildes im Allgemeinen und insbesondere durch den Untersucher. Im nächsten Schritt wird nun die Bedeutung des ‚Übersetzers‘ für die Untersuchungssituation analysiert.

Wäre nicht auch eine Befundung durch Computer denkbar?

Erfordert die Produktion und Auswertung technischer Daten, in diesem Fall sonographischer Bilder, überhaupt die Anwesenheit eines Arztes?

„Patient und Arzt geraten [...] durch die Verselbstständigungstendenz der Technologien mehr und mehr ins Abseits. Diagnostische Expertensysteme (‚human-assisted-computer-diagnosis‘) degradieren den Arzt zur Randfigur.“ (Geisler, 1995)

Stanley Reiser geht in seinem Werk *Medicine and the reign of technology* (Reiser, 1978) noch einen Schritt weiter: Die Ärzteschaft habe seiner Meinung

nach nicht nur Angst vor Degradierung, sondern vor dem vollständigen Ersatz vieler ihrer Funktionen durch Maschinen.

Es stellt sich die Frage, inwiefern in der Medizin ein Szenario realistisch denkbar wäre, in dem die Menschen durch Computer ersetzt sind.

Die Betrachtungen im Rahmen dieser Studie haben gezeigt, dass die Interpretation, die Auslegung der technisch-erzeugten Bilder vor allem abhängig vom Vorwissen des Betrachters ist, hinsichtlich der korrekten Befundung also die Erfahrung des Untersuchers die entscheidende Rolle spielt. Geisler spricht in diesem Zusammenhang vom „subjektiven Anteil der Bildauslegung“, der den „klinischen Blick ‚des Erfahrenen‘“ ausmache, „jene bis heute durch noch so aufwendige diagnostische Computersysteme nicht im entferntesten ersetzbare Treffsicherheit des guten Arztes.“ (Geisler, 1993) Der Mensch sei demnach hinsichtlich der Korrektheit und Treffsicherheit dem Computer überlegen.

Allgemeiner formuliert entspricht dieser Aussage auch die Schlussverfolgung, zu der Hubert Dreyfus in seiner Betrachtung *Was Computer nicht können* (Dreyfus, 1989) in der Diskussion der *Grenzen Künstlicher Intelligenz* gelangte: „Niemand weiß oder hat auch nur eine Ahnung, wie die ganzheitliche Organisation der menschlichen Wahrnehmung und die nicht formalisierbaren körperlichen Fertigkeiten des Menschen sich programmieren ließen.“ Die Vorerfahrung, die eine situative Entscheidungsfähigkeit des Arztes in bedeutendem Ausmaß prägt, kann also nicht durch einen Computer simuliert werden.

„Menschliche Absichten [...] steuern und organisieren menschliche Aktivitäten implizit von Augenblick zu Augenblick. Deshalb könnte ein Computer [...] nicht die Flexibilität eines Menschen bei der Lösung eines offen strukturierten Problems zeigen.“ (Dreyfus, 1989)

Eben diese Flexibilität aber ist unersetzlich bei der korrekten Auswertung eines Ultraschallbildes. Der Arzt muss bei der Verarbeitung des Bildeindrucks zusätzlich zu seiner spontanen Wahrnehmung Hintergrundinformationen hinsichtlich der Anamnese und vom Patienten geäußerte Aspekte berücksichtigen, um zu einem zutreffenden Befund zu gelangen, der sowohl

zum Gesamtbild des Krankheitsprozesses als auch zur aktuellen Erscheinung des individuellen Krankheitsbildes passt.

Fritz Böhle befasst sich in seiner Studie *Technik und Arbeit – neue Antwort auf alte Fragen* (Böhle, 1998) mit dem Phänomen ‚Erfahrungswissen‘. Er entwickelt das Konzept des „subjektivierenden Arbeitshandelns“, beziehungsweise die Unterscheidung zwischen einem systematisch-planmäßigen wissenschaftlich geleiteten ‚objektivierenden Arbeitshandeln‘ einerseits und einem sinnlich-wahrnehmenden, erfahrungsgeliteten, subjektivierenden Arbeitshandeln andererseits.

Dieses ‚subjektivierende Arbeitshandeln‘ definiert meines Erachtens zutreffend die unverwechselbaren, unersetzlichen Eigenschaften des Sonographie-Arztes.

Böhle siedelt des weiteren die Grenzen von Technisierung „im Bereich des Sozialen, des Kulturellen beziehungsweise dessen, was als das ‚eigentlich Menschliche‘ gilt“ (Böhle, 1998), an. Die Erwähnung der sozialen Komponente, des ‚Menschlichen‘, weist auf die Bedeutung der Anwesenheit des Arztes für den untersuchten Patienten hin.

Erkenntnisse aus der Betrachtung der jeweiligen Bildeindrücke und in diesem Zusammenhang der Versprachlichung der Abbildungen durch den Arzt (Kapitel 6.2 und 6.3) zeigen, dass es für den Kranken unendlich schwieriger wäre, ohne die Übersetzung Zugang zum Bild zu erhalten. Mangelndes Verständnis und die Unfähigkeit zur Deutung von Untersuchungsergebnissen ohne ärztliche Hilfe erschweren folglich die Integration dieser Geschehnisse, vor allem der Momentaufnahme des Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustands, in die soziale und psychische Wirklichkeit des Patienten. Dieser Aspekt spielt für das weitere ‚Leben‘ mit dem Befund, sozusagen der für die Zukunft richtungsweisenden Aufnahme, eine entscheidende Rolle.

Außer der Übersetzerfunktion des Arztes ergibt sich aus dessen Anwesenheit auch die Chance, als ‚Bezugsperson‘ für den Patienten zu fungieren.

Die nicht alltägliche Situation der Sonographie-Untersuchung löst doch in der Regel beim Untersuchten Angst oder zumindest Unwohlsein und Unsicherheit

aus. Im Falle der rein-maschinellen Befundung wäre der Patient mit der Bewältigung dieser Problematik alleingelassen.

Abschließend kann man also festhalten, dass sowohl für die korrekte Befundung als auch für die adäquate Information des Patienten über das Geschehen und die Ergebnisse sowie dessen persönliche Betreuung die Anwesenheit des Arztes unerlässlich ist.

Nichtsdestotrotz ist die Relevanz der Technik für die Sonographie zu betonen, jedoch „[d]ie Verstärkung und Erleichterung menschlicher Arbeit, nicht aber deren Ersetzung ist hier das Ziel von Technik [...]“ (Böhle, 1998)

„Mensch und Computer sind gemeinsam zu Dingen fähig, die keiner von beiden allein erreichen könnte.“ (Rosenblith, 1989)

## 6.5 Die Macht des Bildes

„Bilder sind mächtig, sie dringen in den Menschen ein (,Ein-Bildung'), sie sind mehr als visuelle Information, denn sie können Gutes wie Böses bewirken.“ (Geisler, 1993)

Auf welcher Eigenschaft beruht diese Macht?

Die non-verbale Kommunikationsmittel – dieser Gruppe ist das Bild zuzuordnen – zeichnen sich dadurch aus, beim Empfänger eine automatisch ablaufende Reaktion hervorzurufen.

Lebewesen sind „programmiert“, auf bestimmte visuelle Signale in einer Weise zu reagieren, die der Erhaltung der Art nützlich sind.“ (Gombrich, 1984)

Diese Reaktionen verlaufen reflexartig und unbewusst. Das Phänomen, dass visuelle Eindrücke unmittelbar Emotionen auslösen, wurde schon in der Antike beobachtet und von den Gelehrten untersucht.

Viele Völker nutzten als Schriftzeichen ursprünglich Bilder. Diese ‚Bilder-Sprache‘ ist für uns auch heute noch relativ gut zu deuten, so dass wir Teile des vor langer Zeit Geschriebenen lesen können, ohne die eigentliche Sprache dieser Völker zu kennen. Im Gegensatz dazu sind wir nicht in der Lage, eine



fremde Sprache zu entschlüsseln, die sich der Buchstaben bedient. Derart Geschriebenes bleibt uns fremd, in keiner Weise ist für uns die Bedeutung zu erahnen.

„Der wirkliche Wert eines Bildes liegt aber in der Möglichkeit der Übermittlung von Informationen, die sich in kein anderes Buchstabensystem übertragen lassen.“ (Gombrich, 1984)

Auf dieser Eigenschaft des Bildes – sozusagen als universeller Sender – ganz bestimmte Informationen zu übertragen, basiert also seine Macht, eine Macht, die bisweilen unheimlich erscheint, bedingt sie doch eine Ohnmacht, sich vor dem Bild zu verschließen.

Im alltäglichen Leben beeinflussen uns überall Bilder, meist unbewusst, man denke an die Werbung, an Plakate, an die Wahrnehmung des Umfeldes, dass sich aus Bildern zusammensetzt. Bewusst lassen wir sie auf uns wirken bei der Konzentration auf Kunstausstellungen, Theater oder aber viel häufiger einfach beim Fernsehen oder vor dem Computer, den modernen visuellen Medien des Alltags.

Vilém Flusser äußert sich kritisch bezüglich der ‚Bilder in den neuen Medien‘. Als „entsetzliches Moment“ an der Bilderflut konstatiert er, „dass wir die weitaus meisten Erlebnisse, Kenntnisse, Urteile und Entscheidungen den Bildern zu verdanken haben, dass wir demnach von den Bildern existentiell abhängig sind“. (Flusser, 1995)

Beispielhaft für die vielfältige Gefahr dieser Beeinflussung durch die Bilderflut sei die Manipulation des Schönheitsideals durch die Medien erwähnt. Besonders tragisch ist der infolgedessen auftretende Schlangheitswahn, der nicht selten zu Essstörungen führt oder gar zu Schönheitsoperationen, die mitunter ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen. Aber auch bezüglich kleinerer unauffälliger Aspekte, wie der modernen Haarfrisuren, bestimmter Statussymbole oder Kleidung prägen die Bilder der jeweils aktuellen Medien die ‚Modeerscheinungen‘ der Zeit.

Der Einfluss des Bildes, seine Macht, erfordert aber durchaus eine ambivalente Betrachtung, lassen sich nämlich eindeutig positive Charakterzüge dieses

Kommunikationsmittels beschreiben. Vor allem die Chance der universellen Verständigung mit Hilfe visueller Signale, deren Einfachheit aber zugleich Treffsicherheit weder Sprache noch Schrift erreichen können, sei hier zuerst betont. Die Bilder sind selbst codiert und liefern zugleich den Code ihrer Entschlüsselung, bzw. sind sie uns vertraut, da sie ohne diese Eigenschaft nicht diese Treffsicherheit erzielen würden.

Außerdem ermöglichen Bilder das Festhalten von Momenteindrücken, sei hier die Jahrtausende alte Höhlenmalerei genannt, die zum Beispiel Szenen der Jagd oder die Ausübung traditioneller Bräuche ‚konserviert‘ – Material, das der Nachwelt wichtige Informationen überliefert, Methoden zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen an die Menschheit darstellt, zusammengefasst sowohl Kunst als auch Wissen vermittelt.

Die modernen technisch erzeugten Bilder der Gegenwart dienen der Dokumentation, sowie dem Sammeln von Erinnerungen sei es in Form von Fotos, Videos oder in den Computer eingescannter Bilder.

‚Wo das Wort versagt, kann häufig noch das Bild weiterhelfen‘, wobei hier nicht die oben genannte mangelnde Verständigung aufgrund von Defiziten in der Beherrschung einer bestimmten Sprache gemeint ist, sondern aus den unterschiedlichsten Gründen generell eingeschränkte Kommunikation.

Als Beispiel sei hier auf die von Monika Begemann-Deppe gemachten Erfahrungen im Rahmen einer psychiatrisch orientierten Studie hingewiesen. Sie nutzte nämlich die in unterschiedlichen Stadien einer Schizophrenie-Erkrankung angefertigten Zeichnungen einer jungen Patientin, um daraus Hinweise über die psychische Verfassung der Künstlerin zum jeweiligen Zeitpunkt zu gewinnen. Da verbale Kommunikation mit der Patientin aufgrund ihres Zustandes nicht möglich war, bildete dieser Weg die einzige Chance, Informationen darüber zu erhalten, wie die Patientin sich und ihr Umfeld wahrnahm – der entscheidende Faktor für die Entwicklung ihrer Erkrankung – zeigten die Bilder doch jeweils die Künstlerin selbst in verschiedenen Situationen und Entwicklungsstufen. (vgl. Begemann-Deppe 1993)

Wie wirkt sich die Macht der Bilder auf die Medizin, insbesondere die Ultraschalluntersuchung aus?

Der Einsatz bildgebender Verfahren erweitert das Sichtfeld des Mediziners erheblich.

„Die Wahrnehmung des menschlichen Körperinneren wird bildtechnisch unterstützt.“ (Kaupen-Haas, 1994)

Abgesehen von Studien der Anatomie, die dem Mediziner nach dem Tode eines Menschen Einblick in dessen Inneres gewährten, ermöglichten erst viele hundert Jahre später die bildgebenden Verfahren diesen Einblick in den lebenden Patienten. Eine bislang unvorstellbare, undenkbare Perspektivenerweiterung läutete den Beginn einer neuen medizinischen Ära ein:

Die Abbildung und Deutung von Organsystemen bildete die Grundlage für erhebliche Fortschritte in der Diagnostik sowie in der medizinischen Forschung. Vermutungen über morphologische Veränderungen im Zuge bestimmter Erkrankungen konnten plötzlich durch genaue Beobachtungen der Abbildungen überprüft, bestätigt oder dementiert werden. Verläufe ließen sich verfolgen, der Vergleich von Klinik, also dem äußeren Erscheinen eines Patienten, und morphologischem Korrelat lieferte neue Anhaltspunkte für Diagnose und Therapie. Es entwickelte sich der Zweig der Radiologie als neuer Fachbereich der Medizin, der sich auf die Herstellung, Deutung und Bewertung dieser Bilder spezialisierte.

Neben den ohne Zweifel überwiegenden Vorzügen und Chancen, die diese technisch erzeugten Bilder lieferten, einem nicht mehr wegzudenkenden Gewinn für die moderne Medizin, müssen sie dennoch kritisch betrachtet werden.

Bei den erzeugten Bildern handelt es sich, wenn sie auch noch so klare und brillante Abbildungen darstellen, doch nur um ‚Teilansichten‘ des Menschen. Die Macht dieser Bilder aber besteht darin, den Blick des Arztes auf sich zu ziehen, während dieser das Gesamtbild des Patienten immer mehr aus den Augen verliert. Die perfekte Auflösung ins Detail vermag die Aufmerksamkeit des Arztes völlig zu bannen.

„[D]ie medizinischen Bilder abstrahieren [zudem, Einschub der Verfasserin] von den sozialen Wirklichkeiten der Patienten und der sozialen Bedingtheit von Krankheiten.“ (Kaupen-Haas 1996)

Aber auch auf diesem Gebiet lässt sich dem negativen Aspekt dieses ‚Abbildens‘ ein positiver gegenüberstellen. In Gestalt des Bildes liegt nämlich ein für Arzt und Patient sichtbares Korrelat der Erkrankung vor, auf das sich nun das Gespräch beziehen kann. Vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das visuelle Medium für den Laien eher greifbar ist als rein verbale Information, und der Chance, die die Versprachlichung durch den Untersucher bietet, (s. Kapitel 6.1 – 6.4) erleichtert das Bild also im Zuge der Übersetzung die Verständigung zwischen Arzt und Patient.

Häufig scheint es sogar den Wissensabstand zwischen Experten und Laien zu verringern, indem es wichtige medizinische Zusammenhänge für den Patienten verständlich macht.

Auf diesem Wege verliert eine bedeutende Ursache der asymmetrischen Beziehungsstruktur, die vor allem auch situationsbedingt ist, an Relevanz. Natürlich besteht auch weiterhin eine klare Diskrepanz hinsichtlich des Wissens – die Expertenmacht verbleibt entsprechend auf Seiten des Arztes – der Einblick, den der Patient erhält, schafft dennoch eine veränderte Kommunikationsbasis: Die Position des Patienten kann sich von einem eher passiven Erdulden der Untersuchung hin zu aktiver Teilnahme am Geschehen, zur wechselseitigen Kommunikation zwischen ihm selbst und dem Untersucher verschieben.

Unter den vierzig beobachteten Untersuchungssituationen belegen zahlreiche Beispiele diese Hypothese. Anhand der Diskussion von auf dem Monitor sichtbaren Strukturen entsteht zwischen Arzt und Patient lebhaftere Kommunikation, die sich nicht nur für den Patienten als äußerst nützlich erweist, erhält doch auch der Untersucher wichtige Hintergrundinformationen, da sich der Patient durch diesen Austausch häufiger zu freiem Reden veranlasst zu sehen scheint.

## 6.6 Aufklärung im Rahmen der Untersuchungen

In zahlreichen Studien im Rahmen der Visitenforschung wurde das ‚Verstummen‘ des Patienten in der Stationsvisite sichtbar gemacht, also dort, wo Arzt und Patient täglich im Patientenzimmer zusammentreffen und eigentlich der Hintergrund für Kommunikation gegeben wäre.

Kommunikation findet allerdings mehr über den Patienten statt – zwischen Ärzten untereinander sowie mit dem Pflegepersonal – als dass der Patient selbst daran teilnimmt.

„Im Zentrum der Visite steht die Diagnose und Therapie sowie die Dokumentation der Krankheitsbilder.“ (Kaupen-Haas, 1994)

Nebenbei findet häufig Ausbildung im Sinne von Modell-Lernen statt, wobei Famulanten, Studenten im Praktischen Jahr oder einfach weniger erfahrene Ärzte von Kollegen befragt, geprüft oder kontrolliert werden oder aber direkte Erklärungen in einer unterrichtsähnlichen Situation vermittelt werden.

Im Rahmen der Visite sollte jedoch auch die adäquate Aufklärung der Patienten erfolgen.

Die Visite bildet den „ [...] Schnittpunkt von naturwissenschaftlicher Technologie, Psychosomatik, Pflege und Ausbildung [...].“ (Kaupen-Haas, 1994) Bedenkt man nun die zeitliche Begrenzung der Visite – in der Zusammenfassung einiger Studien dauerte die durchschnittliche Visite bei einem Patienten zwischen drei und vier Minuten – wird klar, dass es sich um eine „strukturell überladene Arbeitsaufgabe“ (Siegrist, 1995) handelt.

Aus diesem Grund wird die Visite nur selten allen von ihr erwarteten Aufgaben gerecht. Wie bereits erwähnt fällt diese ‚Einschränkung‘ bedauerlicherweise zu Ungunsten der Patientenorientierung aus.

Inwiefern ist in diesem Rahmen eine adäquate Aufklärung des Patienten möglich und gewährleistet?

Unter Berücksichtigung der Ausführungen von Fritz Hartmann *Über die Wahrhaftigkeit des Arztes gegenüber Kranken* (Hartmann, 1997) muss diese Fragestellung gar zugespitzt werden. Für die optimale Zusammenarbeit

zwischen Arzt und Patient sei die notwendige Voraussetzung die Verständigung, nicht nur die einseitige Aufklärung; Verständigung im Sinne von „informed consent“: einsichtigem Zustimmungsverhalten, das nur zu verwirklichen sei, wenn der Patient verstehe, „was von den Ärzten gesagt und seinem Körper verordnet wird, und er muss es beurteilen (,diagnoskein’) können. All das muss er verstehen, soweit es von einem Laien zu erwarten ist.“ (Ausschnitt aus der Hippokratischen Schrift *De affectionibus – Über die Krankheiten*, vgl. Hartmann, 1997)

Diesem Anspruch wird der Dialog zwischen Arzt und Patient während der Visite sicherlich nur in den wenigsten Fällen gerecht.

Die neuen bildgebenden Verfahren und unter ihnen insbesondere die Ultraschalluntersuchung, bei der die Anwesenheit des Arztes obligat ist und den gesamten Untersuchungszeitraum andauert, bieten eine weitere Gelegenheit für Arzt-Patient-Kommunikation außerhalb der Visite. Während der sonographischen Untersuchung eines Patienten offenbart sich eine Chance – basierend auf durch Einbeziehung des Bildes erleichterter Verständigung – eine bessere Umsetzung der Aufklärung zu erzielen. Auch der Aspekt des körperlichen Kontakts, der Schallkopf als ‚aufgelegte Hand’ des Arztes, kann abhängig von personellen und untersuchungsspezifischen Faktoren der Optimierung der Aufklärungssituation dienen, da sie die Funktion der Generation von Vertrauen erfüllen kann.

Im Vorfeld besteht allerdings „ [...] die Notwendigkeit einer entsprechenden Organisation der professionellen Abläufe und Arbeitsteilungen des Krankenhauses [...] “. (Kaupen-Haas, 1996)

In der Regel ist nämlich der behandelnde Stationsarzt zuständig für die Aufklärung des Patienten. Führt dieser zugleich die Ultraschalluntersuchung durch, ergibt sich sozusagen direkt die Möglichkeit der Aufklärung. Handelt es sich beim Untersucher jedoch um einen anderen Arzt – in dieser Studie spezialisierten Fachärzten der Radiologie – müssen Absprachen bezüglich der Aufklärungskompetenzen und spezifischer Zuständigkeiten erfolgen.

Der Umgang der beobachteten radiologischen Abteilung mit der Problematik – sicherlich ein auf den Stil des Hauses zurückzuführender Weg – zeigt, dass bei gegebener Voraussetzung (dem Untersucher wird die Aufklärungskompetenz für die jeweiligen Ergebnisse übertragen; er nimmt diese Gelegenheit nach eigenem Ermessen wahr) eine patientenorientierte Aufklärung nicht nur möglich, sondern auch ausgesprochen sinnvoll erscheint.

Vor allem der Chefarzt, aber auch die Oberärztin klären die Patienten adäquat über Befunde auf, sie ‚erklären‘ das Geschehen anhand der Bilder. Der Facharzt hält sich dagegen bisweilen zurück und verweist auf die Aufklärung beziehungsweise Erklärung durch den Stationsarzt.

Hervorzuheben ist außerdem auch die Qualität dieses der Aufklärung dienenden Dialogs, zeichnet er sich doch durch besondere Patientenorientierung aus. In diesem Zusammenhang bedeutet Patientenorientierung vor allem auch eine Anpassung des Vorgehens an den jeweiligen Patienten, an dessen individuelle Eigenschaften, die aktuelle Stimmung und situationsbedingte Faktoren.

Abgesehen von der Personenbezogenheit prägt natürlich auch das Krankheitsbild das Verhalten des Arztes, jedoch nicht auf die Art, die bei der reinen Fallorientierung zu beobachten ist. Anstelle der Befolgung eines bestimmten Vorgehens-Schemas gemäß der vorliegenden Krankheiten – abhängig von individuellen personenbezogenen Faktoren des Patienten bei der Fallorientierung – rückt hier ein Vorgehen in den Vordergrund, bei dem die jeweilige Erkrankung lediglich einen groben Rahmen absteckt, den entscheidenden Inhalt dagegen die primäre individuell ausgerichtete Patientenorientierung bildet.

„Jeder Patient wird so aufgeklärt, wie es für ihn am besten ist.“ (Zitat des Chefarztes)

Diese Aussage verbalisiert den Anspruch des Arztes, bei der einzelnen Untersuchung patientenorientiert vorzugehen. Sie verschafft allerdings ebenfalls Klarheit darüber, dass die Kriterien des Handelns vom Untersucher selbst bestimmt werden. In diesem Sinne kann sie demnach ein Beispiel

darstellen für die weiterhin geltende ärztliche Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht.

Vor geschildertem Hintergrund scheint die Zuordnung dieses Machtgefüges jedoch keineswegs negativ und hinderlich auf dem Wege zu sinnvoller Kommunikation und adäquater Konfliktbewältigung. Stattdessen erweist sich diese Verteilung von Zuständigkeiten und Befugnissen – sicherlich in Abhängigkeit von dem Charakter der Umsetzung – eher als förderlich für möglichst optimale Patientenorientierung.

Die optimalen Voraussetzungen für das Erreichen eines ‚informed consent‘ sind also gegeben, das Bild dient als nachweisbar geeigneter Leitfaden und Stütze für die Kommunikation. Außerdem trägt es zur Erleichterung des schweren Unterfangens bei, wechselseitige Verständigung und gegenseitiges Verstehen zu erreichen.

Als Fazit dieser Betrachtung lässt sich schließlich festhalten, dass im Rahmen der Ultraschalluntersuchung ein Austausch zwischen Arzt und Patient möglich ist, der die zeitlich knapp bemessene Visite ergänzen kann.

Außerdem wurde aufgezeigt, dass dieser Dialog bezüglich der tatsächlichen ‚Verständigung‘ aufgrund seines zuvor ausführlich erläuterten Charakters erhebliche Vorteile gegenüber der Situation in der Visite aufweist. Daher scheint er auch einen besser geeigneten Rahmen für die Aufklärung des Patienten, zumindest eine ernst zu nehmende Alternative dar zu stellen.

In einer weiteren Studie könnte man Patienten nach deren Erfahrung mit der Aufklärung parallel zu einer Ultraschalluntersuchung befragen und dieselben Patienten diese Erfahrung mit der in der Visite vermittelten Information vergleichen lassen.

Eine andere Möglichkeit wäre es, bei zwei vergleichbaren Patientenkollektiven jeweils eine dieser beiden Vorgehensweisen zur Aufklärung konsequent einzusetzen, um im Anschluss die Ergebnisse zu vergleichen.

In diesem Kontext böte sich sicherlich auch der Einsatz einer Zufriedenheitsskala an, um einen für die Auswertung verwendbaren Parameter bestimmt zu haben.



Auf diesem Wege ließe sich die Hypothese hinsichtlich der Eignung einer Ultraschalluntersuchung als Hintergrund für ein Aufklärungsgespräch prüfen. Die Beurteilung durch Patienten und hier primär die Patientenzufriedenheit stellen in diesem Zusammenhang schließlich ein sinnvolles Kriterium dar.

Außerdem wäre eine entsprechende Befragung der Ärzte nötig, wobei ebenfalls unterschiedliche Versuchsanordnungen denkbar wären.

Das Gesamtergebnis der Ergebnisse beider Studien – die Zusammenfassung der Beurteilungen aus Arztsicht und aus Patientensicht – führte letztendlich zu einer relativ guten Abschätzbarkeit des tatsächlichen Werts der Ultraschalluntersuchung für die Realisierung adäquater Patientenaufklärung im klinischen Alltag.

Verallgemeinernd ließen sich Rückschlüsse ziehen auf die Chance bildgebender Verfahren in diesem Zusammenhang.

## 6.7 Bewältigung der Aufgabenvielfalt durch den Untersucher

Die Analyse der Ultraschalluntersuchung als Begegnung zwischen Arzt und Patient, eingebettet in den klinischen Alltag, weist auf die zahlreichen Einzelaspekte hin, aus denen sich der ausgesprochen vielseitige Anforderungskatalog des Untersuchers zusammensetzt:

1. korrekte „real-time“-Diagnostik im Rahmen der Ultraschalluntersuchung:
  - a) Erzeugung der Bilder
  - b) Interpretation
2. Übersetzung der Bilder für Kollegen oder Auszubildende (s.6.3 / 6.4)
3. Übersetzung der Bilder für den Patienten (s.6.3 / 6.4)
4. Kommunikation mit dem Patienten:
  - a) Anamnese, Hintergrundinformationen
  - b) Untersuchungsanweisungen an den Patienten
  - c) Beantwortung von Fragen, Erklärungen; Beruhigung
  - d) „allgemeine“, rahmende Kommunikation
5. Aufklärung (siehe 6.6)

6. Funktion als Bezugsperson in einer für den Patienten ungewohnten und belastenden Situation

Für um ein Vielfaches erschwerte Bedingungen sorgt außerdem noch die Tatsache, dass eine jede Untersuchung ihren eigenen Charakter hat, wie schon an der in dieser Studie betrachteten relativ kleinen Anzahl von vierzig unterschiedlichen Untersuchungssituationen deutlich erkennbar ist.

Es ergibt sich die Notwendigkeit der Reaktion auf:

7. individuelle Besonderheiten des jeweiligen Patienten
8. spezifische Befunde und deren Bedeutung
9. situationsbedingte Besonderheiten

Wie schafft es der Untersucher, diese Aufgabenvielfalt zu bewältigen?

Vor allem unter Berücksichtigung des Aspekts der gewünschten „Patientenorientierung“ scheint eine erfolgreiche Lösung ausgesprochen schwierig, wenn nicht gar unmöglich zu sein.

Anhand der Vorgehensweise des Chefarztes im Rahmen dieser Studie wird im folgenden versucht, Klärung bezüglich dieser Frage zu erlangen.

Die Analyse der spezifischen Eigenschaften dieses, wie bereits erwähnt, sehr erfahrenen Untersuchers zur Bewältigung der an ihn gestellten Anforderungen kann zumindest die Darstellung einer bewährten Lösungsstrategie leisten, scheint doch in diesen Beispielen kompetente Diagnostik mit einer hohen Patientenzufriedenheit einherzugehen.

Die starke Patientenorientierung gelingt dem Untersucher durch individuelles Aushandeln der jeweiligen Situation unter Berücksichtigung aller relevanten Faktoren. Der Anspruch, das Gespräch so zu gestalten, „wie es für den jeweiligen Patienten am besten ist“ (Aussage des Chefarztes), prägt sein Vorgehen.

Bei genauer Betrachtung dieses individuellen Aushandelns im Einzelfall und schließlich dem Vergleich der von ihm geführten zwanzig Untersuchungen, wird jedoch deutlich, dass er mit System auf eine Anzahl bestimmter Reaktionsmuster zurückgreift. Der Untersucher wechselt gekonnt zwischen instrumenteller, kognitiver und emotionaler Ebene. Er zeigt hohe Flexibilität in der Anwendung der verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten und Vorgehensweisen, die sein vielfältiges Repertoire umfasst.

Dieser sich hier darstellende Katalog von verschiedenen Ebenen der Gesprächsführung, der flexible „switch“ zwischen diesen Ebenen sowie bestimmte Verhaltenseigenarten, die im Folgenden ebenfalls Erwähnung finden werden, weisen Parallelen auf zu Ergebnissen der Kleingruppenforschung. (vgl. Parsons, Bales u. Shils, 1953)

Die Autoren dieser Studie ordnen das beobachtete Verhalten den folgenden Kategorien zu:

1. instrumental-adaptiver Aufgabenbereich (Antwort – Frage)
  - a) Orientierung, Information, Wiederholungen, Bestätigungen
  - b) Meinung, Evaluation, Analyse, Gefühle, Wünsche
  - c) Vorschläge, Verhaltensempfehlung
  
2. expressiv-integrativer, sozial-emotionaler Bereich (positiv – negativ)
  - a) Zustimmung – Ablehnung
  - b) Entspannung – Spannung
  - c) Solidarität – Antagonismus

Des Weiteren werden die in den Kleingruppen auftauchenden Probleme der jeweilig hauptsächlich relevanten Kategorie zugeordnet:

- 1 a) Probleme der Orientierung
- b) Probleme der Evaluation
- c) Probleme der Kontrolle

- 2 a) Probleme der Entscheidung
- b) Probleme des Spannungs-Managements
- c) Probleme der Integration

Es bietet sich an, Aspekte der vorliegenden Studie in diese Subklassifikation einzugliedern:

- 1 a) Check-up-Untersuchungen
  - b) Krankheitsgefühl
  - c) Vor- und Nachkontrollen, Nachsorge; Leben mit den Untersuchungsergebnissen
- 
- 2 a) diagnostische und therapeutische Entscheidungen
  - b) Entspannung als primäres Ziel des Chefarztes
  - c) Integration der Befunde in die Realität; Akzeptanz medizinischer Realitäten

Dem Ablauf und den situationsbedingten Gegebenheiten der einzelnen Untersuchung folgend, prägt die variable Verwendung dieser Teilbereiche den Prozess der Interaktion. Hierbei findet sich sowohl proaktives als auch reaktives Verhalten:

Proaktives Verhalten von Seiten des Chefarztes lässt sich zum Beispiel in Gespräch 5 beobachten, in dem er sehr ausführlich die Befunde erläutert, ohne dass die Patientin viele Fragen stellt, aber eine offensichtliche Angst und Beunruhigung ihrerseits zu spüren sind, auf die der Untersucher somit eingeht. Vergleichbar proaktiv handelt er auch in Gespräch 7, einer Check-up-Untersuchung, in der er der interessierten Patientin die Untersuchungsabläufe erklärt, wobei diese ihn wiederholt durch Fragen dazu ermutigt.

Reaktives Verhalten hingegen zeigt der Chefarzt in Gespräch 18 (Inhalt: hochgradiger Tumorverdacht), wo er den Coping-Mechanismus der Patientin, nämlich Verdrängung durch übertrieben aktive Kommunikationsführung, zulässt und selbst eher passiv auf bestimmte Anliegen reagiert.

Der Chefarzt lässt sich, den Bezeichnungen aus der Kleingruppenforschung entsprechend, als „Top Man“ benennen, der eindeutig über den Wissensvorteil verfügt.

Er erhält mehr Zustimmung als Ablehnung, ist der „true spokesman and interpreter of the symbol system“ (Parsons etc., 1953) – was sich anhand seiner souveränen Diagnostik sowie begleitenden Erläuterungen in jedem Gespräch ausnahmslos bestätigt.

Ziel seines Vorgehens und unverzichtbar für eine „gelungene“ Untersuchung – nämlich die korrekte Diagnostik kombiniert mit Zufriedenheit des Patienten – ist die Herstellung eines Gleichgewichts bis zum Ende der Untersuchung. Dieses Gleichgewicht ist abhängig von vielen Faktoren und stellt sich als komplexer Prozess dar, zumal es im Verlauf ständig gestört und wiederhergestellt wird. (Parsons etc., 1953)

Die Klärung von Unklarheiten und die adäquate Aufklärung, die Lösung von Konflikten und das „Auffangen“ des Patienten in eventuell auftretenden Problemsituationen dienen hierzu gleichermaßen der Spannungsreduktion wie es lockere Kommunikation und häufig auftretendes „Entspannungslachen“ tun. Als ausgesprochen interessantes Beispiel stellt sich Gespräch 8 dar, in dem das sehr harmonische Gespräch durch den Verdacht auf eine alkoholbedingte Leberveränderung umschlägt in einen Konflikt, den der Chefarzt durch geschickte Erklärung zu beseitigen vermag und schließlich harmonische Kommunikation wiederherstellt. (vgl. Kapitel 5.2) Sowohl in diesem Beispiel als auch in vielen anderen Gesprächen streut der Chefarzt immer wieder kleine Scherzchen ein und bringt den Patienten zum Lachen. Außerdem gibt er Anweisungen häufig in der Tonlage eines gewissen ‚Sing-Sangs‘, was zu deutlicher Auflockerung der standardisierten Situation führt. Mit Hilfe des Einsatzes von ‚Small-talk‘ generiert der Chefarzt Vertrauen für den weiteren Verlauf des Gesprächs (Beispiele 3, 8, 17)

Für die allgemeine Zufriedenheit des Patienten sowie für eine „angenehme Atmosphäre“ erweist sich außerdem der emotionale Bereich als unumgänglich, in diesem insbesondere das nötige Überwiegen positiver über negative Reaktionen (Parsons etc., 1953), vor allem dann, wenn Zustimmung auf

instrumenteller oder kognitiver Ebene zunächst ausbleibt, das System instabil ist. Es wurde nachgewiesen, dass direktives Verhalten auf der instrumentell-adaptiven Ebene häufig negative Reaktionen erzeugt, die schließlich störend auf das Gleichgewicht wirken. (Parsons etc., 1953)

In Gespräch 13 ist aus Gründen der Sprachbarriere ein adäquater Konsens auf instrumentell-adaptiver Ebene kaum möglich; dennoch schafft es der Untersucher durch geschickten Einsatz einzelner verständlicher Erklärungen für die Patientin, vor allem aber durch die freundlich-empathische Atmosphäre, die er herzustellen vermag, ein stabiles System zu schaffen, das insgesamt als positives Beispiel von Interaktion zu bewerten ist.

Gleichgewicht in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wiederherzustellen beruht auf der Methode des „trial and error“.

Der Untersucher in dieser Studie greift beim Auftreten von Schwierigkeiten auf bestimmte Tricks zurück, die ebenfalls in der Vergleichsstudie beobachtet wurden:

Er zeigt Solidarität mit dem Patienten, nutzt die „agreement-Methode“, um sozusagen zunächst einen „Fuß in die Tür zu kriegen“ und erst sekundär seine eigenen Ideen anzubringen. (Parsons etc., 1953)

Der Patient in Gespräch 17 zeigt sich kaum bereit über medizinisch relevante Themen zu sprechen, reagiert wenig auf die Angebote des Untersuchers diesbezüglich. Auf das Gespräch über private Themen, wie Schule, Umzug usw., wobei der Untersucher auf das Vorwissen hinsichtlich der ihm gut bekannten Familie des Patienten zurückgreift, kann sich der junge Patient besser einlassen und beantwortet schließlich auch die Anamnese betreffende Fragen relativ offen, nachdem es der Untersucher geschafft hat, ‚den Bann zu brechen‘ und den Patienten erst einmal überhaupt in ein Gespräch zu vermitteln.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, den sich der Untersucher zunutze macht, ist die jeweilige Betroffenheit des Patienten: Er thematisiert zunächst Beschwerden, die eine Einschränkung des alltäglichen Lebens verursachen und erreicht damit, dass sich der Patient ernst genommen fühlt in seinem Anliegen, um sodann über bestimmte diagnostisch relevantere Aspekte zu sprechen, für die der Patient auf diesem Wege besser zugänglich ist. (vgl. Beispiel 6)

Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass der Untersucher Wert darauf legt, das Ziel positiver Affekte zu sein, er hat den Anspruch als „sociometric star“ (Parsons etc., 1953) aufzutreten, demnach nicht als „Top Man“ negative Affekte auf sich zu ziehen, wie es typischerweise in Kleingruppen beobachtet wurde.

So schafft er es in Gespräch 4, den durchaus vorwürflichen und der durchgeführten Operation anklagend-kritisch gegenüber stehenden Patienten von deren Notwendigkeit und positivem Effekt zu überzeugen. Er übernimmt die Rolle des ‚Aufklärers‘, der dem Patienten als Experte zwar überlegen ist, sein Wissen aber nutzt, um diesem die Sorgen zu nehmen, wodurch er schließlich zum positiv-besetzten ärztlichen Objekt zu werden scheint.

Das Gespräch muss insgesamt als Prozess betrachtet werden, der maximal alle drei Stufen der instrumentell-adaptiven Entwicklung durchläuft (Orientierung, Evaluation und Kontrolle), kann allerdings auf Stufe eins oder zwei verweilen. Die emotionalen Teilbereiche werden variabel hinzugezogen.

Der Abschluss des Gesprächs, die „last minute activity“ (Parsons etc., 1953), wird vom Anspruch geprägt, den Prozess erfolgreich zu lösen, negative Affekte und Reaktionen werden optimalerweise in positive verkehrt.

Der Chefarzt fasst das Ergebnis zusammen, Sorgen bezüglich weiterer Untersuchungen, wie der Koloskopie in Gespräch 9, werden durch beruhigende Erklärung verringert und der Untersucher hilft beim Abwischen des Gels, was als wichtiger, den emotionalen Bereich beeinflussender Faktor zu bewerten ist. Meist richtet der Untersucher zum Abschluss gute Wünsche an den Patienten, bevor er ihn freundlich verabschiedet.

Sicherlich gibt es Ausnahmen in der Gestaltung der Gespräche. Es sei darauf hingewiesen, dass in diesen Fällen das Vorliegen von „Ausnahmsbedingungen“ zu beachten ist. (Parsons etc., 1953)

Als Beispiele können Sprachbarrieren wie in Gespräch 13 (s. oben), kaum zu Kommunikation bereite Patienten wie in Gespräch 37 (Untersuchung durch Oberärztin) oder die Anwesenheit von zwei Untersuchern wie in Gespräch 11 genannt werden

## 6.8 Selbstreferentielle Betrachtung der Wahrnehmung des Medizinstudenten

Als Studentin des ersten klinischen Semesters nahm die Studentin während der Untersuchungsgespräche die Rolle des teilnehmenden Beobachters ein.

Ihr Wissensstand zum Zeitpunkt der Studie entsprach dem eines vorklinischen Studenten:

In diesem Studienabschnitt wird vom Studenten recht ausführlich und detailliert theoretisches Wissen angehäuft – in Anbetracht der Tatsache, dass die Physikumsvorbereitung nicht weit zurück lag, bot das Gelernte also eine breite Basis abrufbarer theoretischer Zusammenhänge bezüglich der Anatomie, Physiologie oder anderer in der Vorklinik angesiedelter Fachgebiete.

Demgegenüber war die klinische Erfahrung als ziemlich gering einzustufen. Die bezüglich des Wissensstandes bestimmte Position ließ sich somit exakt zwischen dem Patienten als Laien und dem Arzt als Experten lokalisieren.

Diese Konstellation bietet die Möglichkeit, die Wahrnehmung des *Studenten zwischen Vorklinik und Klinik* anhand einer Selbstreflexion genauer ins Auge zu fassen. Während der Durchführung der Studie traf, wenn man so sagen will, die Wirklichkeit des studentischen Alltags auf die Wirklichkeit der klinischen Welt.

Für die Analyse der Wahrnehmungen ist eine Unterteilung in drei Gruppen von Eindrücken notwendig, da deren Entstehung und Charakter bezüglich bestimmter Aspekte deutliche Unterschiede aufweist:

1. Erstens sind die Eindrücke zu nennen, die sich der Studentin direkt aus der Untersuchung und der Betrachtung der Strukturen auf dem Monitor boten.
2. Zweitens fand eine Erweiterung oder auch Modifikation dieser Eindrücke durch die Integration von Erklärungen, die der Arzt dem Patienten lieferte, statt.
3. Drittens richtete der Arzt sich mit Erklärungen direkt an die Studentin und beeinflusste somit im Sinne von Unterricht ihre Eindrücke und Erkenntnisse aus der Untersuchung.

Diese Differenzierung lässt die unterschiedliche Bedeutung von Einzelaspekten und spezifischen Sequenzen bei der Entstehung einer Gesamt-Wahrnehmung erahnen.



Zunächst sollen die Typen von Eindrücken bei der Verarbeitung von verbaler Information betrachtet werden:

Bei der Kommunikation auf diesem Kanal ergaben sich für die Studentin nur selten Probleme, dem Gespräch zu folgen und den Inhalt des Gesagten zu erfassen sowie die Information einzuordnen. Interessant war es, zu beobachten, wie der Arzt durchaus angewandtes Fachvokabular, dessen Bedeutung für einen Studenten natürlich verständlich war, für den Patienten übersetzte, erklärte oder für Laien ausführlicher formulierte, um eine adäquate Vermittlung von Information sicherzustellen.

Die Befürchtung, dass das vorklinische Wissen nicht genügen würde, um die Krankheitsbilder zu erkennen und vor allem zu verstehen, zumal häufig nur grobe Vorstellungen existierten, erwies sich als unbegründet. Bezüglich dieses Aspekts ergaben sich nur geringe Schwierigkeiten, keineswegs unüberwindbare Hindernisse.

Der in der Vorklinik angestrebte und weitestgehend realisierte Klinikbezug in Kombination mit den Erfahrungen aus Krankenpflegepraktikum und studentischer Aushilfstätigkeit im Krankenhaus bildeten eine recht solide Grundlage bezüglich häufiger und im Alltag der Klinik typischer Krankheitsbilder.

Aus den Erläuterungen des Arztes für den Patienten wurden der Studentin weitere unbekannte Aspekte zugänglich, so dass schließlich ein relativ umfassender Eindruck der jeweiligen Krankheitsbilder mit ihren Besonderheiten und spezifischer Problematik entstehen konnte.

Direkte Erklärung des Untersuchers an die Studentin lenkten die Aufmerksamkeit auf bestimmte Details, meist eher unauffällige Aspekte eines Befundes, die dem Anfänger kaum auffallen, dem Experten schließlich entscheidende Information für die Diagnostik liefern. Der Blickwinkel wurde somit erweitert, die Wahrnehmung durch diese Anleitung gewissermaßen geschärft, wobei natürlich das Bild auf dem Monitor als Kommunikationsmedium relevant wird (hierzu mehr im folgenden Abschnitt).

Im Rahmen dieser unterrichtsähnlichen Phasen lernte die Studentin außerdem die Bedeutung von Schlagwörtern beziehungsweise spezifischen Symptomenkomplexen in der *Klinik* kennen, die für differentialdiagnostisches Vorgehen unumgänglich sind.

Die Wahrnehmung der Bilder verdient besondere Betrachtung, gilt doch die Ultraschalldiagnostik als ausgesprochen schwierig für Ungeübte.

Diese Analyse befasst sich zunächst einmal ausschließlich mit der Wahrnehmung des erzeugten Bildes, mit der Bedeutung der produzierten Zeichen, die der Abbildung von Körperorganen dienen. Dabei sollte allerdings nicht die Bedeutung der eigentlichen technischen Konstrukteure – gemeint sind der für die Entwicklung des Geräts verantwortliche Techniker und der Sonographie-Arzt – vergessen werden, die maßgeblich an der Produktion dieser zur Diagnostik angefertigten Bilder beteiligt sind. Hier wird also nur der letzte, aber äußerst entscheidende Schritt für die Ultraschalldiagnostik hinsichtlich des studentischen Wahrnehmens, des Erkennens bis hin zu diagnostischen Ansätzen entfaltet.

- Lediglich mit Hilfe des bisherigen Wissens und der Erfahrung stellte sich der Studentin das Ultraschallbild auf dem Monitor auch ohne Erklärung nicht als reines *Grau-in-Grau* dar. Basierend auf anatomischen und physiologischen Kenntnissen aus der Vorklinik war das Erkennen von Strukturen durchaus möglich.
- Unterstützt durch die Zusatzinformation, die aus den Erklärungen des Untersuchers an den Patienten aufgenommen werden konnten, war es nach kurzer Zeit möglich, sicher auch selbständig die Strukturen zu erfassen.

Als ein wenig schwieriger erwies sich die Differenzierung pathologischer Veränderungen, zumal das Fachgebiet der Pathologie, die exakte Thematisierung pathologischer Veränderungen von Organen und Systemen, erst im klinischen Studienabschnitt gelehrt wird.

Mit Hilfe dieser Erklärungen des Arztes an den Patienten,

- vor allem aber anhand von Besonderheiten, auf die der Untersucher aufmerksam machte (vergleichbar der „Beschreibung von Eindrücken ausschließlich anhand verbaler Kommunikation“ weiter oben im Text), machte sich schon nach wenigen Tagen die Entwicklung von Routine in der Deutung von Ultraschallbildern bemerkbar.

Diese Betrachtung der Bildwahrnehmung berücksichtigt lediglich die Perspektive des Studenten. Der Aspekt der Bildwahrnehmung überhaupt und die Übersetzung von Bildeindrücken in verbale Information, deren Verarbeitung schließlich zur Befundung durch den Untersucher gelangt, wurden bereits in einer ausführlichen Analyse, in den Kapiteln 6.1. – 6.4 beleuchtet.

Dort erfolgte außerdem eine Betrachtung der jeweils individuellen Bildwahrnehmung aus der Sicht von Arzt und Patient.

Die Eindrücke des Medizinstudenten, des Anfängers auf dem Gebiet des Ultraschalls – in dieser Situation sogar eines Anfängers auf dem Gebiet klinischer Medizin überhaupt – erweisen sich als erheblich klarer und präziser als im Vorfeld zu erwarten war. Hoffnungen von Seiten der Studentin bezüglich der Möglichkeit, zumindest ein wenig auf den erzeugten Ultraschallbildern zu erkennen, Krankheitsbilder einzuordnen und Zusammenhänge zu verstehen, wurden bei weitem übertroffen. Erwähnenswert ist die Entwicklung von Routine innerhalb eines recht kurzen Zeitraums.

Des weiteren muss unbedingt auf den Aspekt des Modell-Lernens hingewiesen werden, bietet doch das alleinige Beobachten eines Experten auf diesem Fachgebiet erhebliche Vorzüge gegenüber rein theoretischem Lernen. Hierbei erlangen sowohl das diagnostische Vorgehen als vor allem auch der Umgang mit dem Patienten – der in diesem Fall das Untersuchungsobjekt darstellt – erhebliche Bedeutung (ausführlicher dazu Kapitel 6.1 – 6.7).

Beide genannten Teilbereiche beeinflussen den Anfänger sichtlich bezüglich der Weiterentwicklung seiner Fähigkeiten, vor allem aber prägen sie die unausweichliche, bei jedem Untersucher zu erkennende Herausbildung eines persönlichen Stils. Entscheidend hierfür ist, dass der ausbildende Arzt als „gutes Beispiel“, als Vorbild dient, dessen Eigenarten Einfluss auf den zuschauenden Neuling nehmen. Diese Wahrnehmung erfolgt möglicherweise bewusst und veranlasst den Lernenden zur Beurteilung des Beobachteten und resultiert schließlich in der Entscheidung für die Übernahme, das „Abgucken“ bestimmter Verhaltensweisen. Häufiger aber scheint diese Einflussnahme eher unbewusst zu erfolgen.

Anhand der individuellen Eigenarten, sowohl bezüglich des Vorgehens bei der Untersuchung als auch im Umgang mit dem Patienten, lässt sich ein jeder Neuling doch meist seinem Lehrer zuordnen.

Hält man sich nun vor Augen, dass die Ultraschalldiagnostik nicht im Medizinstudium, sondern erst in der Facharztausbildung erlernt wird, dem Studenten somit zunächst kein Zugang zu dieser im Klinikalltag so wichtigen Untersuchungsmethode ermöglicht wird, stellt sich die Frage, ob ihm nicht wichtige Erfahrungen vorenthalten werden. Berücksichtigt man nämlich die Tatsache der schnellen Fortschritte des Anfängers innerhalb weniger Tage, das Erlangen von Routine in der Diagnostik, zumindest bei der Auswertung – wenn auch nicht bei der Bilderzeugung (vgl. Kapitel 2.3) – und betrachtet man die nützlichen Erfahrungen bezüglich typischer Erkrankungen des klinischen Alltags, vor allem aber auch hinsichtlich des Umgangs mit Patienten, so offenbart sich die Chance, die diese Untersuchungsmethode für das Studium der Medizin darstellt: Sie ist in der Lage, einen Verknüpfungspunkt zwischen Vorklinik und Klinik zu bilden, könnte somit eine wichtige Ausbildungshilfe in dieser Phase des Lernprozesses sein.

Außerdem zeichnet sich die Sonographie durch direkten, zusätzlich sehr intensiven Patientenkontakt aus, weshalb sie einen Beitrag zur Erleichterung der so schwierigen Annäherung des Medizinstudenten an den Patienten leisten könnte (vgl. Kapitel 2.3).

In diesem Zusammenhang erweist sich auch die Methodik des Modell-Lernens mit dessen oben geschilderten Vorteilen als ausgesprochen nützlich, erleichtert sie doch offensichtlich die Annäherung an klinische Untersuchungsmethoden. Sie bietet gleichermaßen eine Hilfestellung oder auch einen Leitfaden für den Umgang mit dem Patienten und stellt somit einen wichtigen Schritt zum Erwerb von sozialer Kompetenz für den Studenten dar.

Aus der Addition aller einzelnen Funktionen, die eine Ausbildung in der Sonographie zu einem frühen Zeitpunkt des Studiums zu leisten vermag, resultiert schließlich ein Lernmodell, das eine Möglichkeit bietet, den Prozess der Entwicklung professioneller Kompetenz des werdenden Arztes (vgl. Kapitel 2.3) erheblich zu fördern.

Es stellt sich natürlich die Frage, wie diese Integration der Sonographie in den klinischen Studienabschnitt aussehen könnte. Das Erlernen des Handwerks selbst ist aus organisatorischen, vor allem auch ökonomischen Gründen im Rahmen des Studiums kaum möglich. Außerdem erweist es sich aufgrund der schnell voran schreitenden technischen Weiterentwicklung von Geräten und Untersuchungsmethoden nicht als sinnvoll. Diese „handwerkliche Ausbildung“ geschieht am besten, sobald sie im späteren Beruf benötigt wird.

Für interessierte Studenten allerdings bieten einige Universitäten neuerdings zusätzliche freiwillige Lehrveranstaltungen mit praktischen Übungen in Kleingruppen an, die den Ansatz der frühen Ausbildung – wenn auch nur sehr wenigen Studenten – derzeit bereits ermöglichen. (vgl. Seitz, Weiss, 2002)

Im Gegensatz zum praktischen Lernen der Methode stellen sich die Schulung in der Bildauswertung sowie das Modell-Lernen als sinnvolle, in die klinische Ausbildung des Studenten integrierbare Aspekte dieser Fachrichtung dar.

Geeignet wäre ein Praktikum im Sinne des bedside-teaching in Kleingruppen, das allerdings den durchaus gravierenden Nachteil hat, auf die Interaktion und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient störend einzuwirken. Dieser Einschränkung könnte man begegnen durch den Einsatz einer zur Seite des Untersuchungsraums verspiegelten Fensterwand, durch die eine Beobachtung der Untersuchung möglich wäre oder aber durch den Einsatz von Videogeräten zur Aufzeichnung von Situationen sowie der möglichen „live“-Übertragung mit Hilfe von Kameras in einen anderen Raum. Als Vorbild könnten in der Psychosomatik gesammelte Erfahrungen oder auch die – in einigen Universitätskliniken – in der Endoskopie gelegentlich angebotenen Methoden des bedside-teaching dienen.

Ein weiterer Vorteil dieser früheren Integration der Ultraschalldiagnostik in die Ausbildung zum Arzt wäre, dass nach Beendigung des Studiums, in der Weiterbildung zum Facharzt, die Lernenden auf Erfahrungen aus dem Studium aufbauen könnten, handelt es sich doch um eine Methode, deren Beherrschung entscheidend von Erfahrung und Routine abhängt.

Neue Hoffnungen für eine Umstrukturierung der Ausbildung hin zu früherer Praxisorientierung sowie fächerübergreifender Lehre weckt die aktuelle Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung (Juni 2002). Der Entwurf für das neue „Klinische Curriculum der Universität Hamburg“ (Klinicum, Oktober 2002)

beispielsweise beinhaltet eine Umstrukturierung vom bisher separat stattfindenden Unterricht in einzelnen Fächern hin zu einer Fächerintegration in Form von Themenblöcken, die Einführung verschiedener Blockpraktika ganztägig auf den Stationen oder in Hausarztpraxen sowie den Blockunterricht für drei Monate in einem Wahlfach. In der Liste für mögliche Wahlfächer erscheint auch die *Diagnostische Radiologie*, die schließlich auch die Sonographie umfasst. Die Einführung und Weiterentwicklung dieses Wahlfachs könnte demnach einen entscheidenden Beitrag leisten zu der im Rahmen dieses Kapitels vorgeschlagenen Integration der Sonographie in das Medizinstudium. (vgl. Klinikum, erstes Positionspapier, Januar 2003)

Abschließend soll noch einmal auf die herausragende Bedeutung der Sonographie – es handelt sich, wie gesagt, um das am häufigsten angewendete bildgebende Verfahren – im Klinikalltag aber auch in ambulanten Praxen hingewiesen und das Missverhältnis zu ihrer Rolle im Medizinstudium betont werden.

## 7. Die Studie vor dem Hintergrund der Entwicklung der Medizinsoziologie

### 7.1 Vergleich mit Betrachtungen der 1970er Jahre:

#### 7.1.1 Einleitung:

Der Internist und Sozialmediziner Manfred Pflanz verfasste, wie zuvor für die erste Auflage, auch für die von René König im Jahr 1979 herausgegebene zweite Auflage des *Handbuchs zur empirischen Sozialforschung* das Kapitel über die Medizinsoziologie.

Abgesehen von einer Definition, der allgemeinen Darstellung von Inhalten und Organisation sowie einer kurzen Schilderung der Geschichte dieses Fachgebiets, behandelt der Autor alle relevanten Teilaspekte medizinsoziologischer Forschung. Hinsichtlich der – damals aktuellen – Inhalte und Ergebnisse der Medizinsoziologie in den siebziger Jahren liefert er somit einen umfassenden Überblick.

Im Folgenden werden einige dieser Aspekte der genauen Betrachtung unterzogen, um im Sinne eines Vergleichs der damaligen mit den aktuellen – sich im Rahmen der vorliegenden Studie darstellenden – Begebenheiten und Ergebnisse auf mögliche Entwicklungen und Tendenzen in der Medizin, des weiteren auch in deren Reflexion in der Medizinsoziologie, hinzuweisen.

Gesundheit und Krankheit als Zielphänomene gerichteter soziologischer Bemühungen weisen folgende Besonderheiten auf, die eine augenscheinliche Notwendigkeit diesbezüglicher Forschung sowie die Relevanz einer besonders differenzierten Beobachtung erahnen lassen: „Denn Gesundheit und Krankheit sind nicht Objekte, die der Soziologe vorfindet, bereit von ihm untersucht zu werden, sondern es handelt sich dabei um dynamische Konstellationen, die aus gesellschaftlicher Definition innerhalb eines historischen und sozialen Kontextes entstehen und deshalb ständigem Wandel unterworfen sind.“ (Pflanz, 1979)

Diese Dynamik offenbart sich natürlich nicht nur den forschenden Soziologen, sie prägt vor allem die eigentlichen Akteure, nämlich den Arzt und den

hilfesuchenden Patienten vor dem Hintergrund eines sozialen Umfeldes innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Sie stellt einen gewissen Unsicherheitsfaktor dar.

Aus diesem Grund vervielfachen sich Schwierigkeiten in der ‚alltäglichen Begegnung‘ zwischen Arzt und Patient, vor allem aber in der Diagnostik und auf dem Weg dorthin, die ohnehin aufgrund der inhaltlich in Kapitel 2.2 beschriebenen Bedingungen vorprogrammiert scheinen. Es resultieren Konsequenzen für die Interaktion zwischen den beiden Akteuren, für das gegenseitige Verstehen sowie die Entwicklung von ‚Verständnis‘.

Unter Berücksichtigung der geschilderten Problematik erhält rückblickend die im Rahmen dieser Studie beobachtete Kommunikation zwischen Arzt und Patient – insbesondere das diagnostische Gespräch – erneut Bedeutung. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Kontext der *erfolgreiche Informationsaustausch*, die geglückte klinische Begegnung, die beide Akteure als Realität adäquat wahrzunehmen vermögen – nämlich dann, wenn die Kommunikation funktioniert – und deren thematischer Inhalt hauptsächlich aus der Entscheidung über Gesundheit und Krankheit sowie der individuellen Charakterisierung des jeweiligen Ergebnisses besteht. Über Konsequenzen dieser Begegnung, zum Beispiel dann, wenn der Patient Informationen über eine schlechte Diagnose erhält, vermag dieser Sachverhalt allerdings keine endgültigen Aussagen zu machen, jedoch erscheint es offensichtlich, dass im Falle adäquater Aufklärung im Rahmen ‚geglückter Kommunikation‘ bessere Voraussetzungen für den Patienten bestehen, auch schlechte Informationen zu verarbeiten. Der Umgang mit eben jenen – oben erwähnten – kaum greifbaren Phänomenen ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ erscheint in den vorliegenden Fallbeispielen nicht als unüberwindbare Schwierigkeit, im Gegenteil lassen sich eher positive Ansätze erkennen.



### 7.1.2 Medikalisierung

Pflanz erwähnt in seiner Abhandlung das Phänomen der ‚Medikalisierung‘.

Die Medizinsoziologie fasst unter diesem Begriff „zwei miteinander verwandte Vorgänge in der modernen Gesellschaft“ zusammen. (Pflanz, 1979)

Zum einen sei eine „Ausdehnung des Krankheitsbegriffes auf immer mehr Zustände sozialen oder individuellen Verhaltens“ zu verzeichnen. Als Beispiel nennt Pflanz vor allem die Psychiatrie, die bestimmte Formen sozial abweichenden Verhaltens als Krankheiten definiert. Laut Parsons und Platt (1973) habe die Medizin auf diesem Wege gewissermaßen eine Kontrollfunktion für den Umgang mit bestimmten, die Gesellschaftsstruktur bedrohenden Verhaltensmustern.

In einem zweiten Aspekt bezeichnet Medikalisierung auch die „Ausdehnung des Zuständigkeitsbereichs der Medizin auf immer neue gesellschaftliche Gebiete“. Beschrieben wird eine „Tendenz der Mediziner, sich zu allen möglichen aktuellen Fragen zu äußern [...] Dies alles geschieht *im Namen von Gesundheit und Krankheit*(Zola, 1975).“(Pflanz, 1979)

Diese Medikalisierung bedingt schließlich den Einzug der Medizin in das alltägliche gesellschaftliche Leben. Folglich bewirkt sie eine Bewusstseinsänderung, werden doch die Themen ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ in aller Ausführlichkeit vermehrt öffentlich diskutiert, so dass ‚medizinische Wirklichkeit‘ zu einem Teil ‚alltäglicher sozialer und psychischer Wirklichkeit‘ des Individuums wird.

Diese Tendenz sowie resultierende Auswirkungen lassen sich auch in den Ergebnissen dieser Studie erkennen, insbesondere eine Mikroanalyse der Gespräche bietet diesbezüglich interessantes Beobachtungsmaterial. Es stellt sich folgendes Bild dar:

Aufgrund der Präsenz der Medizin im täglichen Leben, erleichtert sich für das betroffene Individuum der Umgang mit der Situation, sich als Patient im Rahmen einer Untersuchung in der Klinik zu befinden. Vor allem der Faktor des relativ guten medizinischen Vorwissens – ebenfalls Resultat der öffentlich verbreiteten Erörterung medizinischer Themen, sowie Bemühungen um

Aufklärung der breiten Masse und Prävention – spielt eine wichtige Rolle für die Bewältigung dieser für den Patienten als Individuum ungewohnten Situation.

Vorliegende Fallbeispiele haben gezeigt, dass eben diese Wissensbasis und deren Qualität erheblichen Einfluss auf das Erleben einer Untersuchungssituation haben, sowie folglich auf den Umgang mit erhaltener Information und deren Verarbeitung.

Relativ gut informierte Patienten und Patienten mit langer Krankengeschichte sowie etlichen Voruntersuchungen haben demnach Vorteile bei der Integration medizinischer Wirklichkeit in das eigene Wirklichkeitsgefüge, die sich zum einen durch das genannte erlernte Fachwissen für das spezielle, den persönlichen Fall betreffende Gebiet begründen lassen, zum anderen aber auch – entsprechend einem Erfahrungslernen – durch die Gewöhnung an diese schwierige, nicht selten unangenehme Situation und deren Bewältigung. Andere Patienten äußern selbstständig Fragen zu Themen, die sie „von Bekannten gehört“ oder „irgendwo gelesen“ haben.

Die größten Probleme mit der Bewältigung dieser Situation, vor allem mit der Selbstwahrnehmung in diesem ungewohnten Umfeld, zeigen die Patienten, die wenig Vorerfahrung mit dem Zustand, ‚Patient‘ zu sein, gemacht haben, des weiteren aber auch wenig medizinische Information im alltäglichen Leben aufgenommen haben. Sie sind kaum in der Lage, sich selbst in dieses Wirklichkeitsgefüge zu integrieren.

Die Wechselwirkung der Medikalisierung mit dem Auftreten des Patienten in der Klinik müssen – erneut bestätigt durch die Ergebnisse dieser Studie – als bedeutender Aspekt der Entwicklung der Medizin und ihrer Rolle in der Gesellschaft festgehalten werden.

Eine ‚De-Medikalisierung‘ fordernde Kritiker dieser Entwicklung bezeichnen in ihrer Argumentation die Medizin als „gefährliche Einrichtung“ (Illich, 1975) und plädieren für deren „Entprofessionalisierung zugunsten einer Stärkung der Eigenverantwortung und Selbsthilfe“ in der Gesellschaft.

Anhand der zuvor erläuterten Ergebnisse dieser Studie jedoch muss hinsichtlich der Medikalisierung erwähnt werden, dass sie sich durchaus von großem Nutzen erweisen kann für eben diese Bereiche wie „Stärkung der

Eigenverantwortung und Selbsthilfe“, indem sie nämlich das Individuum ausrüstet mit nötigem Wissen und Erfahrungen im Umgang mit der ‚Problematik von Gesundheit und Krankheit‘.

Statt die Bevölkerung, wie von den Kritikern befürchtet, zu entmündigen oder im Rahmen eines ‚medizinischen Imperialismus‘ zu unterdrücken, schafft diese Medikalisierung im Gegenteil gar die Voraussetzung für eine Stärkung des Individuums für die Begegnung mit der Medizin, für eine direkte Begegnung mit dem eigenen Körper, aber auch für die Begegnung mit dem Arzt als Experten dieses für die ‚Laien‘-Gesellschaft schwer zu verstehenden Bereichs. In diesem Zusammenhang lässt sich die Medikalisierung als durchaus positiv bewerten.

### 7.1.3 Medizin als Aktionssystem / Medizin als Ideologie

„Medizin ist ein Verhaltensgefüge, das auf die handelnde Auseinandersetzung mit Störungen der Gesundheit hin orientiert ist.“ (Rohde, 1974)

Vor dem Hintergrund des ständigen sozialen Wandels und der Medikalisierung ist dieses ohnehin ‚bewegliche Aktionssystem‘ permanent Veränderungen unterworfen, die ein hohes Maß an Flexibilität von den Akteuren auf beiden Seiten verlangen. Einen stabilisierenden Rahmen allerdings bildet das Gesundheitssystem, das jedoch gleichermaßen relativ häufig umstrukturiert wird.

Betrachtet man nun einige der hier untersuchten Fallbeispiele, wird deutlich, wie jede einzelne Begegnung auf dem Sektor der Medizin trotz zum Teil vorhandener Parallelen – zum Beispiel hinsichtlich ähnlicher Untersuchungsindikationen oder vergleichbarer Stimmung während der Untersuchung – als individuelles, spontan entstehendes Phänomen zu bewerten ist. Es soll noch einmal betont werden, wie entscheidend situative Faktoren in diesem Zusammenhang sind.

„Die lokale Erzeugung von Wirklichkeit“ (Knorr-Cetina, 1990, vgl. Kapitel 3.3) wirkt als wichtige Komponente mit an der Entwicklung geschilderter Variabilität auf der Basis eines ‚per se beweglichen Verhaltensgefüges‘. Sich in diesem System bewegend Akteure sehen sich folglich konfrontiert mit Schwierigkeiten,

zugleich aber auch mit einer Vielzahl verschiedener möglicher Ansätze, auftauchende Probleme zu lösen und kritische Situationen zu meistern. Als Beispiel kann das analysierte Interaktionsverhalten des Chefarztes gelten.

„Der medizinische Krankheitsbegriff ist auch heute noch ständigem Wandel unterworfen und steht in einem Interdependenzverhältnis zum gesamtgesellschaftlichen Krankheitsbegriff: die in der Gesellschaft herrschenden Ideologien werden durch die wissenschaftliche Medizin ebenso beeinflusst wie umgekehrt die Vorstellungen der wissenschaftlichen Medizin durch Ideologien.“ (Pflanz, 1979)

Diese Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und Medizin führt schließlich dazu, die Medizin gewissermaßen als Ideologie ansehen zu können, eine Ideologie, deren Definition jedoch nur für die gegenwärtige Situation erfolgen kann, berücksichtigt man die Dynamik, den zuvor erwähnten Wandel der Gesellschaft sowie gleichermaßen den Wandel der Medizin.

Pflanz präsentiert zwei Anschauungen hinsichtlich des medizinischen Krankheitsbegriffs, gemäß der damals vorherrschenden Ideologien, die sich zum Teil widersprechen:

„Auf der einen Seite wird in der Krankheit ein unerwünschtes, unerwartetes Ereignis oder Verhalten gesehen, das durch von außen kommende Kräfte bedingt und durch entsprechende Techniken beherrschbar ist und für das der Betroffene nicht verantwortlich gemacht werden kann [...] Auf der anderen Seite wird die Selbstverantwortung auch im gesundheitlichen Bereich betont. Gesundheitsdienliches Verhalten wird zur Norm erhoben, und viele Krankheiten (wie Fettsucht, Lungenkrebs bei Rauchern, Herzinfarkt u.v.a.) werden als Beweis dafür angesehen, dass der Betroffene seiner ‚Gesundheitspflicht‘ nicht genügt hat.“ (Pflanz, 1979)

Bezüglich dieser Thematik sei auf weitere Modelle von Parsons (1951,1958a) und Freidson (1961/1962) sowie deren Diskussion (vgl. Pflanz, 1979) hingewiesen, auf deren differenzierte Betrachtung in diesem Rahmen jedoch bewusst verzichtet wird.

Die zentralen Diskussionspunkte bei der Definition des Krankheitsbegriffs und der zugehörigen Krankenrolle stellen sich folgendermaßen dar:

Eine große Rolle spielen der Aspekt der (Eigen-)Verantwortung und entsprechende Ausnutzung der Krankenrolle im Sinne der Befreiung von dieser aufgrund von Krankheit, zum anderen die Ausdehnung des Zuständigkeitsbereichs der Medizin in verschiedene Gebiete des gesellschaftlichen Lebens. Sowohl Pflanz als auch Freidson und Parsons ordnen dieser Thematik zentrale Bedeutung zu.

Die in dieser Studie beobachteten Personen wurden in drei Kollektive eingeteilt. Entsprechend dieser Einteilung lassen sich unterschiedliche Ausgangssituationen für die Zuordnung der einzelnen Person zu den Zuständen *Gesundheit* und *Krankheit* feststellen. Eine genauere Betrachtung der Kollektive und verschiedener Subklassifikation hinsichtlich der Gültigkeit bestimmter Krankheitsbegriffe erfolgte bereits in den Kapiteln 5.2 und 6.

#### 7.1.4 Die Arztrolle

Nachdem im vorherigen Abschnitt vor dem Hintergrund des ‚Aktionssystems Medizin‘ – basierend auf der Diskussion des Phänomens *Krankheit* – das Augenmerk auf die Kranken- und die Patientenrolle gerichtet wurde, folgt nun die Betrachtung der Rolle des Arztes.

„Jede Person, die auf Grund ihrer Ausbildung eine Tätigkeit im Rahmen des Gesundheitswesens ausübt, die eine bestimmte diagnostisch-therapeutische Sachkenntnis verlangt, hat nach soziologischer Definition die Rolle des Arztes inne.“ (Rohde, 1974; Vgl. Definition der Arztrolle in Kapitel 2.1)

Ergänzt um die nötige spezifische Ausbildung ist eine Abgrenzung zu anderen Rollen auf diesem Sektor möglich.

Freidson zufolge ist die Orientierung des Klinikers, des handelnden Arztes abhängig oder zumindest stark beeinflusst durch Ansichten und Einflüsse aus der Laienwelt. „Außerdem präge die Arbeitsumgebung die Form der Arztrolle weit mehr als die Ausbildung“. (Freidson, 1961/1962)

Primär dient aber eben diese spezifische Ausbildung – das Medizinstudium – zur Vorbereitung auf den Arztberuf. „Einen wesentlichen Teil der Aufgabe der medizinischen Ausbildung“, sehen Merton, Reader und Kendall bereits im Jahr 1957, „in dieser Sozialisation, der Identifizierung des Studenten mit der Sozietät der Ärzte und der Formung einer professionellen Selbstidentifikation“. (Merton, Reader, Kendall, 1957; vgl. Pflanz, 1979)

Es stellt sich die Frage, inwieweit das Studium in der Lage ist, dem Studenten hinsichtlich dieser Aspekte eine Hilfestellung zu bieten.

Die Struktur des Medizinstudiums mit all ihren Modifikationen gilt als vielfach diskutiertes Thema. In Kapitel 2.3 wurde bereits ein Überblick über die Entwicklung gegeben. An diesem Punkt soll noch einmal die vorherrschende Meinung, die am häufigsten geäußerte Kritik an der Struktur des Medizinstudiums zitiert werden, sie lautet: „[...] der Kern der Ausbildung, die klinische Lehre, kommt überall noch zu kurz.“ (Atkinson, 1977) Als Folge dieses Umstands müssen das Erlernen und der Erwerb der wichtigen klinischen Fertigkeiten und Einstellungen erst nach dem Studium, in der Medizinalassistentenzeit oder der Facharztausbildung erfolgen.

Verschiedene Modelle wurden in jüngerer Vergangenheit entwickelt, um eine bessere Vorbereitung auf den Arztberuf während des Studiums zu erreichen. Dieser Prozess ist gegenwärtig noch nicht abgeschlossen.

Die vorliegende Studie kann zeigen, dass in diesem Zusammenhang die Ultraschalluntersuchung erhebliches Potential hat, zur klinischen Ausbildung des Medizinstudenten schon in relativ frühen Studienabschnitten beizutragen (vgl. Kapitel 6.8)

#### 7.1.5 Der Arzt als Vermittler

„Die Kluft zwischen Laiensystem und professionellem System wird heute immer größer, mit der Folge einer schlechteren Interaktion zwischen Arzt und Patient und einer Vergrößerung der oben erwähnten Missverständnisse und Konflikte.“ (Pflanz, 1979) Dem Arzt werde die „Vermittlerrolle“ zwischen diesen Systemen zugeschrieben. (Rohde, 1974, vgl. Pflanz, 1979)

Ein Beispiel dafür, wie diese Vermittlerrolle Gestalt erhält, liefert die im Rahmen dieser Studie zu beobachtende Übersetzung des Ultraschallbildes für den jeweiligen Patienten durch den Untersucher. Sicherlich stellen sich hier nur bestimmte Beispiele und eine individuelle Vorgehensweise in einem spezifischen Fachgebiet dar, keine universell gültige Beschreibung dieser sehr heterogenen, nicht klar definierten Funktion des Arztes.

Diese Kluft – um auch die negative Seite dieses Aspektes aufzuzeigen – kann der Arzt sicherlich auch nutzen, um Distanz zum Patienten zu wahren, oder er vergrößert sie gar „zu seinem Schutz und zu seiner Bequemlichkeit“. (Rohde, 1974)

Zur Frage, ob „die Sonderstellung des Arztes mehr auf seiner technischen Expertenrolle oder auf der ihm zugeschriebenen charismatischen Autorität basiert“ (Pflanz, 1979), kann anhand vorliegender Ergebnisse keine eindeutige Aussage gemacht werden, bilden sich doch in unterschiedlichen Einrichtungen spezifische, von den beteiligten Personen sowie dem bestimmten Umfeld individuell ausgehandelte Varianten und Konstellationen eines hierarchischen Gefüges. Die Rolle des Arztes innerhalb des medizinischen Systems erfährt folglich eine individuelle Prägung durch die jeweils beteiligten Akteure. Des weiteren ist sie als Teil dieses Systems permanent Veränderungen und Neuerungen unterworfen, dem Wandel in der Medizin folgend. (Vergleich Kapitel 7.1.3)

#### 7.1.6 Die Arzt-Patient-Beziehung

Nach der einzelnen, voneinander losgelösten Betrachtung der Rollen von Arzt und Patient rückt nun die Arzt-Patient-Beziehung in den Blickpunkt.

Verschiedene Modelle versuchen diese Dyade zu charakterisieren. Szasz und Mitarbeiter (1956, 1958) weisen auf die drei folgenden Komponenten hin.

1. Aktivität – Passivität;
2. Leitung – Kooperation
3. wechselseitige Teilhabe

Vorliegende Studie bestätigt, dass sich alle drei Aspekte als ‚Maßstäbe‘ für die Analyse der Beziehung erweisen. Im Einzelfall variiert lediglich ihre Gewichtung.

Auf diesem Wege wird es möglich, das individuelle Gespräch mit der sich währenddessen entwickelnden individuellen Beziehung adäquat zu untersuchen. (vgl. die sequentielle Mikroanalyse in Kapitel 5.2.) Eine genauere Analyse wäre sicherlich sinnvoll, würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Des weiteren erscheint es außerordentlich ergiebig, die Korrelation zwischen Basiswissen des Patienten und ‚Erfolg eines Gesprächs‘ zu untersuchen.

Sicherlich ist festzuhalten, dass sich für den Untersucher eine Erleichterung bezüglich der Gesprächsgestaltung ergibt, wenn es sich um einen gut informierten Patienten handelt, was besonders im Zuge der erwähnten Medikalisierung (Kapitel 7.1.2) nicht zu verachten ist. Dieses medizinische Wissen kann jedoch andererseits nicht als Garantie für ‚erfolgreiche Kommunikation‘ gelten, wie ebenfalls Beispiele beweisen.

Der Zusammenhang muss als wesentlich komplexer angesehen werden und nicht als einfaches Ursachen-Wirkungs-Modell.

Zwar lassen sich gemäß der Einteilung von Patienten in Kollektive bestimmte Verhaltensmuster von Arzt und Patient und sich daraus ergebende Interaktionsstrukturen erkennen, die sich bei vergleichbaren ‚Krankheitskarrieren‘ ähneln (vgl. Kapitel 6.7), dies kann aber nicht als Regelfall bezeichnet werden. Jedes Gespräch muss als individuell ausgehandelte Interaktion gesehen werden, eine Zuordnung zu vorgegebenen Strukturen ist nicht zulässig.

#### 7.1.7 Informationsvermittlung und Aufklärung

Aktuelle Diskussionen der Medizinsoziologie beziehen sich häufig auf die Frage nach Zuständigkeiten. Insbesondere hinsichtlich wichtiger Aufgaben wie der adäquaten Aufklärung über Untersuchungen, Diagnosen, Therapieansätze, vor allem aber der Prognose des Patienten besteht häufig Unklarheit über die



Kompetenz und auch das ‚geeignete Verhältnis‘ zum Betroffenen, um die jeweilige Aufgabe zu übernehmen.

Pflanz greift dieses Thema in seiner Arbeit auf und analysiert die Ansichten verschiedener Autoren, wobei die folgende besonders interessant bezüglich der Bedeutung von Aufklärung erscheint:

„Das Wesentliche dabei sind nicht die bloßen Mitteilungen, sondern eine ‚mikropolitische Situation‘, in welcher die Informationskontrolle teilweise dazu benutzt wird, um Muster der Dominanz und Subordination aufrechtzuerhalten.“

(Waitzkin, Stoeckle, 1976; vgl. Pflanz, 1979)

Dieser Aspekt nimmt entscheidenden Einfluss auf die Arzt-Patient-Interaktion. Der Untersucher, dem ohnehin aufgrund seines Fachwissens die Expertenmacht über den Patienten gegeben ist, hat den Vorteil, über mehr Informationen zu verfügen und die Kontrolle darüber, mit dieser Information umzugehen, sie weiterzugeben, dem Patienten auch zu erläutern oder aber sie für sich zu behalten. Auf diesem Weg entsteht ein weiteres Machtverhältnis, das Siegrist als „Steuerungsmacht“ bezeichnet. (Siegrist, 1995)

Es ist zu erwähnen, dass in dieser Studie, die sicherlich nur ein Beispiel darstellt, keine Situation zu verzeichnen ist, in der durch diese Steuerungsmacht „Muster der Dominanz und Subordination“ aufrecht zu erhalten versucht werden. Es kann gezeigt werden, wie diese Untersuchungssituation genutzt wird zu Vermittlung von Information, oder mehr sogar zu regem Informationsaustausch. Das Ziel der Bemühungen des Untersuchers besteht nämlich darin, die Information zwar zu kontrollieren, jedoch mehr im Sinne einer adäquaten Nutzung von Räumen und Zeit für Informationsaustausch als in der ‚Ausnutzung‘ der Situation für die Erzeugung von Asymmetrie.

#### 7.1.8 Krankenhausleben

Die Struktur der Krankenhäuser ist ein komplexes Phänomen, das eine Vielzahl von Aufgaben und Handlungen vereint. Als Konsequenz dieser vielfältigen Funktion sind Krankenhäuser „nur selten tatsächlich vorwiegend patienten- oder therapieorientiert.“ (Pflanz, 1979)

Vor dem Hintergrund weiterer Betrachtungen, die das Krankenhaus als ‚Organisation‘ analysieren, (vgl. Smith, Levinson, 1957; vgl. Pflanz, 1979) scheint eine Patienten- oder Therapieorientierung nahezu utopisch. Aber stellt nicht eben diese Orientierung – die patientenbezogene mehr als die therapiebezogene – eine entscheidende Basis für die so wichtige Integration medizinischer Realität in die alltägliche, soziale und psychische Realität des Patienten dar? Diese Realität erweist sich als essentiell für das Erleben und insbesondere das individuelle Verarbeiten der jeweiligen Krankengeschichte.

Was kann getan werden, um eine möglichst gute Patientenorientierung zu erreichen?

Die Ergebnisse dieser Studie weisen in eine bestimmte Richtung, nämlich hin zur ‚Patientenorientierung im Detail‘, in einzelnen Sequenzen des komplexen Gefüges Krankenhaus.

Schafft es hier der Ultraschalluntersucher, sichtlich patientenorientiert vorzugehen, so kann dies auch in anderen Untersuchungen oder in der Visite der Fall sein. Auf diesem Wege wäre eine Kombination aus ‚Patientenorientierung im Kleinen‘ – für das Erleben des Patienten von großer Bedeutung – und ‚normalem‘ Krankenhausleben im Großen erreicht, das als Schwerpunkt weniger die Patienten- oder Therapieorientierung hat als vielmehr primäres Streben nach Selbsterhaltung, Organisation klinischen Alltags sowie viele andere Aspekte.

Im Rahmen der Ultraschalluntersuchung – im allgemeinen ein routinierter Arbeitsablauf – besteht die Möglichkeit, im Gespräch auf individuelle Besonderheiten des Patienten einzugehen, diese sogar mit Hilfe des Bildes auf dem Monitor sichtbar zu machen und zu erläutern.

#### 7.1.9 Diagnostik und Therapie

„Die ärztliche Diagnostik ist ein sozialer Prozess, der zwischen Arzt und Patient auf dem Hintergrund einer mehr oder minder spezifischen diagnostischen Situation abläuft.“ (Pflanz, 1979)

Allein dieses kurze Zitat macht deutlich, dass es sich bei der Diagnostik um einen wechselseitigen Prozess handelt, der keineswegs lediglich aus der Anwendung ärztlichen Fachwissens besteht. Mindestens ebenso wichtig wie das Expertenwissen des Arztes sind die Vorgeschichte bzw. Anamnese des Patienten sowie von diesem geschilderte aktuelle Vorgänge und Wahrnehmungen.

Unter Anerkennung dieser These liegt die Abwendung von einer rein asymmetrischen Beziehungsstruktur nahe, wird doch als wichtiger Faktor zur Erzeugung von Asymmetrie die einseitige Abhängigkeit des Patienten vom Untersucher aufgeführt. Stattdessen ergibt sich ein wechselseitiges Abhängigkeitsgefüge, da der Arzt gleichermaßen angewiesen ist auf die Mitarbeit des Patienten auf dem Weg zu einer erfolgreichen Diagnose.

Einige Fallbeispiele dieser Studie zeigen sogar, dass es Patienten gibt, die durch Laienätiologie, Informationssuche und in erster Linie erhebliche Eigeninitiative selbständig ihre Diagnose oder zumindest einen Teil der Diagnose stellen können. (Beispiel Gespräch 15) Der Untersucher bestätigt schließlich die von Seiten des Patienten geäußerte ‚Verdachtsdiagnose‘.

Mehr als in den 1970er Jahren spielt die Dimension ‚Lebenswelt‘ eine Rolle. Die gegenwärtige Organmedizin integriert verschiedene Elemente wie auch die Lebensbedingungen in den Prozess der Diagnosefindung und unterscheidet sich diesbezüglich von der als ‚Scheuklappentheorie‘ kritisierten Vorgehensweise der Vergangenheit.

Wenn auch für die Diagnosefindung – wie für andere Begegnungen zwischen Arzt und Patient – gilt, dass der Einzelfall durch individuelle Faktoren, vor allem aber auch durch situationsbedingte Faktoren beeinflusst wird, muss demnach folgende These hinsichtlich des diagnostischen Prozesses Beachtung finden: „Eine wichtige Rolle spielen dabei bestimmte sozial geprägte, teilweise routinisierte Entscheidungsregeln (Bloor, 1978), nach denen die Diagnose zwischen Patient und Arzt ausgehandelt wird.“ (Pflanz, 1979)

Der Rahmen ist also vorgegeben, die Gestaltung variiert beträchtlich, wird nicht ausschließlich durch den Arzt in der Rolle des „Krankheitsdefinierers oder

Diagnosemonopolisten“ (Pflanz, 1979) determiniert, sondern erst durch Interaktion mit dem Patienten und durch die Situation.

Wie für die Diagnostik gilt auch für die Therapie der zwischenmenschliche Faktor als außerordentlich entscheidend:

„Von der Medizin wird die individuelle Arzt-Patient-Beziehung als wirksames ‚Agens‘ angesehen.“ (Pflanz, 1979)

Derselbe Autor erläutert jedoch auch die Ansicht anderer Autoren, „dass dieser Teil der Arzt-Patient-Beziehung in Wirklichkeit ein Effekt der sozialen Arztrolle sei“. (Pflanz, 1979)

Unter Berücksichtigung der Bedeutung des zwischenmenschlichen Faktors bei der Diagnosefindung und bei der Aufklärung sowie bei der im Anschluss stattfindenden Therapie, scheint es berechtigt, der These zuzustimmen, dass die individuelle Arzt-Patient-Beziehung das entscheidende ‚Agens‘ in der Medizin ist. Die Aussage, dass dieser Sachverhalt „Effekt der sozialen Arztrolle“ ist, kann allerdings auch nicht abgelehnt werden, zumal der Einfluss dieses Phänomens sich als deutlich prägend für das Geschehen erweist. Es kann jedoch nicht – wie beschrieben – als einziger einflussnehmender Faktor gelten.

#### 7.1.10 Fazit des Vergleichs

Der Vergleich mit den medizinsoziologischen Betrachtungen Manfred Pflanz' sowie deren zum Teil mögliche Anwendung zur Analyse der vorliegenden Ergebnisse erweisen sich als ausgesprochen dienlich.

Außerdem gelingt auf diesem Weg eine Einordnung der Studie in den historischen Kontext medizinsoziologischer Forschung.

Abschließend erscheint das folgende Zitat betreffend die Ergebnisse der Studie zusammen zu fassen:

„Die Medizinsoziologie muss sich davor hüten, mit romantischen Vorstellungen eine Humanisierung in der Medizin auf Kosten der notwendigen technischen

Methoden durchführen zu wollen; medizinische Techniken schließen eine humane Behandlung des Patienten keineswegs aus.“ (Pflanz, 1979)

Die vorliegende Studie liefert schließlich den Beweis für die Korrektheit dieser schon vor dreißig Jahren aufgestellten These.

Mehr als zuvor zeigt sich trotz weiteren Fortschritts der Technik die Tendenz zu einer möglichen Einheit aus technischem Fortschritt und Humanisierung, jedoch in Abhängigkeit von Verhaltensweisen der einzelnen Akteure.

## 7.2 Vergleich mit aktuellen Studien zur Arzt-Patient-Kommunikation bei Ultraschalluntersuchungen

Zur Diskussion bieten sich die schon zuvor im Verlauf dieser Studie erwähnten Arbeiten von Buscham (1997) und Kirchner (1999) an, die gleichermaßen die Interaktion zwischen Arzt und Patient im Rahmen von Ultraschalluntersuchungen in einer Klinik beobachteten und analysierten.

Auf den Vergleich der Ansätze und der spezifischen Fragestellungen soll verzichtet werden, zumal das analytische Vorgehen in beiden Studien weniger formalisiert und vor allem weniger ausführlich ist. Somit sind die Ergebnisse nicht vollständig und uneingeschränkt vergleichbar. Es wird stattdessen der Ansatz gewählt, auf einzelne relevante Aspekte der erzielten Ergebnisse einzugehen.

Buscham betont das Vorliegen von Asymmetrie hinsichtlich der Situation, basierend auf Experten- und Steuerungsmacht des Arztes sowie Asymmetrie in der Kommunikation, die er im Folgenden gar als „sekundäres Problem“ beschreibt. Sie stehe im Hintergrund der technischen Untersuchung und habe nahezu ausschließlich „arbeitsbezogenen“ Charakter, diene der „Ökonomisierung des Arbeitsablaufs“.

In der vorliegenden Studie hingegen wird der Kommunikation weit mehr Bedeutung zugeschrieben. Sie besitzt verschiedene Funktionen und dient eher der Verringerung als der Verstärkung der situationsbedingten Asymmetrie.

Als klarer Unterschied ist des weiteren die Tatsache zu berücksichtigen, dass in der Studie Buschams bei der Mehrzahl der Untersuchungen mehrere Ärzte anwesend sind. „Die Kommunikation der Ärzte untereinander nimmt mehr Raum ein, die Patientenzentrierung nimmt ab.“ In mehreren Fällen werde der Patient bewusst nicht in das Gespräch integriert.

„Symmetrisches Arztverhalten“ wird vom Autor mit der adäquaten Reaktion auf Patienteninitiativen beschrieben, wobei in diesem Kontext die Tatsache, dass es sich gelegentlich um den Stationsarzt des jeweiligen Patienten handelt, als erhebliche Erleichterung der Gesprächsbedingungen bewertet wird.

Der Untersucher in der vorliegenden Studie ist stets ein Mitglied der radiologischen Abteilung, nie der Stationsarzt des Patienten. Als weitere Person ist nur die Verfasserin anwesend.

Die Gesprächsinhalte der Ärzte beziehen sich laut Buscham auf rein medizinische Themen, auf Besprechen der Befunde und Diagnostik sowie auf Ausbildungs- und Supervisionssituationen. Die Themen der Patienten hingegen umfassen hauptsächlich „mit der Ultraschalluntersuchung verbundene Probleme (Nüchternheit, richtiges Lagern, der Wunsch zuzuschauen), die Frage nach Indikation, Ablauf und Ergebnis der Untersuchung, aktuelle Schmerzen und sonstige, auch frühere Symptome, psychisches Befinden sowie weitere Diagnostik und Therapie“. (Buscham, 1997)

Themen also, die – den Ergebnissen der vorliegenden Studie entsprechend – für das Erleben und Verarbeiten der belastenden Situation ausgesprochen wichtig sind.

Nach den von Buscham erzielten Ergebnissen allerdings sei die Beschäftigung mit dem Krankheitserleben und dem subjektiven Befinden des Patienten zweitrangig hinter dem ‚eigentlichen medizinischen Auftrag‘ der Diagnostik und Therapie. Es sei außerdem ein „zeitweiser Ausschluss des Patienten von der Kommunikation nötig, um ‚ungestört‘ Diagnosen zu erarbeiten“, diese Notwendigkeit verstärke noch der bestehende „Konflikt zwischen den Versorgungs- und Ausbildungsleistungen“.

Bezüglich dieses Aspekts besteht der wohl gravierendste Unterschied zu den aktuell vorgefundenen Ergebnissen, die nahezu ausnahmslos eine Berücksichtigung der Anliegen des Patienten vorweisen kann. Vor allem der Chefarzt legt expliziten Wert auf die Beeinflussung der Wahrnehmung und des Erlebens des Patienten. Es bilde schließlich die Grundlage für Therapie, gleichermaßen fördere die Mitarbeit des Patienten den diagnostischen Prozess. Die Ausbildung erfährt Integration in den eigentlichen Untersuchungsprozess, offenbart sich häufig als an Exaktheit erweiterte Fortsetzung der an den Patienten gerichteten Erklärungen.

Die Arbeit von Kirchner wurde bereits hinsichtlich der Bedeutung des Bildes als Grundlage von Kommunikation zitiert. Ein Teil ihrer Ergebnisse wurde aufgegriffen und integriert, einige Ansätze erfuhren im Rahmen dieser Studie eine Weiterbearbeitung. Besonders für die Frage nach der Aussage- und Ausdruckskraft des Bildes sowie für die Diskussion des resultierenden Charakters von Bildeindrücken erwies sich die Berücksichtigung von Kirchners Überlegungen als interessant.

Kirchner kommt zu dem Ergebnis, dass „die Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen der Ultraschalluntersuchung in einem ausgeprägten Maße durch das Medium ‚Bild‘ mitbestimmt, häufig determiniert wird“.

Die vorliegende Studie bestätigt dieses Ergebnis vor dem Hintergrund einer ausführlichen Kommunikationsanalyse. Des weiteren wird beleuchtet, wie diese ‚Mitbestimmung‘, der Einfluss des Bildes, aussieht und welche Konsequenzen sich schließlich ergeben, vor allem aber auch welche Möglichkeiten sich offenbaren, bisher nicht gelöste, den Krankenhausalltag belastende Konflikte und Schwierigkeiten, zu verringern. In diesem Rahmen richtet sich die Perspektive auf die bildgebenden Verfahren, auf das Bild als weiteres non-verbales Medium neben der verbalen und der non-verbalen Kommunikation im eigentlichen Sinne.

Anders als bei Kirchner, wo die ‚bildliche Repräsentanz‘ die ‚leibliche Repräsentanz‘ überblendet, der Patient teilweise völlig ausgeblendet wird, gelingt es den beobachteten Untersuchern in nahezu allen Fällen, den Patienten als Ganzes zu berücksichtigen, dessen abgebildete Organe als zu

ihm gehörige Strukturen zu bewerten. Die Problematik der „Fragmentierung“ (Kirchner) weicht einer ‚Patientenorientierung im Detail‘.

Der Vergleich der vorliegenden Studie mit der von Kirchner erweist sich außerdem als angemessen, aufgrund der Tatsache, dass in beiden Fällen – anders als bei Buscham – lediglich ein Arzt, der Untersucher anwesend ist, was für den Kommunikationsverlauf entscheidend ist. Hinsichtlich der Rolle des Studenten als Beobachter stellt die vorliegende Studie allerdings ein Novum dar, da erstmals zeitgleich der Aspekt der Ausbildung anhand eines ‚Selbstversuchs‘ analysiert werden kann, wobei es der bestehende frühe Zeitpunkt in der klinischen Ausbildung ermöglichte, neue Erfahrungen bezüglich der Kompetenzen des Fachgebiets der Sonographie für die frühe klinische Ausbildung zu sammeln.

Die vorliegende Studie unterscheidet sich von bisher veröffentlichten Untersuchungen durch die Kombination verschiedener Perspektiven hinsichtlich der Betrachtung des Einsatzes von bildgebenden Verfahren:

- Die Lebenslauf-Perspektive: Primär liegen Check-up-Untersuchungen vor, die in einer Lebensphase vor der eigentlichen Erkrankung stattfinden; sekundär gibt es Zustandsabklärungen und präoperative Untersuchung zum Zeitpunkt der manifesten Erkrankung; tertiär werden Nachsorgeuntersuchungen im Anschluss an eine erfolgreiche Behandlung durchgeführt und analysiert.
- Die Mehrebenen-Perspektive: Es erfolgen Analysen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene: Auf der Mikroebene wird die Interaktion zwischen Arzt, Patient und dem Ultraschallbild betrachtet; die Mesoebene bindet diese Interaktion ein in den medizinischen Kontext, die Diagnostik sowie den Krankenhausalltag und dessen Organisation; auf der Makroebene werden schließlich die lebensweltlichen Erwartungen und Anliegen der Patienten integriert,



des weiteren erfahren studentische Erwartungen bezüglich der Lehre und Ausbildung Berücksichtigung.

- Die Prozess-Perspektive: Dieser Ansatz berücksichtigt die Vielfältigkeit der Gesprächsverläufe sowie die Herausforderung durch die Parallelität von Gespräch und Diagnostik als instrumentellem Handeln. Die Entstehung von Spannung durch das Auftreten individueller Ängste, Stress und spezifischer Konflikte sowie die Bewältigung dieser Spannung spielen gleichermaßen eine Rolle wie das Auftreten bestimmter Reaktionsmuster und Verhaltenseigenarten. Zusätzlich beeinflussen relevante Aspekte des sozialen Kontextes wie gesellschaftliche Wertschätzung und soziale Unterstützung das Geschehen.

## 8. Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der rasanten Entwicklung neuer Technologien in der Medizin erhält die Frage nach dem Charakter der Arzt-Patient-Kommunikation, einem zentralen Thema medizin-soziologischer Forschung, erhebliche Relevanz. Diese Studie konzentriert sich auf die Sonographie als ‚Neues bildgebendes Verfahren in der Medizin‘.

Das Untersuchungsmaterial bilden 81 im Rahmen einer ‚teilnehmenden Beobachtung‘ aufgezeichnete Gespräche, von denen 40 Fälle – repräsentativ für das in der Sonographie untersuchte Patientengut – ausgewählt, transkribiert und einer quantitativen und qualitativen Analyse unterzogen worden sind.

Formale Aspekte hinsichtlich der soziodemographischen und medizinischen Daten aller beteiligten Personen, des Krankenhauses und äußerer Merkmale der Kommunikation werden thematisiert, in einer Konversations- und Diskursanalyse richtet sich das Hauptaugenmerk auf Struktur und Charakter der 40 Gespräche, die bezüglich ihrer jeweiligen Indikation verschiedenen Patientenkollektiven (A, B und C) zugeordnet werden.

Eine sequentielle Mikroanalyse erleichtert die Annäherung an inhaltliche Aspekte; die systematische Analyse jedes einzelnen Gesprächs hinsichtlich derselben acht Aspekte (vgl. Kapitel 5.2) unter Berücksichtigung des bestimmten Kollektivs sowie die sich daraus ergebende Zuordnung zu einem definierten Krankheitsbegriff liefern folgende Ergebnisse: Es zeigt sich eine keineswegs ‚stumme Medizin‘ (vgl. Geisler, 1988), es kristallisieren sich vielmehr – grob unterteilt – drei verschiedene, für die einzelnen Kollektive spezifische Typen von Kommunikation heraus, die den Ausgangspunkt für die anschließende Reflexion bilden.

Diese gilt der „Rolle des Bildes im Kommunikationsgeschehen vor dem Hintergrund der Ultraschalluntersuchung“, der Leistung des Arztes als dessen Erzeuger, dessen ‚real-time Interpretation‘ sowie der Bedeutung der Übersetzung visueller in verbale Information durch seine Person. Untersucht wird auch das Interaktionsverhalten des Arztes, der Blickwechsel von der Technik hin zum Patienten und umgekehrt, vor allem aber interessiert das Vorhandensein spezifischer Verhaltensmuster und deren flexibler Einsatz.

Als Ergänzung zur reinen Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation anhand kommunikationstheoretischer Modelle bietet sich ein weiterer Aspekt an, dessen Weiterverfolgung eine zusätzliche Perspektive hinsichtlich des Ultraschallbildes als Kommunikationsmedium liefert: Zum Zeitpunkt der Untersuchung bewegt sich die Beobachterin und Verfasserin dieser Studie in der medizinischen Ausbildung am Übergang von der Vorklinik zum klinischen Studienabschnitt. Aufgrund dieser Konstellation ergibt sich die Gelegenheit, die Möglichkeiten des Fachgebiets der Sonographie für die medizinische Ausbildung aufzuzeigen.

Im Anschluss an diese Reflexion der Ergebnisse erfolgt der Vergleich eben dieser sich darstellenden aktuellen Situation mit der von Manfred Pflanz in den siebziger Jahren erarbeiteten umfangreichen Betrachtung der damals relevanten Aspekte der Medizinsoziologie. Des weiteren werden aktuelle, dasselbe Themengebiet behandelnde Studien von Buscham und Kirchner zum Vergleich hinzugezogen, die allerdings hinsichtlich des analytischen Vorgehens weniger formalisiert und daher nur eingeschränkt bezüglich bestimmter Aspekte aufgegriffen werden.

Auf diesem Weg wird sowohl auf konstante Elemente dieses Forschungsgebiets hingewiesen als auch die Entwicklung etlicher Aspekte dargestellt.

Das Ultraschallbild als visuelles Medium zeichnet sich im Vergleich zu rein verbaler Information durch seine Vorteile hinsichtlich der Aussagefähigkeit aus; für den Patienten als Laien erweist sich die bildliche Ebene für Kommunikation als leichter zugänglich verglichen mit der verbalen.

Selbstverständlich kann das Bild allein zunächst nur eine Annäherung an die komplizierten Inhalte des medizinischen ‚Expertenwissen‘ erleichtern. Erst der adäquate Einsatz verbaler Information im Sinne von begleitender Erklärung durch den Arzt, die medizinisch korrekte Deutung der visuellen Information, ermöglicht die Präzision wichtiger Aspekte, dient somit dem Erkennen und Verstehen des Patienten.

Eine Verständigung, basierend auf der Kombination des visuellen und des verbalen Mediums, können der so schwierigen Arzt-Patient-Interaktion einen neuen, durchaus verbessernden Impuls geben.

Als entscheidendes Ergebnis der Studie resultiert folgende These, die auf Materialbasis bewiesen werden konnte: Die Technisierung in der Medizin ist nicht als Bedrohung des Gesprächs sondern als Ergänzung zu diesem zu sehen. Die Technik hat keineswegs lähmende, die Kommunikation hemmende, sondern vielmehr stimulierende Wirkung, wobei diese Entwicklung in Abhängigkeit vom jeweiligen Untersucher einzustufen ist, der je nach Qualifikation aus dem Einsatz der Technik mehr oder weniger positiven Nutzen für die Gestaltung der Untersuchung ziehen kann.

In diesem Sinne und als Konsequenz der vorliegenden Resultate kann ein Verfahren wie Ultraschall als chancenreiches Hilfsmittel für die Arzt-Patient-Kommunikation bewertet werden.

Voraussetzung für einen erfolgreichen Einsatz dieses neuen Mediums ist allerdings entsprechendes Interaktionsverhalten des Untersuchers, das heißt flexibler Einsatz visueller und verbaler Informationen sowie adäquate Anpassung seines Verhaltens an die individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen des Patienten. Es erfordert mehr denn je die ohnehin im Kontext alltäglicher Kommunikation in der Klinik angestrebte Patientenorientierung.

Das studentische Erleben in dieser Studie basiert auf der Beobachtung der Arzt-Patient-Interaktion, der Bildbetrachtung, dem Lernen anhand der Kommentierung des Geschehens durch den Untersucher sowie auf der Methode des Modell-Lernens (vgl. 6.8). Es übertrifft die Erwartungen bezüglich der Effektivität in erheblichem Ausmaß, so dass die Ultraschalluntersuchung nicht nur als möglicher, sondern sogar als ausgesprochen geeigneter Schauplatz für medizinische Ausbildung erscheint.

## 9. Literaturverzeichnis

- Atkinson, P. (1977) *The Reproduction of Medical Knowledge*, in: Dingwall, R., Heath, C., Reid, M. und Stacey, M. (Hrsg.) *Health Care and Health Knowledge*, London, nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1979, S.289 / 290
- Bahrtdt, H.P. (1984) *Schlüsselbegriffe der Soziologie*, Beck, München, in: Wilker, F.W., Bischoff, C., Novak, P. (Hrsg.) *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 2.Aufl. Urban & Schwarzenberg, 1994, S.186
- Beckmann, D. (1994) *Formelle und informelle Rolle des Arztes*, in: Wilker, F.W., Bischoff, C., Novak, P. (Hrsg.) *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 2.Aufl., Urban & Schwarzenberg, 1994, S.237-240
- Begemann-Deppe, M.(1993) *Bilddarstellungen als Dialogbrücke in der Arzt-Patient-Beziehung*, in: Löhning, P., Rehbein, J. (Hrsg.) *Arzt-Patient-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*, de Gruyter, Berlin, New York, S. 27 ff
- Bergmann, J.R. (1980) *Interaktion und Exploration. Eine konversationsanalytische Studie zur sozialen Organisation der Eröffnungsphase von psychiatrischen Aufnahmegesprächen*, Dissertation, Universität Konstanz, nach: Flick, U. *Qualitative Forschung; Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Rohwolt Enzyklopädie Hamburg, 1995, S.32 / 33
- Bergmann, J.R. (1981) *Ethnomethodologische Konversationsanalyse*, in: Schröder, P., Steger, H. (Hrsg.) *Dialogforschung*, Jahrbuch des Instituts für deutsche Sprache, Schwam, Düsseldorf, S. 5 - 51 ff. nach: Flick, U. *Qualitative Forschung; Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Rohwolt Enzyklopädie Hamburg, 1995, S.221
- Bliesener, T. (1980) *Erzählen unerwünscht – Erzählversuche von Patienten in der Visite*, in: Ehlich, K. (Hrsg.) *Erzählen im Alltag*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S.143 ff.
- Bloor, M. (1978) *On the Routinised Nature of Work in People-Processing Agencies: The Case of Adeno-Tonsillectomy Assessments in ENT Outpatient Clinics*, in: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1979, S. 298
- Böhle, F. (1998) *Technik und Arbeit – neue Antwort auf alte Fragen*, Soziale Welt 49, S. 233-256
- Brody, (1987) *Stories of Sickness*, New Haven, Yale University Press, in: Gerhardt, U. *Herz- und Handlungsrationalität: biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung; eine idealtypenanalytische Studie*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1999, S. 467
- Bruner, J. (1987) *Life as Narrativ*, Social Research, 54: 11-32, in: Gerhardt, U. *Herz- und Handlungsrationalität: biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung; eine idealtypenanalytische Studie*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1999, S. 468

- Bühler, K. (1934) *Sprachtheorie*, Jena, in: Gombrich, H.E. *Bild und Auge*, Klett-Cotta, Stuttgart, 1984, S.135
- Buscham, H. (1997) *Betrachtungen zur Arzt-Patient-Kommunikation bei Ultraschalluntersuchungen*, Medizinische Dissertation, Universität Hamburg
- Buschmann-Steinhage, R. (1994) *Verhaltens- und Selbstbeurteilung*, in: Wilker, F.W., Bischoff, C., Novak, P. (Hrsg.) *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 2.Aufl. Urban & Schwarzenberg, 1994, S. 3
- Delorme, S., Debus, J. (1998) *Ultraschalldiagnostik*, Duale Reihe; Hippokrates-Verlag, Stuttgart
- Dreyfus, H. (1989) *Was Computer nicht können – Die Grenzen künstlicher Intelligenz*, Frankfurt a.M., Athenäum, S. 239-259
- Driever / Fröhlich (1991) *Wörterbuch zur Psychologie*, in: Stoebe, H.W. ( Hrsg.) *Kommunikation 1*, Sauer-Verlag, Heidelberg
- Edwards, D., Potter, J. (1992) *Discursive Psychology*, in: Flick, U. *Qualitative Forschung; Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Rowohlt Enzyklopädie, Hamburg, 1995, S. 222
- Elias, K., Schneider, K.H. (1999) *Grundlagen des Kommunikationsgeschehens* in: Christ, Lannert, Schneider (Hrsg.) *Handlungsfeld Kommunikation (Fachschule für Wissenschaft)*, Stam Verlag, Kapitel 1
- Epstein, R.M., Hundert, E.M. (2002) *Defining and Assessing Professional Competence*, American Medical Association, JAMA, January 9, 2002-Vol 287, No. 2, S. 226-235
- Fauci, A.S. et al (Hrsg.) (1999) *Harrisons' Innere Medizin*, Übersetzung 14. Auflage, Band 1, Mc Graw-Hill International (UK) Ltd, S. 1 ff
- Ferber, v. C. (1989) *Hat die Medizinsoziologie eine Chance?* in: *Soziale Welt*, 40.Jahrgang, Verlag Otto Schwartz & Co, Göttingen, S. 269-271
- Flick, U.(1995) *Qualitative Forschung, Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Rowohlt-Enzyklopädie, 2.Aufl., Hamburg, S. 28-41, S. 218-222
- Flusser, V. (1995) *Lob der Oberflächlichkeit – Bilder in den neuen Medien*, Bollmann, 2.Aufl., Mannheim, S. 137/138
- Foucault, M.(1976) *Die Geburt der Klinik, Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Ullstein Materialien, Frankfurt a.M., Berlin, Wien, S. 60-80, S. 86, S. 102, S. 149-151
- Freidson, E. (1961/1962) *The Sociology of Medicine in Current Sociology*, Bd.10/11, in: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 250, S. 289
- Frentzel-Beyme, B. (1994) *Als die Bilder laufen lernten - oder Die Geschichte der Ultraschalldiagnostik*, in: *Ultraschall, Klinik Praxis* 8, Springer-Verlag, S. 265-275

- Friedrichs, J., Lüdtke, H. (1973) *Teilnehmende Beobachtung*, 2. Auflage, Beltz, Weinheim
- Geisler, L.S. (1988) *Arzt und Patient im Gespräch – Wirklichkeit und Wege*, Deutsches Ärzteblatt 85, Heft 50, S.16-24, in: Geisler, L.S. *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch – Wirklichkeit und Wege*, Pharma-Verlag, Frankfurt a.M., 1987
- Geisler, L.S. (1993) *Blind durch eine Flut von Bildern*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 92, Natur und Technik, 21.04.1993
- Geisler, L.S. (1995) *Nach uns die Maschine? Fortschritte in der Medizintechnik*, Wissenschaftszentrum Nordrheinwestfalen, Symposium 3, Düsseldorf
- Gerhardt, U. (1999) *Herz und Handlungsrationalität: biographische Verläufe nach koronarer Bypass-OP zwischen Beruf und Berentung; eine idealtypische Studie*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. , S. 467-475
- Gombrich, H.E.(1984) *Bild und Auge, Das Bild und seine Rolle in der Kommunikation*, Klett Cotta, Stuttgart, S. 135-145, S. 241-243
- Hartmann, F. (1987) *Erkennen unter Klinikbedingungen*, in: Jork, K. Schüffel, W. (Hrsg.) *Ärztliche Erkenntnis, Entscheidungsfindung mit Patienten*, Springer Verlag, S. 100 / 101
- Hartmann, F. (1997) *Über die Wahrhaftigkeit des Arztes gegenüber Kranken*, Medizinische Klinik, Urban & Vogel, München, S. 284-290
- Illich, I. (1975) *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*, London, in: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 247
- Kaupen-Haas, H. (1994) *Zur Soziologie der Körperbilder und der sozialtechnischen Kommunikation in der Medizin*, überarbeitete Fassung eines Vortrags im Rahmen des Workshops *Bilder vom Menschen*, 14.4.1994, S. 1-20
- Kaupen-Haas, H. (1996) *Zur Soziologie der körperlichen Präsenz und der Arzt-Patient-Kommunikation in der Humanmedizin, Neue bildgebende Verfahren in der Klinik*, in: Rehberg, K.S. (Hrsg.) *Differenz und Integration; Die Zukunft moderner Gesellschaften*, Westdeutscher Verlag, Opladen, Wiesbaden, S. 702-706
- Kirchner, V. (1999) *Zur Soziologie der Arzt-Patient-Kommunikation bei der Ultraschalluntersuchung, Ein bildgebendes Verfahren als Schnittpunkt zwischen Wissenschafts- und Alltagswelt*, Medizinische Dissertation, Universität Hamburg
- Knorr-Cetina, K. (1990) *Zur Doppelkonstruktion sozialer Realität: Der konstruktivistische Ansatz und seine Konsequenzen*, ÖZS, 15.Jahrgang, Heft 3, S. 6-21
- Lachmund, J. (1997) *Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung*, Opladen, S.9 ff, 15 f
- Langer, M. (1989) *Ultraschall als Kommunikationsmedium*, in: Ultraschall 10, Thieme Verlag, Stuttgart – New York, S. 7-9
- Lissner & Fink (Hrsg.) (1992) *Radiologie 1*, 4.Aufl., Enke, Stuttgart

- Löning, P. (1985) *Das Arzt-Patient-Gespräch*, in: *Arbeiten zur Sprachanalyse*, Bd. 3, Peter Lang Verlag, Bern, Frankfurt a.M., New York
- Malzahn, P. (1994) *Die Krankenrolle*, in: Wilker, F.W., Bischoff, C., Novak, P. *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 2.Aufl., Urban & Schwarzenberg, 1994, S. 213-217
- Mechanic, D. (1978) *Medical Sociology*, 2.Aufl. New York, in: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 298
- Mergenthaler, E. (1992) *Die Transkription von Gesprächen*, Ulmer Textbank, 3. überarbeitete Auflage
- Merton, R.K., Reader, G., Kendall, P.L. (1957) *The Student-Physician*, Cambridge, Mass., nach: Pflanz, M., König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S.290
- Novak, P. (1977) *Gesetzgeberische Hoffnungen (und Ernüchterungen) hinsichtlich der psychosozialen Aspekte der Approbationsordnung von 1970*, *Med. Psychologie* 3/1977, 27-32
- Novak, P. (1994) *Berufliche Sozialisation*, in: Wilker, F.W., Bischoff, C., Novak, P. (Hrsg.) *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 2.Aufl., Urban & Schwarzenberg, 1994, S. 245 ff
- Parsons, T. (1951) *Illness and the Role of the Physician*, in: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 21, nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 254 ff
- Parsons, T. (1958a) *Struktur und Funktion der modernen Medizin*, S. 10-57, in: König, R., Tönnemann, M. (Hrsg.), *Probleme der Medizin-Soziologie*, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3, Westdeutscher Verlag, Köln
- Parsons, T. (1958b) *Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure*, in: Jaco, E.G. (Hrsg.), nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 305
- Parsons, T., Bales, R.F., Shils, E.A (1953) *Working Papers in the Theory of Action*, The Free Press, New York, Collier-Macmillan Limited, London, S.113-161
- Parsons, T., Platt, T.M. (1973) *The American University*, Cambridge, Mass., nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 246
- Pflanz, M. (1979) *Medizinsoziologie*, in: König, R. (Hrsg.), *Handbuch der empirische Sozialforschung*, Bd. 14, Enke, Stuttgart, S. 237-314
- Pothoff, (1991) *Soziale Interaktion*, in: Rosemeier, H.P, *Med. Psych. und Soz.*, 4. Auflage, Enke Reihe; S. 176
- Rappe-Giesecke, K., Giesecke, M.(1997) *Supervision als Medium kommunikativer Sozialforschung – Die Integration von Selbsterfahrung und distanzierter Betrachtung in der Beratung und Wissenschaft*, Suhrkamp Taschenbuch, Wissenschaft, S. 36-45, S. 135



- Reiser, S.J. (1978) *Medicine and the reign of technology*, Cambridge university press
- Rohde, J.J. (1974) *Soziologie des Krankenhauses*, 2. Auflage, Stuttgart, in: Pflanz, M. König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 248, S. 260, S. 288
- Rosenblith, W. (1988) in: Dreyfus, H. (Hrsg.) *Was Computer nicht können – Die Grenzen künstlicher Intelligenz*, Frankfurt a.M., S. 239-259
- Schüleln, J. (1990) *ÖZS*, 15. Jahrgang, Heft 3, Editorial S. 3
- Schuller, M., Reiche, C., Schmidt, G. (1998) *Bildkörper – Verwandlung des Menschen zwischen Medium und Medizin*, Hamburg, S. 9-17
- Seitz, K., Weiss, H. (2002) *Train the Trainer – Didaktikschulung lohnt sich für die Ultraschallausbildung*, in: *Ultraschall in der Medizin*, 23. Jahrgang, S. 231 / 232
- Siegrist, J. (1978) *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*, Enke, Stuttgart
- Siegrist, J. (1988) *Medizinische Soziologie*, 4. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Siegrist, J. (1994) *Asymmetrie und soziale Distanz*, in: Wilker, F.W., Bischoff, C., Novak, P. (Hrsg.) *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 2.Aufl., Urban & Schwarzenberg, S. 267
- Siegrist, J. (1995) *Medizinische Soziologie*, 5. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München
- Siegrist, J. Birbaumer, N. (2003) *Ärztliches Handeln*, in: Schmidt, R.F., Unsicker, K. (Hrsg.) *Lehrbuch Vorklinik (Teil D)*, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 105-125
- Smith, H.L., Levinson, D.J. (1957) *The Major Aims and Organizational Characteristics of Mental Hospitals*, in: Greenblatt, M., Levinson, D.J., Williams, R.H. (Hrsg.), nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 276 ff
- Spiegler, G. (1957) *Physikalische Grundlagen der Röntgendiagnostik*, Stuttgart
- Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956) *A Contribution to the Philosophy of Medicine, The Basic Models for Doctor-Patient-Relationship*, in: *Archives of Internal Medicine*, Bd. 97, nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 257
- Szasz, T.S., Knoff, W.F., Hollender, M.H. (1958) *The Doctor-Patient-Relationship and its Historical Context*, in: *American Journal of Psychiatry*, Bd. 115, nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 257
- Waitzkin, H., Stoeckle, J.D. (1976) *Information Control and the Micropolitics of Health Care: Summary of an On-going Research Project*, in: *Social Science and Medicine*, Bd. 10, nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 259 / 260
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1974) *Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien*, Hans Huber, 4. Aufl., Bern, Stuttgart, Wien

Watzlawick, P. (1976) *Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen*, R. Piper & Co Verlag, München, Vorwort, S. 7

Wilker, F.W., Bischoff, C., Novak, P. (1994) *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 2.Aufl., Urban & Schwarzenberg

Zola, I.K. (1975) *In the Name of Health and Illness: On some Socio-Political Consequences of Medical Influence*, in: *Social Science and Medicine*, Bd. 9, nach: König, R. (Hrsg.) *Religion-Bildung-Medizin, Handbuch zur empirischen Sozialforschung*, 1979, S. 247

Die Transkripte der 40 Gespräche liegen bei der Verfasserin der Studie vor.

## 10. Anhang

### Abkürzungsverzeichnis

AA	Autonomes Adenom
abd.	abdominal / abdominell
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass
bds.	beidseits
BEACOPP	Polychemotherapie mit bestimmten Substanzen
BSD	Bauchspeicheldrüse
C2	C <sub>2</sub> H <sub>5</sub> OH (Alkohol)
Ca	Karzinom
CHA	Chefarzt
CHE	Cholezystektomie
COPD	chronisch obstruktive Atemwegserkrankung
CT	Computer-Tomographie
Dekomp.	Dekompensation / dekompenziert
DM	Diabetes Mellitus
ED	Erstdiagnose
FAP	Familiäre Adenomatöse Polyposis
gyn.	gynäkologisch
KH	Krankenhaus
KHK	Koronarherzkrankheit
KK	Kalter Knoten
LK	Lymphknoten
M. Crohn	Morbus Crohn
MDT	Magen-Darm-Trakt
MRCP	spezielle Untersuchungstechnik
MTA(R)	Medizinisch-Technische/r Assistent/in (für Radiologie)
NNR	Nebennierenrinde
o.B.	ohne Befund
P / Pat.	Patient/in
rez.	rezidivierend
SD	Schilddrüse
T3M0N0	Tumorstaging (lokale Ausbreitung, Lymphknotenbefall, Metastasen)
TAA	Tachyarrhythmia absoluta
TUR	Transurethrale Resektion
UR	Uterusresektion
v.a.	vor allem
V.a.	Verdacht auf
Vgl.	vergleiche
Z. n.	Zustand nach
Zshg.	Zusammenhang

# Fragebogen

Erhebungsbogen zur Untersuchung „Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen von  
Ultraschalluntersuchungen“  
(Hintergrundinformation über untersuchte Patienten; Erfassung von Bildeindrücken)

Patient:

Geschlecht:

Beruf:

Kommunikationsfähigkeit:

Alter:

Ausbildung:

- örtlich, zeitlich, situativ orientiert
- eingeschränkt orientiert
- nicht orientiert

Deutschkenntnisse:

- keine Einschränkung, - leichte Einschränkung
- deutliche Einschränkung, - keine Deutschkenntnisse

Krankenhausenerfahrung:

- erstmals im Krankenhaus, - in Vergangenheit schon  
Krankenhausaufenthalt

Erfahrung mit Ultraschalluntersuchungen:

- bisher keine
- Wiederholungsuntersuchung:
  - in diesem Krankenhaus,
  - in anderem Haus
  - in Praxis
- untersuchender Arzt hat bereits  
untersucht

Diagnose (Grunderkrankung):

Indikation der Untersuchung (Fragestellung überweisender Arzt):

Kenntnisstand des Patienten:

Beschwerden, Fragen, Ängste des Patienten:

Untersuchender Arzt auch betreuender Stationsarzt:

Untersuchender Arzt:

- Klärung der Beschwerden und Fragen:
- Antworten und Erklärungen:
- Diagnose / Empfehlungen:

Mitteilungen an überweisenden Arzt:

Patient auf Monitor geschaut:

Bildeindrücke des Patienten:

- alles erkannt, -teilweise erkannt
- nichts erkannt

Erklärungen durch Arzt:

- vollständig, - teilweise/zeitweise,
- wenig, - gar nicht

Erklärung bewirkt Einsicht/Erkennen durch Patienten:

- vollständig, -teilweise, - gar  
nicht

## Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Heidrun Kaupen-Haas bedanken, die mir die Bearbeitung dieses Themas ermöglicht, mich mit vielen hilfreichen Ideen unterstützt und mit guten Vorschlägen sowohl wissenschaftlich-theoretisch als auch praktisch beraten hat. Sie zeigte sich stets freundlich und interessiert an der Ausgestaltung neuer Ansätze und lieferte wertvolle Anregungen.

Vielen Dank an Herrn Dr. Thomas Schilling, der sich bereit erklärte, die Studie in seiner Abteilung durchführen zu lassen und parallel so ergiebigen Studentenunterricht anbot, sowie an die mitwirkenden Ärzte der Abteilung Frau Dr. Deike und Herrn Dr. Schwarz.

Ich danke Frau Dr. Susanne Gottlob für die konstruktiven Vorschläge und das Mitwirken an der Korrektur der Arbeit, sowie Stefan Kühn für die technische Hilfe bei der Erstellung von Tabellen und Grafiken.

Außerdem danke ich meiner Familie für die Geduld und die Unterstützung während dieses langen Prozesses und Martin Schütt für seinen Beitrag an der Vervollendung dieser Arbeit.

## Lebenslauf

### Angaben zur Person

Name: Anneke Aden  
Anschrift: Kollaustraße 206  
22453 Hamburg  
Telefon: 040 / 55448679  
Geburtsdatum: 16.11.1978  
Geburtsort: Aurich  
Familienstand: ledig

### Schulbildung

1985 – 1989 Grundschule Holtrop  
1989 – 1991 Haupt- und Realschule mit Orientierungsstufe Großefehn  
1991 – 1998 Gymnasium Ulricianum Aurich

### Studienverlauf

seit 1998 Studium Humanmedizin an der Universität Hamburg  
August 2000 Physikum  
März 2002 1. Staatsexamen  
März 2004 2. Staatsexamen

### Famulaturen

Sept. / Okt. 2001 Innere Medizin, Israelitisches Krankenhaus Hamburg  
Jul. / Aug. 2002 Praxisfamulatur, Gemeinschaftspraxis Bunzel / Behrendt,  
Wasbek  
März 2003 Pädiatrie, Hospital Civil Viejo, Guadalajara, Mexico  
Aug. / Sept. 2003 Kinder- und Jugendpsychiatrie, UKE Hamburg

### Praktisches Jahr

April – Aug. 2004 Kinder- und Jugendpsychiatrie, UKE Hamburg  
Aug. – Dez. 2004 Chirurgie, Israelitisches Krankenhaus Hamburg  
Dez. 2004 –  
März 2005 Innere Medizin, Albertinenkrankenhaus 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.

Unterschrift

## Annahmevermerk

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Universität Hamburg  
am 15.08.2005

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität  
Hamburg

Prüfungsausschuss, der 1. Vorsitzende: Prof. Kaupen-Haas

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: PD Dr. Feuerstein

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: PD Dr. de Weerth