Aus dem Institut für Medizin-Soziologie
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Direktorin Prof. Dr. H. Kaupen-Haas

Zur Soziologie der Arzt-Patient-Kommunikation bei der Ultraschalluntersuchung Ein bildgebendes Verfahren als Schnittpunkt zwischen `Wissenschafts´- und `Alltagswelt´

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereiches Medizin der Universität Hamburg

vorgelegt von Viola Kirchner aus Münster
Hamburg, 1999

1. EINLEITUNG 3

2. HISTORISCHE ASPEKTE DER FRAGESTELLUNG 5

3. MATERIAL UND METHODEN 9

3.1 DIE MIKROSOZIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG 9
3.2 DIE KONVERSATIONS- UND DISKURSANALYSE 9
3.3 DIE TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG 10
3.4 DAS TRANSKRIPTIONSVERFAHREN 12
3.5 DAS UNTERSUCHUNGSFELD 12
3.5.2 DER SONOGRAPHIERAUM 13
3.5.3 DER ABLAUF DER STUDIE 16
3.5.4 DIE BETEILIGTEN PERSONEN 18
3.5.5 DIE BEARBEITUNG DER TONBANDAUFZEICHNUNGEN 18
3.6 DIE ULTRASCHALLTECHNIK 19

4. FORMALE ANALYSE 20

4.1 DIE AUSGEWÄHLTEN PATIENTEN 20
4.1.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN 21
4.1.2 MEDIZINISCHE DATEN 22
4.2 DIE ÄRZTE 23
4.2.1 DER OBERARZT (OA) 23
4.2.2 DIE ASSISTENZÄRZTIN (A1) 24
4.3 DIE FUNKTIONSSCHWESTERN UND WEITERE PERSONEN 24
4.3.1 LEITENDE FUNKTIONSSCHWESTER (S1) 25
4.3.2 FUNKTIONSSCHWESTER (S2) 25
4.3.3 SEKRETÄRIN (SEKR.) 25
4.4 DER ÄUßERE RAHMEN DES KOMMUNIKATIONSABLAUFS 26
4.4.1 DIE ZAHL DER BETEILIGTEN PERSONEN 26
4.4.2 DIE DAUER DER ULTRASCHALLUNTERSUCHUNGEN 26
4.4.3 VERHÄLTNIS DER DAUER DER GESPRÄCHE ZUR DAUER DER UNTERSUCHUNGEN 27
4.5 INITIATIVENVERTEILUNG UND -HÄUFIGKEIT 27

5. INHALTLICHE ANALYSE 31

5.1 AUFBAU DER GESPRÄCHE 31
5.2 MIKROSOZIOLOGISCHE ERGEBNISSE 36
5.2.1 SYNOPSE ÜBER DIE INFORMATIONSFLÜSSE 38

6. KOMMUNIKATIONSTHEORETISCHE DISKUSSION DER ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG 46

6.1 WIE WIRD EIN ULTRASCHALLBILD GESEHEN? 50
6.2. WIE WIRD EIN ULTRASCHALLBILD HERGESTELLT? 53
6.3 WIE WIRD EIN ULTRASCHALL - BILD INTERPRETIERT? 56
6.4 WIE LASSEN SICH ULTRASCHALLBILDER IN SPRACHE UMSETZEN ? 60
6.5 „DISKURS" IM UMFELD DER ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG 64
6.5.1 GRUNDSÄTZLICHES ZUR "ORDNUNG DES DISKURSES" 64
6.5.2 DISKURS: ÜBERWEISENDER ARZT - SONOGRAPHIERENDER ARZT 66
6.5.3 DISKURS: SONOGRAPHIERENDER ARZT - PATIENT 68
6.5.4 'LEIDENS'-DISKURS DES PATIENTEN MIT DEM ARZT 72

7. KONSEQUENZEN UND PERSPEKTIVEN 74

7.1 DAS ULTRASCHALLBILD ALS INFORMATION FÜR DEN PATIENTEN 75
7.2 DAS BILD UND DIE ABWESENHEIT DES OBJEKTS 77
7.3 SYNTHESE VON MEßDATEN 78
7.4 OBJEKTIVITÄT UND SACHLICHKEIT 80
7.5 DAS WECHSELN ZWISCHEN 'BILD'- UND 'WORT'- EBENE 81
7.6 ARZT - PATIENT - KONTAKT 82
7.7 'POLITIK DES ÄRZTLICHEN WISSENS' 83
7.8 SICHTBARES UND UNSICHTBARES 84
7.9 GRUNDSÄTZLICHES ZUM 'LEIB'- VERSTÄNDNIS 86
7.10 DAS 'BILD' UND DAS 'GESICHT' DES PATIENTEN 88

8. ZUSAMMENFASSUNG 92

9. LITERATURVERZEICHNIS 94

10. ANHANG 100

1. Einleitung

In ihrer Arbeit „Medizin-Ästhetik zur Funktion von Bildern im modernen Wissen vom Menschen" schreibt Schuller: „Um 1800 setzt der Prozeß der Verwissenschaftlichung der Medizin ein. Er ist an die Herausbildung eines neuen Sichtbarkeitsparadigmas gebunden, das bis heute wirksam ist. Dieser Prozess verbindet sich mit der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19.Jahrhundert und der dort entstehenden empirischen Erfahrungswissenschaft, die auf Vergleichbarkeit, Standardisierung und Daten-quantifizierung gründet. Nicht mehr metaphysisch gelenkte Theorien von Krankheit, nicht mehr die Patienten/Rede, sondern die systematische Beobachtung und die Herausbildung eines diagnostischen Blicks bestimmen die wissenschaftliche Logik." (Schuller 1995)

Die vorliegende Arbeit möchte in diesem Kontext beispielhaft anhand von transkribierten Gesprächen die Arzt - Patienten - Kommunikation im Rahmen von Ultraschalluntersuchungen - dem gegenwärtig am häufigsten angewandten bildgebenden Verfahren in der Medizin - analysieren, spezifische Probleme darlegen und, soweit möglich, Lösungsansätze bieten. Diese Kommunikation soll sowohl im Hinblick auf die 'Wissenschaftswelt' (der Medizin) als auch auf die 'Alltagswelt' (des Patienten/des Arztes) hin untersucht werden.

Ich lasse mich leiten von der These, daß soziale Wirklichkeiten (in unserem Falle: kranke und leidende Menschen, Ärzte, Krankheiten, medizinische Diagnostik und Therapien, Krankenversicherungen) „lokal erzeugt werden" (Knorr - Cetina 1990). Das bedeutet für eine kritische Wertung der Protokolle, daß sich „soziale Strukturen nicht als handlungsdeterminierende oder -beschränkende objektive 'soziale Tatbestände'" erweisen müssen, sondern daß die „Herstellung sozialer Ordnung eine von den beteiligten Akteuren permanent zu bewerkstelligende praktische Organisationsleistung ist. Ausgegangen wird dabei von der prinzipiellen Gestaltungsoffenheit sozialer

Institutionen, die den Teilnehmern Spielräume für vielfältige Aushandlungsprozesse und strategische Manöver läßt. (...) Die Herstellung eines koordinierten Handlungszusammenhangs erweist sich stets als prekär und setzt Situationsdefinitionen voraus, die ständig neu verhandelt werden müssen. Das liegt nicht nur an dem ständigen Auftreten situativer Kontingenzen wie plötzliche Fehlschläge und Unsicherheiten, sondern auch an den divergierenden Deutungsperspektiven, Interessen und Macht-ressourcen, die die Akteure in die Situation einbringen. Neben dem situativen Management sozialer Beziehungskonstellationen (...) bildet auch die Frage nach der Konstruktion der Krankheit, also der Aushandlung einer Definition des medizinischen Problems und seine adäquate Bewältigung, einen wichtigen Aspekt dieser Alltagspraxis." (Lachmund 1997)

Diese Arbeit steht im Rahmen eines regionalen Projektes: „Soziologie der körperlichen Präsenz und die Arzt - Patient - Kommunikation in der Humanmedizin". Sie beschäftigt sich mit dem Bereich der „neuen bildgebenden Verfahren in der Klinik" (Kaupen-Haas 1993).[1]

Als Untersuchungsmethoden wurde neben der quantitativen Analyse die mikrosoziologische Untersuchung, ein aus der Ethnomethodologie abgeleiteter wissenschaftssoziologischer Fallstudienansatz gewählt (qualitative Analyse), wie er etwa in der Arbeit von Knorr-Cetina "Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft" (Knorr-Cetina 1991) angewandt wurde. Es gilt für die genannte spezielle Form der Arzt-Patienten-Kommunikation bei einer Ultraschalluntersuchung vermutlich nicht hinreichend reflektierte „Probleme aufzuzeigen, und zwar nicht als Ansatzpunkt für Vorurteile, sondern als wichtige Anliegen, die der Klärung bedürfen." (Rom Harré 1991)

[1] Vgl. Dissertation von H. Buscham: „Beobachtungen zur Arzt - Patient - Kommunikation bei Ultraschalluntersuchungen", Hamburg, 1997

2. Historische Aspekte der Fragestellung

Programmatisch fallen bei Theophrast von Hohenheim/Paracelsus der Beginn der neuzeitlichen Medizin und die „Emanzipation des menschlichen Auges" zusammen. Er schreibt 1537 in seinem „Buch von den tartarischen Krankheiten":

„Schämt ihr euch aber zu wandern und zu suchen ein Ding dort, da es ist, so könnt ihr nicht an das Ziel kommen. Was schadet es, daß du lernest, was dich deine Augen lehren, was dich die Experienz lehret? Müssen nicht solche Ding gelernt werden durch die Augen? Die Augen, die in der Erfahrenheit ihre Lust haben, dieselben sind deine Professores." (Paracelsus 1941)

Das natürliche Auge des Arztes, das bislang durch mannigfaltige 'Augenklappen' eingeschränkt oder beschränkt war, durch 'Scheuklappen' der Herkunft oder der Weltanschauung, durch 'Augenbinden' der Vorurteile und der Verurteilungen, soll künftig „wandern" und „suchen", Erfahrungen („Experienz") sammeln und zur Lehre bündeln - und „Lust daran haben". Diese „Augen - Professores" werden sich von nun an (zur Zeit der Renaissance und des Humanismus) in ganz Europa in den menschlichen Leichnam senken und nach Krankheiten und Heilmethoden suchen. (Andreas Vasal, 1514 - 1564, „De humani corporis fabrica libri septem") Es ist dies die Epoche der großen Entdeckungen der makroskopischen Anatomie mit Hilfe des Augenlichtes und des Skalpells. In gleichem Maße wie die Anatomie entwickelt sich künftig die Chirurgie (unter gleichen 'Maß' - nahmen und 'Maß'- gaben). Auf die enge Verbindung von Auge und Hand sei erstmals hingewiesen (Plessner 1975). Für die Medizin-Theorie bedeutet diese 'Augen-Heilkunde' den Übergang von der Humoralpathologie hin zur Organpathologie. Der 'präparierende Blick' auf und in die einzelnen Organe wird durch 'Ausblendungsmaßnahmen' ermöglicht und erleichtert. Bereits wenig später eröffnet sich unter dem Einsatz von optischen Hilfsmitteln: der Lupe, der Glaskugel, der Linse

und dann (ab 1660) dem Mikroskop (Marcello Malpighi, 1628 - 1694) eine neue Welt morphologischer Strukturen. Für die Krankheitslehre bahnt sich mit dem Mikroskop die Fokussierung zur Zellularpathologie (Virchow, 1821-1902), letztendlich mit dem Elektronenmikroskop (seit Ruska, 1933 und Mahl, 1938) bis hin zur Molekular-Pathologie an. Zwischen den Kranken und den Arzt schieben sich zunehmend vergrößernde und ausblendende optische Hilfsmittel. Es muß allerdings infolge dieser 'Fixierung' mitbedacht werden, daß der 'blinde Fleck' (im erweiterten Sinne) enorm vergrößert wird, denn von nun an muß der ärztliche Blick ganzheitliche Krankheitszusammenhänge, wie sie in der tradierten Humoralpathologie gegeben waren, notwendigerweise 'übersehen'.

Das 'Vergrößerungsglas' blendete zunehmend gesamtorganische, insbesondere psychosomatische und sozialmedizinische Aspekte aus, anfangs methodisch, später auch 'systematisch' - nach dem Motto: 'Was man nicht sehen kann, gibt es nicht.' Hatten sich das 16. und 17. Jahrhundert mit der Anatomie und der Physiologie beschäftigt, so vollzog sich im 18. Jahrhundert eine Umorientierung hin zu anatomisch-klinischen Vergleichen als Grundlegung der Krankheitslehren. Die vergleichenden Klinik - Studien sind auch der Geburtsort der medizinischen Statistik. „Krankheitseinheit" als „statistische Einheit" (Fleck 1983). Hierfür ist es notwendig, den Kranken (unter Ausblendung des 'Umfeldes', von 'künstlichem Licht' beleuchtet) in die Klinik zu schaffen, um ihn exakter beobachten, untersuchen und behandeln zu können (Foucault 1976). Durch den 'Spezialort: Klinik' wird verhindert, daß die „Augen-Professores" unkonzentriert „wandern", statt dessen sollen sie sich 'spezialisieren'. Daß in der Folgezeit nun auch die Hand - und als deren 'Verstärkung' das Instrument - unter 'Aufsicht des Auges' manipulierend/chirurgisch eingreift, belegt einmal mehr die enge Verbindung von Auge und Hand.[2]

[2] Vgl. Berr 1992: „Die Werkzeugmetapher läßt sich nur noch in begrenztem Maße für die Kennzeichnung des Verhältnisses (von Mensch und Technik, V.K.) verwenden. Technik, als Verhalten begriffen, relativiert den Unterschied von Mensch und Maschine, hebt ihn in abstrakter Betrachtung nahezu auf. Mensch und Technik werden immaterialisiert, was nichts anderes bedeutet, als daß in ihrer begrifflichen Bestimmung von materiellen Bestandteilen und Funktionen abgesehen wird."

Foucault macht darauf aufmerksam, daß diese „optische und räumliche Konzentration" zu spezifischen „Herrschaftstrukturen" führt; er studiert sowohl die Klinik, als auch die Strafvollzugsanstalt als ein 'Panopticum', als eine „Maschine, die das Paar Sehen und Gesehenwerden hervorruft, und zwar so, daß man auf der einen Seite vollständig gesehen werden kann, ohne selbst zu sehen, und auf der anderen Seite alles sehen kann, ohne selbst sichtbar zu sein. (...) Der gläserne Mensch symbolisiert das Konkubinat von metaphysisch-anatomischem Ehrgeiz und penetrierender Macht." (Meyer-Drawe 1996)

Die Klinik wird in der Folgezeit kontinuierlich mit weiteren optischen Hilfsmitteln zu Diagnose- und Therapiezwecken ausgerüstet: den Röntgen-Geräten, den Ultraschall- und den Endoskopie - Geräten. Allesamt 'bildgebende Verfahren', die nun auch den Einblick in den lebenden Organismus ermöglichen. Seit den 40er Jahren dieses Jahrhunderts haben diese Verfahren insbesondere auch mittels der computergestützten Auswertung, die später hinzu kam, eine nahezu rasante Entwicklung durchgemacht, so daß man auch neuesten Methoden der Bildgebung nur noch eine 'Halbwertszeit' von wenigen Jahren zutrauen kann.

Mit wenigen Worten sei verdeutlicht, in welch hohem Maße diese Entwicklung der neuzeitlichen Medizin mit dem durch optische Hilfsmittel verstärkten menschlichen Auge verknüpft ist. Wie problematisch eine solche Dominanz des menschlichen Auges für die Medizin ist, sei einleitend zumindest angedeutet. „Der Virtuose des Details (später spricht der Autor von der „Mechanisierung der Diagnostik" und vom „Diagnoseingenieur", V.K.) beurteilt die Welt aus dem Ausschnitt, den Kranken aus den Organen, die Krankheit aus Mikroskop und Retorte. Das nächstliegende Teilziel dominiert, oft unbekümmert um den vitalen Gesamthaushalt des Kranken. Die humanitären Fragen bleichen im Scheinwerferlicht der Augenblickserfolge aus" (Regan 1960, vgl. auch O'Neill 1990).

Schenkel beschreibt die Paradigmen einer „reinen Biomedizin" am Beispiel der bildgebenden Hirndiagnostik: „Hier stehen nach der Computertomographie und der Kernspintomographie jetzt die Positronen-Emissions-Tomographie (PET), die Single-

Photonen-Emissions-Computer-Tomographie (SPECT) und die Magnet-Resonanz-Spektroskopie (MRS) an der Schwelle der Einführung. Es heißt, daß insbesondere PET und SPECT sich als geeignet erweisen, auch psychische Funktionszustände des Gehirns zu beurteilen" (Schenkel 1989).

Sturm schreibt in seiner Arbeit „Das Menschenbild der Medizin": „Neue bildgebende Verfahren und endoskopische Methoden gestatten es, den Menschen nicht erst nach dem Tode bei der Sektion, sondern zu Lebzeiten in allen Richtungen zu schichten und zu durchleuchten. Damit wird der gegenwärtigen Generation ein Menschenbild suggeriert, das bis in den letzten Winkel durchschaubar erscheint, vergleichbar jenem gläsernen Menschen, den man im Dresdener Hygienemuseum bewundern kann"
(Sturm 1986).

Berr zieht in ihren „Überlegungen zu einer Anthropologie der Technik" folgendes Resümee: „Mit der Entstehung der Medizin als Wissenschaft war der menschliche Organismus zunächst als lebender, mit dem Beginn der Neuzeit dann in der Anatomie als tote Materie zum Objekt eines erkennenden Subjekts und zur Basis des medizinischen Wissenssystems geworden. Mit dem zunehmenden Einsatz der neuen Technologien in der Medizin - als Wahrnehmungs-, Kontroll-, Überwachungs- und Zeichenproduktionstechniken - verliert der Körper auch noch seine Funktion als Referenz der produzierten Zeichen: Er ist zum bloßen Datenträger geworden. Mit der Konsequenz, daß seine Bedeutungskonstituierung zu einem variablen und scheinbar unbegrenzten Verfahren wird" (Beer 1992).

3. Material und Methoden

3.1 Die mikrosoziologische Untersuchung

Die mikrosoziologische Untersuchung ist ein der Ethnomethodologie entlehntes Verfahren. Das Studium gilt dem konkreten Detail des Alltags, dem situierten Verhalten, ohne dabei auf umfassende Handlungstheorien (makrosoziologische Forschung) zurückzugreifen. Es basiert auf der Ansicht, daß menschliches Handeln zu komplex ist, als daß es sich aus einzelnen Motivationen heraus (wie Kapital, Macht oder innere Triebe) begreifen ließe (Scheff 1990). Soziale Phänomene gelten hiernach als unweigerlich „lokal erzeugte Phänomene" (Knorr-Cetina 1990).

„Am historischen Beginn der Dinge liegen nicht feierliche Möglichkeiten oder universelle Merkmale. Vielmehr finden wir daselbst die Zersetzung anderer Dinge, finden wir Zufälle, Instabilität und Fehler. Wahrheit ist vielmehr die Art von Irrtum, die nicht widerlegt werden kann, weil sie im langen Backprozeß der Geschichte in eine unveränderbare Form gehärtet wurde" (Nietzsche 1985).

Die Herangehensweise ist stark empirisch und liefert eine Fülle an Material.

3.2 Die Konversations- und Diskursanalyse

Während die Konversationsanalyse darauf abzielt, 'natürliche' Texte auf ihre formalen Abläufe unter Ausblendung des Inhaltes hin zu untersuchen - die 'Gesprächsmaschine' zu analysieren (Flick 1996), geht es in der Diskursanalyse darum, Gespräche daraufhin aufzuschlüsseln, wie die „konversationellen Versionen der Teilnehmer von Ereignissen

(Erinnerungen, Beschreibungen, Formulierungen) konstruiert werden, um kommunikative, interaktive Arbeit zu leisten" (Edwards et al.1992).

Diskursanalytische Ansätze empfehlen sich bei der Untersuchung von Alltagsgesprächen auf allgemeine Themen der Sozialwissenschaft hin. Die Konversationsanalyse bleibt hierbei ein Ausgangspunkt. So werden einerseits formale Aspekte eines Gesprächs durch streng sequentielles Vorgehen (konversationsanalytisch) analysiert, d.h. nur die aktuell untersuchte Textstelle wird herangezogen und auf das Vorgreifen späterer Sequenzen wird verzichtet. Darüber hinaus erfolgt eine Einbettung in den Kontext. Andererseits werden auch inhaltliche Aspekte bei der Analyse berücksichtigt. "Besonderes Gewicht liegt dabei auf der Konstruktion von Versionen des Geschehens" (Flick 1996).

Eine Kollektion von Fällen (in der vorliegenden Arbeit 30 Transkripte von Untersuchungsgesprächen im Ultraschall) wird vergleichend analysiert. Andere Textformen (in dieser Arbeit die schriftlichen Befunde des untersuchenden Arztes und der untersuchenden Ärztin) werden zusätzlich berücksichtigt.

3.3 Die teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung (im vorliegenden Fall ausschließlich direkte visuelle und auditive 'Beobachtung') ist ein verbreitetes Verfahren in qualitativer Sozialforschung. „Hier sind das Eintauchen des Forschers in das untersuchte Feld, seine Beobachtung aus der Perspektive des Teilnehmers, aber auch sein Einfluß auf das Beobachtete durch seine Teilnahme wesentliche Kennzeichen" (Flick 1996, vgl. Lüders 1995).

Diese Teilnahme kann verschieden gestaltet sein: von bloßer sichtbarer Teilnahme bis hin zur Identifikation mit bestimmten Rollen innerhalb der beobachteten Gruppe.

Ziel ist eine „möglichst weitgehende Gewinnung der Innenperspektive" auf soziale Wirklichkeit bei gleichzeitiger „Systematisierung des Fremdenstatus" (Flick 1996).

Es gilt das Besondere im Alltäglichen des untersuchten Feldes aufzudecken. In der vorliegenden Untersuchung nahm ich 'auf der Seite' einer Ärztin bzw. eines Arztes an den Ultraschalluntersuchungen beobachtend teil.

Die beteiligten Patientinnen und Patienten sowie die Ärztin und der Arzt wurden über die Tatsache der Beobachtung aufgeklärt.

Es handelt sich bei dieser Untersuchung also um eine „offene Form der teilnehmenden Beobachtung" (Flick 1996). Nach der Einverständniserklärung der Beteiligten ging ich als Beobachtende mit in den Untersuchungsraum, zeichnete die Gespräche auf Kassette auf und nahm ergänzende handschriftliche Notizen vor. Aus Gründen des Datenschutzes wurden die Namen und andere personenbezogene Daten aller Beteiligten anonymisiert. In den allgemeinen Beschreibungen verwendete ich durchweg die männlichen Bezeichnungen, um eine bessere Lesbarkeit zu gewähren.

3.4 Das Transkriptionsverfahren

Vor der Auswertung und Interpretation von Daten, die mit technischen Medien aufgezeichnet wurden, ist die Verschriftlichung ein notwendiger Schritt. Hierfür stehen verschiedene Transkriptionssysteme zur Verfügung: Man unterscheidet phonetisch/phonologisch orientierte von diskursanalytisch orientierten Transkriptions-verfahren. In einem phonetisch/phonologischen Verfahren wird Sprache auf der Lautebene mit Hilfe von Phonemen verschriftlicht.[3] Zur qualitativen Auswertung von Kommunikation im Alltag werden diskursanalytische Verfahren herangezogen.

Ich habe in der vorliegenden Arbeit das Verfahren der halbinterpretativen Arbeits-transkription (HIAT) angewendet. Hierbei werden Redepausen und nicht-verbale Daten (wie Lachen oder Räuspern) mit aufgezeichnet. Die Normen der Orthographie und Interpunktion werden weitgehend eingehalten. Im Einzelfall sind Buchstaben, Buchstabenverbindungen oder Worte der Aussprache entsprechend (nicht Duden-gemäß) verschriftlicht worden. Dies entspricht der sogenannten „literarischen Umschrift" (Ehlich/Switalla 1976).

3.5 Das Untersuchungsfeld

Um die erhobenen Daten in einen Gesamtzusammenhang zu stellen, habe ich krankenhausinterne Statistiken hinzugezogen.

[3] Ein System ist das International Phonetic Alphabet-IPA.

3.5.1 Das Krankenhaus

Die Studie fand in einem Krankenhaus statt, das sowohl für die Grund- und Regelversorgung aufkommt, als auch als sogenanntes ‘Schwerpunktkrankenhaus’ darüber hinausgehende Leistungen anbietet und für andere Häuser übernimmt.
Die größte Abteilung ist die Innere mit insgesamt 355 Betten, gefolgt von der Chirurgischen mit 148, der Orthopädischen mit 104, der Geburtshilflich-Gynäkologischen mit 100 Betten. Darüber hinaus gibt es folgende Abteilungen: Urologie, Neurologie, Hals-Nasen-Ohren und Kopf- und Halschirurgie, Augenheil-kunde, Neonatologie, Radiologie und Anästhesiologie und Intensivmedizin.
Neben dem gesundheitspolitischen Versorgungsauftrag der Bevölkerung gegenüber und den weiterreichenden Leistungen, fungiert dieses Krankenhaus als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg und übernimmt somit diverse Ausbildungsaufgaben. Im Rahmen des Medizinstudiums werden hier Pflegepraktika, Famulaturen, klinische Untersuchungskurse, Stellen für das Praktische Jahr, für das AIP (Arzt im Praktikum) und für die Facharztausbildung angeboten. So sind alle Stufen der Medizinerausbildung vertreten. Die Sonographie ist in die Abteilung für Innere Medizin eingegliedert. Die Untersuchungen werden von einem Oberarzt und einer Assistenzärztin durchgeführt.

3.5.2 Der Sonographieraum

Die Ultraschall-Untersuchungen dieser Klinik werden zusammen mit endoskopischen Untersuchungen auf einer eigenen Etage, im 3.Stock innerhalb der Gastro-Hepatologie-Abteilung, durchgeführt. Hier stehen 2 Sonographieräume zur Verfügung. Desweiteren befinden sich auf dieser Etage 2 Räume zur endoskopischen Untersuchung, eine Anmeldung, ein etwa 15 qm großes, helles Wartezimmer, ein Entwicklungsraum für die Aufnahmen aus Sonographie und Endoskopie, ein Konferenzraum und 2 Arztzimmer.

In dem Oberarztzimmer finden für wenige Patienten Nachbesprechungen mit dem Oberarzt im Anschluß an die Sonographie-Untersuchung statt (die Gespräche dort sind von mir nicht aufgezeichnet worden).

Sonographieraum 1 (hier haben fast alle transkribierten Gespräche stattgefunden) liegt gegenüber dem Wartezimmer. Er hat zwei Zugänge: zum einen eine breite Tür, durch die Krankenbetten direkt in den Untersuchungsraum geschoben werden können, zum anderen einen Eingang zur abgetrennten Umkleidekabine für die Patienten. Die Raumfläche beträgt ca. 20 qm und ist annähernd quadratisch, wenn man die abgemauerte Umkleidekabine mit einbezieht. Die Wand gegenüber den Türen nimmt eine Fensterfront ein, vor der ein langer Schreibtisch und drei rollbare Stühle stehen, von denen einer wiederum ein 'benutzerfreundlicher' Untersucherstuhl ist. In der Mitte des Raumes befindet sich das Ultraschallgerät und die Patientenliege, die besonders komfortabel ist, sich variabel verstellen läßt und mit Rollen versehen ist, um sie gegebenenfalls aus dem Zimmer zu schieben. Dies ist erforderlich, wenn Patienten in ihren Betten untersucht werden müssen. Am Kopfende der Liege befindet sich ein Monitor, auf dem der Untersuchende ein vergrößertes Bild im Vergleich zu dem auf dem Gerätebildschirm hat; so hat er auch den Patienten besser im Blick. Vor der Liege läßt sich ein Vorhang zuziehen, so daß man, wenn man den Raum betritt, den Patienten nicht direkt sieht. Gegenüber der Liege steht ein 2, 20 Meter hoher Schrank, auf dem sich auch ein Monitor befindet. Auf diesem können die Patienten die Untersuchung bequem verfolgen. Hinter dem Schrank, zum Fenster hin, ist eine Ablage in Höhe des Schreibtischs angebracht. An der Wand darüber hängt der Röntgenschirm, an den die Bilder (sog. 'Multiformatbilder') gehängt werden, um sie genauer zu begutachten. In der anderen Ecke des Raumes (von der Tür aus gesehen rechts vor den Fenstern) steht ein weiterer Monitor, den Patienten, wenn sie sich zur Untersuchung auf die rechte Seite drehen sollen, in Augenhöhe haben. In der rechten Ecke, direkt bei der Tür, befindet sich ein Waschtisch, ein Vorrat an Abdecktüchern und ein Abwurfbeutel für benutzte Tücher.

Während der Untersuchung werden die Jalousien vor den Fenstern heruntergelassen, um die Bildqualität zu verbessern.

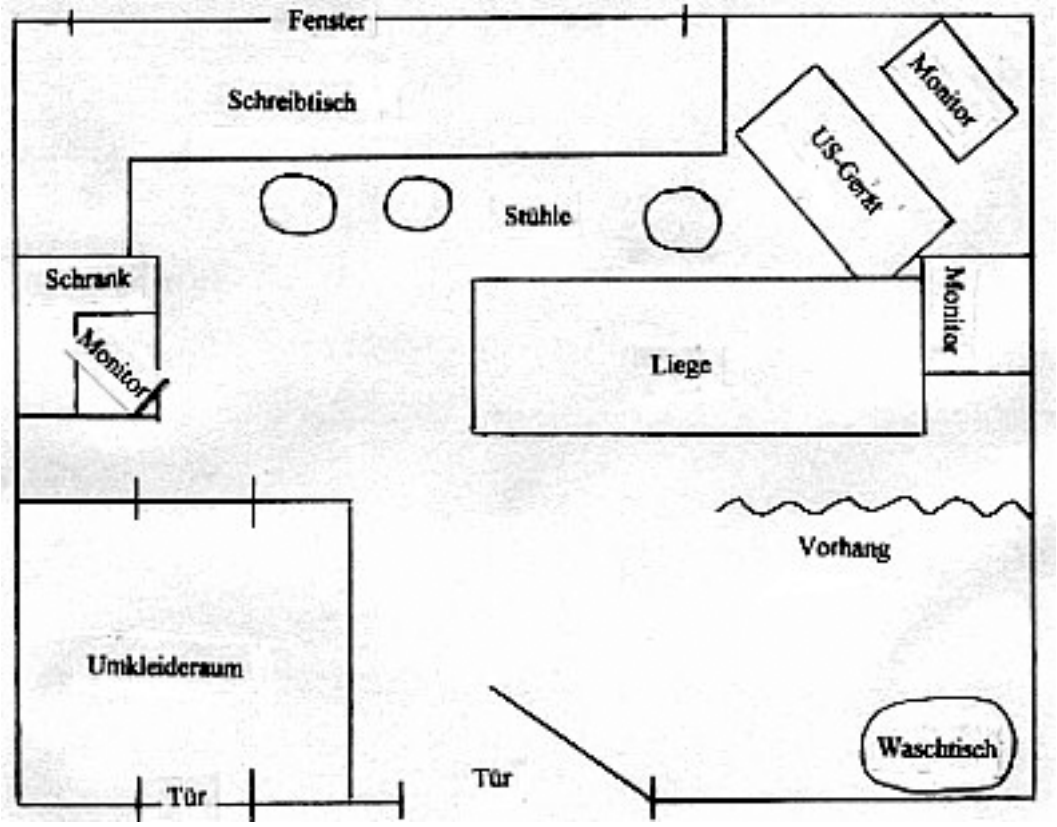
Zu dem Ultraschallgerät: Es handelt sich hierbei um ein ‘High-tech’- Computer-sonographiegerät (Accuson XP 128) mit Farbdoppler und Duplex, das dem neuesten Stand entsprechend ‘nachgerüstet’ ist.

Es ist zu bemerken, daß die Betriebsgeräusche, die das Gerät verursacht, nicht unerheblich sind. Die Entwicklung der Aufnahmen geschieht in einem kleinen Raum am anderen Ende des Flures.

Sonographieraum 2 sei hier nur in einigen Worten skizziert, da fast keines der transkribierten Gespräche dort stattgefunden hat. Der Raum liegt, wie auch der Entwicklungsraum, am andern Ende des Flures. Die Fläche beträgt etwa 12 qm. Die Umkleidekabine ist nicht vom Flur aus, sondern nur direkt durch eine Tür im Untersuchungsraum zu erreichen. In der Mitte des Raumes steht das Ultraschallgerät und die Patientenliege, die weniger komfortabel ist als die in Raum 1. Den Blick von der Tür aus auf den Patienten verstellt eine Parawand. Hinter dieser Wand steht ein Monitor in Augenhöhe des liegenden Patienten. So ist es auch in diesem Raum dem Patienten ermöglicht, die Untersuchung am Monitor mit zu verfolgen (allerdings weniger bequem als in dem anderen Raum).

Abbildung 1

Skizze des Untersuchungsraums 1



Quelle: Eigene Darstellung

3.5.3 Der Ablauf der Studie

Die Tonbandaufzeichnungen wurden während zwei ‘gewöhnlicher’ Arbeitswochen im Ultraschall gewonnen, ‘gewöhnlich’ in bezug auf die Anzahl der Untersuchungen pro Tag, die Dauer der Gespräche und auf die Untersucher.

In diesem Krankenhaus sind es vor allem zwei Ärzte, die die Untersuchungen vornehmen: ein Oberarzt und eine Assistenzärztin. Sie arbeiten zeitlich parallel während der Vormittage. Beide sind nicht gleichzeitig Stationsärzte der untersuchten Patienten.

Ich habe beide jeweils eine Woche begleitet und ihre Untersuchungen auf Kassette aufgezeichnet.

Vor den einzelnen Aufzeichnungen stellte ich mich den Patienten als Medizinstudentin vor, die eine Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation im Ultraschall vornehmen möchte. Ich bat sie gezielt um Einverständnis zur Aufzeichnung des Untersuchungsgesprächs, da eine offene Form der teilnehmenden Beobachtung gewählt wurde. Dies geschah vornehmlich im Wartezimmer, bei Patienten, die vom Transport gebracht wurden, im Flur, da sie dort warten mußten. Nur in Ausnahmefällen, wenn beispielsweise der nächste zu Untersuchende bereits in der Umkleidekabine war, und der Vorige noch aus dem Raum geschoben wurde, stellte ich mich im Untersuchungsraum vor und bat dort um das Einverständnis. Mit der Frage nach Einverständnis wurden die Patienten auch darüber aufgeklärt, daß ihre Daten vertraulich behandelt werden.

Das Aufnahmegerät wurde nach erfolgter Einverständniserklärung eingeschaltet, sobald sich Arzt und Patient im Untersuchungsraum einfanden. Das gesamte Untersuchungsgespräch wurde lückenlos aufgezeichnet. Das Aufnahmegerät und das kleine Mikrophon standen auf einem kleinen Beistelltisch neben dem Ultraschallapparat. Ich saß auf einem Hocker neben dem Untersuchenden und nahm handschriftliche Notizen vor. Diese dienten vor allem dem Einfangen nonverbaler Kommunikation (Mimik, Gestik, Blickrichtung), aber auch der Anordnung der Beteiligten. Die Beteiligten waren darüber informiert, mich nicht in die Gespräche einzubinden. In 6 von 71 Gesprächen wurde ich angesprochen: Viermal von dem Oberarzt, der mich dann jeweils bat, die Bilder aus dem Entwicklungsraum zu holen oder ihm die Akte zu reichen, zweimal von Patienten, einer wünschte mir viel Glück bei meiner Studie, ein anderer fragte mich beim Hineinkommen: „Soll ich mich da drauf legen?" (gemeint war die Untersuchungsliege.) Eine Störung des Ablaufes der sonographischen Untersuchung oder eine Beeinflussung meinerseits ergaben sich hieraus nicht.

Um zu überprüfen, ob sich die Untersuchungsgespräche durch die Tatsache der Aufnahme von ‘normalen’ Untersuchungen unterscheiden, nahm ich 2 Wochen vor der Zeit, in der ich die Gespräche aufgezeichnet habe, an den Untersuchungen teil.
Die Tatsache der Aufnahme änderte die Gespräche nicht. Die Frage, inwieweit meine Anwesenheit das Geschehen beeinflußt hat, verneinten die Funktionsschwestern.

3.5.4 Die beteiligten Personen

Zu den beteiligten Personen zählten im wesentlichen Oberarzt und Assistenzärztin, die Patienten und die Funktionskrankenschwestern. Auf sie werde ich im Ergebnisteil näher eingehen.

3.5.5 Die Bearbeitung der Tonbandaufzeichnungen

Nach Abschluß der Aufzeichnungen wurden von den 71 aufgenommenen Gesprächen 30 - randomisiert gewählt - transkribiert, d.h. von den 46 Gesprächen, die die Assistenzärztin geführt hat, wurde jedes dritte, von den 30 Gesprächen, die der Oberarzt geführt hat jedes zweite verschriftlicht. Die Notizen wurden dabei mit einbezogen. Die Tonqualität der Aufnahmen war gut, so daß die gesamte Kommunikation bis auf wenige Ausnahmen, in denen einzelne Worte zu leise oder undeutlich gesprochen wurde, transkribiert werden konnte. Um die Verständlichkeit der Transkripte zu gewährleisten, wurde weitgehend die normale Orthographie und Interpunktion eingehalten. In den Transkripten ist ein Kompromiß zwischen guter Lesbarkeit, und somit auch Verständlichkeit, und genauer Datenübertragung gefunden worden.

3.6 Die Ultraschalltechnik

Unter Ultraschall versteht man Schallwellen, deren Frequenzen oberhalb des vom menschlichen Ohrs wahrnehmbaren Bereichs (16kHz) liegen. In der Ultraschalldiagnostik werden Frequenzen von 1-10 MHz verwendet. Diese werden bei der Untersuchung von einem piezoelektrischen Kristall, der sich im Schallkopf befindet, gesendet. Treffen sie auf eine Grenzfläche zwischen zwei Medien, so wird ihre Energie reflektiert, gebrochen, gestreut und/oder absorbiert. Die Ultraschalltechnik nutzt vor allem den Effekt der Reflexion. (Nur in der Dopplertechnik wird die Streuung ausgewertet.) Die reflektierten Schallwellen (Echos) werden vom Schallempfänger, auch im Schallkopf lokalisiert, aufgenommen, in elektrische Impulse verwandelt, verstärkt und auf einer Bildröhre dargestellt. Als verschiedene Möglichkeiten der Wiedergabe der Echoinformation gelten der A-Mode (empfangene Wellen werden als Amplituden dargestellt, aus denen sich der Reflexionsgrad abhängig von der Eindringtiefe ablesen läßt), der M-Mode (zur Darstellung zeitlicher Bewegung, v.a. in der Kardiologie angewandt) und der B-Mode (A-Mode-Signale werden in Helligkeitspunkte umgewandelt, so daß ein zweidimensionales Bild entsteht.[4]

Seit etwa 1950 gewinnt die diagnostische Nutzung zunehmend an Bedeutung, so daß die Ultraschalluntersuchung heute als das häufigst angewandte bildgebende Verfahren in der medizinischen Diagnostik gilt.[5]

Ausschlaggebend dafür mögen die breiten Anwendungsmöglichkeiten (nahezu jedes Organ läßt sich sonographisch darstellen), die Einfachheit der Technik (die Interpretation hingegen gilt als schwierig und erfordert ein hohes Abstraktions-vermögen), die Gefahrenlosigkeit für Untersuchten und Untersucher sowie die Lieferung von ‘real-time-Ergebnissen’ sein.

[4] Zur Darstellung der technischen Details vgl. Pickuth 1997.
[5] Vgl. zur Geschichte der Ultraschalldiagnostik: Frentzel-Beyme 1994.

Die zunehmende Anwendung der Ultraschalltechnik in Verbindung mit der Computertechnik bedeutet „eine weitere Technisierung der Information im Sinne ihrer Übertragung, Speicherung, Verarbeitung durch Artefakte". Gleichzeitig handelt es sich um eine „Technisierung von Wahrnehmen und Kommunizieren, um das Schwinden der raum-zeitlichen Ferne durch die Loslösung des Sprechens, Sehens und Hörens von der leiblichen Anwesenheit am Ort des Geschehens, das wahrgenommen und über das kommuniziert wird" (Krämer 1998).

Durch die Datenvernetzung wird die Sonographie also zunehmend ein virtuelles Medium. Der Preis für diese Entwicklung ist der Verzicht auf die Möglichkeit, in eben dieses Geschehen eingreifen zu können.

Die Sonographie erfährt also eine

- Digitalisierung (Binärcode als semiotische 'Universalmünze')
- Virtualisierung (Verflüssigung und Instabilität von Wirklichkeit)
- Änderung von 'Interaktivität' (im Sinne einer reziproken Wechselbeziehung zwischen Personen).

Diese Folgen sind unter anderem der Gegenstand der Untersuchung.

4. Formale Analyse

4.1 Die ausgewählten Patienten

In der Zeit der Untersuchung wurden Gespräche mit 76 Patienten geführt. Fünf Patienten waren nicht einwilligungsfähig oder -willig zur Tonbanddokumentation, so daß 71 Gespräche aufgezeichnet wurden. Von diesen Gesprächen führte 46 A1 (1.Woche meiner Aufzeichnungen) und 30 OA (2.Woche meiner Aufzeichnungen). Transkribiert und ausgewertet wurden insgesamt 30 Gespräche, 15 je Arzt/Ärztin (d.h.

jedes dritte bei A1 und jedes zweite bei OA). Die soziodemographischen Daten beziehen sich auf alle aufgezeichneten Gespräche, auch die nicht-transkribierten.

4.1.1 Soziodemographische Daten

-Geschlecht:

	insgesamt/ absolut:	insgesamt/ prozentual:	bei OA/ absolut:	bei OA/ prozentual:	bei A1/ absolut:	bei A1/ prozentual:
männlich:	36	50,7 %	15	53,6 %	21	48,8 %
weiblich :	35	49,3 %	13	46,4 %	22	51,2 %

-Altersgruppen (bei OA):

männlich (n=15)			weiblich (n=13)		
Alter:	absolut:	prozentual:	Alter:	absolut:	prozentual:
17-40 J.	3	20,0 %	23-40 J.	3	23,0 %
41-60 J.	4	26,6 %	41-60 J.	5	38,5 %
61-80 J.	7	46,6 %	61-80 J.	3	23,0 %
81-83 J.	1	6,6 %	81-86 J.	2	15,4 %

-Altersgruppen (bei A1):

männlich (n=21)			weiblich (n=22)		
Alter:	absolut:	prozentual:	Alter:	absolut:	prozentual:
19-40 J.	6	28,6 %	35-40 J.	1	4,5 %
41-60 J.	9	42,8 %	41-60 J.	8	36,5 %
61-77 J.	6	28,6 %	61-80 J.	12	54,5 %
			81 J.	1	4,5 %

Insgesamt war von den Frauen die Jüngste 23, die Älteste 86 Jahre alt. Bei den Männern lag die Spannbreite zwischen 17 und 83 Jahren.

4.1.2 Medizinische Daten

Von den 28 Patienten, die OA untersucht hat, waren 15 (53,57 %) in stationärer Behandlung, zwölf in der Inneren, zwei in der Urologie und einer in der Orthopädie.
Elf Patienten waren ambulant da (39,38 %), einer von ihnen kam aus der onkologischen Ambulanz, zwei Patienten waren ‘prästationär’, d.h. bei ihnen war bereits eine Einweisung geplant.

A1 hat 43 Patienten untersucht, von denen 36 stationär geführt wurden (83,7 %); 21 davon internistisch, zwei chirurgisch, fünf urologisch, vier gynäkologisch, einer orthopädisch, einer neurologisch, zwei auf der Hals-Nasen-Ohren-Station. Sieben Patienten kamen ambulant (16,3 %), drei aus der onkologischen Ambulanz.

Folgende Indikationen/Diagnosen lagen bei den insgesamt 71 Patienten vor:
26 onkologische Erkrankungen, 15 unklare Bauch-Beschwerden, elf Leber-, neun Pankreas-, sieben Darm-, sechs Blasen-, fünf Nieren-, vier ovarielle, drei Gallenerkrankungen, drei Thrombose-Verdachte, zwei unklare Laborwerte, zwei Brust-, zwei Magen- sowie zwei Hodenerkrankungen. Ferner gab es je einen Patienten mit Schilddrüsen-, Milz-, Ösophagus-, Epiglottis- oder Bauchaorta-Erkrankungen. Ein weiterer litt an Rückenbeschwerden, einer an einer Hernie.
Mehr als ein Drittel der Patienten wurde aufgrund von Malignomen (Nachweis oder Staging) sonographiert. In keinem Fall war der untersuchende Arzt auch der behandelnde Arzt. Beide Ärzte verfügen allerdings über Visitenerfahrung.[6]

4.2 Die Ärzte

In dem Krankenhaus, in dem ich meine Untersuchung durchgeführt habe, übernehmen vor allem ein Oberarzt und eine Assistenzärztin die Sonographien. Ihnen habe ich mich jeweils eine Woche angeschlossen.

4.2.1 Der Oberarzt (OA)

Der Oberarzt ist Facharzt für Innere Medizin und arbeitet ganztags (von 8:30 bis 16:00 Uhr oder länger) in der Sonographieabteilung.
In seinen 23 Dienstjahren hat er etwa 60 000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt.
(Zum Vergleich: Die Hamburger Ärztekammer fordert in ihrer aktuellen Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Innere Medizin (1989) folgende Anzahlen selbstdurchgeführter Sonographien: 400 des Abdomens, 200 der Uro-Genitalorgane,

[6] Vgl. Kapitel 4.2

100 der Schilddrüse, 100 des Halses, 100 des Thorax (ohne Herz) und 200 Dopplersonographische Untersuchungen der Gefäße, die die Extremitäten versorgen, also insgesamt 1 100 Untersuchungen.)
Er hat sehr große Erfahrung im Ultraschall und wird aus diesem Grund bei schwierigen Untersuchungen von seinen Kolleginnen und Kollegen hinzugezogen.
Einmal pro Woche macht er Stationsvisite von 8:00 bis 11:00 Uhr. In Abwesenheit des Chefarztes übernimmt er dessen Vertretung.
Außerdem ist er verantwortlich für die Organisation der Abteilung, bauliche Maßnahmen und die Geräteaufrüstung in Endoskopie und Sonographie.

4.2.2 Die Assistenzärztin (A1)

Die Assistenzärztin, ebenfalls Fachärztin für Innere Medizin, ist halbtags (8:30 bis 13:30 Uhr) im Ultraschall angestellt. Sie hat seit mehreren Jahren keine Stationsarbeit mehr zu übernehmen. Sie ist seit 15 Jahren im Dienst und hat während dieser Zeit etwa 20 000 Sonographien durchgeführt.

Neben dem Oberarzt und der Assistenzärztin taucht in einem Protokoll (Pat.15) ein weiterer Assistenzarzt (A2) auf. Da dieser nicht in die Untersuchung oder Gesprächsführung involviert ist, verzichte ich darauf, näher auf ihn einzugehen.

4.3 Die Funktionsschwestern und weitere Personen

Die im Ultraschall tätigen Krankenschwestern, beziehungsweise Medizinisch-Technischen Assistentinnen werden als Funktionsschwestern bezeichnet. Ihre Aufgaben sind vor allem organisatorischer Art: Sie nehmen Anmeldungen entgegen, organisieren

Untersuchungstermine, sind für den reibungslosen Tagesablauf verantwortlich, bestellen Patienten mit oder ohne Transport ein und übernehmen die Buchführung.
Desweiteren führen sie bestimmte Hilfstätigkeiten aus: Sie bitten die Patienten in den Untersuchungsraum oder die Umkleidekabine - falls diese bettlägerig sind, schieben sie die Betten in den Raum und wieder heraus, helfen ihnen beim Lagern und gegebenenfalls An- und Ausziehen, geben Daten in den Computer ein und helfen ihnen im Anschluß an die Untersuchung beim Abwischen des Ultraschallgels. Bevor der nächste Patient an der Reihe ist, wechseln sie die Abdecktücher aus. In seltenen Fällen assistieren sie bei Punktionen.

4.3.1 Leitende Funktionsschwester (S1)

Die leitende Schwester ist ihrer Ausbildung nach Medizinisch-Technische Assistentin (MTA). Seit 5 Jahren arbeitet sie als sogenannte Funktionsschwester in der Sonographie-Abteilung des Krankenhauses und hat dort leitende Funktion.

4.3.2 Funktionsschwester (S2)

Diese Krankenschwester mit langjähriger Berufserfahrung arbeitet seit einem halben Jahr als Funktionsschwester sowohl in der Sonographie als auch in der Endoskopie.

4.3.3 Sekretärin (Sekr.)

Die Abteilung hat eine eigene Sekretärin beschäftigt, die die Anmeldungen für Sonographie und Endoskopie entgegennimmt, neben den Schreibaufgaben, die sie zu erledigen hat.

4.4 Der äußere Rahmen des Kommunikationsablaufs

4.4.1 Die Zahl der beteiligten Personen

An den Untersuchungen waren in der Regel nur ein Patient und die Assistenzärztin oder der Oberarzt beteiligt. Oft war eine der Funktionsschwestern anwesend, meist aber auch nicht für die gesamte Dauer einer Untersuchung, da sie noch verschiedene andere Aufträge zu erledigen hatten.

In einigen Fällen, die protokolliert sind, waren weitere Personen anwesend. In einem begleitete eine Ehefrau ihren Mann (Patient 4), in zwei kam die Assistenzärztin kurz in den Raum, als der Oberarzt eine Untersuchung durchführte (Patienten 20, 28), in einem weiteren kam ein junger Kollege bei einer Untersuchung hinzu (Patientin15) und zweimal (Patienten 5, 27) kommt die Sekretärin kurz herein. Das jeweilige Gesprächsthema galt in keinem Fall den untersuchten Patienten.

Bei allen Untersuchungen war ich, als ‘teilnehmende Beobachterin’, anwesend.

4.4.2 Die Dauer der Ultraschalluntersuchungen

Als ‘Dauer der Untersuchung’ definiere ich die Spanne zwischen dem Aufeinandertreffen von Untersucher und Patient im Ultraschallraum und dem Moment, in dem einer von beiden den Raum verläßt. Dies wurde so gewählt, da die Arzt - Patient - Kommunikation den zentrale Aspekt der vorliegenden Arbeit darstellt.

Nach diesem Kriterium betrug die durchschnittliche Zeitdauer der 30 transkribierten Gespräche 13,3 Minuten (Minimum 5, Maximum 30 Minuten).

Die Gespräche, die der Oberarzt führte, waren im Durchschnitt 16,2 Minuten lang. Das Maximum betrug 30 Minuten, das Minimum 7 Minuten - Standardabweichung 2,07 Minuten. Die Assistenzärztin führte durchschnittlich 11,1 minütige Gespräche. Das

längste Gespräch dauerte 18 Minuten, das kürzeste 5 Minuten - Standardabweichung 0,7 Minuten.

4.4.3 Verhältnis der Dauer der Gespräche zur Dauer der Untersuchungen

Als ‘Gesprächsanteil’ wurden die Zeiten gemessen, in denen sich Arzt und Patient vor, während und nach der Untersuchung unterhalten. Aufforderungen an die Patienten (wie zum Beispiel: „mal tief einatmen”) wurden nicht dazu gerechnet. Die ‘reine Untersuchungszeit’ wurde ermittelt aus der gesprächsfreien Zeit während der Untersuchung und der Zeit, in denen der Gesprächsstoff einzig aus den Aufforderungen (s.o.) bestand.

Daraus ergaben sich folgende Zahlen:

Der durchschnittliche Gesprächsanteil bei sämtlichen transkribierten Untersuchungen betrug das Doppelte der reinen Untersuchungszeit (2:1).

Das größte Verhältnis Gesprächsdauer / ‘reine Untersuchungsdauer’ entsprach 8:1 (Patientin19), das kleinste 0,7:1 (Patientin 22).

Die Gespräche des Oberarztes während des Patientenkontaktes (Patienten 16 - 30) waren durchschnittlich 2,2 mal so lang wie die ‘reine Untersuchungszeit’.

Bei der Assistenzärztin (Patienten 1 - 15) betrugen die Gespräche das 1,8-fache der ‘reinen Untersuchungszeit’.

4.5 Initiativenverteilung und -häufigkeit

Die Position verschiedener Teilnehmer in einem Kommunikationsprozeß läßt sich anhand unterschiedlicher Verfahren aufzeigen:

- Das Auszählen der jeweils geäußerten Worte erfaßt Redebeiträge rein quantitativ.

- Die Gesamtlänge der jeweiligen Redebeiträge verdeutlicht die Rolle, die die jeweiligen Sprecher innerhalb des Gesprächs annehmen - wie dominant sie auftreten. Dieses Verfahren wäre technisch schwer realisierbar gewesen, da viele Redebeiträge nur aus einzelnen Worten bestehen (wie „Hm" oder „Ja"), die sich zeitlich nicht exakt mittels Stoppuhr bestimmen lassen.

- Das von mir gewählte Verfahren besteht in der Auszählung von Initiativen - gerichteten Redebeiträgen. Es gibt Aufschluß über die Aktivität der einzelnen Teilnehmer im Kommunikationsprozeß.

Als Initiativen wurden Bemerkungen gewertet, die dem Gespräch eine neue 'Richtung' gaben. Dies waren zumeist Fragen, Aufforderungen oder Stellungnahmen.

Wenn mehrere aufeinanderfolgenden Sätze / Bemerkungen ähnlichen Sinnes waren (so die Sequenzen mit Aufforderungen an die Patienten) oder sich wiederholt haben, wurde stellvertretend nur die erste Bemerkung als Initiative gezählt (vgl. Raspe 1982).

Prot.-Nr	Arzt - Patient	Arzt - Schwester	Arzt - Arzt	Patient - Arzt	Patient - Schwester	Schwester - Arzt	Schwester - Patient
Pat 1	25	1	------	17	0	0	0
Pat 2	23	1	------	6	0	1	0
Pat 3	26	0	------	9	0	0	0
Pat 4	12	0	------	6	0	0	1
Pat 5	31	0	------	19	0	0	1
Pat 6	13	0	------	5	0	2	3
Pat 7	46	0	------	34	1	0	2
Pat 8	27	0	------	8	0	0	1
Pat 9	14	1	------	6	1	1	3
Pat 10	18	0	------	10	0	0	1
Pat 11	26	0	------	8	0	0	0

Prot.-Nr	Arzt - Patient	Arzt - Schwester	Arzt - Arzt	Patient - Arzt	Patient - Schwester	Schwester - Arzt	Schwester - Patient
Pat 13	25	0	------	11	0	0	3
Pat 14	27	0	------	17	0	0	1
Pat 15	16	0	11	0	0	0	1
Summe A1	359 (Ø 24)	3 (Ø 0,2)	11	171 (Ø 11)	2 (Ø 0,1)	4 (Ø 0,3)	18 (Ø 1)
Prozent. Anteil	63,2 %	0,5 %	2 %	30 %	0,4 %	0,7 %	3,2 %

Pat 16	33	0	------	9	0	0	1
Pat 17	40	3	-----	19	0	3	0
Pat 18	27	1	------	8	1	1	5
Pat 19	62	0	------	66	0	7	3
Pat 20	40	0	1	19	0	0	4
Pat 21	16	2	------	10	0	2	0
Pat 22	25	------	------	14	------	------	------
Pat 23	39	0	------	11	2	0	7
Pat 24	46	0	------	24	0	0	2
Pat 25	37	0	------	22	0	1	0
Pat 26	78	2	------	62	1	2	1
Pat 27	49	1	------	29	0	0	0
	48	0	------	22	0	0	2
Pat 29	84	4	------	45	3	5	9
Pat 30	17	0	------	12	0	0	2

Summe OA	641 (Ø 43)	13 (Ø 1)	1	372 (Ø 25)	7 (Ø 0,5)	21 (Ø 1,5)	36 (Ø 2,6)
Prozent. Anteil	58,8 %	1,2 %	0,1 %	34,1 %	0,6 %	1,9 %	3,3 %
Gesamt-summe	1000 (Ø 33)	16 (Ø 0,5)	12	543 (Ø 18)	9 (Ø 0,3)	25 (Ø 0,9)	54 (Ø 1,9)
Gesamt-anteil (%)	60,3 %	1%	0,7 %	32,7 %	0,5 %	1,5 %	3,3 %

Die Aufstellung zeigt, daß der Anteil der vom Arzt an den Patienten gerichteten Initiativen rund 60 % und der vom Patienten an den Arzt rund 33 % beträgt.

Während sich die absolute Anzahl der Initiativen zwischen den Gesprächen, die die Ärztin führt, und denen, die der Arzt führt, erheblich unterscheidet (etwa verdoppelt), zeigt die relative Initiativenverteilung zwischen den beiden Ärzten nur geringfügige Differenzen.

5. Inhaltliche Analyse

5.1 Aufbau der Gespräche

Der Gesprächsablauf zeigt folgende Sequenzen:

a) Begrüßung

In 24 von 30 Fällen werden die Patienten begrüßt. A1 begrüßt zehn von 15 Patienten, OA 14 von 15. Meist wird „Guten Tag" oder „Guten Morgen" gewünscht. OA modifiziert den Gruß häufig zu „Schönen, guten Tag" und verbindet es in neun von 15 Fällen mit einem Händeschütteln. Sechs Patienten werden vor der Untersuchung nicht begrüßt.

b) Namentliche Vorstellung des Arztes

In der Regel stellen sich Ärztin und Arzt nach der Begrüßung dem Patienten vor. In keinem Fall sind die Ärzte gleichzeitig die behandelnden Stationsärzte. OA ist drei von 15 Patienten schon von früheren Ultraschalluntersuchungen bekannt.

In 25 Protokollen stellen sich die Ärzte namentlich vor. A1 in 13 von 15 Fällen, OA in zwölf von 15 Fällen. In allen Fällen wird „Mein Name ist ..." als Formel verwendet.

fünf Patienten erfahren nicht, wer sie untersucht.

c) Ankündigung der Untersuchung

Im Anschluß an die Vorstellung erfolgt das Ankündigen der Ultraschalluntersuchung, in einigen Fällen kombiniert mit der Frage nach Vorerfahrungen.

A1 kündigt die Untersuchung in acht von 15 Fällen an. Sie benutzt fast durchweg folgende stereotype Formel: „... ich soll mir mal den Bauch angucken." Eine spezifischere Fragestellung wird nur bei einem Patienten (Patient 11) deutlich: „Ich soll

mir irgendwie jetzt Ihre Bauchspeicheldrüse mal angucken", wobei das „irgendwie...mal" eine gewisse Beliebigkeit vermittelt. Bei demselben Patienten leitet sie die Untersuchung ein mit: „So, Ultraschall kenn' Sie?", worauf der Patient antwortet: „Mehr als genuch."

In der Regel warnt sie: „Es wird mal kalt." vor dem Auftragen des Gels auf den Bauch und beginnt die Untersuchung prompt.

OA fragt zunächst immer nach dem Beschwerdebild des Patienten, bevor er die Untersuchung startet, die er entweder spezifisch mit beispielsweise: „Ich soll einmal die Nieren, Gefäße und die große Hohlvene angucken." (Patient 18), „Das is jetzt eigentlich eine Nachuntersuchung, nichts Akutes." (Patient 25) oder unspezifisch mit beispielsweise: „..., wollt' nur einmal den Bauch mit Ultraschall nachgucken." (Patient 30) oder „... wir machen gleich noch eine Untersuchung zusammen, ne?" (Patientin 22) oder aber, so in sieben von 15 Fällen, gar nicht einleitet.

In den meisten Fällen erfolgt auch bei ihm die Warnung, daß es kalt wird.

Einmal fragt er: „Du warst schon öfter hier, nich?" (Patient 16).

d) Eigentliche Untersuchung

In drei von 15 Fällen tastet OA zunächst mit seinen Händen, bevor er den Schallkopf benutzt:

„Wenn ich da drücke, tut das dann weh?" (Patient 17), „Ein unangenehmer Punkt wohl, nicht? ... Oder ist es doch hier hinten? ... Oder ist es dort unangenehmer?" (Patientin 26), „Tut das weh hier?" (Patientin 27)

Die Ultraschalluntersuchung beginnt mit dem Auftragen des Gleitgels, was häufig vorher angekündigt wird, da es kühl ist, und der Patient erschrecken könnte.

Während der Untersuchung sind die Anweisungen an die Patienten, die streng arbeitsbezogen sind, von den Fragen nach den Beschwerden und Informationen zu unterscheiden.

Die Anweisungen, die die Untersuchungsbedingungen verbessern sollen, treten häufig in Serien auf und beziehen sich auf die Atmung des Patienten, die Lagerung und Ähnliches:

„... mal tief einatmen, bitte. Gut, weiteratmen! ... (10 Sekunden) ... mal einatmen, ... (9 Sekunden) ... und weiteratmen" (Patient 2), „Mal den linken Arm nach oben nehmen, bitte.", „Einmal auf diese Seite hinstellen." (Patient 5), „Bitte mal ganz tief einatmen ... (6 Sekunden) ... noch mal wieder ‘n ganz dicken Bauch machen ... (14 Sekunden) ... bitte mal anhalten die Luft." (Patient 16).

Diese Aufforderungen an die Patienten sind bei beiden Ärzten gleich, allerdings sind sie bei A1 in der Regel kürzer und unterbrochen von Fragen nach dem Beschwerdebild.

Bei OA lassen sich längere Phasen der Untersuchung mit einer Reihung solcher Aufforderungen und auch längere Phasen, in denen er die anamnestischen Hinweise weiter verfolgt, feststellen.

Die weitere Kommunikation während der Untersuchung bezieht sich, wie schon erwähnt, auf die Beschwerden der Patienten oder die Untersuchung selbst: „... ist der Bauch denn irgendwie dicker geworden?", „Gallensteine bekannt?" (Patientin 1), „Mhm. Und dann ham Sie irgendwie angeblich so abgenommen in letzter Zeit?" (Patient 7), „dauert alles ‘n bißchen länger, aber nach so ’ner Operation kann man sich auch im Ultraschall nicht so leicht orientieren. Die Sicht ist an sich gut. Die Bauchspeicheldrüse gucken wir jetzt". Es gibt auch untersuchungsunabhängige Themen: „Schöner BH, paßt zur Hose" (Patientin 6), „Zwerchpudel. Ah, die ... ,die können sich in der Wohnung ganz gut aushalten, die Zwerchpudel." (Patientin 19)

e) Beendigung der Untersuchung

Das Ende der Untersuchung wird häufig mit Füllworten, wie „gut" oder „so" eingeleitet, worauf dann der Hinweis auf das Abputzens des Gleitgels folgt.

Einige Beispiele:

„Gut, denn könn’se sich hiermit den Bauch abwischen." (Patient 2)

„Sie könn' sich dann erstmal wieder anziehen, Herr ... ." (Patient 7)

„Gut, dann bist du fertig. Putz dich gründlich mit dem Tuch ab." (Patient 16)

„Ich bin jetzt fertig mit der Untersuchung." (Patientin 19)

„So, das is es schon." (Patientin 28)

f) Information über die Untersuchungsergebnisse

Die Information über das Untersuchungsergebnis erhält der Patient meist nach Beendigung der Untersuchung. Häufig ist sie knapp und unspezifisch gehalten, wie folgende Beispiele zeigen:

„So, da hab' ich so nichts gesehen." (Patientin 1)

„... ich kann da wirklich überhaupt nichts Besonderes finden." (Patient 2)

„So, also da is alles in Ordnung." (Patientin 23)

„... ich kann nichts Aufregendes sehen ... in jedem Fall ein gutartiger Befund." (Patientin 29)

Auffallend sind die 'Negativierungen', also die Betonung dessen, was nicht gefunden wurde. Allerdings handelt es sich ja auch meist um eine 'Ausschluß - Diagnostik'.

In einigen Fällen geben die Ärzte auch spezifischere Informationen, wie:

„Ihre Milz ist nur noch 'n ganz klein bischen vergrößert, Leber ist schon fast normal." (Patient 4)

„... gut, in Ihrem Bauch ist soweit alles okay, die Leber is'n bißchen verfettet, ... die Gefäße sind 'nen bißchen verkalkt schon, aber sonst ist alles soweit in Ordnung." (Patient 8)

„Gut, im Bauch is viel Luft drin, von der Niere hab' ich Aufnahmen gemacht ..., sonst Leber und so, alles soweit in Ordnung." (Patientin 14)

„Sie haben wahrscheinlich nur eine Niere, ... aber da sind Se ja auch ganz gut mit zurecht gekommen mit der, ne?" -P: „Ja." -A1: „Keine Probleme gehabt, ne?" -P: „Ne." -A1: „Die is dafür denn auch 'n bißchen größer." (Patientin 15)

„Also, ich hab’ keine Bedenken, daß sie bald nach Hause kommen, nich?”
(Patientin 19)
„... ’ne sehr gute Sicht, so daß ich da mit guter Zuverlässigkeit sagen kann, daß ich da nichts übersehen hab’, - es sei denn, es sind diskretere, entzündliche Veränderungen.” (Patient 20)
„Einmal noch mal eine Kontrolle, auch wenn ich so nichts sehen konnte, auch in Kenntnis dieser Serotoninwerte.” -P (leise): „Wär’ mir lieb, wenn Sie was gefunden..” -OA: „Ja.” -P: „... und das klar kommt.” -OA: „Ja, klar.” (Patient 21)

In einigen Fällen (vier von 30) erhalten die Patienten keine abschließende Erklärung. (Patienten 5, 10, 12, 22)

Ein Patient, ein bekannter Kollege des OA, und eine Patientin mit einem ernsten Befund werden von OA zur weiteren Besprechung mit in das Arztzimmer genommen. (Patienten 25 und 26)

In zwei Fällen geben sich Patienten mit den Informationen, die sie von OA erhalten, nicht zufrieden und stellen weitere Fragen:
„... dann kannst du wieder ...” -P (ins Wort fallend): „Und wie weit sind jetzt die Gallengänge? Ham Sie gemessen, oder?” -OA: „Die sind in der Leber etwas erweitert und wahrscheinlich ist die Ursache so zentral aufgrund der zusammengekommenen .. Leberhilus an der Leberpforte ...”(Patient 16)
„Das is alles soweit in Ordnung.” -P: „Sie können auch keine Veränderungen jetzt so sehen?” -OA: „Nein.” -P: „So bißchen eben diese Vernarbungen oder, wie man’s nennen soll ...?” -OA: „Ne.” (Patient 24)

Insbesondere bei Untersuchungen, die keinen Befund ergaben, wäre die Frage interessant, inwieweit „die routinemäßige Sonographie abdominaler Organe" die weitere Patientenbetreuung beeinflußt.[7]

g) Verabschiedung

In weniger als der Hälfte der Fälle (zwölf von 30) werden die Patienten ausdrücklich vom Arzt verabschiedet. In der Regel wird „Tschüß" gewählt, selten „Auf Wiedersehn". A1 verabschiedet sieben von 15 Patienten, OA nur vier von 13. Zwei Patienten nimmt OA mit auf sein Arztzimmer, wie oben bereits erwähnt.

In den Fällen, in denen keine Verabschiedung stattfindet, wenden sich die Ärzte ihrer Schreibarbeit zu und kehren somit dem jeweiligen Patienten den Rücken zu oder gehen aus dem Raum. Die Patienten gehen über die Kabine aus Untersuchungsraum oder sie werden im Bett von S aus dem Zimmer geschoben.

Ein Patient (Patient 30) sagt leise „Tschüß", bevor er geht. Dies bleibt unerwidert.

5.2 Mikrosoziologische Ergebnisse

Untersuchungsprotokolle, wie sie hier vorliegen, sind in der Vergangenheit mehrfach sprachanalytisch auf das Arzt-Patient-Gespräch hin, vorwiegend als „Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps" (vgl. Löning 1985) oder formalanalytisch (vgl. Buscham 1997) untersucht worden.[8] Für meine Fragestellung möchte ich einen anderen Analyse-Weg wählen. Im Anschluß an die richtungsweisende Studie von Knorr-Cetina „Zur Doppelkonstruktion sozialer Realität: Der konstruktivistische Ansatz und seine Konsequenzen" möchte ich die Ultraschalluntersuchung in der Klinik

[7] Vgl. zu dieser Fragestellung die Studie von Rüttimann et al. 1992. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß routinemäßig durchgeführte Untersuchungen nur in 7,6 Prozent der Fälle zu unerwarteten Befunden führten, die jedoch überwiegend klinisch irrelevant gewesen seien.

[8] Vgl. hierzu auch die Ergebnisse der Visitenforschung, Siegrist 1982.

„mikrosoziologisch" als eine spezielle Form „situierten sozialen Verhaltens in der Alltagswelt" (Knorr Cetina 1990) des Medizinbetriebs untersuchen.

Die Ultraschalluntersuchung ist eine (unter vielen anderen) 'Schnittstelle' zwischen der Medizin als 'Wissenschafts-System' und der 'Alltagswelt' von Arzt und Patient. Die Medizin als Wissenschaft (v.a. in der Nähe der Naturwissenschaft) läßt sich als ein „alphanumerisches Projekt" (zum Verständnis: Alphabet als Zeichensystem und Zahl für Berechnung) beschreiben, es arbeitet mit „sekundären Signifikationsprozessen" („generalisierbaren und zirkulierenden Zeichen", beispielsweise der ärztliche Befundbericht) auf der Grundlage von Kalkulierbarkeiten (Mathematisierung / Maß- und Meßeinheiten, in diesem Fall Ultraschallbildern). Bestimmt wird dieses System durch „institutionalisiertes-zweckrationales Handeln", das sich durch Kriterien der Rationalität, Kalkulierbarkeit und der objektiven Abwicklung definiert (Knorr-Cetina 1990).

Dieses „System" ist in die 'Alltagswelt' von Arzt und Patient (in diesem Falle durch die Krankheit des Patienten geprägt) eingebunden - abtrennend, vermittelnd oder absorbierend.

Diese Arbeit soll nicht einmal mehr das 'Unbehagen' angesichts der 'Schnittstellen' von Medizin/Technik und 'Alltagswelt' artikulieren, sie soll auch nicht Unzulänglichkeiten des alltäglichen Medizinbetriebs demonstrieren, es geht hier vielmehr um den Nachweis einer Vielfalt von 'Querverbindungen' zwischen 'Wissenschafts-' und 'Alltagswelt', der 'Einbettung' dieser Querverflechtungen in die konkrete Lebenswelt - in diesem Fall von Patient und Arzt. Voraussetzung hierfür ist es, „den konkreten täglichen Details genügend Beachtung zu schenken." (Knorr-Cetina 1990)

5.2.1 Synopse über die Informationsflüsse

Überweisender Arzt:		*Patient:*			*Untersuchender Arzt:*			
Fall	Diagnose/ Fragestellung:	Diagnosen:	Beschwerden:	Fragen/ Ängste:	Klärung d.Beschwerden und Fragen:	Antworten:	Diagnosen/ Vorgehen	Mitteilungen an überweisenden Arzt
1.	rezidivierende Oberbauch-schmerzen, Erbrechen, gallig u. Haematin	Zirrhose, Hepatitis, Gallensteine Wirbelbruch	Nasensonde, Bauch-schmerzen,	Blut im Stuhl, Prog-nose, Magen-spiegelung	Gastroskopie unter Kurznarkose	Gallenblase groß und lange nicht entleert	Gallensteine, Gastroskopie empfohlen	Dekompensierte Zirrhose, Cholecystolithiasis, Dünndarmileus
2.	Blut im Stuhl	Hämor-rhoiden?	Darmbluten, keine Be-schwerden				Gastroskopie empfohlen	Kein patholog. Befund im Abdomen
3.			Schmerzen re.Unter-bauch, Durchfall	Darmspie-gelung	wandverdickter Darm nach Entzündung, Enge des Lumens. Keine Darm-spiegelung erforderlich		Morbus Crohn, Ultraschall- und Labor-kontrollen empfohlen	
4.	Mononucleose: Kontrolle Hepatosple-nomegalie	Pfeiffersches Drüsenfieber	Milzschmerzv. a. beim Atmen		Milz kaum mehr vergrößert			Leber 14,5 cm im Schräg-durchmesser Milz vergrößert
5.		Diabetes, Bluthoch-druck	seit 10 J. Bauch-schmerzen, Durchfälle, Gewichts-verlust	Verkalkun-gen, starker Gewichts-verlust	Verkalkungen aufgrund von Pankreasfunktions-störungen, -entzündung	Durchfälle aufgrund event. Darm-entzündung		
6.	Z.n.Mamma-karzinom OP li.: Metasta-sen?	Abszeßbil-dung nach der OP, Abszeß entleert				Leber etwas vergrößert u. verfettet		Leber vergrößert, ver-dichtetes Echomuster, keine Herde, keine path.vergr. oberen Lymphknoten sichtbar
7.	Path. Befund Ober- und Unterbauch? Resistenz li Unterbauch, Gewichtsab-nahme	Gallensteine, alte TBC,	Magen-schmerzen, Tabletten- u. Fleischun-verträglich-keit,Gewichts-verlust,Wirbel-schmerzen, Drehschwin-del	Bauchspei-cheldrüsen-erkrankung?	Kein Befund an der Bauchspeicheldrüse festgestellt, event. Magengeschwür oder -entzündung	Wirbelsäule als Ursache für den Drehschwindel	kl.Gallen-steine	kein eindeutig patholog. Befund
8.	V.a Epiglottis-karzinom: Abdomi-nelle Meta-stasen?	„Bösartiges”?	Schluck-beschwerden			Abdomen:o.B., Leber leicht verfettet, Gefäße leicht verkalkt		Leber: Echomuster verdichtet, geringe Atheromatose d. Bauchaorta
9.	Oesophagus-Karzinom, Z.n. Tubuseinlage, peritoneale Karzinose, Metastasen?		Appetit-losigkeit, Gewichts-abnahme	Appetit-losigkeit?		kein besonderer Befund		Leber ohne eindeutige Herde, V.a. kl. paraaortale Lymphknoten, Prostata vergrößert

10.	Metast. Mamma-Karzinom, Lebermeta-stasen, Aszites. Vor Chemo-therapie: Lebergröße, Lymphknoten-metastasen?	Gallensteine	Prall gefüllter Bauch	'das platzt'			Chemotherapie	Leber pathologisch ver-ändert, massiv Aszites, viele Gallenblasensteine
11.	Chronische Pankreatitis, chronische Nieren-insuffizienz. Beurteilung Pankreasregion		Nierenfunk-tionsstörung			keine größeren Veränderungen des Pankreas		kl.Nierenzysten bds., Pankreas normal groß, keine Verkal-kungen, keine Herde, Gang un-regelmäßig verlaufend
12.	Blasentumor Indikation zur Cystektomie. Metastasen und Lymphknoten?	Tumor in der Blase, Niere gestaut	wie „Blasen-entzündung" Blut imUrin, Schmerzen nach Biopsie	Operation			Operation	V.a. echoreicher Tumor in Harnblase, multiple Lymphknoten-Filiae, Aufstau li Niere, Atheromatose der Bauchaorta, event. Nachsorge
13.	Non-Hodgkin-Lymphom. Halsregion li., Abdomen: Rezidivaus-schluß		Schulter-schmerzen, Gelenkschel-lungen, schmerzende Stelle am Hals	Stelle am Hals	Hals: o.B.	Abdomen: o.B.		unauffälliges abdomin. Sono am Hals, keine path. vergrößerten Lymphknoten, V,a. kl. Aneurysma li. Hals
14.	Ovariar-Karzinom. Z. n. palliativ. totaler Colektomie Rezidiv? Aszites?	'Haematom' der Leber	Durchfälle	Ureter-schiene: -Abfluß? -Procedere?, -Zyste?	Gespräch mit Urologen wg. Ureterschiene und gestauter re.Niere empfohlen	Abdomen: o. B., re. Niere gestaut, Haemangiom, harmlos	Haemangiom d. Leber, re Niere gestaut, Gespräch mit den Urologen empfohlen	Leberhaemangiom unverändert, Aufstau 2.Grades re Niere -trotz Schiene, li Niere: Zyste, kein Aufstau, echoarme Raumforderung in Bauchdecke und Peritoneum, kein Aszites
15.	Ulkusblutung unklarer Dignität. re. Niere sonogr. nicht darstellbar, unklare Struktur oberhalb d. Harnblase						nur eine Niere, die etwas vergrößert	re: keine Niere darstellbar, li. Niere etwas vergrößert, Gallenblase: etwas Sludge, echoarme, eindrückbare Raum-forderung cranial d. Harnblase, Gyn.-Konsil, Sonokontrolle bei voller Blase, DD abgekapseltes Aszites
16.		Z.n. Leber-transplantation und 2 Nachopera-tionen	Juckreiz, Fieber	Gallengang erweitert?	Gallengänge in der Leber etwas erweitert aufgrund zusammen-geführten Hilus/Pforte			

17.	(keine Angabe auf dem Anmelde-bogen)	Narben bruch, Z.n. Pankreas-Resektion, Pankreatitis	Lokaler Bauchschmerz	Ursachen für Beschwer-de?	möglicherweise Magen-keime, die Entzündung bedingen	kein path. Befund	Gastroskopie empfohlen	Pankreaskopf nicht einsehbar, kein path. Befund, u.a. Gastroskopie Empfohlen
18.	Zyste Niere re.	Blasen-Karzinom		Nierenzyste, Progredienz	Nierenzyste: nicht suspekt		Septierte Nierenzyste, Gespräch mit Urologen empfohlen	re. Niere, unterer Pol: septierte Zyste wenig suspekt, Farbdoppler - Untersuchung o. B.
19.	V.a. Pankreas-Karzinom, Leberinfiltra-tion, epigastr. Schmerz, Tastbefund		Lokaler Druck-schmerz am Bauch	KH-Entlassung!			Altersherz, Entlassung mgl.	kein Leberherd, sonogr. kein Pankreas-Tumor
20.	Pat. hat sich selbst einge-wiesen: Frage nach Nierenerkrank. re		Schmerz re Flanke	Ursache	Nieren: o.B.		Polyp in der Gallenblase, Urinuntersuchung wenn Beschwerden persistieren, empfohlen	(an Patienten selbst) kein patholog. Befund, ggf. Urinunter-suchung
21.	Wässrige Diarrhoe, hoher Serotonin-spiegel, Hinweis auf Karzinoid? Vor-Sono:o.B.		Durchfälle seit 7 Wo.	Ursache	keinen patholog. Befund gesehen		Wiederholungs-Ultraschall	keine neuen Erkenntnisse
22.	Pankreas-Karzinom Lebermeta-stasen, weitere Metastasen?	Pankreas-Tumor	Oberbauch-schmerz, in den Rücken ausstahlend, Appetitlosig-keit	Karzinom?/ OP?				
23.	Druckulkus re Ferse. Cholecysto-lithiasis	insulinpflicht. Diabetes mellitus	Verdauungs-probleme bei Einweis., seit 3 Wo. beschwerde-frei			Abdomen: o.B., keine Gallensteine		keine Gallensteine, kein patholog. Befund
24.		Z.n. Hoden-Tu.-OP und Chemotherapie		OP wegen Vernar-bungen?	Narben als physiologische Reparationsvorgänge	Leberzyste, Abdomen und Hoden: o.B.		
25.	Selbst einge-wiesen: Nach-untersuchung n. Colitis ulcerosa	Colitis, Gallenblasen-polypen		Procedere mit Gallen-blasenpoly-pen	Keine Lyse-Therapie	Gallensteine event. abgelöste Polypen	Gallenblasensteine u. -polypen	4 mm gr. Gallen-blasenstein, 3-4 mm gr. Polyp, keine Darmwandverdickung, Remission der Colitis wahrscheinlich
26.		Blasenkrebs, Z.n OP, Z.n. Magen-OP	Unterbauch-schmerzen, „Blut-spucken“	Ursache für Schmerz	wandverdickte Stelle am Darm, kein überzeugender Befund		Labor und Röntgen-Untersuchung des Darms empfohlen	

27.	Schwanger-schaft 22.Wo., Z.n.Unter-schenkel-hrombose re, Mißempfinden bd. Beine, Umfangs-differenz, Ausschluß-tiefe Beinvenen-thrombose	Schwanger, Z.n. Unter-schenkel-thrombose vor ca. 6 J.	Mißempfin-den beider Beine	Thrombose? Erklärung der Be-schwerden	Keine Thrombose in den größeren Venen, kein Erklärungsmodell für die Beschwerden		Kontroll-Ultraschall, falls Beschwerden zunehmen	kein Thrombosehinweis in den darstellbaren Venen
28.	Erhöhte Leberwerte, keine Beschwerden			Erklärung: Hohe Leber-werte, Procedere?	Kein patholog. Befund der Leber, Gefäß-versorgung der Leber:o.B., Procedere:s. re	Milz: o.B, Abdomen: o.B.	Gespräch mit betreuender Ärztin zum Procedere, event. Leberpunktion empfohlen	Abdomen: o.B., Echomuster d. Leber allenfalls gering inhomogen
29.	Seit 4 Wo. uncharakterist-ische Ober-bauchbe-schwerden, erhöhte Pan-kreasenzyme, Oberbauch-CT: 4,5 cm gr. Herdbefund dorsal im li Leberlappen. Untypische fokal-noduläre Hyperplasie? (FNH)		Schmerzen unter dem Rippenbogen	Erklärung der Beschwerde, Befund in der Leber?, Procedere?	Befund entspricht CT-Befund, in jedem Fall gutartig, event. durch Ovulationshemmer und Östrogentherapie bedingt, Procedere: s.re.		FNH oder Adenom, Ultraschall-kontrolle in einem halben Jahr, event. Szintigraphie zur Erhärtung der Diagnose	35-45 mm gr. solider Befund dorsal im li. Leberlappen, mgl. untypische FNH, DD: Leberzelladenom, benigner Aspekt, ätiologisch: mgl. Ovulationshemmer und Östrogentherapie Ultraschallkontrolle in einem halben Jahr, event. hepato-biliäre Aus-scheidungsszintigraphie zur weiteren Klärung
30.	Persistierender Kreuzschmerz, Z.n. y-Prothesen	Früher Gelbsucht, 2 Bauchaorta-Operationen, Hüft-OP li. vor 3 Jahren, Zyste an Niere und Blase	Hüftbe-schwerden	Warum die Untersuch-ung?	Erhöhte Leberwerte Grund der Untersuchung	Zeichen der ‘alten’ Hepatitis zu erkennen, kein Krankheitsbe-fund	Zyste an li. Niere, Z.n. Hepatitis	Schlechte Sicht, Aorta u.Pankreas nicht einsehbar, diffuser Leber-parenchymumbau Leberentzündung während russischer Kriegsgefangenschaft. Hepatitis-Serologie u. Alpha 1-Fetoprotein bestimmen

Die Ultraschalluntersuchung soll im Rahmen der Diagnostik einer Erkrankung üblicherweise eine Anfrage des überweisenden Arztes beantworten, beispielsweise:

- Sind Gallensteine oder Lebermetastasen festzustellen?
- Ist die Leber vergrößert oder struktur-verändert?

Hierbei handelt es sich um eine Kommunikation in einer ‘Wissenschaftswelt’. Der Informationsfluß auf dieser Ebene geschieht in sämtlichen Beispielen reibungslos, besonders effektiv sogar, wenn die detaillierten Anfragen gezielt beantwortet werden.

Ein Problem entsteht in den allermeisten Fällen erst dort, wo es sich nicht um die Anfragen eines Arztes, sondern um die Fragen des Patienten handelt:

- Wie krank bin ich?
- Welche Krankheit habe ich?
- Ist die bisherige Diagnostik auf dem richtigen Weg?
- Wie stehen die Chancen der Heilung?

Dies sind existentielle Fragen der Patienten, die nur am Rande in der ‘Wissenschaftswelt’ (Diagnose, Therapie, Prognose), sondern hauptsächlich in der ‘Alltagswelt’ wurzeln.

Eine Durchsicht der Protokolle zeigt, daß dies zu nicht unerheblichen Irritationen führen kann. Besonders deutlich wird dies, wenn der überweisende Arzt verkürzt nach einem Detail fragt und so der Kontext (beispielsweise die dem Patienten (Patient 9) bereits bekannte Karzinomerkrankung) ausgeblendet wird. Hier laufen also verschiedene Kommunikationsebenen und Informationsstränge ungeklärt nebeneinander her und stören nicht selten. In einem Fall (Patient 16) scheint der Patient sogar besser informiert zu sein als der untersuchende Arzt.

Die tabellarische Übersicht (s.o.) der 30 Fälle listet die unterschiedlichen Fragen, die des Arztes und die des Patienten, stichwortartig auf; ebenso die Antworten des mittels Sonographie untersuchenden Arztes an den überweisenden Arzt und an den Patienten.

Als zumindest problematisch muß eingestuft werden, daß die Fragen der Patienten oft unbeantwortet bleiben, was um so schwerer wiegt, als der Patient am Bildschirm das ‘Problem’ auf seine Weise miterlebt, die Fragen nicht selten ‘sichtbar’ verstärkt werden.

Zur Verdeutlichung seien aus den Protokollen einige Beispiele für meines Erachtens geglückte und für mißlungene Arzt-Patient-Kommunikation wiedergegeben. An dieser Stelle werden allerdings nur die allgemeinen Kommunikationsschwierigkeiten

thematisiert, die gesonderten Probleme speziell beim Ultraschall als bildgebendes Verfahren sollen im nächsten Kapitel behandelt werden.

Zur Verunsicherung des Patienten 1 trug sicherlich bei, daß die untersuchende Ärztin zum einen auf die Meinung des Patienten, die Leber sei in Ordnung, unvermittelt antwortet, die Leber sähe nicht mehr gut aus, abschließend aber zusammenfaßt: „So, da hab' ich so nichts gesehen." („Nichts gesehen" ist ohnehin mehrdeutig.)

Auch die Patientin 15 wird mit der lapidaren Feststellung konfrontiert: „Sie haben wahrscheinlich nur eine Niere."-P: „Äh." -A1: „...aber da sind Se ja auch ganz gut mit zurecht gekommen mit der, ne?" Das Wissen um nur eine Niere ist in der 'Wissenschaftswelt' des Arztes unproblematisch (eine Einzelniere ist zumeist primär kein krankhafter Befund und bedeutet keine Einschränkung der Lebensqualität), in der 'Alltagswelt' der Patientin kann dies Wissen einen tiefen Einbruch bedeuten, der ärztlicherseits 'aufgefangen' und begleitet werden müßte.

Beantwortet werden sollte auch die ganz gezielte Frage des über seine Krankheit (Zustand nach Lebertransplantation) sehr gut informierten Patienten 16: „Und wie weit sind jetzt die Gallengänge? Ham Sie gemessen, oder?" (Die Weite korreliert für den Patienten mit der Funktion seiner Leber.) Die Antwort des Arztes: „Die sind in der Leber etwas erweitert und wahrscheinlich ist die Ursache so zentral aufgrund des zusammengekommenen Leberhilus an der Leberpforte", kann den Patienten nur verunsichern.

Während der Untersuchung des Patienten 17 (Zustand nach Pankreasresektion) kommt es zu Verwirrungen. Dies sei anhand der aufeinanderfolgenden Kommentare des Arztes belegt:

„War der Befund, äh, mehr im Pankreaskopf weggenommen?" ... „Hatten Sie auch 'ne Zyste gehabt?" ... „Ist der Gallengang wieder an der Leberpforte wahrscheinlich fest-.. angenäht, ne?" ... „Oder, äh also an der ... am Gallengang?" ... „Ja, ja. In der Nähe der Leber, .. äh, weil 'n Teil da weg operiert ist. Ja." Abschließend wird festgestellt: „Ich hab' so nichts Besonderes gefunden ... - keinen auffälligen, irgendwie beunruhigenden

Befund sehen können." Hier wäre es für beide Beteiligten besser gewesen, die Untersuchung wäre ohne Begleitkommentare vonstatten gegangen.
Auch bleibt bei der Patientin 22 die Sorge „daß es die Bauchspeicheldrüse sein könnte, eventuell, daß der Schwanz ... dicker is" (als Sorge um eine Krebserkrankung) unbeantwortet.

Als geglückte Kommunikation sei das Beispiel 5 angegeben. Hier werden alle Fragen beantwortet, allerdings wird die Chance für ein informierendes therapeutisches Gespräch (Alkoholgenuß bei Pankreas-Erkrankung) nicht ergriffen.[9] Der Patientin 6 kann die Angst vor Lebermetastasen genommen werden, indem ihr die 'Lebervergrößerung' mit einer 'Leberverfettung' erklärt wird.[10]
Eine gelungene Kommunikation, nicht ohne Komik, findet in Beispiel 19 statt: Die alte Dame fühlt sich nicht krank, weiß nicht, was sie im Krankenhaus soll, und stellt immer wieder fest:
„Ich will nach Hause" (zu ihrem Hund, den Vögeln und auf's Fahrrad).
Das Ergebnis der Untersuchung führt dann auch zu der Zusage des Arztes: „Das is für Ihre Entlassung."
Die Untersuchung 25 ist vorbildlich in Ultraschall-Demonstration und Kommentierung, spielt sich aber auch direkt von Arzt zu Arzt, also auf beiden Ebenen, 'Wissenschafts-' und 'Alltagswelt', ab.
Auch die Patientinnen 27 (eine Schwangere, die zum Ausschluß einer Beinvenen-thrombose kommt) und 29 (Leberzelladenom bei Ovulationshemmereinnahme) werden erleichtert den Heimweg angetreten haben.
Ein Blick in die Tabelle zeigt, daß die Klärung der Beschwerden / Ängste der Patienten in elf von 30 Fällen, also gut 30 %, gar keine Erwähnung finden.
In den Fällen 6, 8, 14, 16, 30 erfolgt nur teilweise eine Beantwortung der Fragen.

[9] Vgl. Anhang S. 96
[10] Vgl. Anhang S. 97

Nicht unerwähnt bleiben darf auch die Einleitung der Untersuchung in stereotyper Formel[11] "Ich soll mir mal Ihren Bauch angucken." Diese passive Position zeigt sich in nahezu jedem dritten Fall (Patienten 2, 5, 6, 7, 8, 13, 18, 23). Nur vereinzelt findet eine wirklich aktive Untersuchungsinitiative statt.

Diese Analyse der Protokolle bestätigt die Schwierigkeiten, die Feiereis in seiner Arbeit „Der schmerzende Dialog oder Vom heillosen Sprechen" beschreibt: „Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis werden zunehmend und unausweichlich beherrscht durch die Aussagekraft und *scheinbare Unbestechlichkeit* von Maß und Zahl medizinischer Befunde. Neben diesen quantitativen Daten spielt das diagnostische Bild eine herausragende Rolle und wird zum Träger von Informationen über Krankheit und Gesundheit des Patienten; es gilt ohnehin zunehmend als Abbild des Lebens eines Menschen oder gar der Menschheit schlechthin; die sichtbaren Daten und Dokumente verdrängen das durch Sprechen und Hören nicht weniger informative Bild, zusammengesetzt aus den Gefühlen, den Hoffnungen und Ängsten, den Illusionen und Desillusionen, den Phantasien und Träumen des Menschen im Status des Subjekts. (...) Die Beredtheit technischer Innovationen und Daten, der Fokussierung auf Maß, Zahl und Bild steht so das verkümmernde Sprechen oder gar *das Schweigen in der "Sprech-stunde"* gegenüber und läßt somit die Mühe und gelegentlich auch die Last differenzierter Empathie und Verständigung vermissen" (Feiereis 1992).

[11] Vgl. Kapitel 4.1 Aufbau der Gespräche, c)Ankündigung der Untersuchung

6. Kommunikationstheoretische Diskussion der Ultraschalluntersuchung

Im Folgenden soll das Ultraschallverfahren als ein für die gegenwärtige Medizin äußerst relevantes Kommunikationsmedium diskutiert werden. Dabei erscheint es mir wichtig, dieses bildgebende Medium nicht mehr oder weniger ‘unbekümmert’ einer wie auch immer gearteten Kommunikationstheorie einzugliedern oder anzupassen, sondern das Ultraschallverfahren zunächst in seinen einzelnen Vorgängen zu reflektieren.

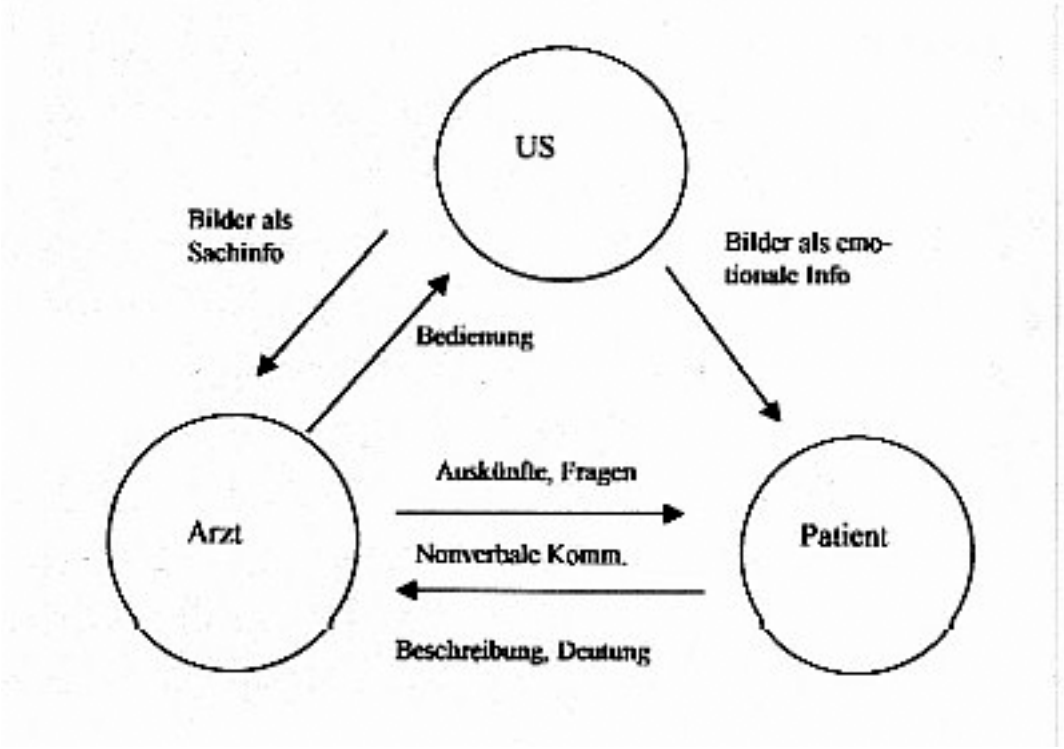
Ausgangspunkt für meine Überlegungen sei die Arbeit von Langer „Ultraschall als Kommunikationsmedium” (Langer 1989). Der Autor, als Gynäkologe von der Schwangerschaftsvorsorge her argumentierend, konstatiert einleitend, daß der „Einfluß der Ultraschalluntersuchung auf historisch bedingte Körpervorstellungen bei Patienten und Ärzten nur mit der Entdeckung der Röntgenstrahlen vergleichbar ist. (...) Ultraschall als Routinemethode hat das Erleben der Schwangerschaft (selbstverständlich nicht nur dort, V.K.) für Patientin und Arzt grundlegend verändert. Im somatischen Bereich gilt Ultraschall geradezu als das Paradigma sanfter Technologie ohne Nebenwirkungen. Im individuell - psychischen und im sozialen Bereich hingegen ist Ultraschall ein potenter Akteur in dem Interaktionsdreieck Schwangere (Patient, V.K.) - Arzt - Technologie” (Langer 1989). Einer einflußreichen, allgemeinen Theorie der menschlichen Kommunikation (Carnap et al. 1942) entlehnt der Autor eine phänomenologische Dreiteilung:

- „**Syntaktik**” für die Problematik der Übermittlung (Code, Kanal, Kapazität),
- „**Semantik**” für die Deutung und Bedeutung der übermittelten Zeichen und Symbole,
- „**Pragmatik**” für die Handlungskonsequenzen.

Zur **Syntaktik** bei der Ultraschalluntersuchung führt der Autor aus, daß die „Informationsparameter Code, Kanal, Sender und Empfänger mehrfach vertreten sind.” Das Schema (Langer 1989) verdeutlicht dies:

Abbildung 2

Kommunikationsmodell nach Langer



Quelle: Langer 1989

Bei der Ultraschalluntersuchung besteht also ein „vernetztes System mit einer Vielzahl von Kommunikationswegen, die alle mehr oder weniger gleichzeitig ablaufen." (Langer 1989)[12] Neben dem 'visuellen Informationsfluß' gibt es bei Mitanwendung der Dopplertechnik natürlich auch 'akustische Informationen' (Herztöne, Strömungsgeräusche in Gefäßen etc.) Den „Kommunikationsweg: Beschreibung und Deutung der Ultraschalluntersuchung" umschreibt der Autor dann so: „Sprache, beim Arzt in Form von Information und Deutung des Bildes oder durch die Patientin als Frage, spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Nicht zu unterschätzen sind nonverbale Mitteilungen.

[12] Vgl. Kapitel 6.5 „Diskurs" im Umfeld der Ultraschalluntersuchung

Beim Verdacht auf eine Pathologie verändert der Untersucher fast immer die Körperhaltung, die Aufmerksamkeit, seine Sprache oder den Tonfall. Schwangere (selbstverständlich die allermeisten Patienten auch, V.K.) registrieren auch kleine Veränderungen sehr genau und fühlen sich beunruhigt, wenn der Vorfall übergangen wird und keine ausreichende Erklärung für diese Verhaltensveränderung folgt."
(Langer 1989)

Im Folgenden untersucht der Autor die verschiedenen Ebenen der „Code-Entschlüsselung', solche, die (durch andere Medien eingeübt) leicht zu erfassen sind, und solche, die ein „trainiertes Abstraktionsvermögen" voraussetzen. „Eine befriedigende Untersuchungssituation kann nur dann entstehen, wenn sich die Gesprächspartner dieser unterschiedlichen Codes bewußt sind und auf sie eingehen." Den Untersuchungen von McLuhan (McLuhan 1964) entnimmt der Autor die Unterteilung in „kühle" (solche, die eine intensive Teilnahme und Vervollständigung durch den Betrachter erfordern) und „heiße" (solche, die den Betrachter komplett mit Information ausfüllen) Medien. Das Ultraschallverfahren wird dem „coolen Medium" zugeordnet: „Die Schwangere erkennt manche Anteile mehr oder weniger eindeutig, bei anderen ist sie auf Vermutungen angewiesen und füllt die Lücken mit eigener Phantasie aus. Als Empfängerin der Botschaft wird sie also selbst bei guter Aufklärung durch den Untersucher in hohem Maße zu eigener Mitarbeit und Gedankentätigkeit angeregt und durch das Medium „involviert"." (Langer 1989)

Nicht unwichtig erscheint mir der Hinweis, daß Ultraschall „von der Zeitdimension her die Ergebnisse „real - time", für Untersucher und Untersuchten gleichzeitig liefert. Für den Arzt besteht also keine Möglichkeit, sich die Wortwahl für das Gespräch mit der Patientin zurechtzulegen, ebensowenig, wie sich die Patientin auf die Mitteilung einer möglicherweise folgenschweren Diagnose vorbereiten kann" (Langer 1989).

Zur **Semantik** bemerkt der Autor einleitend, daß die „pränatale Ultraschalldiagnostik" (dies Phänomen kann selbstverständlich auf die gesamte Ultraschalldiagnostik ausgeweitet werden, V.K.) im Zusammenhang mit der pränatalen Diagnostik mittels

Amniozentese als “Medikalisierung der Schwangerschaft” (Fresco et al. 1982) zu bewerten ist. “Schwangerschaft (wie viele dem Ultraschall ausgesetzte Krankheiten, V.K.) gewinnt durch die Vorhersagbarkeit und Beeinflußbarkeit andere Bedeutungs-zusammenhänge” (Langer 1989).

Das Resümee des Autors : „Wird das Kind sichtbar, so bedeutet dies in der Vorstellung vieler Schwangerer, daß ihre Beziehung zum Kind ihren geschützten, privaten Charakter verliert und gleichsam „öffentlich“ wird ... Das Kind wird signifikant aktiver, bekannter und lebhafter erlebt, der eigene Körper angenehmer und stärker ... Ein in diesem Zusammenhang interessanter Befund betraf Frauen, die an Schwangerschaftbeschwerden litten: Ihnen ermöglichte die Ultraschalluntersuchung, den eigenen Körper nach der Untersuchung gesunder zu erleben” (Langer 1989). Der Autor berichtet aber auch über die „Eigendynamik” mitgeteilter Zentimeterangaben über den Kopfdurchmesser, so daß die Mutter sich schon vorzeitig durch das Kind „zerrissen” fühlt. Er fordert eine konsequente „Einbeziehung der Patientin von Anfang an und die Vergewisserung, daß sie die Erklärungen auch verstanden hat.” In der Literatur wird von einem „high feed - back” gesprochen. Zur Semantik gehört auch die gegenseitige Bestätigung der „Professionalität” des Untersuchers, sei es durch Bestätigung oder Korrektur eines gewußten oder geahnten Befundes, dies auch sowohl in Verbindung mit dem Wunsch des Arztes nach Anerkennung als auch dem des Patienten, „ernst genommen” zu werden (Langer 1989).

Zur **Pragmatik** führt Langer nur ganz kurz die Konsequenzen für die pränatale Diagnostik aus. Auch dieser Zusammenhang kann auf den internistischen oder chirurgischen Fragekontext problemlos übertragen werden, soll an dieser Stelle aber nicht weiter reflektiert werden.

Die in den Grundzügen referierte Arbeit von Langer über „Ultraschall als Kommunikationsmedium” zeichnet sich durch weitgehende Differenziertheit aus, trotzdem möchte ich versuchen, den einen oder anderen Aspekt noch genauer zu

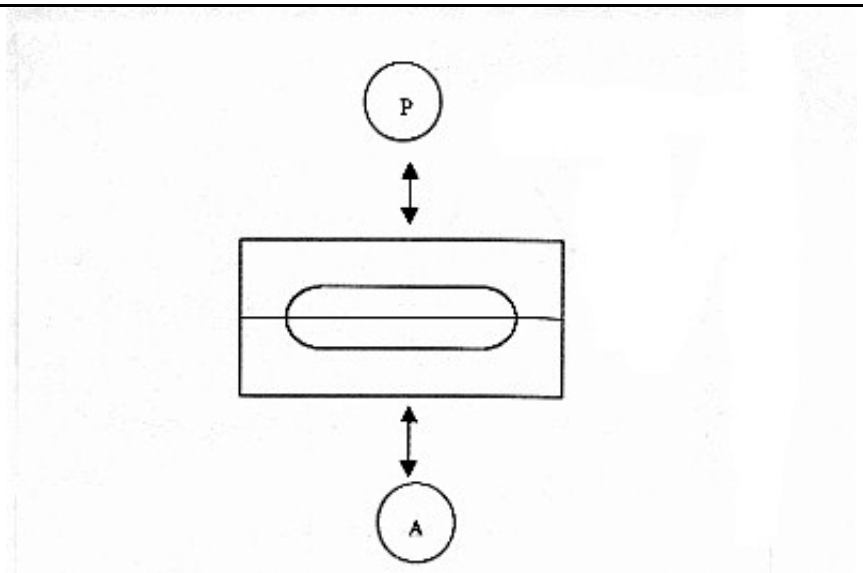
untersuchen. Es sei gefragt, ob eine kommunikationstheoretische Betrachtung des ‘Ultraschall - Verfahrens’ von der geschilderten ‘Dreiheit’ (Arzt - Ultraschallgerät - Patient) ausgehen kann. Stimmt es, daß über die Ultraschallbilder dem Arzt nur „Sach - Informationen” zufließen, dem Patienten hingegen nur „emotionale Information”? (Langer 1989) Wie steht es mit der Vermischung von Bildinformation und Sprachinformation?

Ich will deshalb das Modell (siehe Abbildung oben) in seine Komponenten zerlegen und prüfen. Zu diesem Zweck sei in recht einfacher Weise das Ultraschall - Verfahren im ‘Medizin - Betrieb’ beleuchtet.

6.1 Wie wird ein Ultraschallbild gesehen?

Sehen sich Arzt und Patient, teilweise oder ganz? Bei der Ultraschalluntersuchung wird doch ein mehr oder weniger großes Gerät ‘zwischen’ beide geschoben, ein Gerät mit einem ‘eigenen Kopf’, dem Schallkopf, einer Meßstation mit Daten - Bank und Rechner und schließlich einem Bildschirm. (Schirmt dieser auch ab? Wen vor wem?) Ein Kommunikationsmodell sähe etwa so aus:

Abbildung 3
Meßdaten-Bild



Quelle: Eigene Darstellung

Der Augensinn benötigt a priori „Distanz". „Sehen setzt Distanz voraus, die trennende Bestimmtheit, die Fähigkeit, nicht in Kontakt zu kommen und im Kontakt diese Verwirrung zu vermeiden." (Blanchot, zitiert nach Mattenklott 1982) Wieviel Distanz ist notwendig, um zu sehen? Distanz wird durch Entfernung ermöglicht oder durch einen zwischengeschalteten Apparat, die Brille, oder für meine Fragestellung das Ultraschallgerät. Die Bemerkung von Mattenklott aus dem Essay „Das gefräßige Auge" (Mattenklott 1982) läßt sich unschwer auch in diesem Kontext verstehen: „Die Brille des Intellektuellen funktioniert nicht nur als Statussymbol, sie bedeutet auch die Objektivierung des Angeschauten, eine Wirkung wie auf den Angeschauten, so auch auf den Brillenträger, dem sie, wie durch Autosuggestion, das Gefühl von Unvoreingenommenheit und Sachlichkeit vermittelt." Er spricht in der Folge von einer „Hygiene des Optischen" und von „leibfreien Bildern" (Mattenklott 1982).

Ich habe bereits angedeutet, daß es sich beim Ultraschall um ein instrumentalisiertes Sehen"' handelt. Die Fachterminologie spricht von 'Instrumentenbildern' oder 'Mechanoskopie'. „Mit Mechanoskopie oder Schirmbildern sind jene Techniken gemeint, die mechanisch und, wie es scheinen könnte, ohne menschliches Dazwischentreten optische, akustische, elektronische etc. Impulse auffangen und auf einem Schirm sichtbar machen, sie transformieren in ein Bild. Die Übersetzung durch die menschliche Hand, den ordnenden Geist, fällt auf den ersten Blick weg (...) Das meist gebrauchte Bild für diese Technik ist: Sie verlängere die menschlichen Sinne, sie erweitere mit Hilfe eines geschärften, in schwindelerregende Fernen reichenden Auges und Ohrs und Tastsinns den Mesokosmos, zu dessen Wahrnehmung uns unsere Sinnenausstattung verurteilt, überschreite und hintergehe seine Grenzen: eine Art Prothese. Da die Wahrnehmungsmittel Objekte sind und die Übertragung der Eindrücke auf dem Schirm mechanisch vor sich geht, neigen wir zu der Ansicht, hier sei die Abbildung 'objektiv'. Das 'Medium' hat sich in einem doppelten Sinn vor die

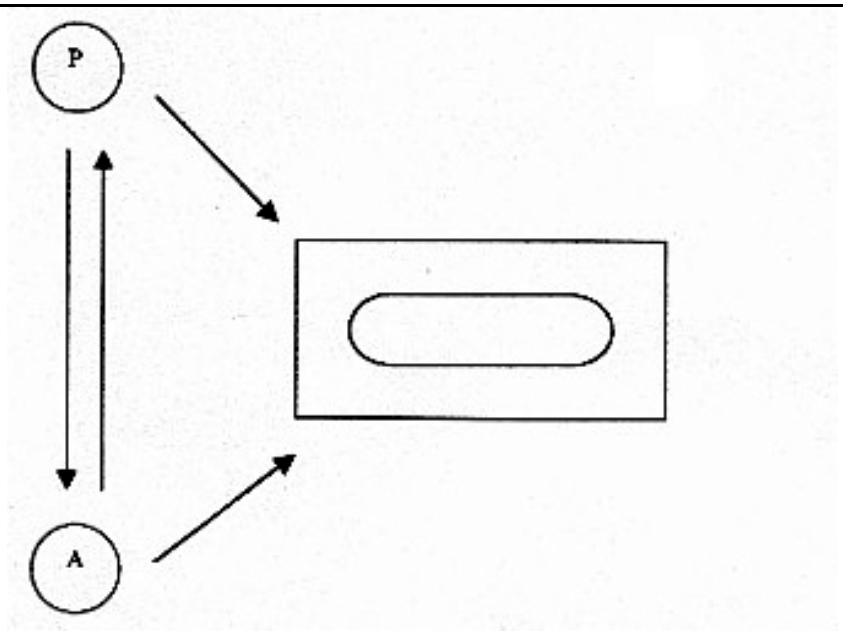
Wirklichkeit geschoben, nicht nur als ihr Mittler, sondern auch als ihr einzig greifbarer und objektiver Reflex" (Pörksen 1997).

Da das Ultraschallgerät üblicherweise nicht den ganzen Blick zwischen Arzt und Patient "verstellt", muß das Modell erweitert werden. Arzt und Patient sehen sich auf zweierlei Weise, zum einen von „Angesicht" zu „Angesicht" (wirklich?)[13] und zum anderen sehen Arzt und Patient ein 'Bild des Patienten', genauer: das 'Bild' von inneren Organen, das aus Meßdaten 'synthetisiert wurde'.

Mein Kommunikationsmodell muß also erweitert werden:

Abbildung 4

Leib-Bild/Ultraschallbild



Quelle: Eigene Darstellung

Wie viele 'Anteile des Arzt - Auges' sehen den Patienten, wie viele den Bildschirm? Ist das Verhältnis direkt oder indirekt proportional? Mattenklott schreibt in dem bereits erwähnten Essay: „Die Kunst des Sehens, durch die es vom bloßen Hingucken unterschieden ist, beruht auf dem Vermögen, wegblicken zu können. Wir haben zwei

[13] Vgl. Kapitel 7.10 Das „Bild" und das „Gesicht" des Patienten

Augen, damit - selbst wenn eines auf den Gegenstand seiner Aufmerksamkeit fixiert ist - das andere, um ein Geringes abgelenkt, zum nächsten Objekt gleiten und seinen Zwillingspartner nachziehen kann. Die Kunst des Sehens, das ist die List der kleinen Silberblicke, die den Winkel immer wieder etwas erweitern und verschieben: ein Stück über jenen Sektor hinaus, den wir bewußt sehen wollen." (Mattenklott 1982)

Eine weitere entscheidende Frage: Kann man im Zusammenhang mit dem Ultraschallbild unbekümmert von 'Sehen' zu sprechen? 'Sehen', das schon im Alltagsgebrauch ein komplexes Geschehen ist, wie eine Notiz von Wittgenstein belegen mag: „Die Augen schließen, um sich etwas vorzustellen, ist ein Phänomen; mit verkniffenen Augen angestrengt schauen, ist ein anderes; einem Ding in Bewegung mit den Augen folgen, wieder eins" (Wittgenstein 1996). Wie 'sieht' der Arzt beim Ultraschall? Mit geschlossenem, mit verkniffenem oder mit folgendem Auge? Wie der Patient? Wird ein solches Bild wie ein 'Baum' oder ein 'Mensch' gesehen? Was leistet hier das menschliche Auge, was das Gerät ? Strenggenommen müßte noch weiter gefragt werden: Was ist ein Bild? Und man könnte mit Merleau-Ponty antworten: „Das Bild, das seine Aufgabe erfüllt, ist nicht in erster Linie etwas, was ich sehe, sondern etwas demgemäß und womit ich sehe" (Merleau-Ponty 1984). Meines Erachtens müßte an dieser Stelle im Anschluß an die Arbeiten von Fleck (Fleck 1980) reflektiert werden, daß wir nur das sehen können, was wir bereits wissen. All diese Fragen sollen in diesem Kontext zunächst nur als Fragen aufgezeigt werden, die allenfalls verhindern, unreflektiert vom 'Sehen eines Ultraschallbildes' zu sprechen.

6.2. Wie wird ein Ultraschallbild hergestellt?

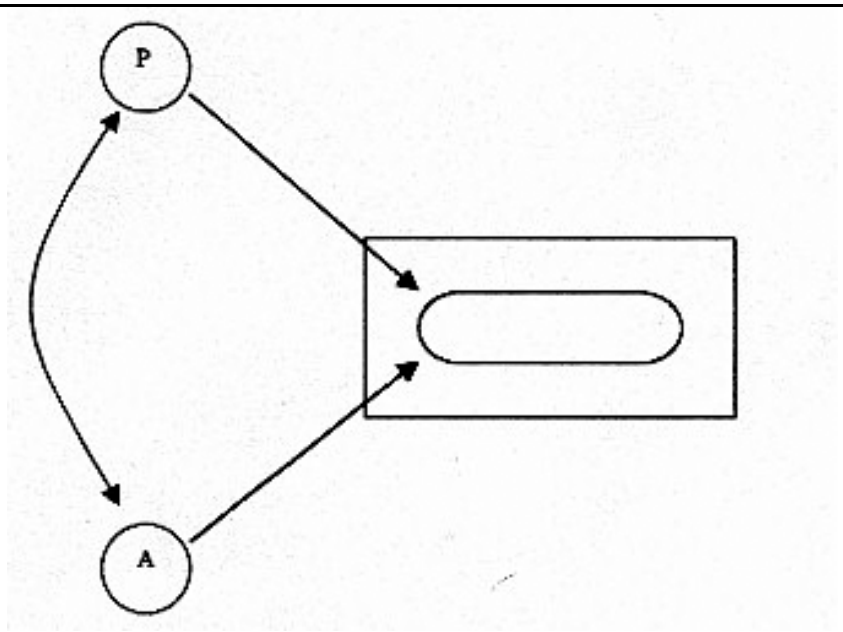
Das Ultraschallbild ist ein durch Meßdaten synthetisiertes Bild. Die Sichtbarkeit ist das Ergebnis einer mehrstufigen Transformation: Von einem Schallkopf ausgesandte Schallwellen werden an der Organoberfläche reflektiert, diese Echowellen von einem Sensor gemessen und dann mittels eines Rechners in ein Bild umgewandelt. Die

Rückverwandlung dieser informationsgeladenen Impulse durch den Computer in ein Bild setzt äußerste Sorgfalt voraus. Mittels geeigneter Eichungsmethoden wird dies erreicht. Dies Hilfsmittel der „Kalibrierung" trägt „enorm viel zum Verständnis der Informationsgewinnung aus einem Bild bei, und zwar sowohl in bezug auf seine Möglichkeiten als auch in bezug auf seine Grenzen. Wir können auf Farbe eichen, aber nicht auf Tiefe, denn hier haben wir es mit einem Phänomen zu tun, das ich die Mehrdeutigkeit der dritten Dimension genannt habe. Es liegt in der Natur der Sache, daß das Bild, die nachhaltige Spur des Lichts, das durch die Linse in die Kamera eindringt, uns keine Information über die Distanz liefern kann, die das Licht zurücklegte, bevor es den chemischen Prozeß in der Emulsion auslöste. Daraus folgt, daß das Bild immer vieldeutig sein muß, wie jede Projektion eines Körpers auf eine Ebene." (Gombrich 1984) Eigentlich kann man beim 'Ultraschall - Sehen' allenfalls von einem 'sekundären Sehen' sprechen, denn 'gesehen' wird nur in ein aus 'Echodaten' konstruiertes Bild. Der untersuchende Arzt berührt mit dem Schallkopf (Sender und Empfänger in einem handlichen Gerät) das Hautareal über dem zu untersuchenden Organ und gleitet (nach dem Auftragen eines Gleitgels) über dieses Areal hinweg. Mit der 'Führungshand' und gelegentlich auch mit der anderen Hand, die die Patienten in eine geeignete Untersuchungsposition dreht, ist ein direkter Kontakt noch angedeutet.

Das Kommunikationsmodell einer ‘partiellen Umfassung’ könnte wie folgt aussehen:

Abbildung 5

Umfassendes Kommunikationsmodell



Quelle: Eigene Darstellung

Quantität und Qualität des Bildes hängen primär von der Qualität des Gerätes, der Geschicklichkeit der ‘Schallkopf - Manipulation’ und dann erst von der Qualität (und, wie wir sehen werden, auch von der Quantität) des menschlichen Auges ab. Es sei nur mit Nachdruck darauf hingewiesen, in welch entscheidenden Umfang Vergrößerungen oder Verkleinerungen, Ausschnitte, Schärfe und Unschärfe das Bild beeinflussen. Zu diesem Problem schreibt Gombrich: „Problematisch wird es z.B., wenn, wie Spiegler betont hat (Physikalische Grundlagen der Röntgendiagnostik, Stuttgart 1957), die Forderung nach einer leicht lesbaren Röntgenaufnahme mit der Informationsfunktion im Widerspruch steht, da starker Kontrast und deutliche Umrisse wertvolle Hinweise verdecken können.” (Gombrich 1984) Diese Einstellungen sind mit dem Schallkopf und der optischen Bildvergrößerung leicht zu manipulieren (auch dies bewußt im doppeldeutigen Sinn von ‘manipulieren’!). Diese ‘Manipulation’ beeinflußt wiederum

maßgeblich die Interpretation des Befundes, nicht selten auch der Krankheit, und somit auch die Reaktionsweisen bei Arzt und Patient. Ein als ‘Monstrum’ demonstrierter Gallenstein beispielsweise ‘schreit geradezu nach einer Operation’, ebenso ein ‘grell abgebildeter’ Schilddrüsen Knoten.

Virilio schreibt hierzu: „Man kann die Leute von allem Möglichen überzeugen, wenn man nur die Details stärker hervorhebt” (Virilio 1989).

Auch an dieser Stelle sei nachdrücklich auf die Verbindung Auge - Hand (Plessner 1975): bildgebendes Medium - Operation hingewiesen. In diesen Kontext gehört beispielsweise auch die Verknüpfung von ‘Endoskopie’ (als bildgebendes Medium) - ‘endoskopische Operation’. Angesichts des massiven Anstiegs der ‘endoskopischen Operationen’ ist ein ‘Ehrenkodex für Chirurgen’ im Gespräch, der dazu verpflichten soll, nur noch in gesundheitsgefährdenden Situationen zu operieren. (Dem gegenüber steht häufig aber auch die Erwartung des Patienten, daß etwas ‘getan’ werden muß. Somit befindet sich der Chirurg in einem ‘doppelten Dilemma’.)

6.3 Wie wird ein Ultraschall - Bild interpretiert?

An dieser Stelle müßte nun zunächst das Verhältnis von ‘Sehen’ und ‘Messen’ reflektiert werden, das Verhältnis von Maß - Vorgabe und An - gemessenheit bedacht werden. Dies selbstverständlich nicht nur in ‘Maßeinheiten’, sondern auch in ihrer ‘Wertigkeit’ - sowohl für den Arzt wie für die Patienten. Das überschreitet aber vermutlich den Rahmen der Fragestellung. „Daß es Grenzen der Meßbarkeit gibt, hat uns die Physik unseres Jahrhunderts gelehrt. (...) Noch mehr gilt das aber, wenn man es nicht nur mit der meßbaren Natur zu tun hat, sondern mit lebenden Menschen. So reichen die Grenzen der Meßbarkeit und überhaupt der Machbarkeit tief in den Bereich der Gesundheitspflege hinein” (Gadamer 1993).

Wie ausgeprägt ist die ‘Dominanz des Schallkopfes’, etwa im Sinnes eines ‘Bild - Interesses’, das sich gegenüber dem Kopf des Arztes oder des Patienten verselbständigt?

Gombrich zufolge ist der Wahrnehmungsvorgang durch das menschliche Auge ein dreistufiger :

1. das Moment der Aufmerksamkeit,
2. das der Neugierde und des Erkundungsdrangs sowie
3. das der Synthese der Teile zu einem Ganzen (Gombrich 1984).

Je ‘dominanter’ die Momente 1. und 2. sind, desto schwerer erfolgt eine Synthese. Einem ‘ins Auge springenden Befund’ ist also am ehesten zu ‘mißtrauen’.

Je weniger also die ‘Blick - Befunde’ in Zusammenhang mit dem Beschwerdebild des Patienten gebracht werden können - eine Synthese erfolgt, umso fragwürdiger ist ihre klinische Relevanz.

Nicht nur das Sehen wird, wie wir oben angedeutet haben, durch Schärfe und Unschärfe, Vergrößerung und Verkleinerung ‘determiniert’, auch die Deutung eines Ultraschallbildes. In seiner Studie „Kriterien der Wirklichkeitstreue” schreibt Gombrich: „Außerhalb der Fovea (dem Bereich des scharfen Sehens, V.K.) sehen wir die Dinge nicht einfach verschwommen; sie sind in einer ganz eigenen Art undeutlich, die sich ungemein schwer beschreiben läßt. Die Sache wird noch dadurch besonders kompliziert, daß unser peripheres Sehen zwar Formen und Farben sehr ungenau wahrnimmt, aber auf Bewegung außerordentlich stark reagiert. Wir bemerken sofort jede Veränderung in dem vagen Durcheinander von Formen außerhalb des fovealen Bereichs und sind jederzeit bereit, eine solche unerwartete Verschiebung sofort scharf ins Auge zu fassen. Sobald das geschehen ist, können wir das sich bewegende Objekt verfolgen, ohne es ‘aus dem Auge zu verlieren’, während das übrige Gesichtsfeld in den Hintergrund unseres Bewußtseins tritt. Es gibt keine Möglichkeit, ein solches Erlebnis bildlich festzuhalten” (Gombrich 1984). Die foveale Einstellung bestimmt also wesentlich die Deutung eines Bildes. Was Gombrich am Beispiel des „Augenzeugenprinzips“ verdeutlicht, gilt auch in unserem Kontext: „Offensichtlich sind also dem Funktionieren des Augenzeugenprinzips mehr Grenzen gesetzt, als voraus-

sehbar war, als man Bilder zum ersten Mal dazu benutzte, um den Beschauer im Geist zu einem Teilnehmer an einem Ereignis zu machen. Der Übergang vom 'Objekt dort draußen' zum erlebenden Subjekt führt zu den schwierigsten und verwirrendsten Fragen. Sie machen es verständlich, warum die bildende Darstellung für Philosophen und Psychologen gleichermaßen problematisch wurde" (Gombrich 1984). Ein weiteres wesentliches Problem im Umgang mit den bildgebenden Medien besteht darin, daß ein Krankheitsverlauf - ein zeitliches Geschehen also - in ein situatives Bild übertragen wird. Eine Krankengeschichte in ein 'virtuelles Bild' eines oder mehrerer Organe. Es besteht das Problem der Überführung von 'Zeit' (Kranken - Geschichte) in einen 'Ort' (Bild-Befund).

Der Schilderung des Patienten über seit Wochen bestehende Durchfälle wird eine in Millimeter angegebene nicht verdickte Kolonschleimhaut zugeordnet.[14] Spätestens an dieser Stelle zeigt sich, daß ein 'Kommunikationsmodell', das nicht zwischen einem 'Bild - Code' und einem 'Sprach - Code' differenziert und sich im Idealfall auch um eine Vermittlung zwischen den beiden Codes bemüht, scheitern muß.

Hier müßte nun zusätzlich berücksichtigt werden, daß 'Sprach'- und 'Bild - Code' unterschiedlich 'normen-variabel' sind. Der 'visuelle Code' ist instabiler als der sprachliche, er ist kurzlebiger und störanfälliger (vgl. etwa das Phänomen der Medienwerbung). Der 'visuelle Code' wird kurzfristig durch die Umwelt genormt. Auch in diesem Zusammenhang müßte die bereits erwähnte Zunahme des „Indikationskatalogs der endoskopischen Operationen" durchdiskutiert werden. Die optisch gewonnenen Meßwerte der Gallenwege beispielsweise „normieren" im medizinischen Alltag zumindest die „Operationsbereitschaft", wie auch die Ultraschalldaten in der pränatalen Diagnostik die Bereitschaft zu 'pränatalen Eingriffen' bahnen, erleichtern und ermöglichen. Dies alles sei zunächst einmal nicht wertend zur Diskussion gestellt (Mittelstrass 1997).

[14] Siehe Anhang, Transkript 21

Für die Interpretation eines Ultraschallbildes ist es nun natürlich auch wichtig, in welcher Form das Bild präsentiert wird. Einen Aspekt hatte ich bereits unter dem Stichwort ‘Manipulation’ angesprochen. Ultraschallbilder werden per Schallkopf ‘gehandhabt’, sie sind manipulierbar und manipulieren.

Es wäre reizvoll, eine Serie von Ultraschallbildern von einem Älteren, mit Ultraschall und Endoskopie nicht groß gewordenen Chirurgen und einem ‘Endoskopiker’ beurteilen zu lassen, oder ein pränatales Ultraschallbild von zwei durch eine ‘Wissenschafts - Generation’ (bekanntermaßen sehr kurz) getrennten Gynäkologen: Es träte die Abhängigkeit der ‘Umwelt - Normung’ sowohl für sprachliche wie visuelle Code eklatant zu Tage (vgl. Gombrich 1984, Fleck 1983, Schäfer et al. 1983).

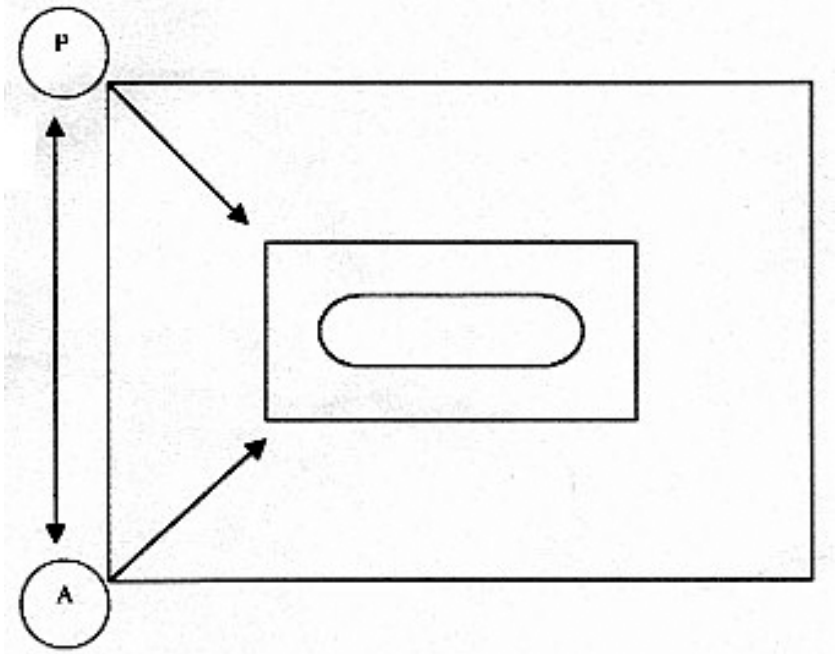
Diese Art von Bildgebrauchskritik gehört meines Erachtens mitberücksichtigt, wenn über die ‘Kommunikationsweisen’ im Umgang mit Ultraschall gesprochen wird.

Weiterhin ist eine Diskussion über den Zusammenhang von „Erkenntnis und Denkkollektiv”, wie sie Fleck mit seiner Arbeit vor mehr als 60 Jahren initiierte, aufzugreifen und weiterzuführen. Gerade das Beispiel der Verbindung von Ultraschall / Endoskopie und endoskopischer Operation ist ein Paradebeispiel für das Zusammenwirken von Erkenntnis, in diesem Fall diagnostischer Erkenntnis via Ultraschall / Endoskopie, und „Denkkollektiv” (salopp formuliert ‘Denk - Trend’ und auch ‘Handlungs - Trend’).

Mein Kommunikationsmodell müßte also wesentlich umgestaltet werden:

Abbildung 6

Denk- und Handlungskollektive



Quelle: Eigene Darstellung

6.4 Wie lassen sich Ultraschallbilder in Sprache umsetzen ?

Für einen Vergleich der Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Bild und Sprache bietet sich nach Gombrichs Studie über „Das Bild und seine Rolle in der Kommunikation" die von Bühler vorgeschlagene Einteilung der Sprachfunktionen an (Bühler 1934): „Bühler unterscheidet zwischen Ausdruck, Appell und Darstellung oder auch Symptom, Signal und Symbol. (...) Untersucht man die (optische, V.K.) Kommunikation unter dem Gesichtspunkt der Sprache, so stellt sich zuerst die Frage, welche dieser Funktionen das Bild erfüllen kann. Dabei zeigt sich, 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 (Gombrich 1984; vgl. Bühler 1934). Für die Medizin gilt es in diesem Zusammenhang zu fragen, ob sich auf diese Weise erklären läßt, warum weite Teile der Medizin sich mit einer Symptomatologie begnügen, der Signal- und vor allem der Symbolcharakter der Krankheit weitgehend unberücksichtigt bleiben, oft erst gar nicht 'ins Blickfeld geraten'?

Insgesamt findet bei neun von 30 Ultraschalluntersuchungen (30 %) keine Versprachlichung des Bildes dem Patienten gegenüber statt.

Bezüglich der Symptomatologie lassen sich beim Ultraschallverfahren Bild und Sprache verbinden, indem das Bild beschrieben (besprochen) wird:

Beispielsweise bei Patientin 1: „Gallenblasensteine ... da sind'n paar, ja ... Gallenblase ... sieht nur so aus, als hätte se sich lange nicht mehr entleert, die ist ziemlich groß."

Oder bei Patient 4: „Ihre Milz ist nur noch 'n ganz klein bißchen vergrößert, Leber ist schon fast normal." Oder bei Patientin 14: „Hämangiom ... 1,2 / 1,3 cm ...harmlos." Oder auch bei Patient 18: „Niere ... so'n bißchen septiert, also hat so kleine Unterteilungen, so daß das wie eine kleine Weintraube aussieht, in Teilbereichen."

Beim nächsten Beispiel zeigen sich aber schon Schwierigkeiten: Bei Patient 7: „Diese Verkalkung ist genau neben der Gallenblase, ... kein Stein, ... 'ne alte Verkalkung, warum auch immer. ... Ich würde mal sagen, da is irgendwas Abgekapseltes, was sich dann irgendwie verkalkt hat." Hier wird im weiteren Verlauf der Beschreibung deutlich, wie schwierig es ist, das „verkalkte abgekapselte Irgendwas" (mehr gibt das Bild nicht her) weiter zu versprachlichen. Es erfolgt daher der Abbruch: „... aber da muß man sich keine weiteren Gedanken zu machen, das is nix."

Die Problematik des Überführens eines Bildes in die Sprache zeigt sich auch in Wendungen, wie: „... das scheint in Ordnung zu sein" (Patientin 19).

Idealerweise möchte der Arzt zur Verdeutlichung auf die Sprache verzichten, so bei Patient 24, da sich hier die Bedingungen als „bilderbuchartig" erweisen.

Die Signal-/ Appellfunktion des Ultraschallbildes läßt sich nur zum Teil nachweisen. Für die Patienten 25, 27, 29 darf man die Verbindung des Bildes mit der Erkrankung als gesichert annehmen (aufgrund ihres besonderen Wissensstandes, beispielsweise als Arzt oder Apothekerin) Patientin 3 verknüpfte die Darmwand-Verdickung mit dem Grad der Darmentzündung, Patient 5 die Bauchspeicheldrüsenverkalkungen mit dem Alkoholkonsum, Patientin 6 die Lebervergrößerung mit der Leberverfettung, Patient 16 den Durchmesser der Gallenwege mit der Leberfunktion. Die Erwähnung des „weißen Flecks" durch Patient 7 oder des „Dunkelen da" beweisen, daß diese Bilder an den Patienten 'appellieren"'. Das wird aber nur rudimentär artikuliert.

Über die Symbolfunktion des Ultraschallbildes kann man nur Vermutungen anstellen:

Jedes Ultraschallbild ist vieldeutig, vor allem hinsichtlich der Symbol-Aussage. Eine 'steingefüllte Gallenblase' ist einmal 'Krankheitsherd', ein anderes Mal 'ohne Bedeutung'. Zu fragen ist allerdings, ob solche 'widersprüchlichen' Interpretationen vom Patienten angenommen werden - ja sogar angenommen werden können, es sei denn, sie wird im Gespräch vermittelt.

Vermutlich ist auch die Bilderfolge bei der Ultraschalluntersuchung zu rasch, um Symbole für die Krankheit aufsteigen zu lassen. Die zumeist verwandte Kommentierung: Da sieht man „nichts Besonderes"[15] oder Ähnliches läßt keine Symbolik zu. Fragwürdig ist dies vor allem, da der größte Teil der Patienten in diesem Fall sich als schwer, teilweise als sehr schwer krank, vor allem als chronisch leidend empfand. Ob das oft beteuerte 'da ist nichts' den Patienten befriedigt?

Patient 21 artikuliert dies (leise): „... wär mir lieb, wenn Sie was gefunden hätten."

An dieser Stelle könnte die aktuelle Problematik einer Befundung von Ultraschall- (beziehungsweise auch Röntgen- und Computertomographie-) Bildern durch einen Computer diskutiert werden. Dies würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Hingewiesen sei aber auf die Arbeit von Schmidt „Texte und Bilder in maschinellen Modellbildungen" (Schmidt 1992) sowie auf die grundlegende Arbeit zur telematischen

Informationsgesellschaft von Flusser „Lob der Oberflächlichkeit. Für eine Phänomenologie der Medien" (Flusser 1995).

[15] Siehe Anhang, Transkript 2

6.5 „Diskurs" im Umfeld der Ultraschalluntersuchung

Im Verlauf dieser Überlegungen ist es sicher deutlich geworden, daß eine unbedenkliche Vermischung der beiden Codes, des sprachlichen und des visuellen, nicht erlaubt ist.[16] Bild und Sprache unterliegen unterschiedlichen Diskursebenen, die einander angenähert werden können (gegenseitige sprachliche oder bildliche Verdeutlichung). Dies ist bei der Interpretation eine Ultraschallbildes zu bedenken. Banal gesprochen: Schmerzen lassen sich nicht in Zentimetern bemessen.

Bei der 'Versprachlichung' von Ultraschallbildern muß auch die 'Regionalität' der verschiedenen Diskurse mitreflektiert werden:

- der Fachdiskurs des 'Ultraschall - Experten' mit dem zuweisenden Arzt,
- der Fachdiskurs des Arztes mit dem Laien - Diskurs des Patienten,
- der 'Leidens'- Diskurs des Patienten mit dem Arzt,
- der 'Leidens' - Diskurs des Patienten mit dem 'Heilungs' - Diskurs des Arztes ,
- das 'somatogene' Konzept des Patienten / Arztes mit dem 'psychogenen' Konzept des Patienten / Arztes.

Aus diesen fünf 'regionalen Diskursen' (die Zahl ließe sich zweifellos vergrößern) seien die ersten drei zur Diskussion gestellt. Für die weiteren fehlt in dieser Untersuchung vor allem aus methodischen Gründen das Deutungsmaterial.

6.5.1 Grundsätzliches zur "Ordnung des Diskurses"

In seiner Arbeit „Dialog und Diskurse" zeigt der Phänomenologe Waldenfels den Übergang vom „globalen Dialog" zum „regionalen Diskurs" in der Philosophie der

[16] Die Semiotik als die Lehre von den 'Zeichen' verbietet eine solche Vermischung. Ein Bild kann nicht in Sprache überführt und mit ihr zur Deckung gebracht werden (Beispiel: Das Bild einer Pfeife - mit dem Text „Dies ist keine Pfeife"- Pfeifenbild von Magritte, in Schmidt 1992).

Neuzeit auf. Der Dialog (dialektisch - systematische Vermittlung von Positionen hin zur Versöhnung der Gegensätze) wird, gerade wo er sich um die Identität von Einheit und Vielheit bemüht, „fragwürdig, wenn die zentrale Instanz des Logos sich selbst zerteilt und der Dialog sich auf diese Weise in die Kreuz- und Querwege eines Polylogs verzweigt." Es ist gegenwärtig der „Übergang vom Dialog zur Vielheit von Diskursen" zu konstatieren. Das gilt selbstverständlich auch für das Arzt - Patienten - Gespräch in der Medizin. „Die variablen und vielfältigen Ordnungen, die sich keineswegs auf die Rede beschränken, sondern sich auf alles Verhalten erstrecken, lassen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten erörtern" (Waldenfels 1990). Selbstverständlich handelt es sich im ärztlichen Gespräch in Gestalt eines „Polylogs" nicht nur um die Spannung von 'Expertentum' und 'Alltag', sondern vor allem auch um die doppelte Spannung von Eigen- und Fremderfahrung, sowohl von Arzt und Patient als auch besonders von 'Leib', 'Gesundheit' und 'Krankheit' bei einem jeden selbst. Der 'Kranke' ist neben dem 'Kind' und dem 'Wilden' die zentrale Figur des 'Fremden', der speziellen Aneignungs- oder Enteignungsstrategien ausgesetzt ist. Auch hier gelten die Strategien sowohl dem Gegenüber als auch im eigenen Leib. Bei allem erweist es sich als großer Fortschritt, auf die Ordnungen eines vielstimmigen Diskurses zurückgreifen zu können und nicht mehr mit dem Modell eines identifizierenden Dialogs arbeiten zu müssen. Bedauerlicherweise geschieht dies im ärztlichen Alltag allerdings noch sehr häufig, mit dem Ergebnis des 'Mißverständnisses' und des 'An-einander-vorbei-redens'. Muß der 'Dialog' doch immer darum bemüht sein, sich das 'Fremde', in diesem Fall den Kranken oder die Krankheit, entweder 'anzueignen' (Vereinnahmung in ein 'medizinisches System') oder zu 'enteignen' (Überweisung in ein anderes System).

In der Medizin ist die „Ordnung des Diskurses" (Waldenfels 1990) meines Wissens überwiegend theoretisch erarbeitet worden. Einige Konsequenzen für die praktische Arbeit aufzuzeigen, ist ein Zweck dieser Arbeit.

Zu den Ordnungen des Diskurses gehört nach Waldenfels „die Organisation von Rede-feldern. Die gestalttheoretisch angereicherte Phänomenologie der Thematik, die Aron

Gurwitsch im Anschluß an Husserl entwickelt hat, kommt auch hier zum Zuge. Jede Frage schlägt, indem sie auf etwas hin befragt, ein Thema an, sie eröffnet ein thematisches Feld und drängt andere Äußerungen als nicht zugehörig und unpassend an den Rand. Schon diese elementare Ordnungsleistung bedeutet Selektion und Exklusion in eins und erlegt dem Dialog die Grenzen eines mehr oder weniger festumschriebenen Betätigungsfeldes auf. Die Abhebung von Gestalt und Hintergrund, mit der man hier zu tun hat, widersetzt sich einer schlichten Koordination von Perspektiven."
(Waldenfels 1990)

Gerade dieser „Organisation von Redefeldern" mit ihren Selektions- und Exklusionsstrategien gilt bei der Bearbeitung der vorliegenden Protokolle das besondere Interesse.

Waldenfels fährt fort: „Redefelder stabilisieren sich auf vielfältige Weise. Zu nennen wäre die Ausbildung von Typiken, wie Alfred Schütz sie beschrieben hat. Wiederkehrende Züge und Zusammenhänge werden ausgezeichnet gegenüber dem, was atypisch ist, und dies nicht etwa nach unverbrüchlichen Wesensgesetzen, sondern nach Gesichtspunkten der Relevanz, die mit bestimmten Interessen korrespondieren. Es bilden sich auf diese Weise Handlungs- und Rederäume heraus, wie Erving Goffman sie in seiner Redeanalyse untersucht. Hinzu kommen Prozesse der Normalisierung, wie sie sich etwa im Gesprächsstil bekunden, und am Ende stehen institutionelle oder quasi-institutionelle Regelungen (... Es handelt sich um die) positiven Ordnungen: Thematisierung, Typisierung, Normalisierung und Normierung, um Auswahl-, Ausschluß- und Kontrollverfahren." (Waldenfels 1990)

6.5.2 Diskurs: Überweisender Arzt - sonographierender Arzt

Der Diskurs zwischen überweisendem und sonographierendem Arzt (durchweg in schriftlicher Form), der anhand der Anforderungsscheine und Befundungen (vorliegend

in 22 oder 73 Prozent von 30) analysiert wurde, stellt sich als unproblematisch dar.[17] Dies führe ich auf die gemeinsamen „Redefelder" - das gemeinsame 'Expertentum' - zurück. Die Themen sind stets eng umgrenzt:

Erstens: Diagnosefindung, -bestätigung oder die Frage nach dem Progreß einer Krankheit. Dieser Themenbereich wird von dem jeweils überweisenden Arzt angeschnitten:

In acht von 22 Fällen (36 %) handelt es sich hierbei um eine Ausschluß- beziehungsweise Suchdiagnostik (Patienten 1, 2, 7, 15, 21, 23, 28, 30), die der sonographierende Arzt durchführen soll.

In 14 von 22 Fällen (64 %) gibt es eine gezielte Fragestellung oder eine Diagnose-Angabe des überweisenden Arztes, auf die der sonographierende Arzt Bezug nimmt (Patienten 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 25, 27).

In einem Fall (Patient 17) findet sich keine Fragestellung des überweisenden Arztes.

Zweitens: Themen, die der sonographierende Arzt aufwirft: Zusätzliche Diagnosen außerhalb der Fragestellung.

Solche Angaben finden sich in zehn von 22 Fällen (45 %). Häufig handelt es sich hierbei um Aussagen von geringer klinischer Relevanz, beispielsweise „Steatosis hepatis" (bedeutet Leberverfettung) bei einer Patienten mit Brustkrebs (Patientin 6), „Atheromatose der Bauchaorta" (meint Verkalkung) bei Patienten mit Epiglottiskrebs (Patient 8) beziehungsweise Blasentumor (Patientin12) oder „kleine Nierenzysten" (Patient 11).

In vier von 22 Fällen (18 %) empfiehlt der sonographierende Arzt dem überweisenden weitere Untersuchungen: bei Patientin 15 eine gynäkologische Untersuchung, bei Patient 17 eine Magenspiegelung, bei Patient 20 eine Urinuntersuchung, bei Patient 30 Laboruntersuchungen.

Drittens: die Angabe über die Sichtverhältnisse, die der sonographierende Arzt dem überweisenden weitergibt, um den Befund besser einschätzen zu können. Dies geschieht

[17] Vgl. auch 5.2.1 Synopse über die Informationsflüsse

in neun von 22 Fällen (41 %), wobei in nur drei Fällen (Patienten 23, 25, 28) die Sicht als gut angegeben wird, in sechs (Patienten 6, 7, 9, 17, 21, 30) als eingeschränkt, beziehungsweise schlecht.

In 13 von 22 Fällen (59 %) gibt es keine Information zu diesem Thema. Als „Typik" der Diskurse ist die Frage-Antwort-Form innerhalb vorgegebener Befundungsbögen zu verzeichnen.

Der Gesprächsstil zeichnet sich durch Abkürzungen (beispielsweise „o.B." für „ohne Befund", „EM" für „Echomuster", „LK" für „Lymphknoten" unter anderem) und medizinisches Fachvokabular aus.

Unter den Begriff der „Normierung" fällt in diesen Diskursen die Zusammenfassung auf eine Diagnose beziehungsweise die abschließende Aussage, daß kein pathologischer Befund erhoben werden konnte.

6.5.3 Diskurs: Sonographierender Arzt - Patient

Als deutlich schwieriger erweist sich der Diskurs zwischen sonographierendem Arzt und Patient. Dies ist unter anderem bedingt durch das Aufeinandertreffen von ‘Expertentum' und ‘Alltag' (s.o. ‘Wissenschafts'- und ‘Alltagswelt'). Dieser Diskurs variiert allerdings auch sehr viel stärker. Er ist in der Regel dann unproblematisch, wenn die „Redefelder" so organisiert werden, daß sich Arzt und Patient auf ein Thema einigen können. Dies gelingt in 33 % der Fälle (Patienten 3, 16, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 29). Dabei fällt auf, daß es sich bei diesen Patienten häufig um solche handelt, die mit medizinischen Themen vertraut sind; entweder, weil sie über die eigene Erkrankung so gut informiert sind (beispielsweise Patient 16, der lebertransplantiert ist und sehr genau die Parameter kennt, die für seine Prognose entscheidend sind), oder, weil sie in ähnlichen Berufssparten arbeiten (Patient 25: selbst Arzt, Patientin 29: Apothekerin, Patient 24: Chemiker).

Bemerkenswert ist das Gespräch zwischen Arzt und Patientin 19: Trotz intensiven Bemühens gelingt es dem Arzt nicht, ein medizinisches Thema weiterzuverfolgen. Statt dessen aber setzt sich die ältere Dame mit ihren alltäglichen Gesprächsthemen und ihrem Beharren auf ihre Entlassung durch, so daß es am Ende zu einer Einigung auf 'ihr' Thema kommt. Die Typik der Gespräche wird durch Technik beziehungsweise Relevanz der Untersuchung oder aber gemeinsame Interessen bestimmt. Der Gesprächsstil ist wenig bemerkenswert, da er so 'normal' erscheint.

Im Sinne einer Normierung werden abschließend relevante Befunde, Diagnosen und die eventuell daraus resultierenden Konsequenzen besprochen. In 31 % der Fälle kommt es nur teilweise zu einer Annäherung im Diskurs (Patienten 4, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 20, 30). Beschwerden und Befunde werden zwar kurz angesprochen, aber nicht zum Thema des Diskurses gemacht. So führt beispielsweise Patient 5 Alkohol als mögliche Ursache seiner Bauchspeicheldrüsenentzündung an, was die Ärztin allerdings nicht aufgreift, sondern statt dessen wieder weniger 'heikle' Themen anspricht. Auf diese Weise kommt es zur Ausblendung bestimmter „Redefelder".

Ein weiteres Beispiel stellt das Gespräch mit Patient 20, einem Kollegen, dar. Während der Patient an den Ergebnissen der Segmentkinesiologie festhält und sich bemüht, die Methode dem sonographierenden Arzt zu erklären, versucht dieser wiederum die Beschwerden und die Diagnostik schulmedizinisch anzugehen. Beide zeigen allerdings zumindest Interesse für die andere Methode.

Eine Typisierung ist erschwert, da wiederkehrende Züge und Zusammenhänge kaum auftreten und diese Gespräche gerade durch ihre 'Brüche' auffallen. Der Gesprächsstil weist in einigen Fällen eine 'unglückliche' Sprachnormung auf. Beispielhaft hierfür ist der Kommentar der Ärztin: „Mhm, ja, das is ja scheußlich ... - dann zieh'n Se sich mal an wieder, bitte!" auf die Anmerkung des Patienten 8 hin, daß es sich bei seiner Diagnose um etwas „Bösartiges" handelt.

Abschließend finden sich deutlich weniger Normierungen, in Form von Diagnosen oder Konsequenzen. Das gerade zitierte Beispiel belegt auch dies.

In 36 % der Fälle scheitern die Diskurse weitgehend infolge von Selektions - und Exklusionsstrategien (Patienten 1, 2, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 21, 22, 23).[18]

Ein Beispiel hierfür liefert das Gespräch mit Patientin 1:

P : „... aber mein Internist sacht immer, die Leber sähe mit dem Apparat eigentlich gesund aus." - A1 : „Ah, ne, das sieht'se aber jetzt nicht mehr." - P : „Nicht mehr?" - A1: „Das kann man auch manchmal sehr schlecht erkennen, ob noch 'ne Leber gesund ist, oder ob se, sie sich schon auf kleinem Raum verändert.- Das is gerade bei so'ner Erkrankung'n bißchen schwierig ... (9 Sekunden) ...Was macht der Stuhlgang?" Die Ärztin erläutert hier nicht den erhobenen Befund, sondern zieht sich aus dem Diskurs geschickt zurück, indem sie Befunde im allgemeinen zuerst relativiert und darauf abrupt das Thema wechselt.

Auf diese Weise bleiben Patienten-Fragen unbeantwortet:

Bei Patientin 1 die Frage nach Schmerzen und dem dicker gewordenen Bauch, bei Patient 2 die Frage nach Blut im Stuhl, bei Patient 9 die Frage nach der Appetitlosigkeit, bei Patientin 10 die Frage nach den 2 Litern Aszites, bei Patient 21 die Frage nach den „spritzenden Durchfällen".

In einigen dieser Fälle wird auf Aussagen der Patienten, die als 'Hilferufe' verstanden werden können, nicht reagiert: So spricht Patient 1 dreimal seine Angst an. Nur das letzte Mal erwidert die Ärztin auf das „Da fürchte ich mich." - „Furchtbar, ne?..Sie kriegen aber 'ne Spritze zum Schlafen, nicht?"

Oder Patient 7 sagt: „Ich lebe nur von Schmerzmitteln."

Oder Patientin 13 klagt: „da bin ich von Arzt zu Arzt geschickt worden."

Bei den Patientinnen 19 und 23 zeigt sich, daß ihnen nicht klar ist und wird, warum die Oberbauchsonographie gemacht wird. Patientin 19 gibt an: „Die Bauchbeschwerden hat mein Sohn angesagt, und die hab' ich, wenn ich schon zuviel gegessen hab'." „Der Bauch is in Ordnung.", der Oberarzt erwidert: „Ah, ja. -Und weswegen sind Sie denn überhaupt gekommen?" -Patientin: „Fragen Se mich zuviel."

[18] Vgl. hierzu Kapitel 7

Patientin 23 ist eigentlich wegen eines Geschwürs am Fuß im Krankenhaus und kann den Zusammenhang zu der Untersuchung nicht herstellen.

Bei der Untersuchung dieser Diskurse auf ihre Typiken läßt sich feststellen, daß eben nicht nach Gesichtspunkten der Relevanz gesprochen wird.

So wird Patient 9, der an Speiseröhrenkrebs erkrankt ist und besonders an Appetitlosigkeit leidet, beispielsweise nicht darüber informiert, daß vergrößerte Lymphknoten vorliegen, die auf eine eventuelle Metastasierung hindeuten. Die Ärztin geht aber auch nicht auf seine Beschwerdesymptomatik ein, abschließend heißt es nur: „Irgendwelche größeren Geschichten hab' ich nicht gefunden."

Ähnlich uninformiert bleibt Patientin 10. Die gefundenen Lebermetastasen bei Brustkrebs werden nicht thematisiert. Allerdings ist hier anzufügen, daß es üblich ist, dem behandelnden Arzt die Aufklärung über die Erkrankung zu überlassen. Vielleicht wäre es dann aber auch sinnvoll, dies dem Patienten gegenüber so zu erklären.

So auch bei Patientin 12, die an einem Blasentumor leidet. Sie erfährt nicht, daß die Ärztin Lymphknotenmetastasen festgestellt hat.

Zum Gesprächsstil in diesen Fällen läßt sich sagen, daß die Ärzte sich hier einer 'Laiensprache' bemächtigen, die so vereinfachend ist, daß sie als Information nichts zurückläßt: Beispielsweise Äußerungen wie „da war's auch schon mit dem Bauch so schlimm" zu Patientin 1 oder „alles so'n bißchen angekratzt" zu Patient 5 oder „Gut, im Bauch is viel Luft drin, von der Niere hab' ich Aufnahmen gemacht ..., sonst alles soweit in Ordnung" zu Patientin 14. Gerade diese letzte Äußerung gegenüber einer Patientin, die an Eierstockkrebs leidet und eine große Darmoperation hinter sich hat, erscheint sehr lapidar, zumal die Ärztin bei der Untersuchung, wie sich anhand des Befundbogens feststellen läßt, Metastasen im Bereich der Narbe und des Bauchfells gefunden hat.

In dem Gespräch mit Patient 17 werden zwischendurch die Äußerungen des Arztes unklar: „War der Befund, äh, mehr im Pankreaskopf weggenommen?" - P: „Ja." - OA: „Aha.-Hatten Sie auch 'ne Zyste gehabt?" - P: „Ja, ... das war alles so Gewebe, das da

sich breit gemacht hatte." - OA: „Ja. - Mal anhalten einen Moment, ... (12 Sekunden) ... ganz normal weiteratmen. ... (8 Sekunden)... Bitte mal tief einatmen. ... (8 Sekunden) ... Ist der Gallengang wieder an der Leberpforte wahrscheinlich fest- ...angenäht, ne?"- P: „Die Leberpforte, die ..." - OA: „Oder, äh, also an der ... am Gallengang?"- P: „Ja."- OA: „Ja, ja. - In der Nähe der Leber, ... äh, weil'n Teil da weg operiert ist. Ja."

6.5.4 'Leidens'-Diskurs des Patienten mit dem Arzt

Einem sinnvollen 'Leidens'-Diskurs zwischen Patient und Arzt müßten eigentlich Reflexionen über die Definition von Krankheit und Gesundheit vorangestellt werden.
Luhmann macht auf dies grundsätzliche Defizit in der gegenwärtigen Medizin aufmerksam: „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit. Die Krankheitsterminologien wachsen mit der Medizin, und der Begriff der Gesundheit wird zugleich problematisch und inhaltsleer. Gesunde sind, medizinisch gesehen, noch nicht oder nicht mehr krank oder sie leiden an noch unentdeckten Krankheiten" (Luhmann 1990). In meiner Analyse mußte ich stillschweigend davon ausgehen, daß Patient und Arzt unter Gesundheit und Krankheit zumindest Ähnliches verstehen.
Zweifelsohne ist die Ultraschalluntersuchung nicht der primäre Ort für die Klärung und Bewältigung (oder Teilbewältigung) des Leidensdruckes beim Patienten. Da sich Schmerzen und Ängste aber auf der Seite des Patienten nicht ausklammern lassen, in sehr vielen Fällen durch die 'anamnestischen Fragen' des untersuchenden Arztes sogar 'provoziert' werden, bedarf auch dies einer Kommentierung.
Das Ergebnis ist sehr ernüchternd, zeigt es doch, daß sich die Ärzte nur in einigen ausgewählten Fällen auf die 'eigentlichen' Leiden und Ängste der Patienten einlassen.

Die Durchsicht der Protokolle dokumentiert einen meist raschen, gelegentlich sogar fluchtartigen Rückzug ‘hinter das Ultraschallgerät’. Exemplarisch seien angeführt:

Patient 9, der an Speiseröhrenkrebs erkrankt ist, leidet seit Wochen unter Gewichtsverlust und beschreibt dies folgendermaßen: „... der Magen hat gestreikt ... die Appetitlosigkeit war das Schlimmste daran.” - Die Ärztin entgegnet wenig später: „Gut, das war’s. ... Irgendwelche größeren Geschichten hab’ ich nicht gefunden.”

Patientin 10, die kurz vor der ersten Chemotherapie ihres metastasierenden Brustkrebses steht, leidet an ihrem „dicken Bauch” - zwei Liter Aszites wurden bereits abpunktiert, und dennoch ist sie nicht in der Lage, sich ohne Hilfe aus dem Liegen aufzusetzen. Sie kommentiert die Situation wie folgt: „... das is langsam unerträglich, das platzt ja fast.” Die Ärztin geht darauf nicht weiter ein, sondern beendet die Untersuchung mit: „So, und dann drück’ ich die Daumen, daß das (Anmerkung: Sie meint die Chemotherapie) was nützt, nich?”

Patientin 13 mit einem Lymphom wurde “von Arzt zu Arzt geschickt” und hatte „praktisch 19 Monate, ... Kopfschmerzen, Halsschmerzen”. Sie faßt ihre Probleme so zusammen: „Ich war total überlastet.”, die Ärztin hingegen folgendermaßen: „... gut, im Bauch sieht alles okay aus.”

Patient 17, dessen Bauchspeicheldrüse wegen einer Entzündung teilweise reseziert wurde, hat im rechten Unterbauch Beschwerden und leidet an dem immer wieder nachlaufenden Aszites, der bereits dreimal abpunktiert worden ist. Der Oberarzt kommentiert die Untersuchung mit: „Ich hab’ so nichts Besonderes gefunden ..., aber die Sicht ist auch nicht ganz einfach, ... aber ich hab’ hier nicht - keinen auffälligen, irgendwie beunruhigenden Befund sehen können.”

Patientin 22 mit einem metastasierenden Bauchspeicheldrüsenkrebs, die an starken Rückenschmerzen leidet und beklagt: „... ich konnte nix essen mehr.”, erhält keinerlei Kommentar.[19]

[19] Eine vollständige Übersicht über diesen Diskurs bieten stichwortartig die Tabellen (Kapitel 5.2.1) mit der Gegenüberstellung: „Patient: Beschwerden/Fragen und Ängste” sowie „untersuchender Arzt: Klärung der Beschwerden und Fragen/Antworten”.

7. Konsequenzen und Perspektiven

Bevor wir uns abschließend den theoretischen und praktischen Konsequenzen aus unserer Untersuchung zuwenden, sei nochmals darauf hingewiesen, daß die Ultraschalluntersuchung kein „deskriptives“, sondern ein „konstruktives Wissensprodukt“ liefert, daß auch sie keine „exakte natürliche Phänomenwelt, sondern die lokalen Rahmenbedingungen des Herstellungsprozesses verkörpert (...), daß sie nicht mit ‘natürlichen’ Objekten operiert, sondern diese in einer spezifischen Weise zurichtet oder ‘rekonfiguriert’” (Lachmund 1997, im Anschluß an Knorr-Cetina 1992). In diesem Sinne gilt auch für die Ultraschalluntersuchung, daß sich mit diesen „Bildern ein ganzes Set von Verhaltensweisen, Einstellungen und epistemologischen Vorentscheidungen dem Objekt gegenüber artikuliert” (Schuller 1995).

Aus diesem ‘Set’ seien die folgenden Aspekte herausgegriffen:

- Das Ultraschallbild als Information für den Patienten
- Das ‘Bild’ und die Abwesenheit des Objekts
- Synthese von Meßdaten
- Objektivität und Sachlichkeit
- Das Wechseln von ‘Bild’- und ‘Wort’- Ebene
- Arzt - Patienten - Kontakt
- ‘Politik des ärztlichen Wissens’
- Sichtbares - ‘Un-Sichtbares’
- Grundsätzliches zum Leib-Verständnis
- ‘Bild’ und ‘Gesicht’ des Patienten

Diese mehr auf Grundsätzliches zielende Betrachtungsweise kann, wie Schuller es formulierte, „die Möglichkeit der Selbstreflexion eröffnen: Gerade weil der medi-

zinische Alltag durch einen starken Entscheidungsdruck ausgezeichnet ist, der kaum Raum läßt für die prägenden Bedingungen der von ihm genutzten Techniken, ist ein Ort der Reflexion notwendig" (Schuller 1995). Die notwendige Reflexion ist der erste Schritt auf dem Wege einer 'Krisenbewältigung'. Dabei möchte ich mich an Lichtenberg halten: „Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser werden wird, wenn es anders wird; aber so viel kann ich sagen, es muß anders werden, wenn es gut werden soll" (Lichtenberg 1992).

7.1 Das Ultraschallbild als Information für den Patienten

Die Ultraschalluntersuchung bietet dem Patienten die Möglichkeit, auf einem Monitor die Bilderfolge mit anzusehen. Eine begleitende Kommentierung wird das eine oder andere Organ auch für ihn 'sichtbar' machen. Dabei muß man sich jedoch darüber im Klaren sein, daß es sich nicht um eine direkte Erklärung handelt, sondern daß diese Information eine zweifache Übersetzung voraussetzt. Grundsätzlich ist schon die Übertragung eines visuellen Bildes in ein Sprach-Bild problematisch: Ein 'birnenförmiges dunkles Loch' (so vielfach der Ausdruck des Laien) wird als 'Gallenblase' bezeichnet. Zusätzlich muß dann auch noch die Übersetzung des 'Fachdiskurses' in den 'Laiendiskurs' stattfinden: Unter Gallenblase verstehen Experten und Laien Verschiedenes. Zu fragen ist also ausdrücklich, ob diese 'Laienkonstruktionen' angesichts eines Ultraschallbildes von Nutzen sind, ob eine solche Bilderfolge nicht ausschließlich in einem Spezialdiskurs sinnvoll ist. Die Abbildung von Cholesterin-Steinen in der Gallenblase bedeutet für den Laien sicherlich in den meisten Fällen viel eher eine Irritation als eine Information. Ohne weitere 'klärende' (das 'dunkle Loch' wird trotzdem nicht 'klarer') Nachfragen der Patienten, in unseren Protokollen sind solche Fragen selten, ist die isolierte Darstellung eines Organs oder gar seiner Teile auch deshalb problematisch, weil eine Zuordnung der Einzelteile zu einem 'organischen Ganzen', der Krankheit zur Heilung (im Sinne von Ganzheit)

schon für den Experten kompliziert ist. (Es wäre interessant, in einer weiteren Studie die Patienten im Anschluß an die Ultraschalluntersuchung nach ‘ihren Bildeindrücken’ zu befragen.) Feiereis schreibt hierzu: „Der diagnostische Weg ist mit der unaufhaltsamen Spezialisierung, somit der Zunahme der diagnostischen Möglichkeiten und der ständig verfeinerten Methodik immer länger geworden. Der Arzt wird dadurch verleitet, einen momentan festgestellten isolierten Befund zu äußern, ohne zu bedenken, daß ihm zwar Zusammenhänge mit einer oder mehreren in Frage kommenden Krankheiten deutlich geworden sein mögen, der unwissende Patient aber entlassen wird mit einem Begriff, der für ich mit einer ihn bedrohenden Krankheit assoziiert wird: Je unklarer er ihm ist und je negativer seine Phantasie angeregt wird, desto mehr besteht die Gefahr aufkommender Angst und Unruhe” (Feiereis 1992). Das Risiko, diese Bilder mit Angst zu besetzen und als Angstbilder zu verinnerlichen, ließe sich meiner Meinung nach zumindest verringern, wenn der untersuchende Arzt dezidiert auf den Ausschnittcharakter der Untersuchung und die Fokussierung sowie auf die methodenadäquate Fragestellung und den diagnostischen Kontext hinwiese. (Patient 9 hätte dann erklärt werden müssen, daß sich das Ösophagus-Carcinom bei dieser Untersuchung nicht darstellt, sondern daß es um den möglichen Nachweis von Metastasen in der Leber oder in den Lymphknoten geht). Der Laie ist allenfalls ansatzweise in der Lage, diagnostische Probleme zu identifizieren, er kann sie aber nicht auf den Kern medizinischen Wissens beziehen. Denkbar ist selbstverständlich auch, daß der sonographierende Arzt sich über das gewöhnliche Maß hinaus die Zeit nimmt und die Geduld aufbringt, die „technisch erzeugten Bilder ‘ins Sprechen zu bringen‘. Das heißt: Ihren diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Wert nicht nur auf den Spezialdiskurs zwischen Fachärzten und Pflegekräften auszutauschen, sondern für die Informationsbedürfnisse der Patienten zu übersetzen. Das heißt weiterhin, das Verhältnis zwischen der Wirklichkeit der Bilder und der sozialen und psychischen Wirklichkeit der Patienten zu erkunden und zu erörtern” (Kaupen-Haas 1995). Programmatisch formuliert dies Feiereis: „Lassen wir uns nicht des Teiles der Sprache

berauben, der mitteilt, der also mit dem Patienten teilen will, der nicht trennt, sondern verbindet, besonders und vor allem in den Momenten existentieller Grenze und Gefahr, nicht weniger aber im Alltag flüchtiger Begegnung" (Feiereis 1992).

7.2 Das Bild und die Abwesenheit des Objekts

Das 'Bild' wird auf Wirkliches bezogen, es ist nicht das Wirkliche, sondern es repräsentiert das Wirkliche, das abwesend ist. In diesem Sinne sagt der Philosoph Lévinas: „Das Bewußtsein der Abwesenheit des Objekts (...) charakterisiert das Bild" (zitiert nach Krewani 1992). Lévinas unterscheidet das „Dingbewußtsein" vom „Bildbewußtsein". Für ihn gilt, daß „der wesentliche Unterschied zwischen Dingbewußtsein und Bildbewußtsein darin besteht, daß im Bild das Sinnliche nicht mehr ausschließlich auf die Sache bezogen ist, sondern die Aufmerksamkeit auf sich selbst, die eigenen Materialität, lenkt. Sofern das Sinnliche als Zeichen auf die Gegenstände bezogen ist, geht es in der Welt auf. Als Bild tritt es aus diesem Bezug heraus und hört auf, zur Welt zu gehören. Es wird zu einem 'Exotischem'." (Krewani 1992) Die Abwesenheit des Objektes bedeutet auch, daß der "Gegenstand" hinter dem Bild nicht mehr 'intakt' bleibt, sondern 'zerfällt', sich auflöst - dies im räumlichen und zeitlichen Sinne. Für Lévinas manifestiert sich im Bild das „Paradox des Augenblicks, daß der Augenblick stehenbleiben kann. (...) Das Was-sein trennt sich vom Daß-sein (...) Die Bilder (...) werden rissig; es wird manifest, daß sie nur eine vordergründige Wirklichkeit widerspiegeln, hinter der die gestaltlose Materie zum Vorschein kommt. (...) Im Bild impliziert sich der Zerfall der Welt" (Krewani 1992).

Unsere Protokolle haben vielfach diese 'Aufmerksamkeit auf sich selbst' (das Ultraschallbild als 'Selbstläufer'), die 'eigene Materialität' (das eigene Bild-Material, aber auch das entsprechende Sprach-Material, mit all den impliziten Ausgrenzungen) aufgezeigt. Diese Bilder treten aus der Welt des Patienten heraus, werden zu etwas „Exotischem", wie Lévinas es nennt. Der Patient bleibt hinter dem Bild nicht mehr

‘intakt’, er ist durch-schaut, er zerfällt räumlich (Fokus, Fragment) und zeitlich (ausblendender Augenblick). Das ‘Bild’ läßt den Patienten verschwinden. Auf diesen ‘Gesichtsverlust’ des Patienten komme ich noch zu sprechen.

7.3 Synthese von Meßdaten

Die Ultraschalluntersuchung läßt sich auch als eine ‘manipulierte Synthese von Meßdaten’ verstehen. Der Prozeß der ‘manipulierten Synthese’ kommt zweifach zum Tragen, zum einen bei der Synthese der physikalischen Daten. „Die Rolle, die der ‘Bildermacher’ selbst beim Prozeß des Bildermachens spielt, ist für sein Produkt weit mehr bestimmend als das Objekt, das abzubilden er sich bemüht. Er ist untrennbar mit seinem Werk verschmolzen. Hier gilt der berühmte Aphorismus McLuhans ‘Das Medium ist die Botschaft’. Es ist nicht nur sein Bild, sondern er ist das Bild.” (Geisler 1993), zum anderen synthetisiert der Diagnostiker ‘sein’ Bild für die Interpretation: „Der Betrachter ist immer an der Konstruktion des Bildes beteiligt. Das von ihm erzeugte Bild ist sein Bild, das gilt ebenso für das ‘Vor-Urteil’, mit dem er an die vermeintliche Reproduktion von ‘Wirklichkeit’ herangeht, wie für das, was er aus dem Bild herausliest, für die Interpretation” (Geisler 1993). Die Interpretation dieser Daten setzt vereinbarte Normen voraus. Alles, was diesen Normen annähernd genügt, gilt als ‘heil’, als gesund. Dies bedeutet eine „Privilegierung der ärztlichen Wahrnehmung gegenüber der fortan als ‘subjektiv’ qualifizierten (nicht selten: disqualifizierten, V.K.) Erfahrungen des Kranken” (Lachmund 1997). Wer definiert diese Vorgaben? Der Normierungsdruck reicht vom Expertenkreis bis hin zum technischen Standart des Ultraschall-Geräts. Meyer-Drawe spricht in diesem Zusammenhang von dem Wissen als „selbstreferentiellen System” und vom „technomorphen Schatten”, vom „Quantum Maschine im Menschen” und von der „Illusion von Autonomie”. Sie verweist auf Merleau-Ponty, der in „Das Auge und der Geist” schreibt: „Das ‘operative’ Denken wird zu einer Art absoluter Konstruktionssucht, wie man es in der kybernetischen

Ideologie sieht, wo die menschliche Schöpfung aus einem natürlichen Informationsprozeß abgeleitet wurde, der jedoch selbst nach dem Modell menschlicher Maschine konzipiert wird. Wenn eine solche Denkweise sich mit den Menschen und der Geschichte befaßt (...) und sich ausdrückt, sie auf Grund einiger abstrakter Indices zu konstruieren, (...) gerät man, weil der Mensch dann tatsächlich zu dem manipulandum wird, das er zu sein glaubt, in ein Kultursystem, wo es kein Richtig und kein Falsch mehr für den Menschen und die Geschichte gibt, in einen Schlaf oder Alptraum, aus dem ihn nichts zu wecken vermag" (Merleau-Ponty 1984). „Richtig" und „falsch" gibt es bei dieser Maß-Gabe nicht mehr. Fortan gibt es die Kategorien 'machbar' und 'noch nicht machbar'. Jedes bildgebende Verfahren in der Medizin „richtet die qualitative Welt so ein, daß sie meßbar wird. (...) Die Meßbarkeit hat es ganz zentral mit Gleichheit zu tun hat, genauer mit Gleichmachen" (Waldenfels 1985). Das bildgebende Verfahren vergleicht Krankheitsbefunde und übersieht daher die individuelle Krankengeschichte. Der untersuchende Arzt kann aber nur dem jeweiligen Krankheitsgeschehen gerecht werden, wenn er durch genaue Anamnesen der Patienten den jeweils individuellen und sozialen Kontext mit berücksichtigt. Eine enge Kooperation des untersuchenden Arztes mit dem behandelnden Arzt ist daher notwendig.

Das 'manipulandum' reicht in unserem Zusammenhang vom Spiel mit den Innovationen der Technik bis zu 'Fokussierung' des seltenen Befundes. „Bilder sehen heißt immer ergänzen, deuten, umdeuten, es ist ein individueller und subjektiver Akt und keine verläßliche 'objektive' Leistung. Bilder sind vom Diagnostiker gezeichnete Landkarten, aber sind sie auch das Territorium?"(Geisler 1993). Pörksen spricht in diesem Zusammenhang von der „Autodynamik der Bilder", von der „Bildverführung des Denkens".

„Offenbar existieren auch vollständige optische 'Sätze', Sequenzen, deren Glieder durch Wiederholung fest verbunden sind zu 'optischen Solidaritäten' und eine geschlossene Aussage darstellen" (Pörksen 1997). Zweifellos gibt es auch eine profitorientierte Abhängigkeit von Angebot und Nachfrage seitens des Arztes und des

Patienten, die „Bilder der Überlieferung und des Marktes" (Pörksen 1997). Über diese Bedingungen ärztlichen Wissens könnte aber nur eine selbstkritische Beurteilung des Untersuchers selbst Ausschluß geben.

7.4 Objektivität und Sachlichkeit

Über Objektivität und Sachlichkeit, als über die gemeinhin benutzte „Grundstruktur sicherer Erkenntnis" schreibt Meyer-Drawe: „Hier der unbeteiligte, nicht verwickelte Zuschauer - dort die Welt als Gegenstand der Erkenntnis, das große Objekt (Merleau-Ponty 1984), das sich nicht mehr entgegenwirft, woran das lateinische Wort noch eine leise Erinnerung wahrt, sondern das lediglich gegenübersteht. Daß dabei auch Maschinen im Spiel waren, wird mitunter weniger deutlich." Und ergänzend wird hinzugefügt, daß die „maschinale Struktur neuzeitlichen Wissens (...) dem analytischen Gebot der Sichtbarkeit folgt: Alles, was in seinen Funktionen durchschaubar ist, ist erkannt" (Meyer-Drawe 1996). Pörksen zufolge „entzaubern visuelle Bilder nicht nur, sie verzaubern auch. Sie schaffen das grundsätzliche Vertrauen in die wissenschaftlich durchschaute Welt" (Pörksen 1997). Merleau-Ponty schreibt: „Alles, was ich sehe, ist prinzipiell in meiner Reichweite, zumindest in der Reichweite meines Blickes, es ist vermerkt auf der Karte des 'ich kann'." (Merleau-Ponty 1984)

Eben dies trifft auch für die Ultraschalluntersuchung zu. Die Zuschauer-Position (im funktionalen, kommoden Sessel) erlaubt zusammen mit der gebotenen und notwendigen Distanz (Gleitgel, Schallkopf, Bildwandler, Bildschirm) eine 'Objektivität', die sich auch als 'Sachlichkeit' versteht und die wegen der 'Handlichkeit' zu Korrekturen veranlassen kann. Im Verlauf dieser Untersuchung wurde dieses Problem mehrfach angesprochen, es ist für Arzt und Patient gleichermaßen folgenschwer. Meyer-Drawe bringt es auf den Punkt: „Hand-werk und Kopf-werk nähern sich sub specie machinae an. Von der Technik, sichere Erkenntnis zu erlangen, zur Erklärung des Erkennens als Technik führt ein kurzer Weg" (Meyer-Drawe 1996).

Regan spricht in diesem Zusammenhang bereits 1960 von der „Mechanisierung der Diagnostik", vom „Diagnose-Ingenieur" und von der „maschinellen Durchsicht". Der Patient sieht im Arzt den „Gesundheitsmonteur", von dem er erwartet, daß der 'Schaden lokalisiert' ('Unvollkommenheit der Mechanik wie eine quietschende Bremse') und behoben wird. Der „perfekte Patient stimmt dann auch eher einer Operation, als einem Eingriff in seine Lebensgeschichte zu." (Regan 1960) Der Ausschnittcharakter des Bildes (Fokus, Ausblendung, Vergrößerung) suggeriert geradezu die Lokalisation eines Schadens. Dies könnte zumindest dadurch begrenzt werden, daß der Untersucher immer wieder auf den 'Teil-Aspekt' der Bildgabe hinweist. „Der bildgebenden Diagnostik geht es darum, Bilder willkürlich herausgeblendeter Anteile des Menschen anzufertigen, ein Prozeß, der einer ganzheitlichen Erfassung seines Gegenstandes entgegengerichtet ist. Wie repräsentativ sind die 'Teilansichten', wieviel Wahrheit enthalten sie, und wie weit darf die Reduktion gehen, damit solche Bilder überhaupt noch in einem lebendigen Zusammenhang mit ihrem 'Spender' stehen?" (Geisler 1993)

7.5 Das Wechseln zwischen 'Bild'- und 'Wort'- Ebene

Das Changieren von 'Bild'- und 'Wort'- Ebene während der Ultraschalluntersuchung bedarf zweifellos einer andauernden kritischen Selbstkontrolle, denn auf beiden Ebenen kann der Patient dem Arzt kaum folgen. „Während traditionelle Diagnoseverfahren auf einem Interpretationswissen beruhten, das direkt aus der Praxis hervorging und in enger Beziehung zu den Sichtweisen des Kranken stand, setzt die Genese der körperlichen Untersuchungstechniken in einem bislang einmaligen Ausmaß die Mobilisierung wissenschaftlicher Ressourcen zum Zwecke der Diagnostik voraus" (Lachmund 1997). Gerade weil der Patient mit einem Großteil der Bilder 'nichts anfangen kann', wird er seine Aufmerksamkeit den Worten und Gesten zuwenden. Eine stockende Redeform oder eine Suchbewegung mit dem Schallkopf wird eher mit einem kritischen Befund als mit der schwierigen technischen Bewältigung der Bildgabe, das Schweigen eher mit

dem Verschweigen eines Befundes als mit dem konzentrierten Suchen verbunden. Daher ist es sicherlich besser, eine solche Untersuchungsphase mit der Bemerkung: ‘Ich erkläre gleich, was hier vorliegt’ o.ä. zu entlasten und dann auch sprachlich konzentriert zu kommentieren. Die notwendige Konzentration für die Darstellung manchen Befundes ist auch für versierte Experten zu groß, um das Geschehen adäquat parallel kommentieren zu können. Die ‘real-time’ - Situation erweist sich diesbezüglich als sehr komplex (auch hier könnten Interviews der Patienten nach der Untersuchung wichtige Informationen liefern).

7.6 Arzt - Patient - Kontakt

Der Arzt - Patienten - Kontakt ist bei der Ultraschalluntersuchung im Vergleich zu sonstigen Kontakten bei Arztbesuchen, Untersuchungen oder Visiten relativ lang. Auch wenn über weite Strecken der ‘Kontakt’ (lat. von tangere, berühren) durch die Gleitschicht des aufgetragenen Gels sowie durch die Verwendung eines Schallkopfes technisch modifiziert wird, liegt eine ‘Berührung’ vor. Diese könnte Möglichkeiten einer speziellen Kommunikation eröffnen, wenn der untersuchende Arzt den Patienten besser kennte. Ideal ist es sicher, wenn der behandelnde Arzt selbst die Ultraschalluntersuchung vornimmt. Aber auch schon die Anwesenheit des Stationsarztes würde die Situation erleichtern und die Zuordnung in ein diagnostisches und therapeutisches Gesamtkonzept vereinfachen sowie zum Verständnis des behandelnden Arztes für die oft ‘komplexen Daten’ beitragen. In nicht wenigen Fällen erweist sich die ‘Unvoreingenommenheit’ des Ultraschalluntersuchers als folgenschwer, weil sich der schwerkranke Patient durch die Bagatellisierung seines Ultraschallbefundes nicht ernst genommen fühlt. Vermutlich ist es neben dem Postulat der ‘Unvoreingenommenheit’ des Ultraschall-Konsils gerade die Unkenntnis über den ‘Kontext’, die den sonographierenden Arzt so bereitwillig die Position einer Auftragserledigung („Ich soll mal ihren Bauch angucken”) einnehmen läßt. Das Ergebnis ist dann ein ‘objektiver

Befund' mittels einiger Organ-Bilder. Diese Bilder werden dann anstelle des Patienten zur Fallbesprechung weitergereicht. Neben der 'Bildkritik' muß es also auch eine 'Bildgebrauchskritik' geben. Pörksen hat darauf hingewiesen: „Das visualisierte Ding hat einen Henkel", es ist eine „operable" und „handliche Größe" (Pörksen 1997). Der Patient fungiert gelegentlich nur noch als Transporteur seiner 'Bilder'. Zur Bild- und Bildgebrauchskritik gehört auch der Hinweis auf die „fragmentierende Momenthaftigkeit." (Schuller 1995) Der 'Bildausschnitt' blendet methodisch die Krankengeschichte und den leiblichen Kontext aus. Auf diese Weise kann Krankheit allenfalls als 'biologische Abweichung', aber nicht als 'soziale Antwort' beurteilt werden. Auch diese 'Abstraktion' (im Sinne von: absehen von, übersehen) ist systemimmanent. „Bilder können abstrakter sein als die Abstrakte der Sprache, sie bringen unter Umständen ein noch höheres Maß an abgehobener, menschenleerer Objektivität zustande" (Pörksen 1997).

7.7 'Politik des ärztlichen Wissens'

Einer kritischen Bewertung bedarf wohl auch die 'Politik diagnostischen Wissens'. Ich meine hier nicht nur die eingangs erwähnte 'große Macht-Politik', wie sie von Foucault untersucht wurde: „Das Prinzip der Macht liegt weniger in einer Person als vielmehr in einer konzentrierten Anordnung von Körpern, Oberflächen, Lichtern und Blicken; in einer Apparatur, deren innere Mechanismen das Verhältnis herstellen, in welchem die Individuen gefangen sind. (...) Die Zeremonien, Rituale und Stigmen, in denen die Übermacht des Souveräns zum Ausdruck kommt, erweisen sich als ungeeignet und überflüssig, wenn es eine Maschinerie gibt, welche die Asymmetrie, das Gefälle, den Unterschied sicherstellt" (Foucault 1977). Hier soll es um die 'kleine Politik' des Mitteilens oder Verschweigens von Befunden gehen, über die Strategie der Weitergabe oder Codierung von Informationen. Der Eindruck einer Willkürlichkeit dieser 'Politik' mag trügen. Gewiß kann es auch zu den Tugenden eines Arztes gehören, den Patienten

nicht mit dem ganzen Ausmaß einer Erkrankung zu ‘konfrontieren’. Das könnte aber auch so geschehen, daß die aufklärende Information gänzlich dem betreuenden Arzt überlassen wird. Die Gewichtung von Befunden (sowohl die Bagatellisierung von häufigen Befunden: „ein bißchen verkalkt”, als auch die Exponierung von Befunden, die den Experten reizen) ist nicht immer leicht. „Das täuschende Bild kommt auf die einfachste Weise durch eine Begrenzung des Blickfeldes zustande” (Pörksen 1997). Die Auskunft ‘Ich kann nichts Besonderes sehen’ ist allerdings für den Patienten doppeldeutig, denn er vermutet, daß es bei besserem Können doch etwas zu sehen gäbe. So bleiben für ihn die ‘dunklen’ oder ‘weißen Flecken’ bestehen.

7.8 Sichtbares und Unsichtbares

Die Ansichten bei den bildgebenden Verfahren zielen auf diagnostisches Wissen. (Auf den ‘Zirkel’ von Suchen und Wissen soll nicht eingegangen werden.) Auch die Ultraschalluntersuchung läßt sich dabei vom gezielten Suchen, aber auch von der Intuition, vom Fixieren wie von der schweifenden Neugier leiten. All dies ist zweifellos notwendig und legitim. Die Klärung kann durch gute oder schlechte ‘Sichtverhältnisse’ getrübt werden. Idealiter ist der Patient ‘durchsichtig’. „Der Blick durch die Haut negiert diese als Grenze, ohne alles in eines fließen zu lassen. Es bildet sich eine autonome Sphäre des Übergangs, der den Menschen in einer Täuschung befangen hält, alles zu verstehen, indem er es im wahrsten Sinne des Wortes durchschaut” (Meyer-Drawe 1996).

Diese Durchsichtigkeit des menschlichen Körpers hat gewiß die medizinischen Fortschritte beschleunigt, sie zeitigt aber auch, wie Meyer-Drawe in ihrem Buch „Menschen im Spiegel ihrer Maschinen” eindrücklich nachweist, zwei folgenschwere Entwicklungen. In Jeggles Anmerkungen zu Metaphorik des Gläsernen fungiert das „Gläserne” als „Zwischenreich, das an das Totenreich grenzt, vom (gläsernen Berg) holt man das Wasser des Lebens (...), auf ihm wird Unmögliches möglich. Der gläserne Sarg

ist die Metapher für den Scheintod, Schneewittchen liegt in ihm zwischen Tod und Leben" (Jeggle 1990).

In meinem Kontext ist metaphorisch weiter zu fragen, ob die Medizin über den „gläsernen Menschen" nicht letztendlich einen 'Scheingesunden' schafft, der im Zwischenreich zwischen Gesundheit und Krankheit anzusiedeln ist.

Ein zweites Moment ist ebenfalls folgenreich: Bedeutet die „Faszination von einer grenzenlosen Sichtbarkeit" nicht gleichzeitig die Kapitulation vor dem Schwerdurchschaubaren, vor der „Schlacke des Unberechenbaren"? (Meyer-Drawe 1996). „Was nicht öffentlich diskutiert wird", schreibt Meyer-Drawe, „ist, daß mit dem Anwachsen der Sichtbarkeit das Rätsel der Unsichtbarkeit wächst, denn man wird in dem digitalisierten Körper nicht entdecken, wie der Mensch eine bedeutungshafte Welt gewinnt. Der sichtbare Raum wird dicht. Er hinterläßt keine Leere, in der eine cartesische Zirbeldrüse als Hüterin des Sinns fungieren könnte." Dieses Unsichtbare (auch Sinn genannt) ist inzwischen bis hin auf die atomare Ebene 'durchleuchtet'.

Auf all die Konsequenzen für eine Umorientierung der Medizin kann hier nicht eingegangen werden. Es seien nur zwei Blickrichtungen genannt. Gadamer schreibt in „Über die Verborgenheit der Gesundheit": „Krankheit ist primär nicht jeder feststellbare Befund, den die medizinische Wissenschaft als Krankheit deklariert, sondern ist eine Erfahrung des Leidenden, mit der er, wie mit jeder anderen Störung, fertig zu werden versucht" (Gadamer 1993).[20] Und bei Merleau-Ponty liest man: „Der Sinn ist unsichtbar, doch das Unsichtbare ist nicht das Gegenteil des Sichtbaren: das Sichtbare selbst hat eine Gliederung aus Unsichtbarem, und das Un-sichtbare ist das geheime Gegenstück zum Sichtbaren" (Merleau-Ponty 1986).

[20] Im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch wird in diesem Sinne differenziert zwischen 'disease', 'illness' und 'sickness'.

7.9 Grundsätzliches zum ‘Leib’- Verständnis

Für die Ultraschalluntersuchung gilt, wie auch für die übrigen bildgebenden Verfahren in der Medizin, daß die ‘Nähe des Bildes’ (gesetzmäßig) mit dem ‘Verlust des realen Objektes’, zumindest mit einem Bedeutungsschwund der körperlichen Präsenz des Objekts einhergeht. Meyer-Drawe macht auf diese „Marginalisierung” und „wissenschaftliche Bagatellisierung unserer Leiblichkeit” aufmerksam und weist dies auch in der Medizin (also nicht nur im Kontext der abendländischen Philosophie und christlichen Theologie) als systemimmanente „Diskriminierung unserer Leiblichkeit” nach (Meyer-Drawe 1997). Um die ganze Tragweite dieser Aussagen auch für die Ultraschalluntersuchung aufzeigen zu können, müssen einige Anmerkungen zum (in der Medizin teilweise ungenügend reflektierten) ‘Leib’- Verständnis eingefügt werden; geht es bei der Aussage von Meyer-Drawe doch nicht darum, vorschnelle ‘Objektivationen’ zu vermeiden oder Einseitigkeiten im überkommenen Dualismus von Geist/Seele und Körper zu umgehen, sondern um einen radikalen Neuansatz. [21] Der Leib ist nicht die Summe aus einem chemischen Geflecht von Geweben und einem Wahrnehmungsleib. Im Anschluß an Husserl und Merleau-Ponty ist der „Leib unser allgemeines Medium einer Welthabe”. „Das leibliche Da bedeutet eine Vorgegebenheit von Welt, Selbst und Anderen (Unterstreichungen V.K.), hinter die wir nicht zurückkönnen, und fernerhin ist diese Vorgegebenheit kein bloßes factum brutum, gegen das unsere Sinnentwürfe anrennen, vielmehr heben die Prozesse der Sinnbildung selber an mit einer leiblichen Spontaneität und schlagen sich nieder in leiblichen Gewohnheiten” (Waldenfels 1980). Erst eine solche Bestimmung von Leiblichkeit - in ihrer doppelten Offenheit für die Welt und für das Andere oder den Anderen - ermöglicht eine Überwindung des folgenschweren Geist/Seele - Körper - Dualismus. „Dem Dualismus von Geist bzw.

[21] Vgl. hierzu Uexküll 1991

Seele und Körper, der auch noch in der jüngst so emphatisch vertretenen Zweiheit von Leibgespür und Körpervorstellung fortdauert, wird nicht ein undifferenzierter und unsäglicher Monismus des Lebens entgegengesetzt, sondern eine eigentümliche Selbstverdoppelung, Selbstverschiebung, Selbstspiegelung des Leibes, die für die Seinsweise eines leiblichen Selbst charakteristisch ist. Der Leib, der wir sind, widersetzt sich in der Tat der Eingemeindung in eine durchgängige Sinn-, Regel- oder Kausalsphäre. Der Leib ist mehr und anderes als ein verständliches oder erklärbares Etwas" (Waldenfels 1999). Für den Leib gibt es also eine mehrfache Verflechtung, einen mehrfachen Chiasmus, zum einen zur Welt und dann auch zum Anderen/Fremden hin. Den menschlichen Leib gibt es nur als „Leib - Körper", als „Niemandsland" oder als „Umschlagplatz" (Waldenfels 1999) zum einen in der Verschränkung von „Leib als Körper" (Gegenstand der Betrachtung und Behandlung) und „Körper als Leib" (unmittelbares Erleben und Miterleben), zweitens als 'Eigenleib'- und 'Fremdleib' (der Leib des Anderen, der an mich grenzt) und drittens als 'Eigen' - und 'Fremd'-Erfahrung im eigenen Leib.

Für die Wertung der bildgebenden Verfahren in der Medizin bedeutet dies, daß diese Verflechtungen und Verschränkungen in allen drei Richtungen weitgehend ignoriert werden: Das Bild spiegelt ausschließlich den Körper im Leib wider, die 'Beziehung' während der Bildgabe gilt dem Leib/Körper des Anderen (vom Arzt aus dem Patienten als dem Fremden) und dann wird durch den 'Fokus' auch das 'Fremde' aus dem Leib des Kranken herausgeschnitten. Ich habe diese Vorgänge mit der Reduktion des Krankheitsbefundes auf Meßdaten, der Aufhebung des 'Kontaktes' (bei der Ultraschalluntersuchung weniger deutlich als bei der Computertomographie - 'in der Röhre') und der 'Fremdzuweisung' der Erkrankung (bis hin zu dem Ansinnen, dieses 'fremde Kranke' durch einen Fremden eliminieren zu lassen) ausführlich beschrieben. Von der Ausgrenzung des 'Fremden im eigenen Leib' (des 'Kranken' im Patienten) profitiert die Medizin auf zweifache Weise: Zum einen von der Enteignung des Fremden/Kranken durch Fokussierung und Partikularisierung (Diagnostik) , zum

anderen von der ‘Fremdzuweisung’ (Therapie). Gerade die Auseinandersetzung mit dem „Fremdkörper“, der unser Leib auch ist, liefert notwendige „Ansatzpunkte für medizinische Eingriffe (...), die nicht gänzlich von außen kommen” (Waldenfels 1999).

7.10 Das ‘Bild’ und das ‘Gesicht’ des Patienten

Die soeben beschriebene Verschränkung von Welt, Selbst und Anderen ist kein Resultat, sondern ein Prozeß, der einen ständigen Austausch einschließt. „Die Austauschpartner leben weder in einer gemeinsamen Welt” (das würde nämlich das Andere/den Anderen ausgrenzen) „noch in getrennten Welten” (das würde die gemeinsame Welt ignorieren), „sondern eben in einer Zwischenwelt” (Waldenfels 1997). Dies hat auch für meine Überlegungen Konsequenzen, denn auch das ‘Bild’, das sich der Arzt vom Patienten macht, das ‘Bild’, das sich der Patient von sich oder seiner Krankheit macht, all dies sind ‘Bilder’ in dieser verschränkten Zwischenwelt. „Ich bin niemals so sehr bei mir, daß mir der Andere völlig fremd wäre. Der Leib ist das vinculum (Band, Fessel, V.K.) zur Welt wie zur Mitwelt. Die Kehrseite dieser mundanen und sozialen Vertrautheit ist freilich eine Verwundbarkeit. (...) Die Sphäre der Leiblichkeit ist keine präreflexive Idylle, eher ein Kredit, den wir im persönlichen Verhalten erst noch einzulösen haben” (Waldenfels 1980). Waldenfels zitiert in diesem Zusammenhang den japanischen Psychiater B. Kimura: „Wer ich bin und wer du bist, was ich wert bin und was du wert bist, darüber entscheidet das jeweilige Zwischen eines jeden Partners” (Waldenfels 1997).

Radikal formuliert ist dies für unseren Kontext die Frage nach dem Verhältnis von ‘Bild’ und ‘Gesicht’ beim Menschen, in unserem Falle beim Patienten und beim Arzt

Wenn wir in diesem Zusammenhang nochmals auf den Philosophen Lévinas zurückgreifen, so vor allem, weil er in seinen Reflexionen über die „visage” (im Frühwerk noch mit „Antlitz“, später mit „Gesicht“ übersetzt) bis in ethische Dimensionen - auch für die Medizin - vorstößt. (Zweierlei sei angemerkt: Zum einen

kann ich hier nur einen ganz kleinen Ausschnitt aus dem umfangreichen Werk von Lévinas darstellen; zum anderen gilt es zu berücksichtigen, daß bei Lévinas die jüdische Tradition des ‘Bilderverbots’ die Aussagen zuspitzt; dadurch tritt seine Position besonders pointiert zutage.) „Visage” ist für Lévinas die Verdichtung von Leiblichkeit und Sinnlichkeit, eine Konkretion von Transzendenz (auch im Sinne des oben beschriebenen ‘Zwischen’.) Zu „Bild” und „Antlitz“ / „Gesicht” schreibt Lévinas: Gewöhnlich kommunizieren wir miteinander, indem „der Nächste sich in seinem Bild enthüllt und ausliefert; aber gerade in seinem Bild ist er nicht mehr nah; schon erlaubt er mir so eine Zurückhaltung, Distanzierungen, bleibt er kommensurabel, im Maßstab meines Vermögens und meiner Gegenwart, in der ich ‘imstande bin zu...’: fähig aufgrund meiner Identität, von allem zu berichten. Der Kontakt ist unterbrochen. Sobald mir der Andere als Seiender in seiner Plastizität als Bild erscheint, bin ich in Beziehung mit dem, der sich vervielfältigen läßt und der trotz der unendlich vielen Reproduktionen, die ich von ihm verfertige, intakt bleibt („intakt”: im Sinne von unangetastet, unberührt, unerreicht, V.K.); ich kann ihn mit Worten abspeisen, die diesen Bildern angemessen sind, ohne mich in einem Sagen auszuliefern” (Lévinas 1992). Die für meine Überlegungen wichtigen Stichworte zum ‘Bild’ (Ultraschallbild) heißen: Distanz, kommensurabel (meßbar, V.K.), Maßstab meines Vermögens, Kontaktunterbrechung, vervielfältigen, Reproduktion, verfertigen, „intakt”, abspeisen mit Worten - ohne mich einem Sagen auszuliefern.

Im Gegensatz dazu schreibt Lévinas über das „Gesicht”: „Das Gesicht ist gerade das Ausbleiben der Phänomenalität. Nicht weil es für das Erscheinen zu roh oder zu heftig wäre, sondern weil es in einem bestimmten Sinne zu schwach ist, Nicht-Phänomen, weil ‘weniger’ als das Phänomen. Die Enthüllung des Gesichts ist Nacktheit - Unform - Selbstaufgabe, Altern, Sterben; nackter als die Nacktheit: Armut, runzelige Haut; runzelige Haut: Spur ihrer selbst.” (Lévinas 1993) „Das Antlitz, eben noch Ding unter Dingen, durchstößt die Form (in diesem Kontext: das ‘Bild’, V.K.), von der es gleichwohl eingegrenzt wird. Das bedeutet konkret: Das Antlitz spricht mit mir und

fordert mich dadurch zu einer Beziehung auf, die kein gemeinsames Maß hat mit einem Vermögen, das ausgeübt wird, sei dies Vermögen nun Genuß oder Erkenntnis" (Lévinas 1987). „Die Nacktheit des Antlitzes ist nicht etwas, das sich mir hergibt, weil ich es enthülle, etwas, das sich daher mir, meinem Vermögen, meinen Augen, meinen Wahrnehmungen in einem äußeren Licht darbieten würde. Das Antlitz hat sich mir zugewendet, und eben dies ist nichts anderes als seine Nacktheit. Es *ist* durch sich selbst und keineswegs durch den Bezug auf ein System" (Lévinas 1987). Der vorliegenden Untersuchung zufolge muß vielfältig bestätigt werden, was Kaupen-Haas in ihrer Arbeit „Zur Soziologie der körperlichen Präsenz und der Arzt-Patient-Kommunikation in der Humanmedizin. Neue bildgebende Verfahren in der Klinik" feststellt, nämlich, „daß mit der Verfeinerung von Bildtechniken und der Erschließung von Sichtbarkeiten im Detail zugleich die Ansichten vom Menschen verschwinden. Diesem bildtechnisch (mit)motivierten Verschwinden der Ansichten vom Menschen korrespondiert der soziologisch relevante Umstand, daß die Bilder von jedem Zeichen der sozialen Umwelt 'gereinigt' sind" (Kaupen-Haas 1995). Das Ultraschallbild läßt als 'Bild' das „Antlitz" / „Gesicht" des Patienten verschwinden. Es geht hier primär nicht um moralische Appelle an den Arzt, sondern um das 'systemimmanente' Aus- oder Über-blenden des „Gesichtes". Lévinas nennt das pädagogische Verhältnis ein 'rhetorisches'. Ich erlaube mir, dies auf das Arzt-Patient-Verhältnis zu übertragen: Diese Rede ist „Rhetorik, Rede aus der Position dessen, der seinen Nächsten überlistet. Sie spricht den Anderen nicht von Angesicht zu Angesicht an, sondern von der Seite" (Lévinas 1987). Die Ansicht des Menschen als 'Bild' ist bestenfalls ein 'Seitenblick', häufig ein 'Über-blick', ein 'Übersehen'.

„Sich als Antlitz manifestieren heißt, sich jenseits der manifestierten und bloß phänomenologischen Form durchsetzen, heißt, sich in einer Weise präsentieren, die nicht auf die Manifestation zurückgeführt werden kann, heißt, sich in der eigentlichen Geradheit des Von-Angesicht-zu-Angesicht ohne Vermittlung irgendeines Bildes in

seiner Nacktheit, d.h. in seiner Not und in seinem Hunger, präsentieren.” (Lévinas 1987)

8. Zusammenfassung

Das Arzt-Patient-Verhältnis ist im Schnittsegment von ‘Wissenschafts’- und ‘Alltags’-Welt anzusiedeln. Das Medium Bild gewinnt in beiden Welten zunehmend an Bedeutung. Diese medizin-soziologische Untersuchung gilt dem Einfluß der Bildgabe auf die Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen der Ultraschalluntersuchung.

Ich führte eine quantitative und qualitative Analyse der ‘teilnehmenden Beobachtung’ in der Sonographie-Abteilung eines Großkrankenhauses in Hamburg durch.

Eine knappe Konversations- und Diskursanalyse der 30 (im Anhang wiedergegebenen) Protokolle galt in formaler Hinsicht den soziodemographischen und medizinischen Daten über Ärzte, Patienten und dem Krankenhaus sowie dem äußeren Rahmen des Kommunikationsablaufs und der Initiativenverteilung. Inhaltlich beschäftigte mich der Gesprächsaufbau, der wiederkehrende sequentielle Strukturen zeigte, und die Informationsflüsse zwischen überweisendem Arzt, untersuchendem Arzt und Patienten.

Schwerpunktmäßig wurde die Ultraschalluntersuchung dann einer kommunikationstheoretischen Diskussion unter folgenden Aspekten ausgesetzt:

- ‘Produktion’ des Bildes und damit auch „Fabrikation von Erkenntnis” (Knorr-Cetina 1991),
-’Sehen’ eines Ultraschallbildes ,
- Diskurse im Umfeld dieser Untersuchung.

Dabei zeigte sich, daß die Arzt - Patient - Kommunikation im Rahmen der Ultraschall-untersuchung in einem ausgeprägten Maße durch das Medium ‘Bild’ mitbestimmt, häufig determiniert wird. Die ‘bildliche Repräsentanz’ ‘überblendet’ die ‘leibliche Repräsentanz’, teilweise wird der Patient völlig ‘ausgeblendet’.

Dies lies sich anhand der Protokollanalysen als ‘systemimmanent’ nachweisen.

Voraussetzung für eine ‘Krisenbewältigung’ ist eine kritische Reflexion über die Fokussierung und Fragmentierung des Patienten durch bildgebende Verfahren, über die Verteilung des Diskurses auf ‘Bild’ und ‘Sprach’- Ebene, vor allem aber über das

Verhältnis von ‘Bild’ und ‘Leib’. Über die Sinnhaftigkeit der bildgebenden Verfahren entscheidet letztlich, ob und in welchem Maße das „Gesicht” / „Antlitz” (Lévinas 1992) und nicht das ‘Bild’ des Patienten das Arzt - Patient - Verhältnis bestimmen.

9. Literaturverzeichnis

Ammann, B. und Ammann, K. (1989) *Der Begriff der Wissenschaft in der Bewährung,* in Saladin, P., Schaufelberger, H.J., Schlappi, P. (Hrsg.)*'Medizin' für die Medizin-Festschrift für Hannes G. Pauli*, Basel, Frankfurt a.M., S. 375 ff.

Beer, M. (1992) *Der Mensch: Technik und Körper - Überlegungen zu einer Anthropologie der Technik,* in: MMG 17 , Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, S. 14-24

Bliesener, T. (1980) *Erzählen, unerwünscht.-Erzählversuche von Patienten in der Visite,* in Ehlich, K. (Hrsg) *Erzählen im Alltag*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S.143 f.

Bühler, K. (1934) *Sprachtheorie*, Jena, S. 135

Buscham, H. (1997) *Beobachtungen zur Arzt-Patient-Kommunikation bei Ultraschalluntersuchungen,* Med. Dissertation, Universität Hamburg

Carnap, R. (1942) *Introduction to Semantics*, Cambridge

Edwards, D., Potter, J. (1992) *Discursive Psychology*, London, Sage, S.16

Ehlich, K., Switalla, M. (1976) *Transkriptionssysteme*, in Studium Linguistik, S.78-105

Feiereis, H. (1992) *Der schmerzende Dialog oder Vom heilosen Sprechen*, in *3 heiße Eisen*, Hans Marseille-Verlag, München, S.11 f., 36, 112

Fleck, L. (1980) *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache,* Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 3 ff.

Fleck, L.(1983) *Erfahrung und Tatsache,* Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 37 - 44, 147 - 173

Flick, U.(1996) *Qualitative Forschung,* Rowohlt, 2. Aufl., Hamburg, S. 157, 221 ff.

Flusser, V. (1995) *Lob der Oberflächlichkeit. Für eine Phänomenologie der Medien*, Bollmann, 2.Aufl., Mannheim, S. 137 f.

Foucault, M. (1976) *Geburt der Klinik, Eine Archäologie des ärztlichen Blickes,* Ullstein Materialien, Frankfurt a.M., Berlin, Wien

Foucault, M. (1977) *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses,* Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 259 f.

Frentzel-Beyme, B. (1994) *Als die Bilder laufen lernten oder Die Geschichte der Ultraschalldiagnostik*, Ultraschall Klin. Prax. 8: S. 265-275

Fresco, N., Silvestre, D. (1982) *The medical child - Comments on prenatal diagnosis,* J. Psychsom. Obstet. Gyn.1, S. 3 - 8

Gadamer, H.-G. (1993) *Über die Verborgenheit der Gesundheit,* Suhrkamp 1. Aufl., Frankfurt a.M., S. 7, 77, 128 ff.

Geisler, L. S. (1993) *Blind durch eine Flut von Bildern,* in Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr 92, Natur und Technik, 21.04.1993

Gombrich, H.E. (1984) *Bild und Auge*, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 138 f., 144, 240 ff., 283 f.

Jeggle, U. (1990) *Glück und Glas. Anmerkungen eines Volkskundlers zur Metaphorik des Gläsernen,* in Beier, Roth (Hrsg.) *Der gläserne Mensch - eine Sensation. Zur Kulturgeschichte eines Ausstellungsobjekts*, Berlin, S.126

Kaupen-Haas, H., Mischo-Kelling, M., Reiter, G. (1993) *Arzt-Patient-Kommunikation "Revisited"*, in Löning P., Rehbein, J. (Hrsg) *Arzt-Patient-Kommunikation,* de Gruyter, Berlin, New York, S.149-176

Kaupen-Haas, H. (1995) *Zur Soziologie der körperlichen Präsens und der Arzt-Patient-Kommunikation in der Humanmedizin. Neue bildgebende Verfahren in der Klinik,* Vortrag anläßlich des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Dresden, S. 4

Knorr-Cetina, K. (1990) *Zur Doppelkonstruktion sozialer Realität: Der konstruktivistische Ansatz und seine Konsequenzen,* ÖZS, 15. Jahrgang, Heft 3, S. 6 ff.

Knorr-Cetina, K (1991) *Fabrikation von Erkenntnissen*. *Zur Anthropologie der Naturwissenschaft*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 281 ff.

Knorr-Cetina, K., Cicourel, A.V (1981) *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro-and macro-sociologies,* Boston, London, Henley

Krämer, S. (Hrsg.) (1998) *Medien, Computer, Realität - Wirklichkeitsvorstellungen und Neue Medien*, Suhrkamp, Frankfurt a. M., S. 11 ff

Krewani, W.N. (1992) *Emmanuel Lévinas. Denker des Anderen*, Albert, Freiburg, München, S.87 ff.

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: S. 7-9

Lévinas, E. (1987) *Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität*, Albert, Freiburg, München, S.95, 102, 283 ff

Lévinas, E. (1992) *Jenseits des Seins oder anders als Sein geschieht*, Albert, Freiburg, München, S.199

Lichtenberg, G.C. (1992) *Schriften und Briefe*, Insel Taschenbuch, 1. Bd, Frankfurt a.M., S.534

Löning, P. (1985) *Das Arzt-Patienten-Gespräch*, Peter Lang Verlag, in *Arbeiten zur Sprachanalyse*, Bd. 3, Bern, Frankfurt a. M., New York

Lüders, C. (1995) *Von der teilnehmenden Beobachtung zur ethnographischen Beschreibung. Ein Literaturbericht*, in König, E., Zedler, P. *Bilanz qualitativer Forschung*, Bd.2: *Methoden*, Deutscher Studien Verlag, Weinheim

Luhmann, N. (1990) *Der medizinische Code*, in *Soziologische Aufklärung*, Opladen: Westdt. Verlag, Bd.5, S.187

Mattenklott, G. (1982) *Das gefräßige Auge*, in Kamper, D., Wulf, C. *Die Wiederkehr des Körpers*, Suhrkamp, Frankfurt a. M., S. 224 ff

McLuhan, M.(1964) *Understanding Media: The Extension of Man*, New York

Merleau-Ponty, M. (1984) *Das Auge und der Geist*, Felix Meiner Verlag, Hamburg, S.13-43

Merleau-Ponty, M. (1986) *Das Sichtbare und das Unsichtbare - gefolgt von Arbeitsnotitzen*, Fink, München, S.275

Meyer-Drawe, K. (1996) *Menschen im Spiegel ihrer Maschinen*, Fink, München, S. 33, 117 f., 122 ff., 140 f.

Mittelstrass, J. (1997) *Der Chirurg als moderner Demiurg*, in Neue Zürcher Zeitung, Nr. 176, 2/3.8.1997, S.35

Nietzsche, F. (1985) *Die fröhliche Wissenschaft*, 2. Aufl., Leipzig

O'Neill, J. (1990) *Die fünf Körper, Medikalisierte Gesellschaft und Vergesellschaftung des Lebens*, München, S. 116 ff.

Paracelsus (1941) *Die Geheimnisse*, Leipzig, S.187 f

Pickuth, D. (1997) *Sonographie systematisch*, Uni-Med Verlag, 2. Aufl., Bremen, Lorch- Württemberg, S. 16-22

Plessner, H. (1975) *Anthropologie der Sinne*, in *Neue Anthropologie*, Bd. 7, Philosophische Anthropologie, Thieme, 2. Teil, Stuttgart, S. 13 ff

Pörksen, U. (1997) *Weltmarkt der Bilder, Eine Philosophie der Visiotype*, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 17, 25, 68, 73, 102, 135 ff., 260

Raspe, H. (1982) *Visitenforschung in der Bundesrepublik: Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal-quantitativer Analysen,* in Köhle, K., Raspe, H. (Hrsg.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*, Urban&Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, S. 1-15

Regan, T. (1960) *Medizin auf Abwegen. Der Einbruch der Technik in die Heikunst*, München, S.45, 53 ff.

Rom Harré (1991),Vorwort zu Knorr-Cetina, *Die Fabrikation von Erkenntnis*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S.14

Rüttimann, S., Clemençon, D., Dubach,U.C. (1992) *Beeinflußt die routinemäßige Sonographie abdomineller Organe die weitere Patientenbetreuung?*, in Schweizerische medizinischeWochenschrift 122, S.1952-1954

Scheff, T. J. (1990) *Microsociology*, The University of Chicago Press, Chicago, London, S. 3 ff.

Schäfer, L., Schnelle, T. (Hrsg.) (1983) *Die Aktualität Ludwik Flecks in Wissenschaftssoziologie und Erkenntnistheorie*, in Fleck, L.: *Erfahrung und Tatsache*, Suhrkamp, Frankfurt a. M., S. 9-35

Schenkel, H. (1989) *Das Paradigma der reinen Biomedizin ist unwissenschaftlich*, in Saladin, P., Schaufelberger, H.J., Schlappi, P. (Hrsg.)*'Medizin' für die Medizin-Festschrift für Hannes G. Pauli*, Basel, Frankfurt a.M., S. 28 ff.

Schmidt, K.-H. (1992) *Texte und Bilder in maschinellen Modellbildungen*, Stauffenburg Verlag, Tübingen, S.14 ff.

Schöne, A. (1993) *Fortbildung bei Lichtenberg. Festvortrag*, 88. Fortbildungstagung für Ärzte, 20.5.1993 in Regensburg, S.16

Schuller, M. (1995) *Medizin-Ästhetik. Zur Funktion von Bildern im Wissen von Menschen*, Projektantrag, S.1 ff.

Siegrist, J. (1982) *Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten*, in Köhle, K., Raspe, H., *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*, München, Wien, Baltimore

Spiegler, G. (1957) *Physikalische Grundlagen der Röntgendiagnostik*, Stuttgart

Sturm, E. (1986) *Das Menschenbild der Medizin*, in Schaefer, H., Sturm, E. *Der kranke Mensch. Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S.27

Uexküll, T. von, Wesiack, W. (1991) *Theorie der Humanmedizin*, Urban und Schwarzenberg, 2. Aufl., München, Wien, Baltimore, S.431 ff.

Virilio, P. (1989) *Die Sehmaschine*, Merve Verlag, Berlin, S.148

Waldenfels, B. (1980) *Der Spielraum des Verhaltens*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 17, 44

Waldenfels, B. (1985) *In den Netzen der Lebenswelt*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S.223

Waldenfels, B. (1990) *Dialog und Diskurse*, in: *Der Stachel des Fremden*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S.43-56

Waldenfels, B. (1997) *Topographie des Fremden. Studien zur Phänomenologie des Fremden*, 1. Teil, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S.73, 85 f.

Waldenfels, B. (1998) *Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden,* 2. Teil, Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Waldenfels, B (1999) *Sinnesschwellen. Studien zur Phänomenologie des Fremden*, 3. Teil, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S.12

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D (1974) *Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien,* Hans Huber, 4. Aufl., Bern, Stuttgart, Wien

Wittgenstein, L. (1996) *Der Käfer in der Schachtel: Spielregeln der Sprache*,in Wittgenstein.Ausgewählt und vorgestellt von Thomas H. Macho, Diedrichs Philosophie Jetzt, München, S. 309 f.

Wulf, C. (1984) *Das Schwinden der Sinne*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 21 ff.

10. Anhang

Transkripte 1 - 30

Patientin 1
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 10 Minuten)

P wird mit Liege in den Untersuchungsraum geschoben.
Ich stelle mich vor und bitte um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P erklärt sich einverstanden.
Ich stelle das Tonbandgerät an.
A1 kommt mit S2 in den Raum.

A1 zu S2: „Der Nächste ist wer?"
S2 : „Frau ... .", sie verläßt den Raum.
A1 zu P: „Frau ...?-Vorsichtig", hilft P beim Freimachen des Bauches, „So", legt das Abdecktuch über die Beine, „so", setzt sich auf den Untersucherstuhl, „Frau ..., was haben Sie denn für Beschwerden?"
P : „In ein paar Worten, einenWirbelbruch hatte ich..", P verfolgt die Untersuchung nicht am Monitor.
A1 : „Ja."
P : „..und habe bereits ein Schenkelbruch bisher , als ich ...", schaut A1 an.
A1 : „Ja, erzähl'n Se ruhig weiter, ich höre", verteilt das Gel auf dem Bauch und beginnt mit der Untersuchung.
P : „... erbrochen hab'."
A1 : „Jaa."
P : „Da war dann zuerst mal meine Wirbelsäule..", P sagt einige unverständliche Worte,"und.., und hab' gestern erst -ich weiß gar nicht, wie das heißt; ich hab' das noch nie gehabt-", P zeigt auf ihre Nase,"da, das Ende in die Nase rein getan."
A1 : „Ja.., ich sehe.., ja, da hat man Ihnen 'ne Magensonde, 'ne Sonde gelegt, damit das abläuft.-Tut der Bauch denn noch weh?"
P : „Wenn so, dann hier", P zeigt mit der Hand auf die Stelle, „sonst gar nicht ..., ich hatte nämlich auch noch Schmerzen da", zeigt den Punkt, „hier war's."
A1 steht auf und verdunkelt den Raum, setzt sich wieder auf den Stuhl und greift die Gelflasche: „So,es wird mal kalt auf'm Bauch.", verteilt das Gel auf dem Bauch und beginnt die Untersuchung. „Mein Name ist ... .-Seit wann geht das jetzt so ? Wann haben Sie diesen Schlauch in die Nase gekriegt?"
P : „Gestern Nacht."
A1 : „Mhm."
P : „Am Sonntag Nacht, ne?"
A1 : „Mhm... (6 Sekunden)... ist der Bauch denn irgendwie dicker geworden?"
P : „... aber das ist schon **sehr** lange her."
A1 : „Mhm.-Ist denn eine Lebererkrankung bei Ihnen bekannt?"

P : „Ja, ...das is lange her ...”
A1 : „’Ne Zirrhose?-Hepatitis C?”
P : „Ja.”
A1 : „Mhm.”
P : „..., aber die Andern hab’ ich auch durchgemacht, aber die sind geheilt.”
A1 : „Ja.”
P : „... da die C ja nicht zu heilen ist ...”
A1 : „Ja.-Seit wann wissen Sie das denn mit der C?”
P : „Och, ... ja ..., seit..., seit 10 Jahren vielleicht ...”
A1 : „Ja.-Und wissen Sie, wodurch sie gekommen ist?”
P : „Nein.”
A1 : „Völlig unklar?!-Mal ‘ne Blutübertragung oder so gehabt?”
P: „Weiß ich gar nicht..”
A1 : „Ne Operation mal, wo mal was mit Blut, wo Se Blut gekriegt haben?”
P :(leise) „Aber nicht in den letzten Jahren.”
A1 : „Ne?!-Ist nicht bekannt, ne?... (27 Sekunden) ...Gallenblasensteine bekannt?”
P : „Ja.”
A1 : „Ja, ne?
P : „... da hat der Internist gesagt ‘2 Kleine’.”
A1 : „Mhm.”
P : „Sehn Se sie auch da?”
A1 : „Da sind ‘n paar, ja; wie viele das nun genau sind, kann ich nicht sagen, aber..” ... (10 Sekunden)...
P : „Ja, hm ... (8 Sekunden) ... -könnten die sowas anrichten?”
A1 : „Joa, natürlich, nich? Wenn sich die Gallenblase entzündet, aber die sieht gar nicht so aus; die sieht nur so aus, als hätte se sich lange nicht mehr entleert; die ist ziemlich groß.”
P : „Was ist denn da, was ist da für ein Zahnwerk?”, zeigt auf eine Stelle
A1 : „Ja.”
P : „... hat damit nichts zu tun?! ... -Da tut’s mir weh.”
A1 : „Mhm.-Wo?”
P deutet auf die Stelle: „Da, unter mir.”
A1 : „Hier?”
P : „... aber mein Internist sacht immer,die Leber sähe mit dem Apparat eigentlich gesund aus.”
A1 : „Ah, ne, das sieht’se aber jetzt nicht mehr.”
P : „Nicht mehr?”
A1 : „Das kann man auch manchmal sehr schlecht erkennen, ob noch ‘ne Leber gesund ist, oder ob se, sie sich schon auf kleinem Raum verändert.-Das ist gerade bei so’ner Erkrankung ‘n bißchen schwierig ... (9 Sekunden) ... Was macht denn der Stuhlgang? Machen Sie Stuhlgang, oder?”
P : „Ja.”
A1 : „Und wie ist das, dünn?”
P : „Nein, ich hab’ von vor 2 Wochen, da, da hab’ ich zur Untersuchung, zur Abnahme der Leberwerte, Koloskopie ...”
A1 : „Mhm.”
P : „...nich?-Da hab’ ich -und das war schlimm-einmal Blut darin entdeckt ...”

A1 : „Ja?”

P : „... und das hab’ ich nun auch Zuhause viele Male, und ich dachte auch, der würde sich auf einen Schlag entleeren, da war der Bauch auch dünner.”

A1 „Ja. Aber der war dünner, mhm.”

P : „Ja, der war dünner.”

A1 : „Ja ... -Mal einatmen, bitte!”

P : „Bitte?”

A1 : „Mal Luft holen!”

P : „Ja.”, folgt der Anweisung.

A1 : „So, jetzt sehen wir mehr.-Nochmal, bitte!”

P atmet erneut ein.

A1 : „Gut, weiteratmen. ... (25 Sekunden) ... Bei den Bauchschmerzen, ging denn das ganz plötzlich?-Von einer Sekunde auf die Andere?-Daß das so geht dann.”

P : „Ja, ich weiß auch nich.”

A1 : „Haben Sie gar nicht mehr genau wahrgenommen?”

P : „Nein.”

A1 : „Haben Sie Herzrhythmusstörungen oder sowas?-Ist sowas bekannt bei Ihnen?”

P : „Nein..., aber ich merk’ es selbst manchmal hier im Krankenhaus, daß das Herz so’n bißchen flattert.”, zeigt mit der Hand eine Flatterbewegung,“... aber das kann ja Angst sein ...”

A1 : „Hm.”... (50 Sekunden) ...

P : „Meldet’s sich?”

A1 : „Ja”

P : „Mein Blutdruck ist zu hoch, fällt mir gerade ein.”

A1 : „Aha, mhm.”

P : „Läßt sich regeln ..., dann ... (18 Sekunden) ... das war meine erste Operation”, meint die Stelle am Unterbauch, wo der Schallkopf ist,”danach kam das an der Stelle.”

A1 „Ja.”

P : „Gebärmutter..-’33.”... (19 Sekunden)..

A1 : „Und mit dem Wirbelkörperbruch?-Sind Sie irgendwo gestürzt, oder was? Was ist da passiert?”

P : „Ja.”

A1 : „Ja, und weshalb sind sie gestürzt?-Gestolpert? Oder?”

P : „Der Stausauger ..., und da bin ich irgendwie so tolpatschig über die Leine gestolpert ...”

A1 (leise): „Aha.”

P : „Und ich bin dann total zu Boden gefallen..”

A1 : „Aha, ... (34 Sekunden) ...ja, da muß man überlegen, was man da macht, nich?-Ist denn der Bauch schon geröntgt worden, oder noch goa nicht?”

P : „Ja.”

A1 : „Gestern, oder wann?”

P : (unverständlich)

A1 : „Was denn?”

P : „Vorgestern oder was.”

A1 : „Aber da war’s noch nicht so schlimm, ne?”
P : „Doch.”
A1 : „Auch schon?!”
P : „Ja.”
A1 : „... da war’s auch schon mit dem Bauch so schlimm. Mhm?”
P : „Ja.”
A1 : (leise) „... da wollen wir mal schauen ... (laut) da soll ja noch der Magen gespiegelt werden, nech, Frau ... ?”
P : „Ja, alles eine Angstsache.”
A1 : „Ja.”
P :” Da fürchte ich mich.”
A1 : „Furchtbar, ne?... Sie kriegen aber ‘ne Spritze zum Schlafen, nicht?...”
P (unterbricht A1): „Schlafen wäre gut!”
A1 : „... das sie das nicht merken.”
P (stöhnt): „Wie lange?”
A1 : „Ganz kurz nur, ne?-Kurzschlummer, ne?”... (40 Sekunden) ...
P : „Ja.”
A1 : „So”, stellt sich auf die andere Seite der Patientin, fährt mit der Untersuchung fort, „so,”beendet die Untersuchung, „da hab’ ich so nichts gesehen.”
P : „Aha.”
A1 : „Putzen Se sich mal hiermit ab!”, reicht der Patientin das Abdecktuch und hilft ihr beim Abtrocknen.
P : „Ja.”

A1 schiebt die Liege mit der Patientin aus dem Raum.

Patient 2
Sonographie-Raum 2 (Untersuchungsdauer: 8 Minuten)

Der Patient sitzt auf der Liege im Untersuchungszimmer. Er erklärt sich einverstanden mit der Tonbandaufnahme.

A1 kommt in den Raum: „Guten Morgen.”
P :(freundlich) „Morgen.”
A1 : „So, legen Sie sich gleich mal hin!”
P : „Jaha.”
A1 : „Sie sind Herr ... ?”
P : „Jaha.”
A1 : „Hose mal ein bißchen aufmachen, damit wir da dran können.”
P : „Was denn?”
A1 : „Ich sagte, die Hose noch mal ein bißchen runter ...”, A1 verdunkelt den Raum und setzt sich auf den Untersucherstuhl:“ Sagen Sie mir Ihren Vornamen?”
P : „... (nennt den Namen).”
A1 : „Geboren am?”

P : „... (nennt das Datum).” ... (9 Sekunden) ...
A1 : „Mein Name ist ... . Ich soll mal Ihren Bauch angucken. Was ham Sie denn für Beschwerden?”, beginnt die Untersuchung.
P : „Darmbluten.”, verfolgt die Bilder auf dem Monitor.
A1 : „Seit wann geht das so?”
P : „Seit 4 Wochen.”
A1 : „4 Wochen?”
P : „Ja.”
A1 : „Und, was ist bisher gemacht worden? Noch an Untersuchungen?”
P : „Bis jetzt gar nichts, weil ... ich bin gerade erst angefangen.”
A1 : „Ah, so. Ja, es hätte ja sein können, daß Ihr Hausarzt, oder so, irgendwie schon was gemacht hat ...”
P : „Nö, der hatte mich ja einge ...”
A1 : „Eingewiesen. ... (7 Sekunden) ... Wieviel ist denn das so ungefähr?”
P : „Oh, pf ..., das weiß ich nicht.”
A1 : „Richtig hellrotes Blut? Oder ...”
P : „Ja, hellrotes Blut. Wie aus (ein unverständliches Wort); sonst nichts.”
A1 : „Mhm. ... (7 Sekunden) ... mal tief einatmen, bitte!”,
P folgt der Anweisung.
A1 : „Gut, weiteratmen! ... (10Sekunden) ... mal einatmen. ... (9 Sekunden) ... und weiteratmen, ja....Schmerzen oder irgendwas?”
P : „Nein.”
A1 : „Goa nich. ... (9 Sekunden) ... gab es irgendwelche Stuhlunregelmäßigkeiten?”
P : „Nö.”
A1 : „Nein. Mal eher verstopft, mal eher flüssig?”
P : „Nö, Durchfall.-Aber ich hatte vor ..., vor’n paar Wochen auch ‘ne Magendarm-Virus gehabt ...”
A1 : „Ja. ... (5 Sekunden) ... so richtig mit Erbrechen und so’ne Schikanen, ja?-Übelkeit, Erbrechen ...”
P : „Ja, Durchfall, und , äh, jo, in diesem Fall Bauchschmerzen ... (6 Sekunden)”
A1 : „Fieber?”
P : „Leicht.”... (11 Sekunden) ...
A1 : „Waren Sie denn auch im Ausland oder so gewesen?”
P : „Nein.”
A1 : „Nö. Und danach ging das dann los mit dem Bluten aus dem Darm?”
P : „Nö, das war eigentlich so gewesen, ich hatte sowieso Blut gehabt und, äh, das war vor eineinhalb bis zwei Jahren ... Hämorrhoiden-Läppchen, ich dachte, da würde das herrühren.-Und der Hausarzt hatte gesagt:’ Mensch, irgendwann müßten wir das mal wegmachen’.”
A1 : „Ja.”
P : „... Und darum war ich, hab’ ich angerufen denn auch bei ihm und hab`gedacht, er würde das nun wegmachen ...-hab’ gesacht:’Mensch, laß uns das mal in Angriff nehmen.’.”
A1 : „Jaha.”
P : „Da hat er gesacht, ...”
A1 : „Hm.”

P : „Und, äh, hm, äh, sacht er: ’Ne, daher kommt das nicht’.”
A1 : „Aha.”
P : „Gut, und dann bin ich ... ja ...”
A1 : „... dann gekommen.”
P : „... gekommen.”
A1 : „Ja. ... (32 Sekunden) ...wenn ich da so rüber fahre, tut da irgendwo was weh?”
P : „Nö.”
A1 : „Goa nich. ... (13 Sekunden)... Einmal auf die linke Seite drehen, bitte, da rüber.”
P : „Ja.”
A1 : „Noch mal tief einatmen, Luft anhalten, und dann ... (10 Sekunden) ...weiteratmen. ... (25 Sekunden) ..., mal den Bauch noch mal dick machen - vorstrecken.”

S2 kommt herein und legt Unterlagen auf den Wagen, bleibt dort stehen.

A1 : „Wieder locker lassen. ... wieder zurückdrehen dann auf den Rücken ... ich kann da so wirklich
überhaupt nichts Besonderes finden.”
P : „Ich hab’ ja auch keine Beschwerden.”
A1 : „Na, gut, dann muß man da vielleicht noch mal nachgucken ..., ich kann so schlecht sagen, wo das herkommen mag ... (11 Sekunden)..., gut, denn könn’se sich hier mit den Bauch abwischen”, reicht dem Patienten das Abdecktuch.
P : „Ja.”, steht auf und zieht sich im Raum um.
A1 : „Und dann ziehen’se sich wieder an.”, zu S.” Was gibt’s?”, beginnt den Befund zu schreiben.
S2 : „Da ist ja noch jetzt Frau ... .”-A1 und S2 unterhalten sich über die nächste Patientin
A1 zu P: „So, das wär’s, hatten Sie noch was Besonderes mit?”, gibt P den Befund.
P : „Ja.”, nimmt ihn.
A1 : „Sind heute auch gerade erst gekommen, ne?”
P : „Ja.”
A1 : „Gut. ... (5 Sekunden)... als nächstes dann wahrscheinlich Spiegelung geplant, ne?”
P : „Morgen.”
A1 : „Oben oder unten?”
P : „Beides.”
A1 : „Alles auf einen Schlach..”
P : „Alles auf einen ..., ja, ja.”
A1 : „Wird das Beste sein.”
P geht aus der Tür: „Tschüß!”
A1 : „Tschüüß.”, wendet sich an S2.

Patientin 3
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 10 Minuten)

S2 holt P aus der Kabine in den Untersuchungsraum und weist sie ein.
A1 sitzt am Schreibtisch.
P liegt auf der Liege.

Ich frage sie um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
Ich stelle das Gerät an.

A1 : „Gerad' noch 'n bißchen dunkler machen.", steht auf, läßt die Jalousien herunter und setzt sich auf den Untersucherstuhl.
P : „Ja."
A1 : „So, mein Name ist ... (nennt ihren Namen).(zu S2) Könn' Sie das noch 'n bißchen dunkler machen?"
S2 verdunkelt und verläßt den Raum. ... (4 Sekunden) ...
A1 : „So vor 4 Jahren war das jetzt mit dem Morbus Crohn so ungefähr?"
P : „Ja."
A1 : „Mhm.", beginnt mit der Untersuchung, verteilt das Gel auf dem Bauch. "Wie hat sich das denn damals gezeigt?"
P : „Durchfall ...", schaut auf den Monitor.
A1 : „Mhm.-Und damals war dann die Spiegelung gemacht worden?"
P : „Ja."
A1 : „So.-Und was ham Sie jetzt für Beschwerden?"
P : „Ähm, ab und zu hab' ich Schmerzen, hier so.", zeigt die Stelle am rechten Unterbauch.

S2 kommt herein, legt Unterlagen auf den Schreibtisch und setzt sich.

A1 : „Und Durchfall oder so?"
P : „Ja, Durchfall hab' ich immer."
A1 : „Müssen Sie zur Zeit denn Medikamente einnehmen?"
P : „Ja."
A1 : „Was nehmen Sie?"
P : „Einmal, äh ... (unverständlich der Name des Pharmakons).."
A1 : „Mhm."
P : „... und einmal ... (unverständlich der Name eines weiteren Pharmakons)."
A1 : „Wieviel?"
P : „Zwei mal eine."
A1 : „Ja."
P : „Und dann nehm' ich 5 Milligramm Prednison."
A1 : „Mhm, ... (5 Sekunden) ... das ist so Ihre Dauertherapie, ne?"
P : „Genau."
A1 : „Mhm, ... (16 Sekunden) ... und wie oft ham Sie jetzt Durchfall am Tag?"
P : „Mhm, das ist etwas schwierig ..., ich kann das jetzt so genau nicht sagen, weil eigentlich hab' ich immer Durchfall, ..."
A1 : „Mhm."
P : „... so ganz fest, äh, ist es nie."
A1 : „Aber wie oft ist es ungefähr?"
P : „Alle 10 Monate."
A1 : „Das hört sich gut an."
P : „Ja, ja."

A1 : „Also ist nicht so, daß Sie den ganzen Tag Zuhause sitzen müssen ...”

P : „Nein, nein, nein.”

A1 : „Mhm. ... (16 Sekunden) ... Mal einatmen, bitte, ...”... (8 Sekunden) ...

P : „Kann man das so sehen mit Ultraschall?”

A1 : „Da oben?”, weist auf den Monitor , der auf dem Schrank steht.

P : „Nein..”

A1 : „Sie meinen überhaupt ...-Wenn der Darm verändert ist, kann man das sehen, ne? Wenn da also ‘n bißchen Wandverdickung da drinnen ist, das kann man schon sehen.-Ich hab’ mir erstmal die Umgebung mit angeguckt, Leber, Gallenblase ...-ist alles, wie’s sein soll. ... (5 Sekunden) ... Das ist jetzt hier Dickdarm auf der linken Seite.”, markiert es mit dem Sternchen „... hier, dieses hier. ... (6 Sekunden) ... da muß ich gleich ‘n ander’n Schallkopf nehmen ...”

P : „Mhm.” ... (10 Sekunden) ...

A1 : „Wo hatte sich das vorwiegend abgespielt, die ... (4 Sekunden) ...Entzündung? Mehr rechts als links, ne?”

P : „Mhm, stärker rechts, und mehr hier rechts.”, zeigt die Stelle. ... (21 Sekunden) ...

A1 : „Wo ist die Spiegelung damals gemacht worden? Ambulant irgendwo?”

P : „Ja, bei meinem Arzt.”

A1 : „Mhm. Das war unschön.”

P : „Das ist wirklich unangenehm. Ehrlich gesacht, wenn das nicht unbedingt sein muß, also, dann möchte ich das auch nicht.”

A1 : „Mhm.” ... (4 Sekunden) ...

P : „Es sei denn, man würde jetzt sagen, mit Ultraschall kann man überhaupt nichts erkennen, und das muß auf jeden Fall sein, also...., aber ...”

A1 : „Ja.”

P : „... irgendwie ...”... (12 Sekunden) ...

A1 : „So, zeigen Sie mal eben, ist das hier ungefähr in der Ecke,” hält den Schallkopf an die Stelle „oder ist ... das weiter oben?”

P : „Ja, hier an der Seite. ... (7 Sekunden) ... Seh’n Sie da etwas?” ... (4 Sekunden) ...

A1 : „Da sieht man ‘n bißchen ..., ein Tick mehr als, äh, an den anderen Stellen.”

P : „Mhm.”

A1 : „Also, so auf den ersten Blick sieht das nich dramatisch irgendwie aus, ne? Also ...”

P : „Mhm. ... (4 Sekunden) ... absolut gar nicht. Oder jetzt, ähm?”

A1 : „Ja, man sieht schon was, äh, das ist schon nicht normal, ne? Normalerweise dürfte man so gar keine Wandverdickung vom Darm sehen. Die Wand sollte schmal sein, wie auf der linken Seite, ne? Da war das ganz normal.-Und hier ...”, zeigt mit dem Sternchen „... man sieht da oben..an der Stelle wird’s jetzt ‘n bißchen weh tun..ist der Darm. Gucken Sie mal da hin”, markiert wieder mit dem Sternchen „... ich mach’ mal ‘n Kreuzchen ... das ist die Wand, die is so’n Tick verbreitert auf 4 Millimeter.”

P : „Mhm.” ... (14 Sekunden) ...

A1 : „Und wahrscheinlich ..., was die Beschwerden vielleicht macht: Es ist insgesamt relativ eng an der Stelle, da, wo es praktisch durchgeht, ne?”

P : „Mhm.”

A1 : „Das is da dies Loch im Darm, da ist es relativ eng”, zeigt mit der Markierung, was sie meint.

P : „Mhm.”

A1 : „Von daher ... Beschwerden.” ... (6 Sekunden) ...

P : „Also, letzte Woche da war das extrem, ne?”

A1 : „Mhm.”

P : „Da hatt’ ich auch in der Nacht die Beschwerden ...”

A1 : „Mhm.” ... (6 Sekunden) ...

P : „..und über mehrere Tage gehabt. Also, ganz schlimm.”

A1 : „Ja. ... (4 Sekunden) ... Das war dann entzündet und heilt dann aus - eben auch mit so’ner Wandverdickung.-An dieser Stelle ist da so`ne kleine Ausbuchtung.”, markiert die Stelle zur Anschauung ”-Was Ihnen dann Beschwerden macht ist, daß es relativ eng ist an der Stelle. ... (23 Sekunden) ...Einatmen einmal. ... (9 Sekunden) ... Hier ist auch.., ich meß’ hier sechs Zentimeter, wo das verengt ist ...”

P : „Ja.”

A1 : „... wo das relativ eng ist ... (28 Sekunden) ... gut, das war’s eigentlich dann schon, ich schreib’ das erstmal auf und geb’ die Bilder mit.”

P : „Mhm.”

A1 : „Und dann könn’ Sie sich den Bauch abwischen.”, steht auf, zieht die Jalousien hoch.

P : „Mhm. ... (6 Sekunden) ... -Wie ist Ihre Meinung jetzt dazu? Ist das ...”

A1 : „Ja, ich denk’ man muß, so wie Sie’s schon gesacht haben, das jetzt wie vorige Woche, ähm, kurzfristig kontrollieren, ob sich das dann verändert hat irgendwie ...”, setzt sich auf das Fußende der Liege.

P setzt sich auf : „Also, ich bin jetzt mit der Dosis runtergegangen: zwei Tage 20, ein Tag 15, dann ein Tag 10, und jetzt ... hab’ ich meine alte ...”, reibt sich den Bauch mit dem Abdecktuch ab.

A1 : „Ja, und was machen die Beschwerden?”

P : „Sind etwas besser geworden.-Also es ist nicht so, daß es immer noch den ganzen Tag so doll weh tut.”

A1 : „Ja.”

P : „Nur es ist eben immer noch nicht weg.”

A1 : „Ne, ist richtig.”

P : „Ja.”

A1 : „Ja, äh, muß man mal gucken, ob das ... wie lange das braucht, oder ob das CRP noch über längeren Zeitraum erhöht ist.”

P : „Ja.”

A1 : „Ja, und wenn denn irgendwas ist oder so ..., weil das kann ja dann, äh, wer hat Sie eingewiesen?”, schaut auf den Anmeldebogen ” Doktor ... (nennt den Namen des Arztes), der kann sich ja dann noch mal mit Doktor ... (Name OA), der wird dann wieder da sein, dann noch mal besprechen, äh ...”

P : „Ja.”

A1 : „...ob man da noch mal kurzfristig guckt, ob sich das gebessert hat, dann, ne?-Ob die Therapie was gebracht hat ...”

P : „Und was ist Ihre persönliche Meinung zur Darmspiegelung? Ist das jetzt irgendwie erforderlich?”

A1 : „Das bringt nicht viel mehr.-Ne, das bringt nichts.”

P strahlt.

A1 : „Man sieht, daß da was ist, man weiß, was es ist, ja, ... von daher braucht man nicht ..."
P : „Ja.-Soll ich draußen warten?", seht auf.
A1 : „Ja, das wär' nett, wenn Sie 'n ganz kleinen Moment im Wartezimmer warten.", steht auf, geht zum Schreibtisch.
P : „Okay.Tschüß.",geht zur Tür.
A1 : „Tschüß.", setzt sich an den Schreibtisch.

P verläßt den Raum.

Patient 4
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 5 Minuten)

Ich frage den Patienten im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden, er spricht ein 'gebrochenes Deutsch'.
S2 bittet ihn in den Untersuchungsraum; sie kommt selbst nicht mit hinein.
P kommt durch die Kabine in den Raum.

Die Ehefrau von P kommt mit herein.
A1 sitzt am Schreibtisch.
P legt sich auf die Liege.
Seine Frau stellt sich an das Fußende der Liege.

A1 stöhnt auf: „Sooo, alles wieder (unverständlich).", ordnet Unterlagen.
P redet leise und in einer anderen Sprache mit seiner Frau.
A1 wendet sich zu ihnen, steht auf, (zur Frau von P): „So, nehmen Sie da 'n Moment ... - da is 'n Stuhl.", weist in die Ecke hinter dem Schrank.

Die Frau von P schaut dorthin.

A1 : „... 'n Klappstuhl, können Sie gerne nehmen."

Die Frau von P schüttelt den Kopf.

A1 gibt ihr den Stuhl, (zu P) " Die Hose ...-richtig frei machen.", zieht die Jalousien herunter.

Die Frau setzt sich hin, schaut P an.
P schiebt seine Hose etwas herunter.

A1 setzt sich auf den Untersucherstuhl, (zu P): „So, mein Name ist ... (nennt ihren Namen), es wird mal kalt auf dem Bauch.", verteilt mit dem Schallkopf das Gel auf dem Bauch und beginnt mit der Untersuchung.

P schaut auf den Monitor, der auf dem Schrank steht.
Seine Frau verfolgt die Bilder auf dem Bildschirm in der Zimmerecke.

A1 : „Und hat man Ihnen die Mandeln jetzt rausgenommen?"

P schüttelt verneinend den Kopf.

A1 : „Ne.-Wie lange sind Sie denn jetzt schon hier?"
P : „Sieben Tage, seit dreiundzwanzigste September."
A1 : „Mhm.-Und was hat man gemacht?"
P : „Hm.." ... (4 Sekunden) ...
A1 : „Könn' Sie sich überhaupt nicht mehr dran erinnern, was die hier ... (4 Sekunden) ...-Und was machen die Halsschmerzen?"
P : „Ich hab' gar ...", räuspert sich " kein Halsschmerzen."
A1 : „Gar nicht gehabt?"
P : „Nur, äh, ich hab' Milz, und, äh, ja, ich habe Milzschmerzen, und normalerweise besitz' ich keine Schmerzen, so wenn ich atme und so ... rauf und runter."
A1 : „Mhm, ... da hat der Hausarzt Sie ins Krankenhaus gewiesen."
P : „Der hat festgestellt, daß das also Pfeiffer'sche Drüsenfieber ist, und ..."
A1 fällt ihm ins Wort: „... und hat hier angerufen. ... (7 Sekunden) ... Sind denn später Halsschmerzen dazu gekommen, oder gar nicht?"
P : „Nein, ich hab' immer beim Atmen ...-es ist blockiert, und ein bißchen hab' ich Schmerzen gefühlt, aber eigentlich nicht."
A1 : „Eher weniger."
P : „Eher weniger.Beim Atmen hab' ich bemerkt, daß ... (unverständlich) ging." ... (8 Sekunden) ...
A1 : „Mal einatmen, bitte, und die Luft anhalten, ... (5 Sekunden) ... gut, weiteratmen, ... (21 Sekunden) ... mal den Bauch dick machen, ... (15 Sekunden) ... einmal auf die linke Seite drehen, bitte ..."

P dreht sich auf die Seite.

A1 : „... mhm, ... (11 Sekunden) ... Ham Sie denn Fieber gehabt?"
P : „Ja."
A1 : „Hoch?"
P : „38 ... (6 Sekunden) ... und kein Auswurf gehabt." ... (35 Sekunden) ...
A1 : „Gut, das war's schon.-Ihre Milz ist nur noch 'n ganz klein bißchen vergrößert, Leber ist schon fast normal."
P : „Mhm. Ich merke, wenn ich einatme, daß ich dann anstoße."
A1 : „Das ist aber kaum der Rede wert.-Wie groß sind Sie?"
P : „Meter 80."
A1 : „Mhm, also 'n bißchen vergrößert, nur noch 'n Zentimeter ungefähr.-Dann könn' Sie sich den Bauch abwischen.."
P : „Gut.", reibt sich den Bauch ab, steht auf, zieht seinen Pullover herunter und die Hose hoch.

A1 : „... mit dem Lappen, und könn' sich dann wieder anziehen.", setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund. ... (18 Sekunden) ...

P (leise): „Dorthin?", hält das Abdecktuch in der Hand, zögert, legt es zurück auf die Liege ... (10 Sekunden)..., (zu seiner Frau, leise) " Schön. ... (19 Sekunden) ... (zu A1, lauter) " Soll ich draußen warten?", schaut A1 an.

A1 : „Das wär' nett, noch 'n kleinen Moment ins Wartezimmer dann gehen, ja?"

P : „Hier soll ich ...", weist auf die Kabinentür "hier rausgehen?"

A1 wendet sich zu P: „Mir egal, wenn Sie da nichts haben ...", zeigt auf die Umkleide „... können Sie da ...", weist auf die Zimmertür, „rausgehen.", wendet sich wieder ab und schreibt den Befund weiter.

P verläßt zusammen mit seiner Frau den Raum.

Patient 5

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 14 Minuten)

P wird von S2 in die Kabine gebeten, macht sich dort den Oberkörper frei und kommt in den Untersuchungsraum.

A1 sitzt am Gerät.

Ich frage ihn um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.

P ist einverstanden.

S2 verläßt den Raum.

Ich schalte das Aufnamegerät ein.

A1 : „Guten Tag. Sie könn' sich hier einmal drauf legen.", weist auf die Untersuchungsliege.

P legt sich auf die Liege.

A1 : „Wie heißen Sie mit Vornamen?"

P : „ ...(nennt seinen Namen)."

A1 gibt die Daten in den Computer: „Und wann wurden Sie geboren?"

P : „... (nennt das Datum)."

A1 steht auf, verdunkelt den Raum und setzt sich wieder: „So, mein Name ist ... (nennt ihren Namen), ich soll mir mal den Bauch angucken ...", beginnt mit der Untersuchung, verteilt das Gel auf dem Bauch.

P : „Mhm."

A1 : „Weshalb sind Sie denn im Krankenhaus, Herr ... (nennt seinen Namen)?"

P : „Ja, ich hab'...", räuspert sich "... also jahrelange Schmerzen ..."

A1 : „Wo?"

P : „Hier in der Seite.", hält die linke Hand auf den linken Mittelbauch.

A1 : „Mhm."

P stöhnt: „Ja, das is immer so'n Gefühl, als wenn einer einem einfach so in den Bauch so reinfaßt, ne? Und die sind mal mehr...-also weg fall'n sie nie ... die letzten Jahre fall'n sie nur noch auf, wenn sie nachlassen, ne?"

A1 : „Mhm.-Also Sie ham sie dauernd, ne?"

P : „Dauernd.”
A1 : „Mhm. ... (4 Sekunden) ... Und was ist da bisher untersucht worden?”
P : „Also hier?”
A1 : „Ne, überhaupt.-Oder waren Sie bisher schon noch gar nicht beim Arzt gewesen?”
P : „Das hab’ ich ..., doch jetzt letztens, weil ich hab’ da auch gar nicht so dran gedacht ...”
A1 : „Mhm.”
P : „Ne, gemacht worden ist da bisher ... eigentlich nichts gemacht worden; bloß in der letzten Zeit, da wurde das immer schlimmer..”
A1 : „Wieviel Jahre ham Sie das jetzt schon?”
P : „Ja, also, ich sag’ mal so ‘ne Zahl, so zehn Jahre ...”
A1 : „Mhm.”
P : „... können auch mehr sein.” ... (10 Sekunden) ...
A1 : „Bei den Blutuntersuchungen irgendwas rausgekommen?... (4 Sekunden) ...-Nicht, daß Sie wüßten?”
P : „So, der Doktor meinte jetzt, daß ... die wär’n gut.”
A1 : „Sonst war nichts?-Blutwert veränderungen ..., ne?”
P : „Höchstens, daß in der letzten Zeit der Diabetes da..durch die Durchfälle ..., das ist dann natürlich, das is natürlich ‘n schlechter HbA1 geworden, aber das liegt schon alles darin begründet.”

S2 kommt herein, setzt sich an den Schreibtisch, blättert im Anmeldebuch.

A1 : „Wie lange sind Sie denn schon zuckerkrank?”
P : „Zuckerkrank ..., mindestens seit dem 15. Lebensjahr, aber insulinpflichtig bin ich praktisch so seit, äh, da war ich so dreiund-vierundzwanzig.-Ich hab’s so’n bißchen leicht genommen, also ich sollte damals schon,-oder habe damals ... Schulung gemacht, aber wenn ich gewußt hätte ...”
A1 : „Eher so’n bißchen luschig mit umgegangen ...”
P : „Ja. Richtig.-Luschig, das war’s, das kann man wohl sagen ...”
A1 : „... und jetzt müssen Sie spritzen?”
P : „Jetzt, ja.” ... (5 Sekunden) ...
A1 : „Ham Sie heute Morgen was gefrühstückt?”
P : „Nein, äh, nur die Hochdruck-Tabletten.”
A1 : „Bluthochdruck ham Sie auch?... (4 Sekunden) ... Wie lange ham Sie das denn schon?”
P : „Ja, das ,... (4 Sekunden) ... also das ist jetzt, also..wie lange kann ich nich genau sagen, ich wußte bloß, damals so, da war ich so ..., vor 13 Jahren, da hab’ ich so ziemlich regelmäßig Blut gespendet beim DRK, und da messen sie den.., daß der hoch war und seit dem ...-Ja. Und jetzt genau vor’m Jahr hab’ ich bei der Diabetiker-Schulung mitgemacht, und da ist das so, äh, rausgekommen.”
A1 : „Mhm.
P : „Das war 144/100.”
A1 : „N’ Blutdrucktest gemacht?”
P : „Blutdrucktest 2 Mal da gemacht, und da is das rausgekommen,..Höchstwert 236/100..”
A1 : „Mhm.-Und keine Symptome?”
P : „Ja, das hab’ ich dann alles auf den Diabetes geschoben..”

A1 : „Ja.”
P : „... war ja vorher auch ständig beim Internisten in Behandlung ...”
A1 : „Mhm.”
P : „Ja, sacht’ er ... gar nicht gemerkt.”
A1 : „Denkt man natürlich, weil Sie auch schlank sind, und so, da kommt man gar nicht drauf ...”
P : „Ne, ne das sachte mir der Diabetologe auch, der hätte nie geglaubt, daß ich ...”
A1 : „Mhm.”
P : „..einen Bluthochdruck habe.”
A1 : „Mhm.-Mal den linken Arm nach oben nehmen, bitte.-Wo ham Sie denn die Schulung gemacht?”
P : „Bei Doktor ... (nennt einen Namen).“
A1 : „Der macht das selber? Macht der selber Schulung?”
P : „Ja.”
A1 : „Mhm.”
P : „Ne, den Unterricht selbst macht seine Frau.”
A1 : „Mhm.”
P : „Diabetologin..”
A1 : „Ja.”
P (leise): „... und dann mußte man da hin.”
A1 : „Ja, ja, klar, mhm.”
P : „... (unverständlich, leise)”
A1 : „Ja. Mal tief einatmen, bitte. ... (4 Sekunden) ... Gut, wieder ausatmen.”... (7 Sekunden) ...
P : „Ich bin bei Doktor ..(nennt den Anfang des Namens).”
A1 : „... (vervollständigt den Namen), mhm, ja.”
P : „... der sah da Verkalkungen oder so ...”
A1 : „Da sind Verkalkungen, mhm ..., im Bauch zu sehen ...-Mal den rechten Arm nach oben nehmen, bitte.”

P nimmt den Arm über den Kopf.

A1 : „Das hat man schon im Röntgen auf der Übersicht gesehen, ne?”
P : „Mhm, das sieht man ...”
A1 : „Die muß ich mir nachher noch mal genau angucken.”... (19 Sekunden) ...
P : „Was kann dazu führen?”
A1 : „Sie meinen jetzt die Verkalkungen in der Bauchspeicheldrüse?”
P : „Ja.”
A1 : „Ja, die sind darauf zurückzuführen, daß die Bauchspeicheldrüse nicht genug ..., nicht nur im Insulin ... auch schon in anderen Funktionen gestört ist. Das kann dazu führen, daß Sie Durchfälle kriegen ...”
P : „Ja, seit dem Urlaub schon ...”
A1 : „... das kann natürlich auch ...”
P : „Mhm.”
A1 : „... alleine durch die Zuckerkrankheit, ne, bedingt sein oder, ...”
P : „Mhm.”

A1 : „... daß keine Enzyme mehr produziert werden, daß die Fette nicht richtig verdaut werden ...”

P : „Aber das kann ja nichts mit den Blutfetten sein, da die ziemlich normal sind, sachte er ...”

A1 : „Mhm.”

P : „Hm.”

A1 : „Das scheint das noch auszuhalten, ne?”

P : „Mhm, die war’n gut ...”

A1 : „Ja.”

P : „Was kann denn sonst zu den Verkalkungen führen?” ... (4 Sekunden) ...

A1 : „Bei ‘ner chronischen Pan... -äh, Bauchspeicheldrüsen-Entzündung ...”

P : „ Mhm.”

A1 : „... findet man das auch.”

P : „Das kann ja auch durch Alkohol kommen, nich?”

A1 : „Auch. ... (6 Sekunden) ... also, das kann auch, die Durchfälle können auch ‘ne Enzündung des Darmes sein..”

P : „Mhm.”... (7 Sekunden) ...

A1 : „... alles so’n bißchen angekratzt, ... (4 Sekunden) ... die Darmwand ist auch so’n bißchen verbreitert, alles so’n bißchen grenzwertig, ne?-Wenn da so vieles zusammenkommt, dann ...”, zeigt auf den Monitor am Gerät.

P : „Mhm.”, schaut dort hin.

A1 : „... ist das ganz schwierig zu sagen ...”

P : „Also ... (unverständlich).”

A1 : „Ja, ja, der eine kann mehr, der andere weniger ab.-Das ist leider so ...-da gibt’s keine ganz genauen Richtlinien. ... (16 Sekunden) ... Einmal auf diese Seite hinstellen.”, weist auf den Platz vor sich: „Hier.”

P stellt sich vor A1, schaut weiterhin auf den Monitor am Gerät.

A1 : „Haben Sie denn auch manchmal so Schmerzen gehabt, so rund um den Bauch, wie so’n Gürtel, bis hinten hin?”

P : „Ja, also, ich wußte schon gar nicht mehr, woher die überhaupt kommen ...”

A1 : „Oh, das is ja nich so angenehm ...”

P : „... im ganzen Bauch dann, ne?”

A1 : „Ja. ... (4 Sekunden) ... Unangenehm.”

P : „... dann wurde wieder der Bauch hart...-Da, wo Sie jetzt drücken nich.”

A1 : „Diese Ecke nicht so”, schallt den linken Unterbauch.

P : „Ja, da hab’ ich überhaupt keine.”

A1 : „Ja.”

P : „In letzter Zeit ... die Schmerzen sind in der Regel hier an der Seite ...”, zeigt auf die linke Seite.

A1 : „Mhm.”

P : „... denn so in Höhe des Bauchnabels.”

A1 : „Ja.-Mhm.”

Sekr kommt herein: „Guten Tag. (unverständlich) ... (ein Patienten-Name)-der is zur Colo?”

A1 : „Ja, der ist zur Colo.”

Sekr verläßt den Raum.

P : „... in letzten 2 Wochen hab' ich unheimlich schnell abgenommen."
A1 : „Mhm. ... (47 Sekunden) ... Gut, dann könn' Se sich Ihren Bauch abwischen."
P schaut A1 an: „Mit dem Handtuch?", hält das Abdecktuch in den Händen.
A1 : „Mhm."
P reibt sich den Bauch ab.
A1 : „Und dann nehmen Sie doch noch mal bitte, äh, im Wartezimmer 'n Moment Platz, ..."
P : „Ja."
A1 : „... wenn Sie sich angezogen haben. Ich schreib dann den Befund gleich wieder, ja?"
P : „Ja.", steht auf, zieht sich an, geht in die Kabine.

A1 verläßt den Raum.

Patientin 6
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 10 Minuten)

S2 führt P in das Untersuchungszimmer.
Ich frage sie um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
S2 bittet P, sich auf die Liege zu legen und den Oberkörper frei zu machen.
Ich stelle das Gerät ein.
P zieht das OP-Hemd aus. (Darunter trät sie einen Einmal-Netz-BH und eine Einmal-Unterhose.-Die linke Brust ist verbunden.) -Sie legt sich auf die Liege und schaut sich im Raum um.

S2 nimmt sich den Anmeldebogen vom Schreibtisch und gibt die Daten schweigend in den Computer ... (40 Sekunden)..., setzt sich an den Schreibtisch, legt den Anmeldebogen zurück und schaut sich den Sonographie-Tagesplan an, steht auf, (zu P) „Ich sag' der Frau Doktor Bescheid, dann komm' Se gleich dran ...", verläßt den Raum. ... (120 Sekunden) ...

A1 kommt herein.
P schaut zur Tür.

A1 : „Guten Tag.", geht zum Schreibtisch.
P : „Guten Tag.", ... (4 Sekunden) ... hustet laut. ... (4 Sekunden) ...
A1 : „So, Frau ... (nennt den Namen der Patientin), ne?"
P : „Ja."
A1 setzt sich auf den Untersucher-Stuhl. „So, mein Name ist ... (nennt ihren Namen), ich soll mir mal den Bauch angucken.-Könn' Sie die Hose noch mal 'n bißchen runterlassen, bitte.-Schöner BH, paßt zur Hose.."
P : „Ja, ne?- Wunderbar ...", lacht und schiebt die Unterhose etwas nach unten.

A1 (gleichzeitig): „Meine Güte ...", lacht auch, ... (6 Sekunden) ... „So, es wird mal kalt.", verteilt das Gel auf dem Bauch und beginnt mit der Untersuchung.

P schaut A1 an.

A1 : „Wann sind Sie operiert worden denn?"

P : „Äh, das ist vor einer Woche gemacht worden."

A1 : „Mhm."

P : „Letzte Woche Dienstag."

A1 : „Alles gut überstanden?"

P : „Ja, soweit ja.-Bis auf, daß sich in der Brust 'ne Entzündung, 'n Abszeß gebildet hatte, ..."

A1 : „Oh je!"

P : „... und der ist heute Morgen aufgegangen, deswegen seh' ich auch so hübsch aus, sonst ..." ... (5 Sekunden) ...

A1 : „Von alleine ... aufgegangen?"

P : „Ja."

A1 : „Mhm." ... (4 Sekunden) ...

P : „Ich ging heut' Früh auf die Toilette und dann seh' ich in der Unterhose Blut, da kam das Blut, da war mein Nachthemd dann schon voll, lief das schon den Bauch runter dann ..., dann rief ich die Schwester, da sacht' se, das ist ja nur rot ...-hat das gleich ausgetrocknet und verbunden ..."

A1 : „Ja."

P : „... und so."

A1 : „Ja.- Hat das weh getan gehabt?"

P : „Vorher tat das weh. Das ..."

A1 (unterbricht P): „Ja. Natürlich.Wenn es aufgeht, tut's nicht mehr weh, ne?"

P : „Ne."

A1 : „Mhm."

P : „Das Austrocknen und so, das war für mich 'ne Erlösung, aber das vorher, das war'n teilweise ganz schöne Schmerzen."

A1 : „Ja, das glaub' ich. ... (6 Sekunden) ... Mal tief einatmen, bitte. ... (10 Sekunden) ... Gut, weiteratmen." ... (8 Sekunden) ...

S2 kommt herein, stellt sich an die Liege. ... (44 Sekunden) ...

A1 : „Mal einatmen, bitte, ... (5 Sekunden) ... einatmen, ... (15 Sekunden) ... einmal den rechten Arm über den Kopf nehmen, bitte."

P folgt der Anweisung.

A1 : „So."

S2 : „Ich hab' mal 'ne Frage an Sie: Soll ich Frau ... (nennt den Namen der nächstfolgenden Patientin) in 2 nehmen?"

A1 schaut S2 verwundert an: „Nö."

S2 : „Der ist frei."

A1 : „Nö.", widmet sich wieder der Untersuchung.

S2 verläßt den Raum. ... (48 Sekunden) ...

A1 : „Noch mal einatmen, bitte.-Gut. ... (4 Sekunden) ... Gut, die Leber is ‘n bißchen vergrößert und verfettet, aber sonst ist alles okay.”

P : „Mhm.”

A1 : „Dann könn’ Se sich Ihren Bauch abwischen, ne?”, steht auf, geht zum Schreibtisch, zieht die Jalousien hoch.

P : „Mhm.”, setzt sich auf, reibt sich mit dem Abdecktuch den Bauch ab und schaut A1 an.

A1 geht zum Waschbecken, wäscht sich die Hände und geht zum Schreibtisch, setzt sich und schreibt den Befund.

P steht auf, zieht das OP-Hemd über. ... (20 Sekunden) ... (leise) „Alles klar.- Ich wart’ dann draußen, oder?”

A1 ohne sich P zuzuwenden: „Ja, könn’ Sie gerne machen.”

P verläßt den Raum.

Patient 7

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 18 Minuten)

A1 sitzt am Ultraschallgerät.

P wird von S2 aus der Kabine in den Untersuchungsraum geholt, grüßt.

A1 wendet sich ihm zu, begrüßt ihn ebenfalls.

S2 weist ihn ein.

P legt sich auf die Liege, schaut A1 an.

Ich frage P um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.

P ist einverstanden.

Ich stelle das Gerät ein.

A1 : „Mein Name ist ... (nennt ihren Namen). Ich soll mir mal den Bauch angucken ...”, beginnt mit der Untersuchung, verteilt das Gel auf dem Bauch.

P : „Ja.”, schaut zur Decke.

A1 : „Was ist denn jetzt in letzter Zeit gewesen?”

P : „Äh ...”

A1 : „Was sind jetzt..”

P : „Der Grund ist, äh, daß ich keine Tabletten mehr abkonnte ...”

A1 : „Mhm.”

P : „Und, Magenschmerzen ...”

A1 : „Mhm.”

P : „... beständige und, äh, ich hab’ immer ... (4 Sekunden) ... Fleisch mocht’ ich nich gerne essen..”

A1 : „Wollten Sie nicht mehr?”

P : „... und Geräuchertes.”

A1 : „Mhm. Und dann ham Sie irgendwie angeblich so abgenommen in letzter Zeit?”

P : „Ja.-Über zehn Kilo.”

A1 : „In welcher Zeit?”
P : „Äh, vom 10. April genau.-Da ist meine Frau operiert worden und da hat das denn später wieder abgenommen ... so war das dann wieder in Ordnung.”
A1 : „Mhm.”
P : „... und, äh, ich war immer der Meinung: Das sind wohl die Nerven ...”
A1 : „Mhm.”
P : „... das mit den Magenschmerzen..”
A1 : „Hat man da mal nachge-...”
P : „Ich hab’ das mal untersuchen lassen.”
A1 : „Ja.-Und hat man da mal nachgeguckt gehabt mit dem Magen?”
P : „Äh, man hat mal ei-, äh ...”
A1 : „-Reingeguckt?-Oder überhaupt nicht?”
P : „... ein Ultraschall gemacht.”
A1 : „Ach, so. Mhm.”
P : „1995.” ... (4 Sekunden) ...
A1 : „Ah, ja. Mal den rechten Arm nach oben nehmen, über den Kopf.”

P zögert.

A1 berührt den rechten Arm von P: „Den Arm hoch ...”

P nimmt den Arm hoch.

A1 : „... ja genau.”
P : „Is das rechts?”
A1 : „Ja. ... (4 Sekunden) ... Mal tief einatmen..ja, so, Luft anhalten, stop. ... (6 Sekunden) ... Gut, weiteratmen. ... (4 Sekunden) ... Und Sie sind ja jetzt bei den Orthopäden..”
P : „Ja.”
A1 : „Weshalb sind Sie jetzt bei den Orthopäden, was ist da ...”
P : „Äh, ..”
A1 : „... festgestellt worden?”
P : „... weil ich hier oben in der Hüfte etwas habe, was dort nicht hingehört ...”, zeigt auf seine rechte Hüfte.
A1 : „Ähm.”
P : „... das wird heute mit einem, äh, -äh, Gerätetest gemacht ...”
A1 : „Mhm.”
P : „... und im Oberschenkel rechts genauso ...”
A1 : „Mhm.”... (4 Sekunden) ...
P : „und so einiges in ... in der Wirbelsäule auch.”
A1 : „Ham Sie denn da Schmerzen in der Wirbelsäule gehabt, oder wie ist man darauf gekommen?”
P : „In der Wirbelsäule, ja, in der Mitte aber nur ein Wirbel, der tut ständig weh, aber die, äh, das rechte Bein..., das hab’ ich seit 4 Monaten, also ...”
A1 : „Mhm.”

P : „... Schmerzen, die man wirklich nicht mehr aushalten kann.-Ich nehme nur ..., ich lebe nur von Schmerzmitteln."

A1 : „Ach, je. ... (4 Sekunden) ... Mal den Bauch dick machen, vorstrecken ... ja, ... (7 Sekunden) ... Gut, wieder locker lassen." ... (41 Sekunden) ...

P : „Bauchschmerzen hab' ich auch ..."

A1 : „Ja?-Was ham Sie da für Probleme?" ... (4 Sekunden) ...

P : „Naja, mehr.."

A1 : „Verstopft, ne?"

P : „Ja." ... (4 Sekunden) ...

A1 : „Noch mal einatmen, ... (6 Sekunden) ... gut, wieder aus. ... (7 Sekunden) ... Noch mal einatmen, ... (4 Sekunden) ... gut, weiteratmen." ... (6 Sekunden) ...

P : „Auf der Stelle tat das weh.."

A1 : „Wie ich da eben drüber gefahren bin?"

P : „Ja, ... (7 Sekunden) ...oh, da.", guckt weiterhin zur Decke ... (24 Sekunden) ... „-Gallensteine soll ich auch haben.."

A1 : „Ja, da sind kleine ..."

P : „Das ist aber schon vor 20 Jahren festgestellt ...-hat sich bisher noch nich gerührt."

A1 : „Mhm." ... (10 Sekunden) ...

P : „Und vor 41 Jahren hat man festgestellt, am Leberrand ein weißen Fleck, den hatte damals Ihre Kollegin, Oberarzt, Frau Doktor ... (nennt einen Namen), das war ein wunderbarer Arzt."

A1 (leise): „Das ist ja gut."

P : „... aber dann wurde ..."

A1 : „... ich weiß nicht, wenn Sie den gehabt haben, dann ham Sie den jetzt ganz bestimmt nicht mehr. -Das wäre ja furchtbar."

P lacht: „Äh, ja, oder da hat man ein Panaculi (Anmerkung: unklarer Begriff) gefunden und hat gesacht, so ein Quatsch, und äh, Frau Doktor ... (nennt den Namen einer Ärztin) hat sich damals die Aufnahme mitgenommen, weil sie ..."

A1 : „Aha."

P : „... (unverständlich)"

A1 : „Ja." ... (6 Sekunden) ...

P : „Ja, das is so."

A1 : „Ja, mhm, ...(unverständlich). Einmal auf die linke Seite drehen, bitte, Herr ...(nennt seinen Namen)."

P : „Äh, ich leide unter Drehschwindel. Das geht dann so ab und zu los.."

A1 : „Mhm. Ja, ist gut.-Tut das Bein hier weh?"

P : „Ja."

A1 : „Das tut so weh?"

P : „Mhm."

A1 : „Oberschenkel oder Unterschenkel?"

P : „Oberschenkel."

A1 : „Mhm. ... (42 Sekunden) ... Noch mal einatmen, bitte, Luft anhalten, ... (6 Sekunden) ...weiteratmen. ... (58 Sekunden) ... Diese Verkalkung ist genau neben der Gallenblase, ist irgendwie gar nicht da drin.-Was hat der Doktor ... (nennt den Namen des Arztes) dazu gesagt?"

P : „Äh ...”

A1 : „Das ist also ...”

P : „... alte Geschichte, also ...”

A1 : „Das is ‘ne alte Geschichte, ja ...”

P : „Ja.”

A1 : „... aber das ist kein richtiger Gallenstein in dem Sinne, das ist kein Stein, der in der Gallenblase umherwandelt, sondern das is ‘ne Verkalkung genau daneben ...”

P : „Ja.-Is in der Leber?”

A1 : „Jo.”

P : „Ja?-Das is das, was Frau ...”

A1 : „Ja, ja ...”

P : „Doktor ... (nennt den Namen) festgestellt ...”

A1 : „... ja, das is ‘ne alte Verkalkung, warum auch immer ...”

P : „Damals war ich ja am Bauch operiert, und da wurde TBC festgestellt ...”

A1 : „Mhm.”

P : „Da hab’ ich in Winterburg gelegen ...”

A1 : „Ja.”

P : „... da wurde das festgestellt.”

A1 : „Aha. Mhm, ich würde mal sagen, da is irgendwas Abgekapseltes, was sich dann irgendwie verkalkt hat, ...”

P : „Ja.”

A1 : „... was auch immer das sein mag ...”

P : „Ja.”

A1 : „Das is ‘ne uralte Geschichte, aber es ist kein Gallenstein, das ist nur genau neben der Gallenblase..das sieht so aus..als könnte man manchmal denken, daß es dazugehört, aber ... (4 Sekunden) ... aber da muß man sich keine weiteren Gedanken zu machen, das is nix. ... (5 Sekunden) ... Und wieder zurücklegen auf ‘n Rücken, bitte, langsam ...”

S1 kommt herein, geht zum Schreibtisch, legt Unterlagen auf den Tisch und verläßt den Raum wieder.

P dreht sich langsam um.

A1 : „Ham Sie immer noch den Drehschwindel, wenn Sie sich umdrehen?”

P : „Ja.”

A1 : „... is ja furchtbar.”

P : „Das is ja so, äh, Frau Oberarzt ... (nennt wieder den Namen), jetzt trotzdem das zwei Jahre nur von einem Arzt zum Anderen geschickt worden, aber man hat das Ganze, was man gemacht hat war, Medikamente gegeben ...”

A1 : „Ja.”

P : „... und der Doktor ... (nennt den Namen der Stationsärztin) hat auch gesacht, die nehmen Sie wirklich.-Das is wahrscheinlich ...-Die helfen wirklich.”

A1 : „Ja.”

P : „... für’n Moment, aber es kommt immer wieder.”

A1 : „Ja.”

P : „Und jetzt, äh, bei der Untersuchung, gestern im Haus Nummer 31, war ich sehr intensiv, äh, aufgenommen ...”

Das Telefon klingelt.

S2 nimmt den Hörer auf : „Endoskopie. -Hallo? ... Is sie denn noch ..., ja, dann hol mal wieder ein, ne?-Ja, bitte, Tschüß.”
P (gleichzeitig): „... meinte er, daß er ... (unverständlich). Die Blutgefäße sind wohl in Ordnung..”

S2 legt den Hörer auf.

A1 : „Ja.”
P : „... und die sind alle wunderbar.” ... (4 Sekunden) ...
A1 : „ Mhm, die Gefäße sind verkalkt irgendwie, oder ...?”
P : „Nein, die sind sauber.”
A1 : „Die sind völlig okay?”
P : „Völlig okay.” ... (9 Sekunden) ... , hustet.
A1 : „Also auch hier, wo’s Ihnen weh getan hat, ne? Vorhin, da seh’ ich auch nichts ...”
P : „Mhm.”
A1 : „..Besonderes. ... (5 Sekunden) ... -Magen kann ich hiermit nicht be-...”
P : „Da hab’ ich öfter Schmerzen, da hab’ ich gedacht, vielleicht Bauchspeicheldrüse, aber die sitzt ja schon ‘n bißchen höher ...”
A1 : „Ne, die sitzt hier schon in der Ecke. Noch mal den Bauch dick machen, so vorstrecken, ja ...”
P : „Mhm.”, folgt der Anweisung. ... (4 Sekunden) ...
A1 : „... und wieder locker lassen..” ... (4 Sekunden) ...
P : „... und wenn ich süße Sachen esse, und ich esse sie also sehr gerne, aber dann mit einmal wird mir übel.”
A1 : „Mhm.”
P : „... statt ein Stück Schokolade muß ich immer die Tafel essen, ...”
A1 : „Ja.”
P : „..aber dann hör’ ich auch auf.” ... (4 Sekunden) ...
A1 schaut P an: „Einmal noch zum Abschluß hier auf meine Seite einmal hinsetzten erstmal, vorsichtig, ..dann hier hinstellen, dann sind Sie gleich fertig.- Geht das?”
P setzt sich ganz langsam auf: „Kleinen Moment, bitte.”
A1 : „Ja, ja, klar.-Bleiben Sie sitzen, das hab’ ich ja gesacht.” ... (8 Sekunden) ...
P : „Ich weiß nicht, was das ist ... (unverständlich).”
A1 : „Mhm.- Und wie kommt ..., was machen Sie jetzt, wenn, ...wenn dieser Schwindel kommt?”
P faßt seinen Kopf mit beiden Händen und zieht ihn nach oben: „Das genügt..”
A1 : „Ach, so.”
P : „..dann in dem Moment.- Ist sofort wieder weg.”
A1 : „Ach, so. Ja. Das klingt ja wirklich sehr nach Wirbelsäule, ne?”

P : „Professor ... (nennt einen Namen) meint, das sei ... Durchblutungsstörung hier ...", zeigt auf seinen Nacken.

A1 : „Ja."

P : „... hinten im Gelenk, weil ich das ..."

A1 : „Ja."

P : „... durch den ..., durch die starre Haltung weg krieg'."

A1 : „Ja." ... (4 Sekunden) ...

P : „... (unverständlich)"

A1 : „So, wenn's geht, jetzt einmal hinstellen, bitte.-Hier aufstehn, bitte."

P steht langsam auf.

A1 : „... muß ich mal eben 'n andern Schallkopf nehmen", wechselt den Schallkopf " Geht das im Stehen, oder ...?"

P : „Ja."

A1 : „Gut." ... (15 Sekunden) ...

P : „Das Blut, das Labor war nicht so schlimm, das Cholesterin ist gar nicht so hoch ..."

A1 : „Ja."

P : „... der Spiegel is jetzt gemacht worden, gerade vor zwei Tagen.."

A1 : „Mhm." ... (4 Sekunden) ...

P : „gegen vorher war der, da hatte Frau Doktor ...(den Namen nennend)."

A1 : „Mhm."

P : „... den Spiegel von mir gemacht, nur 263."

A1 : „Oh, ja. Toll."

P : „... aber toi, toi ..."

A1 lacht: „... (unverständlich)"

P lacht auch: „Ja." ... (16 Sekunden) ...

A1 : „Gut.-Bauchspeicheldrüse sieht man eigentlich im Stehen,..normalerweise kann man sie dann irgendwann sehen,..bei Ihnen versteckt sie sich ziemlich. ... (10 Sekunden) ... da seh' ich ja nun auch nichts."

P schaut zum Fenster heraus. ... (36 Sekunden) ...: „Die weiteren Untersuchungen bei Frau Doktor ... (den Namen nennend) waren ..."

A1 ihm das Wort abschneidend: „Waren okay, ne?"

P : „Ja." ... (10 Sekunden) ...

A1 : „Vielleicht untersucht, äh, Sie jetzt Frau Doktor ... (nennt den Namen der Stationsärztin), seine Frau ..."

P : „Mhm."

A1 : „... die macht nämlich hier jetzt ihre ..."

P : „Ja."

A1 : „Ich hab' da so nichts Dramatisches gefunden. Ne. Nichts gefunden."

P : „Dazu muß ich natürlich sagen: Ich bin ein nervöser Typ auch."

A1 : „Ja."

P : „Früher hat man gesagt temperamentvoll.."

A1 : „Mhm."

P : „... und heute sacht man nervös."

A1 lacht: „Ja. Gemein, ne?"
P : „Ja."
A1 : „Dann woll'n wa mal schau'n, was dabei rauskommt, ne? Mit dem Magen.."
P : „Ja, jo."
A1 : „Vielleicht ham Sie 'n Geschwür, oder 'ne Entzündung, was Ihnen das Essen verleidet.-Sie könn' sich dann erstmal wieder anziehen, Herr ... (nennt seinen Namen)."
P : „Gut."
A1 : „... und dann noch 'n Moment im Wartezimmer warten, bis daß Sie fertig sind, ja?"
P : „Ja, danke."
A1 : „Ja, bitte.", steht auf.
P : „Wiedersehn.", reibt sich den Bauch ab.
A1 : „Tschüß. -Geht es?"
P : „Ja.", geht in die Kabine.

A1 setzt sich an den Schreibtisch.

Patient 8
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 7 Minuten)

P kommt mit nacktem Oberkörper aus der Umkleidekabine in den bereits verdunkelten Raum.
A1 und S2 stehen am Schreibtisch und begrüßen den Patienten, der sich direkt auf die Untersuchungsliege legt.
Ich frage ihn nach dem Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P stimmt zu.
S2 blättert die Anmeldeformulare durch und redet dabei leise mit sich selbst.

A1 setzt sich auf den Untersuchungsstuhl: „S , guten Morgen. Mein Name ist ... .Ich soll mal den Bauch untersuchen?"
P : „Ja."
A1 : „So mit Ultraschall?... (7 Sekunden) ... TZ (bezogen auf den Namen), ne?"
P : „Ja."
A1 gibt die Patienten -Daten ein: „Wie heißen Sie mit Vornamen?"
P : „... (nennt seinen Namen)."
A1 : „Und wann sind Sie geboren?"
P : „... (nennt das Datum)."
A1 : „So, jetzt wird's kalt.", gibt etwas von dem Ultraschall-Gel auf seinen Bauch." Was hatten Sie denn für Beschwerden, Herr ..., als sie ins Krankenhaus gekommen sind?"
P : „zuerst Schluckbeschwerden", schaut auf den Monitor.
A1 : „Schmerzen, oder ging es nicht mehr runter?"
P : „Doch, es geht noch alles runter, bloß hier", deutet auf seinen Hals," die Beiden taten weh."
A1 : „Oder daß die Sprache sich 'n bißchen verändert hat?"
P : „Nein,..."
A1 : „... kloßig oder so? ..."
P : „Nein."

A1 (gleichzeitig): „... nö, ne, wie immer gesprochen."
P : „Ja." ... (5 Sekunden)...
A1 : „Das wird noch mal kalt ...-ist es denn auch mal am Hals irgendwas dick geworden oder so?"
P : „Ja, hinten, na, hier", zeigt auf seinen Nacken,"da, der Verschluß hinten im Nacken."
A1 : „Ja, aber so daß sie selber irgendwann gemerkt haben, daß es da so dick geworden ist ..."
P : „Nein, ich ..."
A1 : „Also eigentlich nur die Beschwerden (leise) beim Schlucken?"
P : „Ja. Na, ich hatte keine Schmerzen ..."
A1 : „Beschwerden."
P : „... ja beim Schlucken, daß ..."
A1 : „Schluckbeschwerden."
P : „... also daß ich..mir gedacht, die Mandeln ..."
A1 : „... so wie bei 'ner Mandelentzündung, oder ..."
P : „Ja."
A1: „Mhm. ... (5 Sekunden)... Haben Sie da irgendwie erst irgendwas bekommen gegen Halsentzündung, oder sind ..."
P : „Ne."
A1 : „... gleich hierher geschickt worden?"
P : „Ich bin hier gleich hergeschickt worden."
A1 : „Mal den rechten Arm nach oben machen. ... (10 Sekunden) ... , mal tief einatmen, bitte.... (10 Sekunden) ... noch mal einatmen ..., Luft anhalten ... gut, weiteratmen ..., mal den linken Arm nach oben nehmen, bitte!"
P nimmt den Arm hoch. ... (13 Sekunden) ...
A1 : „... einmal auf die linke Seite drehen, bitte!"

P kommt der Aufforderung nach. ... (58 Sekunden) ...

A1 : „... gut, wieder zurücklegen auf den Rücken, bitte!"
P dreht sich zurück, stöhnt dabei kurz und schaut wieder auf den Monitor. ... (20 Sekunden) ...
A1 : „Mhm ... (30 Sekunden) ...gut, in ihrem Bauch ist soweit alles okay, die Leber is 'n bißchen verfettet ..."
P : „Ja?"
A1 : „... die Gefäße sind 'nen bißchen verkalkt schon, aber sonst ist alles soweit in Ordnung."
P : „Ja."
A1 : „Hier ...", reicht dem Patienten das Abdecktuch,"... mal mit den Bauch abwischen!"

P nimmt das Tuch, reibt seinen Bauch ab und stellt sich vor die Untersuchungsliege.

A1 : „Rauchen Sie stark oder nur so mäßiggradig?"
P : „Nein, wenn ich Ihnen das sage ..., ja, so 20, 25 Stück", schaut A1 an.
A1 : „20, mhm."
P : „Nur hier wird das ..., hier die Langeweile, da raucht man 'n bißchen was."
A1 fällt dem Patienten ins Wort: „... da raucht man wahrscheinlich mehr."
P (gleichzeitig): „... mehr."

A1 : „Mhm.-Ja, das ist klar."
P : „Ich bin jetzt acht Tage hier und das ist jetzt die zweite Untersuchung..."
A1 : „Is ja nervig, ne?"
P : „Ja, dann läuft man durch die Gegend und.."
A1 : „..weiß nicht, was man machen soll.-Ist da schon ein Ergebnis?"
P : „Nein, noch nich."
A1 : „Ist da denn schon 'ne Probe rausgenommen?"
P : „Ja, Proben sind gemacht worden, letzten Dienstag."
A1 : „Ja, ja, und da muß man dann immer erstmal gucken, was so rausgekommen is, ne?"
P : „Ja, ja."
A1 : „Wissen Sie das schon, oder dauert das noch ..."
P fällt ihr ins Wort: „Nein, also ja doch ..., was Bösartiges, das hat man mir schon gesagt."
A1 : „Mhm, ja, das ist ja scheußlich ... -dann zieh'n Se sich mal an wieder, bitte!"
P : „Krieg' ich die Akte gleich wieder?"
A1 : „Die kriegen sie gleich wieder in die Hand, ja."
P : „Ja? Okay, Tschüß."
A1 : „Tschüß",

P verläßt den Raum durch die Kabine.
A1 setzt sich an den Schreibtisch.

Patient 9
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 8 Minuten)

S2 holt P aus der Umkleidekabine.
Ich frage ihn um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
S2 weist ihn ein.
P legt sich mit freiem Oberkörper auf die Untersuchungsliege.
Ich schalte das Aufnahmegerät ein.
S2 verläßt den Raum.
P schaut sich im Raum um.

A1 kommt herein: „Guten Morgen."
P schaut sie an: „Morgen."

A1 stellt sich an das Gerät und gibt die Daten des Patienten ein.(26 Sekunden)
S2 kommt herein, geht zum Schreibtisch, schaut auf den Tagesplan.

A1 : „Wie heißen Sie mit Vornamen, Herr ... (nennt seinen Nachnamen)?"
P : „... (nennt seinen Vornamen), ohne H."
A1 : „Wann sind Sie geboren?"
P : „... (nennt das Datum)."
A1 : „Mhm.-Noch 'n bißchen runter, bitte.", weist auf die Hose von P.

P schiebt seine Hose etwas herunter.

A1 (zu S2): „Machen Sie es noch ‘n bißchen dunkler.”
S2 : „Jaa.”, zieht die Jalousien zu, verläßt den Raum wieder.
A1 : „So, mein Name ist ... (nennt ihren Namen).-Wird kalt.”, verteilt das Gel auf dem Bauch von P und beginnt mit der Untersuchung.
P : „Jou, kenn’ ich schon.”, schaut auf den Monitor.
A1 : „Ja, ne?”
P : „Jou.” ... (121 Sekunden) ...
A1 : „In welcher Zeit ham Sie denn jetzt so abgenommen, Herr ... (nennt seinen Namen)?”
P : „Tja, ... ich glaube seit Anfang Juni ...”
A1 : „Mhm.”
P : „Der Magen hat gestreikt.”
A1 : „Ja.-Einmal auf die linke Seite drehen, bitte.”
P : „Ja.”, folgt der Anweisung, schaut zur Tür. ... (11 Sekunden) ...
A1 : „Könn’ Sie denn jetzt wieder was essen?”
P : „Ja. ... (6 Sekunden) ... Ja, die Appetitlosigkeit war das Schlimmste daran.”
A1 : „Mhm.” ... (6 Sekunden) ...

Die Tür wird auf und direkt wieder zu gemacht. ... (44 Sekunden) ...

A1 : „Und wieder zurücklegen auf’n Rücken, bitte.”

P dreht sich zurück.
S2 kommt herein, legt Unterlagen auf den Schreibtisch, bleibt dort stehen. ... (16 Sekunden) ...

A1 : „Gut, das war’s. Dann könn’ Sie sich den Bauch abwischen.”
P : „Mhm.”
A1 : „Irgendwelche größeren Geschichten hab’ ich nicht gefunden.”, steht auf.
P : „Nein.”, setzt sich auf.

Das Telefon klingelt.

P : „..(leise,unverständliches Wort)”
A1 : „Ja. ... (4 Sekunden) ... -So, Sie können diesen Lappen hier nehmen.”, reicht P das Abdecktuch.

P nimmt das Tuch.

S2 nimmt den Telefonhörer auf: „Endoskopie ... mhm ...”
P (gleichzeitig): „Die Appetitlosigkeit war, glaub’ ich, das Schlimmste.”, wischt sich im Stehen den Bauch ab.
A1 : „Mhm, ja ...” ... (6 Sekunden) ...

S2 (am Telefon): „Wieso meinen Sie jetzt Frau ... (nennt einen Namen)?..Ja, das weiß ich ..., kleinen Moment mal eben, ich geb' Ihnen mal die Frau Doktor, die kann Ihnen da weiter was zu sagen.-Wiederhör'n", reicht den Hörer an A1 weiter.
A1 (am Telefon): „Ja? ..." ... (12 Sekunden) ...

P geht in die Kabine, läßt die Tür offen, zieht sich dort an.

A1 (am Telefon): „... Seit wann hat sie das denn? ... (7 Sekunden) ... Äh, und was machen Sie da? Behandeln Sie so, als hätte sie 'ne Thrombose? ... (6 Sekunden) ...Ja, ... (6 Sekunden) ... mhm, ist das Oberschenkel oder Unterschenkel..Unterschenkel wollt' ich nämlich nich rangeh'n.- Oberschenkel, ja, wenn's nun nicht anders geht ...-Wie heißt sie denn?-Ja, ja, gut. Ja, dann, äh, bestell'n Sie mal bitte in einer Stunde, für elf Uhr 'n Transport, bitte.-Ja, gut. Tschüß.", legt den Hörer auf.
S2 : „Ja."
A1 (leise, zu sich): „Augenblick.." und schreibt im Stehen den Befund ... (46 Sekunden) ...
P schaut aus der Kabine in den Raum: „Krieg' ich Papiere mit?"
A1 (ohne sich umzuwenden): „Sie kriegen das gleich mit, ja."
P : „Gut."
S2 wendet sich P zu: „Sie könn' dann schon mal im Wartezimmer Platz nehmen."
P : „Und dann bringen Sie sie mir?"
S2 : „Ja, dann bringen wir sie Ihnen, ja."
P : „Danke.", verläßt die Kabine und geht ins Wartezimmer.

Patientin 10
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 7 Minuten)

Ich frage die Patientin im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
S2 holt P in die Umkleidekabine.
A1 steht mit dem Rücken zur Tür am Schreibtisch.
Ich schalte das Aufnahmegerät ein.

P schaut aus der Kabinentür: „Soll ich kommen?"
A1 : „Bitte ja.", wendet sich P zu.

P kommt mit freiem Oberköper in den Raum, schaut sich um.

A1 : „So, einmal da drauf legen, bitte, Frau ... (nennt ihren Namen).", verdunkelt den Raum.

P legt sich auf die Untersuchungsliege.

A1 : „Geht das?", setzt sich auf den Untersucherstuhl " Sie hatten jetzt noch keine Chemotherapie gehabt, oder ...?"
P : „Nein ..."

A1 : „..hatten Sie schon mal welche ...?”
P (laut): „Nein.”
A1 : „Ne.”
P : „Zum ersten Mal.”
A1 : „Mhm.” ... (6 Sekunden) ...
P : „Kann ich meine Füße so ...?”, winkelt die Knie an.
A1 : „Ja, so’n bißchen an-...”
P : „Is, äh ...”
A1 : „Na, klar, natürlich, sonst spannt das so, ne?”
P : „Ja.”
A1 : „So, mein Name ist ... (nennt ihren Namen), guten Tag.”, beginnt mit der Untersuchung. ... (6 Sekunden) ... ” Wann war denn die Brustoperation? Wie lange ist das jetzt her?”
P (leise): „15.8.”, schaut auf den Monitor. ... (20 Sekunden) ...
A1 : „Seit wann ist der Bauch denn so dick?”
P : „Das fing an im ... (4 Sekunden) ... April.”
A1 : „Mhm. ... (26 Sekunden) ... Ist das schon mal entlastet worden?”
P : „Ja, ein Mal. (leise) Das waren zwei Liter.” ... (35 Sekunden) ...
A1 : „Wie lang is das denn her mit der Entlastung da, mit der Punktion?”
P : „‘Ne Woche etwa.”
A1 : „‘Ne Woche her. ... (6 Sekunden) ... Und wann soll’s jetzt losgeh’n mit der Chemotherapie?”
P : „Ne, die is gestern ange-...”
A1 : „Ach, is schon angefangen, ah, ja.”
P : „Die eine Spritze die Woch krieg’ ich dann.”
A1 : „Ah, so. ... (20 Sekunden) ... Ham Se Ihre Gallenblase noch?”
P : „Was?”
A1 : „Die Gallenblase?”
P : „Ja. ... (4 Sekunden) ... Ham Sie keine gesehen?”
A1 : „Bis jetzt..”
P lacht: „Ich dacht’..”
A1 : „... muß erstmal suchen, wenn ich sie nicht gleich sehe, frage ich Sie erstmal ...”
P (gleichzeitig und lachend): „-Mit Steinen.”
A1 : „Ja, frag’ Sie, frage ich immer erstmal, weil das sonst ...”
P : „Ja, mit Steinen.”
A1 : „..Mhm. ... (15 Sekunden) ... Mal den rechten Arm nach oben nehmen, über den Kopf, bitte.”
P folgt der Anweisung. ... (18 Sekunden) ...
A1 : „Gut, das war’s.”, lacht ” Dann könn’ Se sich den Bauch hiermit abwischen.”, reicht Ihr das Abdecktuch.
P : „Mhm.”, schaut A1 an.
A1 : „So, und dann drück’ ich die Daumen, daß das was nützt, nich?”, schaut P an.
P : „Die Chemotherapie?”
A1 : „Ja.”
P : „Ja, das is langsam unerträglich, das platzt ja fast.”
A1 : „Ja.”, geht zum Schreibtisch. ... (8 Sekunden) ...

P : „Ich glaube, ich komm' nicht alleine wieder auf die Füße."
A1 : „Okay, ich helfe ..."geht zu P, „Soll ich mal eben ...", faßt P an der rechten Schulter.
P : „Den Arm hier ...", reicht A1 ihre linke Hand „... den Arm bitte hier nehmen."
A1 : „Mhm.", nimmt den Arm und hilft P beim Aufsetzen.
P : „Ah, danke."
A1 : „Bleiben Sie mal 'n Moment hier sitzen, damit Sie sich an die Senkrechte gewöhnen.", geht zum Schreibtisch, setzt sich (mit dem Rücken zu P).
P stöhnt, schaut auf den Rücken von A1. ... (14 Sekunden) ... „Dann setz' ich mich wieder ins Wartezimmer?"
A1 ohne sich umzuwenden: „Das wär' nett, ja."
P : „Okay.", steht auf, wendet sich der Umkleide zu.
A1 : „Jou."
P : „Tschüß."
A1 : „Gut, Tschüß."

P verläßt den Raum durch die Kabine.
A1 schreibt den Befund.

Patient 11
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 8 Minuten)

P kommt aus der Kabine in den Untersuchungsraum, Oberkörper entkleidet.
S2 und A1 sitzen am Schreibtisch, mit dem Rücken zur Tür.
A1 wendet sich ihm zu und begrüßt ihn.
P grüßt zurück und legt sich auf die Liege.
Ich frage um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden. (Er spricht sehr undeutlich.)
Ich schalte das Aufnahmegerät ein.

A1 : „So, Ultraschall kenn' Sie?" setzt sich auf den Untersucherstuhl.
P : „Ja, joa."
A1 : „Gut.", beginnt mit der Untersuchung.
P : „Mehr als genuch.", lacht, verfolgt die Untersuchung auf dem Monitor.
A1 : „Ja? ... (4 Sekunden) ... Und Sie sind jetzt Haus zwölf , das is bei den Nephrologen, ne?"
P : „Ja."
A1 : „Bei den ... und warum sind Sie da?"
P : „Meine Niere funktioniert nich."
A1 : „Seit wann das denn nich?"
P : „Oah, über 'n Jahr. (unverständlich)"
A1 : „Und seit wann ist das bekannt, wie lange ist das schon so?"
P : „Puh, äh, ja das ... äh ..."
A1 : „Erst in diesem Jahr?"
P : „Ne, ne, eher schon ..."
A1 : „Ja."

P : „... seit ‘91.”
A1 : „Mhm. Und weiß man woher das kommt?”
P : „Ne, man weiß da irgendwie gar nichts.”
A1 : „Mhm. ... (7 Sekunden) ... Hat man da mal ‘ne Probe rausgenommen, daraus oder so?”
P : „Nein, ... (unverständlich).”
A1 : „Mal tief einatmen. ... (19 Sekunden) ... Ich soll mir irgendwie jetzt Ihre Bauchspeicheldrüse mal angucken. ... (5 Sekunden) ... Seit wann ist das denn bekannt?”
P : „Anfang des Monats, irgendwann beim Hausarzt ... (unverständlich).”
A1 : „... (nennt einen Arztnamen)?”
P : „Ne, der war woanders für zuständig. Das war ... (nennt einen Namen).”
A1 : „Und wie hat der das rausgekriegt?”
P : „Blutwerte.” ... (5 Sekunden) ...
A1 : „Mhm.”
P : „Labor hat er gemacht.”
A1 : „Mhm. -Mal den linken Arm hoch nehmen, bitte.”
P : „Hoch?”
A1 : „Mhm.”

P folgt der Anweisung.

A1 : „Mal einatmen.-Ham Sie denn auch hohen Blutdruck?”
P : „Nein.” ... (11 Sekunden) ...
A1 : „Mal den Bauch dick machen, vorstrecken, bitte”, räuspert sich, ... (11 Sekunden) ... „wieder locker lassen.”
P : „Is sie das da?”, meint eine Struktur, die er auf dem Monitor sieht.
A1 : „Das is sie, ja.-Da..”, markiert zur Anschauung mit einem Sternchen „...’n bißchen, von da bis da.”, räuspert sich mehrmals ,” Frosch verschluckt.- Einmal nochmal den Bauch dick machen, bitte, ... locker lassen. ... Wie hoch war denn Ihr Creatinin-Wert?”
P : „Erst sieben, dann heute bei fünf.”
A1 : „Mhm. Und Dialyse bis jetzt abwenden können?”
P : „Ja, da liegt aber jetzt ‘n Shunt.”
A1 hustet: „Für alle Fälle. ... (25 Sekunden) ... Einmal hier auf meine Seite hinstellen, bitte.”
P : „Hinstellen?”
A1 : „Ja, mal gucken, ob man hier die Bauchspeicheldrüse jetzt besser sieht.”

P stellt sich und schaut nun auf den Monitor am Gerät. ... (54 Sekunden) ...

A1 : „Also, irgendwelche größeren Veränderungen sind an der Bauchspeicheldrüse nicht zu sehen. ... (28 Sekunden) ... Gut, das war’s. Dann könn’ Sie sich Ihren Bauch abwischen mit diesem Lappen hier.”, steht auf.
P : „ Der oder der?”, zeigt auf Abdecktuch und Unterlage.
A1 : „Egal, komm’ beide in die Wäsche.”, zieht die Jalousien hoch und setzt sich an den Schreibtisch.
P : „Gut.”, steht auf und reibt sich den Bauch ab.
A1 : „Sie kriegen zwei, unser Service hier.”

P : „Kommen wieder frisch auf..”
A1 : „Ja, ...”, lacht ”... das is so. (lachend) Is ziemlich ... (unverständliches Wort).”
P lacht, legt das Tuch zurück auf die Liege.
A1 (leise): „So, ich schreib’ den Befund, bringe Ihnen den gleich nach draußen. (lauter) Wenn Sie noch mal ‘n Moment dann bitte im Wartezimmer Platz nehmen.”
P : „Ja.”
A1 : „Ich bring’ Ihnen das dann gleich raus, ja?”
P : „Gut, ja, danke.”
A1 : „Ja, bitte, Tschüß.”

P verläßt den Raum durch die Kabine.
A1 schreibt den Befund.

Patient 12
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 10 Minuten)

Ich frage die Patientin im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
S2 bittet P in die Umkleide.
Ich schalte das Aufnahmegerät ein.
A1 sitzt am Ultraschall-Gerät.
P kommt aus der Umkleide in den Untersuchungsraum.

A1 : „So, Sie müssen bitte einmal den Bauch frei machen.”
P : „Ja.”, legt sich hin.
A1 : „‘N Stück noch nach oben rutschen, bitte,” weist auf die Liege.
P : „Ja.”, folgt der Anweisung, schaut auf den Monitor, auf dem noch kein Bild zu sehen ist.
A1 : „So, ... Hose bitte runter, Hemd hochzieh’n bitte.”

P schiebt seine Hose etwas herunter und das Hemd hoch.

A1 : „Leider wird’s ‘n bischen kalt.”
P : „Das macht nichts. Ich hab’ schon mein Morgen-Spaziergang hinter mir ...”
A1 : „Ja.”
P : „..also, ich geh ja gern durch die Gegend.”
A1 : „Machen Sie? ... (7 Sekunden) ... So, mein Name ist ... (nennt ihren Namen), wird kalt.”, verteilt das Gel auf dem Bauch.
P : „Ja.”
A1 : „Wie das Wetter.”
P : „Kennen wir schon.”, lacht.
A1 : „Bei Ihnen ist ein Tumor in der Blase festgestellt worden?”
P : „Ja.”
A1 : „Seit wann wissen Sie das denn, seit..”
P : „Ich weiß es jetzt seit guten zehn, elf, zwölf Tagen.”

A1 : „Mhm.- Was ham Sie denn für Beschwerden?”
P : „Also, ich hatte zu Anfang das Gefühl, über ‘ne ganze Zeit hinweg, hatte ich, äh, das Gefühl, ich hätte mir die Blase und Nieren erkältet ...”
A1 : „Mhm.”
P : „... nie irgendwas damit gehabt, noch nie.”
A1 : „Mhm.”
P : „Ich bin denn zum Hausarzt, und der hat mir dann Tarivit verschrieben, und dann über Tage wurde es besser, sogar ‘ne Zeit Ruhe, und dann ging das wieder los..”
A1 : „Mhm.”
P : „... und dann hatte er mir ‘n anderes Antibiotikum verschrieben, er sachte, vielleicht ham wir nicht alles erwischt..und .., äh, das wurde dann auch nicht besser, im Gegenteil, dann fing es an, daß da Blutbeimengungen waren.”
A1 : „Mhm.”
P : „Dann bin ich wieder zu meinem Hausarzt und habe mich dann zum Urologen, zu Frau Doktor ..(nennt den Namen) überwiesen, ...”
A1 : „Mhm.”
P : „... und die hat mich dann auch gründlich untersucht, hat auch gleich ‘ne Blasenspiegelung gemacht, am gleichen Tag, ne?”
A1 : „Mhm.”
P : „... und die sachte, da is irgendwas drin, was nich darein gehört ...”
A1 : „Mhm.”
P : „... und hat mich dann also gleich zu sämtlichen Ärzten geschickt, daß die Kontrastmittel mit Nieren und, ähm, CT und..”
A1 : „Mhm.”
P : „... also ich war eine Woche lang nur unterwegs.”
A1 : „Auf Achse.”
P : „Nur auf Achse, mit Arztbesuchen”
A1 : „Mhm.” ... (5 Sekunden) ...
P : „Und dann hatte sie auch gesacht, das hat kein Sinn mehr; und hat mich dann auch freundlicherweise gleich hier ...”
A1 : „Ach, so. Mhm.”
P : „..und dann bin ich halt, seit Montag bin ich hier.” ... (9 Sekunden) ...
A1 : „Und CT ist auch schon gemacht worden?”
P : „Jaa, is gemacht worden.” ... (6 Sekunden) ...
A1 : „CT vom, äh, ganzen, gesamten Bauch, oder..?”
P : „ Also Oberbauch und Unterbauch, also..”
A1 : „Ja.”
P : „... vom ganzen Thorax ...”
A1 : „Ja. Mhm.” ... (4 Sekunden) ...
P : „Also, auf der linken Seite wurde dann noch festgestellt, daß da die ... Niere gestaut ist.”
A1 : „Mhm. ... (17 Sekunden) ... Sonst irgendwelche Beschwerden gehabt, irgendwie ...?”
P : „Überhaupt nich.”
A1 : „Kein Gewicht abgenommen, oder sowas..”
P : „Nein, gar nichts.-Ich bin immer so dünn..”
A1 : „Ja?”

P : „Ja, ...immer so um die 50 Kilo, immer. Das is mein Normalgewicht."
A1 : „Mal den linken Arm hoch nehmen, bitte."
P : „Mhm.", folgt der Anweisung. ... (13 Sekunden) ...
A1 : „Mal einatmen, ... (6 Sekunden) ... weiteratmen, einmal auf die linke Seite drehen, bitte."
P : „Mhm.", dreht sich auf die Seite, schaut in Richtung Tür. ... (91 Sekunden) ...
A1 : „So, wieder zurücklegen auf den Rücken, bitte."
P : „Mhm.", dreht sich zurück, schaut wieder auf den Monitor. ... (13 Sekunden) ...
A1 : „Wann soll die Operation denn gemacht werden?"
P : „Am Montag."
A1 : „Mhm. ... (6 Sekunden) ... Ham Sie denn immer noch Schmerzen da unten?"
P : „Nein, jetzt nur von dem Eingriff, den ich letzten Montag jetzt hatte."
A1 : „Ja.-Da hat man nur 'n Stück raus getragen, ne?"
P : „Ja, 'n Stück rausgezogen. ... Was heißt Schmerzen, das is halt so, als wenn man so Monatsbeschwerden hat, so ..."
A1 : „Das zieht so?"
P : „Mhm." ... (41 Sekunden) ...
A1 : „Einmal noch zu mir dreh'n, bitte."
P : „Mhm.", dreht sich, schaut A1 an. ... (21 Sekunden) ...
A1 : „Gut, okay, das war's. Dann könn' Se sich den Bauch abwischen mit diesem Lappen.", reicht P das Abdecktuch.
P : „Mhm.", reibt sich den Bauch ab, setzt sich auf. ... (6 Sekunden) ...
A1 : „Ja, dann wünsch' ich viel Erfolg bei der Operation, nech?..."
P schaut A1 an: „Wünschen wir uns ..."
A1 : „Daß Sie das gut überstehen, ne?"
P : „... wünschen wir uns alle."
A1 : „Ja, gut.", steht auf, zieht die Jalousien hoch und setzt sich an den Schreibtisch, P zugewendet: „Also Sie soll'n denn noch zum Knochen-Szintigramm heute?"
P : „Ja.", steht auf " Um zehn is das."
A1 : „Ja, is um zehn. -Sie könn' sich dann wieder anziehen."
P : „Ja."
A1 : „Ich schreib' den Befund. -Warten Sie dann gleich?"
P : „Ich geh' dann so lange ins Wartezimmer.", geht in die Umkleide-Kabine, zieht sich an.
A1 : „Das wär' nett, ja. Mhm.", schreibt den Befund.
P kommt wieder herein (leise): „Meine Schuhe."
A1 (ohne sich umzuwenden): „Ja, das würden Sie irgendwann merken ..."
P : „Ja, würde ich merken ... (unverständlich).", nimmt sich ihre Schuhe, die neben der Liege stehen.
A1 : „Mhm."

P verläßt den Raum durch die Kabine.

Patientin 13
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 13 Minuten)

Ich frage die Patientin im Wartezimmer um Einverständnis.
P ist einverstanden.
S2 bittet P in die Umkleide-Kabine.
A1 sitzt am Ultraschall-Gerät und gibt die Daten ein.
S2 bittet P in den Untersuchungsraum.
P kommt mit freiem Oberkörper in den Untersuchungsraum.
S2 weist sie ein und verläßt den Raum.
P liegt auf der Untersuchungsliege.
Ich schalte das Aufnahmegerät ein.

A1 steht auf: „So.", zieht die Jalousien herunter, setzt sich auf den Untersucherstuhl: „Wie geht es Ihnen Frau ... (nennt den Namen von P)?"
P schaut A1 an: „So weit ganz gut."
A1 : „Ja?"
P : „Doch." ... (13 Sekunden) ...
A1 : „Wie heißen Sie mit Vornamen?"
P : „... (nennt ihren Vornamen), mit doppel-T."
A1 gibt die Daten in den Computer. " Geboren am?"
P : „... (gibt das Datum an.)." ... (8 Sekunden) ...
A1 : „ Ich soll mir den Bauch und den Hals angucken, ich fang' mit 'm Bauch an ..."
P : „Ja." ... (4 Sekunden) ...
A1 : „Könn' Sie das noch'n Stück runter ...", weist auf die Hose.
P : „Ja, natürlich.", schiebt die Hose etwas herunter.
A1 : „... dann komm' ich besser ...", räuspert sich ... (4 Sekunden) ... „Sind Sie jetzt extra aus Neu-Strelitz gekommen?"
P : „Ich arbeite hier. ... (unverständlich)."
A1 : „Ah, so.", beginnt mit der Untersuchung.
P : „Mhm, direkt in der Nähe.", schaut auf den Monitor.
A1 : „Ja."

S2 kommt herein, setzt sich an den Schreibtisch, spricht leise mit sich selbst.

A1 : „Mal tief einatmen. ... (19 Sekunden) ... Den linken Arm mal nach oben nehmen."
P : „Ja, mhm..", zögert, (zu sich selbst) " ... das is links.", folgt der Anweisung.
A1 : „Mhm. ... (7 Sekunden) ... Mal den rechten Arm über den Kopf nehmen."
P : „Mhm.", nimmt den Arm hoch.
A1 : „Und dann nochmal einatmen, bitte. ... (7 Sekunden) ... Weiteratmen.", räuspert sich, ... (18 Sekunden) ... "Wie lange ist das jetzt her, daß das festgestellt wurde?"
P : „Das wurde 1996 festgestellt, im Juni."
A1 : „Aha, Sie selber festgestellt?"
P : „Nein, festgestellt hab' ich das schon 1995..."
A1 : „Mhm."
P : „... da bin ich dann von Arzt zu Arzt geschickt worden ..."
A1 : „Mhm."
P : „... (unverständlich) nichts gefunden, und dann wurde ... (unverständlich)."

A1 : „Ah, ja."
P : „... noch mal geguckt, und dann hat man das festgestellt."
A1 : „Was hatte man denn zuerst gedacht, was das war? Was hatten sie gesacht?"
P : „Naja, da sacht man Erkältung.."
A1 : „Ah, ja, das Typische."
P : „Ja, das Typische. Und zum Schluß war das dann die Psyche oder so."
A1 : „Ja, die Psyche is es dann immer, ne?"
P : „Ja. -Alter ab 50 und so.."
A1 : „Ja, so kann man das auch machen."
P : „Ja, so kann man das auch noch seh'n ..."
A1 : Ja."
P (immer leiser werdend): „... wenn man irgendwelche Probleme hatte, ... nach der Scheidung ... (unverständlich)."
A1 : „Ja. ... (4 Sekunden) ... Hatten Sie denn so Nachtschweiß, oder sogar ...?"
P : „Nachtschweiß. Ich war total überlastet ..."
A1 : „Ja."
P : „... schlecht geschlafen ..."
A1 : „Mhm. Ham Sie auch an Gewicht abgenommen?"
P : „Nein."
A1 : „Das nich. Waren nur insgesamt schlapp und ..."
P : „Ja, insgesamt war ich total schlapp... (4 Sekunden) ... Übelkeit ..."
A1 : „Mhm."
P : „... ich war ständig heiser ..." ... (4 Sekunden) ...
A1 : „Mhm. So fast unerklärliche Beschwerden, oder so ...?"
P : „Ja, ja. Mhm.-Ich war fast jeden Monat so Grippe-krank, ... praktisch 19 Monate, ... Kopfschmerzen, Halsschmerzen ..."
A1 : „Ja. Ham Sie irgend'n Myom?"
P : „... (unverständlich)", lacht.
A1 lacht: „Mhm, ham die irgendwas gefunden-ne, ne?"
P : „Ne, das weiß ich nich."
A1 : „Ne, ist gut."
P : „Ich mußte ja erstmal wieder hier her ... (unverständlich)"
A1 : „Ah, so. Einmal auf die linke Seite drehen, bitte."
P : „Mhm.", dreht sich, schaut in Richtung Tür." 'Ne Frage: Kann man auch was sehen?-Ich hab' hier 'ne Stelle, die tut so schrecklich weh, aber das is jetzt vielleicht auch nur von Schulterschmerzen her ...", zeigt auf ihre linke Hals-Nacken-Seite " ... das is mehr so diese, ... so dieses, ... als hätte ich 'ne Maus drin. Ich hab' aber auch so komische Gelenkschwellungen und Schmerzen.."
A1 : „Guck' ich gleich auch nochmal.."
P : „... mal hier und mal da ..."
A1 : „So springend?"
P : „Mhm."
A1 : „... nachher mal gucken, wenn ich den andern Schallkopf nehm', ne?"
P : „Mhm." ... (23 Sekunden) ...
A1 : „Gut, wieder zurücklegen auf 'n Rücken, bitte."

P : „Mhm.”, folgt der Anweisung.
A1 : „Den linken Arm nach oben nehmen, bitte, ... (19 Sekunden) ... einatmen, bitte, ... (6 Sekunden) ... gut, im Bauch sieht alles okay aus.”
P : „Ja?”
A1 : „Ja.” ... (6 Sekunden) ... (zu sich): „Schallkopf wechseln ...”
P : „‘N Stück runter?”, meint weiter zum Fußende zu rutschen für die Halsuntersuchung.
A1 : „Ne.-Die Kette müßten Sie mal abnehmen, wenn’s geht ...”
P : „Ja.”, nimmt die Halskette ab, legt den Kopf zur Untersuchung in den Nacken, schaut so zur Decke.
A1 : „Ja?”, schallt den Hals ... (155 Sekunden) ... ” Das Ganze war links am Hals oder rechts?”
P : „Das Ganze war links am Hals, und hier war ein Lymphknoten.”, zeigt hinter das linke Ohr.
A1 : „Mhm. ... (37 Sekunden) ... Ich seh’ nix, auf beiden Seiten nicht.”
P : „Mhm.”
A1 : „Dann könn’ Sie sich hiermit abwischen..”, reicht ihr das Abdecktuch ”... und wieder anzieh’n.”, steht auf, zieht die Jalousien hoch, setzt sich an den Schreibtisch.
P : „Gut,” reibt sich mit dem Tuch Bauch und Hals ab, steht auf, geht in die Kabine, läßt die Tür dort offen.

A1 setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund.

P guckt in den Raum: „Soll ich draußen warten, oder ...?”
A1 (ohne sich umzuwenden): „Das wär’ nett. Ja?”
P : „Ja, gut, schönen Dank. Tschüß.”
A1 : „Ja, bitte, Tschüüß.”

P verläßt den Raum durch die Kabine.

Patientin 14
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 13 Minuten)

Ich frage die Patientin im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
S2 holt P, die ihren Oberkörper in der Umkleide-Kabine frei gemacht hat, in den Untersuchungsraum.
A1 steht am Waschbecken begrüßt P.
P grüßt zurück.
Ich schalte das Gerät ein.
S2 verläßt den Raum.

A1 : „So, legen Sie sich bitte dahin.”, setzt sich auf den Untersucherstuhl.
P : „Ja.”, legt sich auf die Liege.
A1 : „So, es wird kalt.”, verteilt das Gel auf dem Bauch.
P : „Mhm.”

A1 : „Moment ...", steht auf, verdunkelt den Raum, setzt sich wieder " Mein Name ist ... (nennt ihren Namen).-Das letzte Mal hat Doktor ...(Name eines Kollegen) Sie gesehen?"

P : „Bitte?"

A1 : „Das letzte Mal hat, glaub' ich, Doktor ... (Wiederholt den Namen) Sie gesehen."

P : „Ja, das ..."

A1 : „So.", beginnt mit der Untersuchung.

P : „Ja.", schaut auf den Monitor ... (5 Sekunden) ...

A1 : „So, ham Sie irgendwelche Beschwerden? Tut irgendwas weh?... Irgendwas Neues?"

P : „Nein, ist eigentlich nichts Neues."

A1 : „Ja. ... (26 Sekunden) ... Ham Sie zur Zeit noch irgendwelche Therapie, oder so?"

P : „Äh, nein, ..es wird immer kontrolliert."

A1 : „Ja. ... (7 Sekunden) ... Mal den rechten Arm nach oben nehmen, bitte."

P : „Mhm.", folgt der Anweisung. ... (7 Sekunden) ...

A1 : „Und wann war die Operation im Bauch, wie lange ist das jetzt her?"

P : „Ein Jahr ... (4 Sekunden) ...Vorigen Jahr, Januar."

A1 : „ Ja. ... (8 Sekunden) ... Ham Sie hiermit denn noch irgendwelche Probleme?"

P : „Äh, eigentlich nicht, ich hab' 'ne Ureterschiene drin ..."

A1 : „Ja."

P : „... und ich weiß nich, ob das alles raus is ..."

A1 : „Die liegt da, aber das läuft noch nicht richtig ab, ne?"

P : „Nein?"

A1 : „... das is ja immer noch 'n bißchen gestaut ..."

P : „Mhm."

A1 : „... nur wenn Sie damit Probleme haben.."

P (leise): „Mhm, hab' jetzt aber keine Probleme ..."

A1 : „Ne, ne, eben. Aber, wenn Sie Probleme haben ..."

P : „Mhm."

A1 : „... muß man nochmal überlegen ..."

P : „Muß man sie nicht rausnehmen?"

A1 : „Ich weiß es nicht, was die Urologie sagt ... (unverständlich)."

P : „Mhm. Ich hab' auch besser als vorher, ..kann ich Urin lassen, nur Durchfälle hab' ich regelmäßig."

A1 : „Ja?"

P : „Ja., (leise) immer ... seit der Darm (unverständlich)." ... (6 Sekunden) ...

A1 : „Hat man den ganz mit rausgenommen gehabt?"

P : „Ja." ... (7 Sekunden) ...

A1 : „Nochmal einatmen, Luft anhalten, ... (9 Sekunden) ... gut, weiter." ... (16 Sekunden) ...

P : „In der Leber hab' ich 'n kleines Hämatom?"

A1 : „Hämangiom, ja, 'n kleines."

P : „Was?"

A1 : „Hämangiom."

P : „Wie heißt das bitte?"

A1 : „Häm-ang-iom, aber im Prinzip ist das sicherlich harmlos, ne?"

P : „Mhm."

A1 : „Das ist gutartig."

P : „Ist das größer geworden?"

A1 : „Das war ‘n Zentimeter", schaut in die Unterlagen, liest (leise) " ..ich weiß es jetzt nicht so auswendig, ... (lauter) ich kann’s nich genau sagen, ... ja, 1,2/1,3 ... weiß ich nich genau, ... kommt drauf an, wie man ‘s erwischt."

P : „Ja." ... (5 Sekunden) ...

A1 : „1,2 - so hatte ich das damals auch schon gemessen."

P : „Mhm."

A1 : „Aber das ist harmlos. (zu sich, leise) ... so, ... ja,1 Zentimeter ... so rum. ... (4 Sekunden) ... (zu P, lauter) Mal den linken Arm nach oben nehmen., bitte."

P : „Mhm.", nimmt den Arm hoch. ... (5 Sekunden) ... „Da soll irgendwie ‘ne Zyste gewesen sein?"

A1 : „Mhm. ... (6 Sekunden) ... Mal tief einatmen, bitte. ... (14 Sekunden) ... Luft, Luft, Luft. ... (8 Sekunden) ... Einmal zu mir rüberdrehen, bitte."

P dreht sich auf die rechte Seite und versucht, die Untersuchung auf den Monitor am Gerät zu verfolgen. ... (4 Sekunden) ...

A1 : „Mal einatmen, weiteratmen, ... (9 Sekunden) ... Also, mit der rechten Niere mit der Schiene, das müßten Sie nochmal mit Doktor ... (nennt den Namen des Urologen) abklären, was der da machen will. Ich weiß nicht, ... (unverständlich)"

P : „Ja?"

A1 : „Aber ist nicht schlimm ..."

P : „Ist der Stau noch da?"

A1 : „Der Stau ist noch da, ja. ... (6 Sekunden) ... Zurücklegen, bitte."

P dreht sich zurück. ... (6 Sekunden) ...

A1 : „Einmal auf die linke Seite dreh’n, bitte."

P dreht sich auf die Seite, schaut in Richtung Tür. ... (21 Sekunden) ...

A1 : „Mal einatmen, ... gut, wieder aus, ... (7 Sekunden) ... und nochmal wieder zurücklegen auf’n Rücken.- Im Bauch seh’ ich da nix."

P dreht sich zurück, schaut wieder auf den Monitor. ... (5 Sekunden) ...

A1 (zu sich, leise): „Für’n Unterbauch mal eben ‘n ander’n Schallkopf nehmen ...", wechselt den Schallkopf.

P : „Was gucken Sie jetzt?", schaut A1 an.

A1 : „Da guck’ ich jetzt nochmal den Unterbauch mir mit an genau ..."

P : „Mhm.", schaut wieder auf den Monitor. ... (19 Sekunden) ...

A1 : „Nochmal einatmen, ... gut, wieder aus. ... (23 Sekunden) ... Gut , dann könn’ Se sich den Bauch abwischen mit dem Lappen da.", weist auf das Abdecktuch.

P : „Welcher?"

A1 : „Ja, ruhig den da, ja genau. Das Handtuch da.", steht auf.

P reibt sich kurz ab, steht ebenfalls auf und legt das Tuch auf die Liege.

A1 : „Schon alles trocken?", mustert den Bauch " Gut. -Ich seh da noch 'n bißchen was", weist auf noch nicht weggewischtes Gel, reicht P das Tuch.

P wischt das Gel weg, legt das Tuch zurück.

A1 : „Gut, im Bauch is viel Luft drin, von der Niere hab' ich Aufnahmen gemacht ... (unverständlich), sonst Leber und so, alles soweit in Ordnung."
P : „Ja?"
A1: „Ich schreib das eben auf.", setzt sich an den Schreibtisch.
P : „Ja?"
A1 (wendet sich P zu): „Wenn Sie dann draußen warten ..."

P verläßt den Raum durch die Kabine.

Patientin 15
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 15 Minuten)

Ich frage die Patientin, die in ihrem Bett auf dem Flur liegt, um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
A1 und S2 kommen aus dem Untersuchungsraum, begrüßen P und schieben das Bett in den Raum.
Ich schalte das Aufnahmegerät ein.

A1 nimmt sich den Anmeldebogen vom Schreibtisch, setzt sich auf den Untersucherstuhl: „So, Frau ... (nennt den Namen von P), mein Name ist ... (nennt ihren Namen)."
P : „Mhm", schaut A1 an.
A1 : „Ich werd' mir mal gleich den Bauch angucken."
A2 (ein junger Kollege) kommt herein: „Na?"

P schaut ihn an.

A1 : „Na.", schaut ihn an " Na, Mensch du auch wieder da!"
A2 setzt sich auf den Schreibtischstuhl neben A1: „Mhm.- Und du hast nichts gesehen bei Herrn ... (nennt den Namen eines vorher untersuchten Patienten), bei der ...?"
A1 : „Ne."
A2 : „Komisch, ne?"

P verfolgt das Gespräch und schaut beide Ärzte im Wechsel an.

A1 : „Nicht so recht was.-Also, ich meine, er hatte, ähm, wie mir das, äh, geschildert hat, äh, hat er ‘ne heftige Gastroenteritis wohl gehabt, mit Durchfall und Erbrechen, das war wohl initial das, womit das anfing ..., äh, und mit richtig wässrigen Durchfällen, und jedesmal, wenn er was trinkt ..., das hat er jetzt auch wieder, ... dann hätte er also fürchterlich erbrochen und dann hätte ihm das dann da oben weh getan, ... weiß nicht, ob das ...-So in Ruhe geht’s ja einigermaßen, ne? Nur, wenn er sich bewegt, ... also das’n erheblich bewegungsabhängiger Schmerz, und, äh, ... durch’s Brechen ..., ob er sich da irgend’ne Rippe angeknackst hat ...- ich weiß es nich ...”

A2 : „Ich hab’ ihn jetzt angemeldet für Montag, aber ...”

Ein Pieper piept.

A2 : „Hast du ‘n neuen Pieper?”, holt seinen Pieper heraus ...(unverständlich)?”

A1 : „Mhm?”

A2 : „Warst du das?”

A1 : „Ne. Wer hat da angepiept?”

A2 : „3403, ...kenn ich nich.”

A1 : „3403, ...das ist die Chirurgie, glaub’ ich, oder?”

A2 : „Aha.”, steht auf, geht zum Schreibtisch, nimmt den Telefonhörer und antwortet auf den Pieper: „Na? ... Ja. ... (unverständlich). Ja. ... Ja?... Tschüß.”, legt den Hörer wieder auf, „Das war’s.”

A1 : „Hä?”

A2 lacht: „Tschüß.”, geht zur Tür.

A1 : „Tschüß.”

A2 verläßt den Raum.

A1 (zu P): „So, dann will ich mal gucken, Frau ... (nennt namen von P). Einmal das Hemd hoch machen, bitte.”, liest vom Anmeldebogen die Daten und gibt sie in den Computer.

P schiebt ihr Hemd hoch.

A1 : „Ja”, steht auf, verdunkelt den Raum. ... (7 Sekunden) ... ” Sekunde mal eben, geht sofort los.”, verläßt den Raum.

P schaut ihr nach, sieht sich anschließend im Raum um, wartet. ... (183 Sekunden) ...

A1 kommt herein: „So, ...” setzt sich auf den Untersucherstuhl, „ ... es wird mal kalt auf’m Bauch”, verteilt das Gel auf dem Bauch und beginnt mit der Untersuchung.

P schaut auf den Monitor. ... (40 Sekunden) ...

A1 schaut auf den Anmeldebogen, dann wieder auf den Bildschirm am Gerät: „Mal einatmen, ... und wieder aus. ... (34 Sekunden) ... Mhm.- Geht das mit dem Wasserlassen, klappt das?”

P : „Ja.”

A1 : „Keine Probleme? ... (65 Sekunden) ... Mal einatmen, ... (5 Sekunden) ... gut, wieder aus, ... (16 Sekunden) ... nochmal einatmen, ..weiteratmen, ... (16 Sekunden) ... nochmal einatmen..”, stellt sich hin und untersucht im Stehen weiter ... (5 Sekunden) ... ” Wie groß sind Sie, Frau ... (nennt Namen von P)?”

P : „1,54.”

A1 : „Mhm. ... (30 Sekunden) ... Könn’ Sie sich einmal auf die linke Seite dreh’n, ja, geht das?”

P folgt der Anweisung.

A1 : „Ja, prima. ... (23 Sekunden) ... Gut, wieder locker, ... wieder zurücklegen.”

P dreht sich zurück.

A1 : „Sie haben wahrscheinlich nur eine Niere, ...”

P : „Äh..”

A1 : „..aber da sind Se ja auch ganz gut mit zurecht gekommen mit der, ne?”

P : „Ja.”

A1 : „Keine Probleme gehabt, ne?”

P : „Ne.” ... (4 Sekunden) ...

A1 : „Die ist dafür denn auch ‘n bischen größer. ... (26 Sekunden) ... Gut, das war’s.”, hilft P beim Abwischen des Bauches ” So. ... (7 Sekunden) ... Dann könn’ Se sich wieder zudecken.- Ich glaube, es ist schon alles abgewischt, oder? So, einigermaßen trocken? Sonst wischen Sie selber nochmal.”, steht auf, nimmt das Anmeldeformular, setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund.

P reibt sich den Bauch weiter ab, deckt sich wieder zu und schaut auf das Standbild am Monitor. ... (61 Sekunden) ...

A1 dreht sich zu P : „So, dann nehm’ ich Sie mal wieder mit nach draußen”, steht auf, löst die Bremsen des Bettes und schiebt P aus dem Raum, „Sie werden dann wieder runter gebracht, ne? - Gut”, kommt zurück in den Raum, setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund zuende.

Patient 16

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 20 Minuten)

Ich frage den Patienten im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.

P stimmt zu.

S1 bittet ihn in den Raum.

P legt sich angezogen auf die Liege und schaut sich im Raum um.

S1 sitzt am Schreibtisch und blättert in den Anmeldebögen, leise mit sich selbst redend.

OA betritt den Raum: „Guten Tag", geht zur Untersuchungsliege, schüttelt P die Hand,"... mein Name ist ... (seinen namen nennend), guten Tach, wie heißt du?"

P : „... (nennt seinen Namen)."

OA : „... (den Namen wiederholend) ...-... (Den Namen erneut wiederholend)?"

P : „... (den Nachnamen nennend)."

OA : „... (den Nachnamen wiederholend), ah ja. Du warst schon öfter hier, nich?"

P : „Ja, ...schon länger her."

OA: „Schon lange her, mhm", geht zum Schreibtisch, fragt S1: „Wo ist die Anmeldung?", schaut sich den Anmeldebogen an, (zu S1) „Haben Sie da die Vorbefunde von?"

S1 : „Ja.", weist auf die Unterlagen.

OA : „Ham Sie auch die Akte da?"

S1 : „Ja, ja."

OA murmelt, während er in der Akte blättert, unverständlich, hält die 'alten' Bilder gegen das Licht, verdunkelt den Raum, zu P: „Weißt du so in etwa, wann du das letzte Mal bei uns warst?"

P : „Stationär war ich '94, aber ob da auch 'ne Sonographie war ..."

OA : „Ich hab' hier noch Bilder von '92 und dann direkt noch Bilder auch von '93 ..."

P : „Aber, ähm, da gibt's Bilder, ich bin ja Leber transplantiert."

OA : „Mhm.", setzt sich auf den Untersucherstuhl und erhöht die Untersuchungsliege ein wenig, „... wurde in Hannover gemacht?"

P : „Ne, Hamburg."

OA : „Hamburg. Aha.-Wie lange ist das her?"

P : „'82."

OA : „Ah, ja."

P : „Im Dezember."

OA : "Mhm.-Wie geht es dir denn jetzt?"

P : „Jetzt wieder ganz gut, aber sonst war ich krank.."

OA : „Mach' mal bitte die äußere Hose 'n Stück runter, damit der Bauch mal richtig frei ist."

P schiebt die Hose etwas herunter und den Pullover hoch.

OA : „Was nimmst du für Medikamente am Tach?"

P zählt 3 Medikamenten-Namen auf.

OA nach jedem Medikamenten-Namen: „Ja."

OA : „'Ne ganze Menge, ne?-Und bekommt dir so ganz gut?"

P : „Ja, eigentlich schon. Kann man wohl aushalten."

OA : „Jetzt wird's mal kalt auf dem Bauch, nicht erschrecken.", verteilt das Gel auf dem Bauch und beginnt mit der Untersuchung. ... (10 Sekunden) ... "So, mal tief einatmen ... (8 Sekunden)... mal 'n dicken Bauch!"

P streckt seinen Bauch vor und folgt den Bildern am Monitor.

OA : „Was ist der Grund jetzt für die erneute Einweisung?"

P : „Ähm, ja, die Gallengänge sind erweitert."

OA : „Ah, ja."

P : „... nun soll da ‘ne Drainage gelegt werden ...”
OA : „Ja.-Hast du da Schmerzen davon, oder ist es durch Laborwerte aufgefallen?”
P : „Ja, Laborwerte, dann die Erweiterung der Gallenwege ...”
OA : „Mit Ultraschall?”
P : „Mit Ultraschall, mhm.”
OA : „Ja?”
P : „Ja, Juckreiz und Fieber.”
OA : „Bitte mal ganz tief einatmen ... (6 Sekunden) ... nochmal wieder ‘n ganz dicken Bauch machen ... (14 Sekunden) ... bitte mal anhalten die Luft.” ... (11 Sekunden) ...

S1 steht auf und sortiert die Unterlagen im Stehen.

OA : „Die Erweiterung der Gänge ist vom Hausarzt gesehen worden?”
P : „Ne, UKE, und zwar ..., der Name ...”, überlegt.
OA : „... nochmal tief einatmen ...-Warst du da bei Frau Dr. ... , in der Inneren? Weißt du das zufällig?”
P : „Ne, bei Herrn ... (einen anderen Namen nennend).”
OA: ” Ah, ja...nochmal ‘n dicken Bauch!” ... (7 Sekunden) ...
P : „... das wurde auch schon zweimal nachoperiert jetzt, die Gallengänge ...”
OA : „Was ist da gema-..., operiert worden?”
P : „Einmal wurde der Anschluß an die Leber neu gelegt ...”
OA : „Jaa.”
P : „... und einmal wurden,..wurde der Gallengang, der erweitert war, operiert.”
OA : „... auch mit dem Endoskop?”
P : „Ne, richtig mit OP.”
OA : „Ah, ja.-Nochmal tief einatmen. ... (7 Sekunden) ... und nochmal tief einatmen, Luft anhalten ... (10 Sekunden) ... So,die Milz angucken, ... tief einatmen ... (5 Sekunden) ... nochmal dicken Bauch ... (10 Sekunden) ... dreh’ dich nocheinmal zu mir herum”
P folgt der Aufforderung.
OA : „... jawoll, ...Arme ruhig mit rum nehmen, ...tief einatmen ... (5 Sekunden) ...so, einmal stop, ... weiter ruhig atmen ... (14 Sekunden) ... weiteratmen ... (13 Sekunden)... -Hast du irgendwie Probleme mit dem Essen ... oder geht das gut so? ...”
P : „Ja.”
OA : „Guten Appetit?”
P : „Jau.”

S1 verläßt den Raum.
P schaut ihr nach und richtet dann wieder den Blick auf den Monitor.

OA : „Wieder einmal tief einatmen ... (12 Sekunden) ...einmal die Luft anhalten.... (19 Sekunden) ... so, bitte mal zurücklegen ... dauert alles ‘n bißchen länger , aber nach so’ner Operation kann man sich auch im Ultraschall nicht so leicht orientieren.- Die Sicht ist an sich gut.-Die Bauchspeicheldrüse gucken wir jetzt ... (7 Sekunden) ....ist in Ordnung ..., die Milzvene kann man hier sehen, auch fein. ... (5 Sekunden) ... jetzt kann man in Farbe auch gucken ..., die Flußrichtung auch definieren : Rot ist zum Schallkopf hin ... und blau ist

vom Schallkopf weg, die höheren Geschwindigkeiten haben dann die helleren Farbtöne, ... die Leber angucken, ... die Pfortader ... (10 Sekunden) ...so mal bleiben, kleinen Moment, stop ...-gut, ... Foto machen davon, ... (12 Sekunden) ... damit wir genau sehen, ob die Blutgefäße auch richtig durchströmt sind ...-wieder halt.-Rot ist zur Leber hingehend die sogenannte Pfortader, die die Leber versorgt mit Blut ... (5 Sekunden) ...'n Moment warten bis das Bild ausgedruckt ist ... (5 Sekunden) ... und wieder tief einatmen ... (7 Sekunden) ... mal noch die Blutströmung auf anderer Seite messen - mal ausatmen..-Erschrick' dich nicht - da gibt's gleich ein Geräusch.", schaltet die akustische Doppler-Signal-Verarbeitung an... (19 Sekunden), „so mal bleiben, bitte... (6 Sekunden) ... schön, weiteratmen ..., nochmal wieder Luft holen, ausatmen und dann halt einatmen und dann 'nen Moment anhalten ..., okay, ganz prima ...(10 Sekunden) ...gut, du machst das richtig gut.-Viele, die können die Luft nicht so richtig anhalten, da fängt man immer wieder von vorne an. ... (5 Sekunden) ... Hier die Blutströme noch mal genau ausmessen -in Zentimeter pro Sekunde. -Sind auch völlig normale Werte.", ... (10 Sekunden) ... OA räuspert sich laut.., „eine zweite Messung zur Kontrolle, mal so bleiben einen Moment ... (11 Sekunden) ... gut ... (7 Sekunden) ... okay ... (5 Sekunden) ... einmal noch anhalten, bitte ... (12 Sekunden) ... bitte mal ganz tief einatmen..,wieder ausatmen, Luft anhalten ... (38 Sekunden) ... einmal noch einatmen, dann guck' ich die Nieren noch einmal an ... (9 Sekunden) ... okay ... (10 Sekunden) ... Stell dich bitte noch einmal abschließend hier hin, auf diese Seite, vor mich hin.", zeigt P, wo er sich hinstellen soll.

P stellt sich vor OA hin und schaut zur Seite auf den Monitor am Gerät.

OA : „Okay. ... (12 Sekunden) ... Wer hat dich operiert? Professor ..."
P ergänzt: „... (nennt den Namen des Operateurs)"
OA : „... (den Namen wiederholend). Mhm. ... (11 Sekunden) ... Gut, dann bist du fertig.-Putz' dich gründlich mit dem Tuch ab."
P : „Mhm.", folgt der Aufforderung.
OA steht auf: „... dann kannst du wieder ..."
P (ins Wort fallend): „Und wie weit sind jetzt die Gallengänge? Ham Sie gemessen, oder?"
OA : „Die sind in der Leber etwas erweitert und wahrscheinlich ist die Ursache so zentral aufgrund der zusammengekommenen ... Leberhilus an der Leberpforte. ... (8 Sekunden) ... dann kannst'e dich gleich wieder anziehen und 'n Moment im Warteraum Platz nehmen."
P : „Ja."

OA öffnet die Jalousien und setzt sich an den Schreibtisch.

P : „Und wohin soll das Handtuch?", hält das Abdecktuch hoch.
OA : „Weiter da hinten.", weist auf den Abwurf beim Waschbecken , steht auf, „Ich hol' mal eben die Bilder", verläßt den Raum.

P legt das Tuch in den Abwurfbehälter, verläßt ebenfalls den Raum und nimmt im Wartezimmer Platz.

Patient 17

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 10 Minuten)

Ich habe den Patienten im Wartezimmer um Einverständnis gefragt.

S1 holt ihn in den Untersuchungsraum, weist ihn ein, gibt seine Daten in den Computer und unterhält sich mit ihm.

P legt sich mit freiem Oberkörper auf der Liege. S1 setzt sich an den Schreibtisch.

OA kommt herein.

Ich schalte das Aufnahmegerät ein.

OA : „Schönen guten Tag."

P : „Hallo."

OA: „Mein Name ist ... (nennt seinen Namen).-Es tut mir leid wegen der Verspätung."

P : „Schon gehört.-Ich bin Herr ... (nennt seinen Nachnamen)."

OA geht zu Liege: „Sie liegen da etwas unbequem, vielleicht sollten wir das höher machen?-Sie haben auch Überlänge, nich?", stellt erst die Liege insgesamt und dann das Kopfende höher.

P : „Joa."

OA : „Finden Se , oder nich?"

P : „Ja, eins einundachzig is keine ..."

OA unterbricht P: „Dann sieht das im Prinzip nur so aus. Passen Se auf, Sie können auch noch ‘n bißchen nach oben; die Schuhe können da ruhig drauf."

P : „Ja?", rückt etwas zum Kopfende.

OA : „So sieht’s ‘n bißchen besser aus.-So,", schaut im Stehen den Anmeldebogen an,"... noch einmal in die Akten gucken ...", geht zum Schreibtisch.

S1 (leise) zu OA : „Hier die Bilder von ‘84."

OA zu S1: „... war da zuletzt da?"

S1 : „Ja, ja, genau. ... (6 Sekunden) ... -Er war bei Frau ... (Namen nennend) zum Vorgespräch.."

OA : „Ja."

S1 : „Und, äh, die sagte mir gerade eben, es könnte sein, wenn Sie jetzt nichts weiter finden, daß er sich dann noch mal in der Chirurgie vorstellen sollte. Er ist nämlich schon mal operiert worden."

OA : „Wo ist das ...", sucht in den Akten.

S1 : „Das hab’ ich nicht, das hat."

OA zu S1, sie unterbrechend: „Holen Sie dann Frau Doktor ... (den Namen nennend) freundlicherweise einmal dazu?", verdunkelt den Raum, zieht seinen Kittel aus,hängt ihn an den Haken hinter dem Schrank und setzt sich auf den Untersuchungsstuhl zu dem Patienten.

S1 : „Ja, ja", verläßt den Raum.

OA zu P: „Ich seh zu, daß diese Kollegin, mit der Sie schon gesprochen haben,vielleicht noch einmal dazu kommt, ja?-Falls sie gerade frei ist..-Aber damit ich Sie kennenlernen kann, Sie vielleicht mit Ihren Worten nochmal einmal Ihre Problematik oder Ihre Beschwerde."

P : „Ich habe ja ..., im Jahr ‘95 ging das los ..."

OA : „Ja."

P : „... und dann hat der Doktor .. (nennt einen Namen) dreimal punktiert und danach hat sich immer die Flüssigkeit gesammelt ...”

OA : „Ja.”

P : „... immer auf dieser Seite.”, zeigt zur rechten Seite.

OA : „Ja.”

P : „Und jetzt sind die Beschwerden auf dieser Seite ...”, zeigt genauer auf die rechte Seite des Bauches.

OA : „Ja.”

P : „... und das ist immer wie ...”

OA unterbricht P: „Was ist denn überhaupt damals operiert?-’Ne große Narbe hier ...”, zeigt auf die Narbe oberhalb des Bauchnabels.

P : „Pankreaskopf entfernt und da wurde der Gallengang verlegt ...”

OA : „Ja.”

P : „..., zum Zwölffingerdarm gelegt ...”

OA : „Ja.-Was lag dem Ganzen zugrunde -als Erkrankung?”

P : „Das war ‘ne übele Pankreasentzündung ...”

OA : „Ja”

P : „Über Jahre hinweg, ein Jahr lang hab’ ich Antibiotika bekommen ...”

OA : „Ja.”

P : „... dann wurde ich operiert ...”

OA : „Ja.”

P : „... und jetzt geht’s, und dadurch das die ganze Geschichte jetzt so’n bischen durcheinander is ...”

OA : „Ja”

P : „Der Doktor ... (den Namen nennend) sagt, er konnte nicht darstellen , wo der gelegen hat ...”

OA : „Ja.”

P : „..jetzt hab’ ich hier rechts, irgendwas is da ..., na, da.”

OA : „Wenn ich da drücke, tut das dann weh?”, tastet mit seinen Händen auf dem Bauch des Patienten.

P : „Ja. -Also heute Nachmittag ...”

OA : „..’ne Verkrampfung?... (6 Sekunden) ... kann allerdings weh tun.-So, jetzt nehm’ ich mal den Schallkopf ..., wird etwas kalt ...”, nimmt den Schallkopf und verteilt das Gel auf dem Bauch.

P : „Ich hatte schon mit ihm gesprochen.-Er sachte, jedes Mal, wenn ich den Arm rauf nehme... (unverständlich) ... dann zog’s da ...”

OA : „Ja ...-bitte mal tief einatmen ..., ganz dicken Bauch machen und möglichst dann den Bauch ... (9 Sekunden) ... -War der Befund, äh , mehr im Pankreaskopf weggenommen?”

P : „Ja.”

OA : „Aha.-Hatten Sie auch ‘ne Zyste gehabt?”

P : „Ja, ... das war alles so Gewebe, das da sich breit gemacht hatte.”

OA : „Ja.-Mal anhalten einen Moment, ... (12 Sekunden) ... ganz normal weiteratmen. ... (8 Sekunden) ... Bitte mal tief einatmen . ... (8 Sekunden) ... Ist der Gallengang wieder an der Leberpforte wahrscheinlich fest-... angenäht, ne?”

P : „Die Leberpforte, die ...”

OA dem Patienten zuvorkommend: „... oder, äh, also an der ... am Gallengang?"
P : „Ja."
OA : „Ja, ja.-In der Nähe der Leber, ...äh, weil 'n Teil da weg operiert ist ... ja."
P : „Ich hatte auch 'ne Entzündung bei der Operation ...", schaut auf den Monitor.
OA : „Aha, ... mhm, nochmal bitte tief einatmen ..., dicken Bauch machen. ...(4 Sekunden) ... Jetzt noch einmal zu mir drehen, auf die Seite drehen."
P dreht sich zum OA hin und schaut ihn an.
OA : „..einatmen, bitte. ... (6 Sekunden) ... nochmal wieder 'n dicken Bauch ... (23 Sekunden) ... gut, können Sie sich mal bitte hinstellen? So weit, daß der Bauch da ... -da steht", zeigt P, wo genau er sich hinstellen soll.

P stellt sich vor den Oberarzt und blickt auf den Monitor am Gerät.

OA : „Wie ist es mit'm Appetit, ist der so ganz okay?"
P : „Ja."
OA : „... locker lassen den Bauch..-Ist der Magen mal nachgeguckt worden auch?-Spiegelung, oder ..."
P : „Ne... , in letzter ..."
OA : „... in der letzten Zeit, im Rahmen dieser Beschwerden, die Sie jetzt haben?"
P : „Ne."... (13 Sekunden) ...
OA : „Mal einatmen. ... (16 Sekunden) ... Ham Sie mit Blähungen zu tun?"
P zögernd: „Jaa." ... (7 Sekunden) ...
OA : „Nur nochmal nicht atmen 'n kleinen Moment. ... (18 Sekunden) ... Stop nochmal bitte, ja.-Ihre Beschwerde mehr hier oben", zeigt mit dem Schallkopf, "oder mehr ... dort am rechten ...?"
P zeigt mit dem Finger: „Mhm, hier meist, aber da oben auch manchmal."
OA : „Ja. ... (13 Sekunden) ... Stop, bitte."
P : „Ja."
OA : "Ist eine Magenspiegelung jetzt auch noch vorgesehen, wissen Sie das?"
P : „Ne.-Im Grunde nicht.-Der Doktor ... (einen Namen nennend) ... hat mich heute auch erstmal hierher ..."
OA : „Ja.."
P : „... und erst abwarten, und dann eventuell auch noch auf die Gespräche, weil er das ... -dieser Narbenbruch muß ... auf jeden Fall entfernen wollte."
OA : „Ah, a."
P : „An dem 14. sollte der.."
OA : „Ah, ja.-Gut, denn können Sie sich jetzt schon mal abputzen mit dem großen Tuch."

P nimmt das Tuch von der Liege und reibt sich im Stehen ab.

OA stellt sich vor den Patienten: „Ich hab' so nichts Besonderes gefunden ..., aber die Sicht ist auch nicht ganz einfach ... - jetzt die ganze Luft im Bauch ... und denn ..."
P : „Ja."
OA : „... Vor-Operationen ..., aber ich hab' hier nich ... -keinen auffälligen, irgendwie beunruhigenden Befund sehen können ..."

P : „Das is ja schon mal gut ...”
OA : „Wenn Ihre Beschwerden nicht weggehen, sollte man ‘ne Magenspiegelung zumindest mit im Sinn behalten.”
P : „Ja.”
OA : „... bevor man‘ne Operation macht ...-ist ja heute ‘n kleiner Eingriff ..., kann man auch ‘ne Spritze geben, wo man dann ‘n Moment schläft während der Untersuchung ...-Es gibt da diesen Keim im Magen-das weiß man erst seit ‘n paar Jahren-, der Entzündung er-..., hervorruft, den könnte man behandeln, wenn man eine solche Magenschleimhautentzündung hätte ...”
P : „Ja.”
OA : „... so daß man das als Ursache ausschließen sollte ... das Andere ist ja dann ‘ne sehr spezielle Überlegung mit der Hernie und dem Bruch ...”
P : „Ja.”
OA : „-Aber ich würd’ im Zweifelsfall erstmal meinen, daß ich das empfehlen sollte.”
P : „Gut.”
OA : „Wenn Sie dann noch vorher machen ...?
P : „Mhm.”
OA : „Ja. ...Gut, dann können Sie sich schon mal anziehen...”, geht zum Waschbecken und wäscht sich die Hände.
P : „Mhm, ja.”, wirft das Tuch in den Abwurf.
OA : „Ich mach’ Ihren Bericht dann fertig.”
P : „Das ist gut.”, geht in die Kabine, schließt die Tür.

OA setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund.

Patient 18

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 9 Minuten)

P gibt mir im Wartezimmer das Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
OA sitzt am Schreibtisch.

S1 bittet P herein: „So, Herr ...(Namen nennend), dann können Sie sich einmal dahin legen.”, weist auf die Untersuchungsliege.
P : „Reicht das so?”, meint seinen freigemachten Oberkörper.
S1 : „Das reicht so.”
P : „Ja.”, setzt sich auf die Liege.
S1 : „Ihre Schuhe können Sie anlassen.”, wendet sich zum Schreibtisch.
OA zu S1: „Wenn Sie dies mal mitnehmen wollen, das brauchen wir alles nicht.”, steht auf und reicht S1 Unterlagen.
S1 : „Ja, das wundert mich.”
OA zu S1 unverständlich.
S1 : „Ach so, ja.”, steht am Schreibtisch.
OA geht zu P, schüttelt ihm die Hand: „Schönen guten Tag, ich bin der ...”
P : „Tach..”

OA : „..mein Name ist ... (Namen nennend).-Ich soll einmal die Nieren, Gefäße und die große Hohlvene angucken.", verdunkelt den Raum.

S1 zu P: "Machen Sie einmal bitte die obere Hose noch auf, den Gürtel."

P : „Ja.", tut wie ihm gesagt.

S1 : „... und schieben den runter."

P schiebt die Hose etwas herunter.

S1 verläßt den Raum.

OA setzt sich auf den Untersucher-Stuhl, zu P: „Was haben Sie denn selbst überhaupt gemerkt?"

P : „Wie bitte?"

OA : „Was ham Sie selbst von Ihrer Niere überhaupt gemerkt?-Wahrscheinlich gar nichts?"

P : „Nein."

OA : „Und weshalb sind Sie zum Arzt gegangen?-Das macht man ja nicht freiwillig, wenn man.."

P unterbricht OA: „Normalerweise macht man das nicht, äh..ich.., ich hatte Blasenkrebs, äh, seit, äh, Zweiund-..."

OA : „Ja."

P : „-neunzig."

OA : „Ja?"

P : „Dezember."

OA : „Ach so, dann hat man die Nieren mit nachgeguckt?"

P : „Ja."

OA : „Mhm.-Die Hose mal ‘n bißchen weiter noch runter, die Äußere, den Gürtel mal ‘n bißchen nach unten."

P schiebt die Hose weiter herunter, schaut auf den Monitor.

OA : „Gut so.", beginnt mit der Untersuchung und verteilt das Gel auf dem Bauch. ... (14 Sekunden) ... „Bitte mal tief einatmen, dicken Bauch machen." ... (21 Sekunden) ...

P : „Darf ich mal ausatmen?"

OA : „Ja, bitte-immer von alleine, nich?-Nicht zu lang anhalten.-Nochmal tief einatmen, dann immer wieder weiteratmen. ... (6 Sekunden) ... weiteratmen ..., nochmal ‘n dicken Bauch, ... (10 Sekunden) ..."

P atmet laut aus.

OA : „Ja.- Wieder einatmen, ... (13 Sekunden) ... nochmal wieder einatmen, tief einatmen, stop ... (6 Sekunden) ... jetzt mal bitte auf die linke Seite ...", räuspert sich,"... nochmal bitte tief einatmen ... (17 Sekunden) ... einatmen ..., stop ... (4 Sekunden) ... weiteratmen ... (17 Sekunden) ...dicken Bauch machen, einatmen ... (9 Sekunden) ... jawoll, nochmal wieder tief atmen ... (11 Sekunden) ...weiteratmen ... (10 Sekunden) ... nochmal wieder ‘n dicken Bauch machen ... (23 Sekunden) ...nochmal ‘n dicken Bauch, bitte, tief einatmen... (12 Sekunden) ...weiteratmen ... (9 Sekunden) ...nochmal einmal einatmen, anhalten, ’n Moment mal ... (5 Sekunden) ...-Ist Ihnen ‘ne Zyste schon längere Zeit ..."

P : „Ja, ..."

OA : „... bekannt?”
P : ”... ist mir bekannt, ja.”
OA : „Wie lange ungefähr schon?”
P : „Ja, seit ..., eigentlich seit, äh, meinem Krebsbefall.”
OA : „Ah, ja.”
P : „Das war ja..”
OA : „Ja.”
P : „... alles fast dasselbe.”
OA : „Hier sieht die nicht aufregend aus.”
P : „Nein?”
OA : „Nochmal tief einatmen.-Die is so’n bißchen septiert, also hat so kleine Unterteilungen, so daß das wie eine kleine Weintraube aussieht, in Teilbereichen.”
P : „Ja?”
OA : „Nichts Ernstes.”
P : „Mhm.”
OA : „Nicht so ganz glatt ...-da ist man immer ‘n bißchen vorsichtig, wenn man dann sowas hat, aber..ich glaube.., daß ich dann das mit den Urologen noch besprechen werde, und die Voraufnahmen ...”
P : „Ja.”
OA : „So mal bleiben nochmal, ... (11 Sekunden) ... ausatmen ..., etwas mehr einatmen ..., stop ... (5 Sekunden) ...-Gut, jetzt drehen Se sich mal bitte genau anders rum.”
P dreht sich auf die rechte Seite, die Arme hält er dabei vors Gesicht.
OA : „Ultraschall-Untersuchung kennen Sie ja schon?”
P : „Ja.”
OA : „Mal tief einatmen ... (11 Sekunden) ... -Ist das für Sie eher eine Beruhigung oder eher eine Beunruhigung, wenn so Untersuchungen gemacht werden?”
P : „Ähm ..., beunruhigt mich nicht, absolut nicht.”
OA : „Zunächst einmal, wenn Sie einen Termin haben ...”
P : „Ja..”
OA : „Mhm, wenn es dann gemacht ist, ist es auch wieder eine ...”
P : „Doch is es wohl schon. Ja.”
OA : „..dann ist es danach wieder ‘ne ... Sicherheit für Sie auch.”
P : „Ja.”
OA : „Mhm.-Dann legen Sie sich bitte einmal noch zurück.”

P dreht sich wieder auf den Rücken und schaut auf den Monitor. ... (11 Sekunden) ...

OA : „Einmal bitte einatmen ... (11 Sekunden) ... mal einatmen, bitte ... (12 Sekunden) ... gut, das wär’s schon.-Sie können sich bitte mit dem Tuch gründlich abputzen...”, weist auf das Abdecktuch, steht auf.
P : „Ja.”, nimmt das Tuch, setzt sich auf und reibt sich den Bauch ab.
OA : „..und dann schon wieder anziehen .. .-ich hole eben noch die Bilder, und dann können Sie den Befund gleich wieder mitnehmen. Ja?”, geleitet P in die Kabine, „gut.”

P schließt die Kabinentür.

OA wäscht sich die Hände und setzt sich an den Schreibtisch.

Patientin19

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 18 Minuten)

Ich bitte die schwerhörige Patientin, die in ihrem Bett auf dem Flur auf die Untersuchung wartet, um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.
S1 schiebt P mit Bett in den Untersuchungsraum.
OA sitzt am Schreibtisch.

S1 : „So.", schließt Zimmer- und Kabinentür, geht zum Gerät.
OA dreht sich zu S1: "Das ist schon an."
S1 : „Ach, so, das ist doch wieder so - wird 's doch wieder so gemacht?"
OA geht zum Gerät und schaltet an den Knöpfen: „Aber wir sollten ..., im Grunde is es ja,im Grunde is es, daß ich's erstmal ausschalte... und jetzt geht es."
S1 : „Ah, so.", verdunkelt den Raum.
OA zu P: „Guten Tag."
P : „Tag."

OA schaut sich den Aufnahmebogen an, geht nochmal an den Schreibtisch.

S1 zu P (laut): „So, machen Sie dann einmal 'n bißchen den Bauch frei?"
P : „Ja.", schiebt die Bettdecke herunter und versucht das Hemd hochzuziehen.
S1 hilft P: „Das auch mal so'n bißchen zur Seite ... ich zieh' mal hier ..., mach den Popo mal hoch, machen Sie den Po mal hoch ...-ja, so ist gut.", zu OA: „Moment, die Akte hab' ich hier hin gelegt", weist auf den Beitisch neben dem Gerät, zu OA: „So, da.", reicht ihm die Akte.
OA (leise): „Jou.", mit dem Untersuchungsstuhl zu P rollend: „Frau ... (nennt ihren Namen), was ham Sie denn für Beschwerden?"
P : „Ach, eigentlich ..."
OA : „Ham Sie Bauchschmerzen?"
P : „... gar keine mehr."
OA : „Hatten Sie Bauchschmerzen?"
P : „Deswegen war ich nämlich eingeliefert."
OA : „Weswegen sind Sie gekommen?... (7 Sekunden) ...Weswegen sind Sie zu uns gekommen?"
P : „Die Bauchbeschwerden hat mein Sohn angesagt, und die hab' ich, wenn ich schon zuviel gegessen hab'."
OA : „Aha."
P : „Ja."
OA : „Und Sie selbst.."
P : „Der Bauch is in Ordnung."
OA : „Ah, ja.-Und weswegen sind Sie denn überhaupt gekommen?"

P (nach 4 Sekunden): „Fragen Se mich zuviel."
OA : „Hat Ihr Sohn das verabredet?"
P : „Das müssen die ja unten wissen."
OA : „Aber ich würd's so gerne von Ihnen mal hören."
P : „Ich weiß es nicht. ... Ich lieg hier schon 'n halbes Jahr drin ..."
OA : „Mhm.", wendet sich dem Gerät zu: „... (nennt den Nachnamen der Patientin), nich?"

S1 leise und unverständlich zu OA.

OA gibt die Daten in den Computer: „Vorname?"
S1 antwortet: „... (Namen nennend)"
P (nach 3 Sekunden): „Ich höre auch sehr schwer."
OA : „Und Geburtstag, bitte."
P : „Hab's Hörgerät.."
S1 : „... (Geburtsdatum nennend)."
OA : „Mhm.", beginnt mit der Untersuchung.

S1 knotet den Wäschesack zu, kommt an den Schreibtisch und verläßt den Raum.

P : „Da."
OA : „Da is es unangenehm?"
P : „Mhm."
OA : „Bitte mal **tief** einatmen."
P : „Da nich, nur rechts."
OA : „Ham Sie mit dem Herzen irgendwelche Probleme, oder geht das?... (4 Sekunden) ... (lauter) Ham Sie was mit dem Herzen, oder ist das in Ordnung?"
P : „Bitte?"
OA : „Ist was mit dem Herz nich in Ordnung?"
P : „Ja, 'n bißchen auch. ... (6 Sekunden) ... ja, das Alter ist ja auch da ... (10 Sekunden) ... ja, mein Sohn ...(4 Sekunden) ..."
OA : „Mhm?-Was is mit Ihrem Sohn?"
P : „... wie zwei Augen ...", schaut auf den Monitor.
OA : „Ah so, ja. Ah, ja, auf dem Bildschirm meinen Sie, nich?"
P : „Ja, ich will nach Hause."
OA : „Ja."
P : „Dann seh' ich mein süßen Hund."
OA : „Was für eine Rasse?"
P : „Zwerchpudel."
OA : „Zwerchpudel. Ah, die ..., die können sich in 'ner Stadtwohnung ganz gut aufhalten, nich?"
P : „Wie bitte?"
OA (lauter): „Die können das in der Wohnung ganz gut aushalten, die Zwerchpudel."
P : „Joa. ... (4 Sekunden) ... Mein Sohn wohnt ja auch da ..., nich in der selben Wohnung, aber ..."
OA : „In der Nähe."

P : „... im selben Haus ... und jetzt is er ja bei Ihnen, ne?”
OA : „Mhm.-Einmal bitte nich atmen.”
P : „Der is sehr tierlieb: Der hat noch zwei Vögel und im Garten zwölf Fische.”
OA : „Aha.-Is er ja voll beschäftigt damit.”
P : „Nä, der is (unverständlich)..bei Karstadt.”
OA : „Was macht der bei Karstadt?”
P : „Verkäufer, aber schon über 30 Jahre.”
OA : „In welcher Abteilung denn?”
P : „Lebensmittel ...”
OA : „Lebensmittel, ah, ja.-Mal einmal nich atmen.”
P ,der Anweisung nicht folgend: „...’n kluger Kopf ...-da kommt die Mutter nich mehr mit.”
OA : „Aber hat der von der Mutter irgendwann mal geerbt, nich?”
P : „Das sind so ... (unverständlich).”
OA : „Was?”
P (leise): „... Englisch kann er perfekt, französisch liest er ..”
OA : „Mhm.” ... (6 Sekunden) ...
P murmelt etwas (unverständlich).
OA : „Einmal wieder bitte nich atmen.”
P , ohne die Anweisung zu beachten: „Ich will nach Hause.”
OA : „Ja, das is verständlich.”
P : „Ham uns ... -stilljelegt soll ich werden ...”
OA : „Ja?-Bitte mal tief einatmen ... (3 Sekunden)... Sind Sie mal früher an der Galle operiert?- Ist die Gallenblase ...”
P : „Weiß ich nich mehr, mein Leben is so lang ..., aber ich glaube nich. ... (4 Sekunden) ... wenn man vier Kinder großgezogen hat ...”
OA : „Ja?”
P : „... und alle was jeworden sind, da hat man ganz schnell ...”
OA : „Da hat man ja nich Zeit, so viel an sich selbst zu denken.”
P : „Vier Jungs, und mein Mann gefallen.”
OA : „Ah, je.”
P : „Da hab ich sie alleine groß gebracht ...”
OA : „Mal tief einatmen, ... (22 Sekunden) ... ganz normal weiteratmen.”
P : „Bitte?”
OA (lauter): „Normal weiteratmen.”
P : „Aber woanders bringen Se mich doch nich noch hin?”
OA : „Warum denn?”
P : „Ja, weil Se eben gesacht ham:’Galle’ oder ...”
OA : „Also das können wir hier ja untersuchen, nich?”... (7 Sekunden) ...
P : „Einer von meinen Söhnen, der gibt das Kommando an, daß Se da achten soll’n und jenes.”
OA : „Mhm. ... (4 Sekunden) ...-Wie alt sind Sie denn jetzt genau?”
P : „Wie der Sohn heißt?”
OA : „Ne, wie alt Sie sind.”
P : „Wie ich heiße?”
OA (laut): „Ne, wie alt Sie sind.”

P : „Wie alt?-Ja, was denken Se denn?"
OA : „Ja, ich denk' mir da schon was, ich wollt von Ihnen ..."
P : „Ik bin 'ne Berlinerin."
OA : „Ja, es steht hier ja auch Jahrgang elf.-Ich kann mir das schon ausrechnen ..., da sind Sie schon?"
P : „Nervös werd' ich nich."
OA : „Ja, mhm."
P : „Aber der Knopf, der ist auch nich gerade warm.", guckt auf den Schallkopf. ... (4 Sekunden) ...
OA : „Aber sonst ist die Untersuchung ja nicht **so** schlimm, nich?"
P : „Wissen Se, wann ich froh bin?"
OA : „Ne?"
P : „... wenn ich aus'm Krankenzimmer raus bin."
OA : „Ja, das sagen ja Viele."
P : „Die Andern, die stell'n sich an bei jedem ... (8 Sekunden) ... Trara."
OA : „Ham Sie denn gerne so mit Luftnot auch zu tun?"
P : „Wie bitte?"
OA : „Ham Sie mit Luftknappheit vielleicht zu tun vom ..."
P : „Nö, ich, gar nich."
OA : „Nehmen Sie ein Herzmittel ein?"
P (gleichzeitig): „Ich hab' 'n großen Garten.."
OA : „Ja?"
P : „... da möcht' ich hin."
OA : „Mhm. Gut."
P : „... und wieder auf mein Fahrrad sitzen."
OA : „Ah, ja. ... (4 Sekunden) ... einen Moment."
P : „Ich soll ja heute entlassen werden, ne?"
OA : „Das wär' ja schön."
P : „Aber, wo Se drücken,tut's..-**Iih**, ist das matschig.", faßt mit einer Hand in das Gel.
OA : „Ja, das brauchen wir für unseren ..."
P (leise): „Das is ja schleimig.."
OA : „Sie könn' auch 'ne neue Serviette kriegen von mir.", reicht P eins der Abdecktücher,"Bitte schön."
P : „Oh, Thank you very much.-Was is denn das?"
OA : „'ne große Serviette."
P : „Aha.-Ja, das kann man brauchen."... (5 Sekunden) ...
OA : „So, die Gallenblase hab' ich jetzt ein kleinen Blick gehabt, auf dem Bauch.-Ist doch schon operiert, nich?... (4 Sekunden) ... in früheren Jahren.."
P : „Wenn man älter wird, wird wohl gar nichts mehr sagen ..."
OA : „Batterie is vielleicht erschöpft."
P : „Ist da alles kapputt, was Sie da überall rumgucken.."
OA : „Ne.-Ne, ne."
P : „Wie sieht'n das aus im Bauchraum?"
OA (teils gleichzeitig): „Sieht gut aus.-Bin jetzt auch fertig mit dem Bauch."
P : „Wie bitte?"

OA (laut): „Ich bin fertig jetzt mit der Untersuchung.-Also, ich hab' keine Bedenken, daß Sie bald nach Hause kommen, nich?"

P : „Heute komm' ich nach Hause."

OA : „Hat man das Ihnen schon gesagt auf der Station, ja? ... (4 Sekunden) ... Das muß der Stationsarzt immer sagen, ich darf das ja nich sagen."

P : „Sie sind der?"

OA : „Nein, nein, nein, nein, nein, ich mach' hier den Ultraschall."

P : „Schade, Sie hätten mich nach Hause jeschickt."

OA : „Aber ich kann ja aufschreiben, daß hier alles in Ordnung is.-Is ja auch schon wichtig, nech?", steht auf und zieht die Jalousien hoch.

P : „Ich hab' auch noch 'ne Frage."

OA , sich zu ihr wendend: „Ja?"

P : „Mein Herz?"

OA : „Das scheint ja in Ordnung, und die Galle is schon raus.-Ham Sie früher mal Steine gehabt? ... (5 Sekunden)...", räuspert sich.

P : „(unverständlich) ... das große ... (unverständlich)."

OA : „Das große Tuch Sie bitte benutzen, ich mach' Ihnen das hier mal 'n bißchen sauber.", hilft der Patientin beim Abreiben.

P : „Ja. ...-Thank you very much." ... (4 Sekunden) ...

OA : „So, alles okay.", geht zum Waschbecken , wäscht sich die Hände, geht an den Schreibtisch und setzt sich.

P : „... Ja, 87 bin ich, ne?"

OA : „Ja ..."

P : „Oder ..."

OA : „Oder knapp. Knapp 87."

P : „86, ne."

OA : „Ja, Sie übertreiben jetzt.-Oder wann ham Sie Geburtstag?", schaut in der Akte: „Im September.-Ja, 86 würd' ich schätzen."

P : „86?-Ja, gerade geworden, ne?"

OA : „Ja, genau.", schreibt den Befund. ... (19 Sekunden) ...

P : „Wie sieht denn das hier für Sie aus von mir?"

OA : „Gut."

P : „Gut.", schließt die Augen ... (7 Sekunden) ... „und das Herz auch?"

OA : „Das Herz is 'n bißchen groß, aber Sie ham da ja offenbar keine Beschwerden nich? ... (6 Sekunden) ... Ich hatte ja schon gefragt, ob Sie Luftnot haben."... (1 Minute, 7 Sekunden) ... , zu mir: „Wenn Sie einmal nach den Bildern schaun, bitte."

Ich verlasse den Raum und bringe die Bilder. (Während der 37 Sekunden: kein Gespräch)

OA ,die Bilder greifend: „Mhm.., hängt die Bilder an den Schirm." So", räuspert sich.

P : „Schmeißen Se mich hier raus!"

OA : „-Wir ham nichts dagegen.", steht auf, den Befund in der Hand haltend.

P : „Ist des für meine Entlassung, was Sie getan haben?"

OA : „Joa.-Das is für Ihre Entlassung."... (6 Sekunden) ...

P : „Da freu ich mich."

OA : „Ja, man dachte erst, die Bauchspeicheldrüse sei nicht in Ordnung, aber die is jetzt bei der Kontrolluntersuchung in Ordnung.-So.”, geht zur Tür.
P : „Schönen Dank.”
OA : „Ja, gerne, auf Wiedersehn.-Tschüß.”, verläßt den Raum.

Patient 20
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 14 Minuten)

Ich frage den Patienten im Wartezimmer um Einverständnis. Er erklärt sich bereit zur Tonbanddokumentation.
P wird von S1 in die Kabine gebeten.
S1 holt ihn aus der Kabine und weist ihn ein.
P hat seinen Oberkörper frei und legt sich auf die Untersuchungsliege.
S1 legt ihm das Abdecktuch auf die Oberschenkel, verläßt den Raum.
OA betritt den Raum.
Ich schalte das Aufnahmegerät ein.

OA : „Schönen , guten Tag, mein Name ist ... (Namen nennend). ”, schüttelt P die Hand.
P : „Guten Tag, ... (nennt seinen Namen). ”

OA geht an den Schreibtisch, schaut in die Unterlagen, verdunkelt den Raum und stellt sich neben die Liege.
S1 kommt herein, geht zum Schreibtisch, setzt sich und nimmt Eintragungen in das Sonographie-Buch ein, redet dabei leise mit sich selbst.

OA zu P : „Wer is Ihr Hausarzt?-Ich kann das hier so nich richtig lesen, was da .. ”
P : „Frau ... (Namen nennend)”
OA: „Ja?-Was ham Sie jetzt ... , sind Sie aufgenommen oder sind Sie ambulant hier?”
P : „Ich bin von selbst hier. ”
OA: „Ah ja, gut. -Und was ham Sie für Beschwerden?”
P : „Ähm, Schmerzen, immer in der rechten Seite. ”
OA: „Ja. ”
P : „... hätte ich nie so als Nierenschmerzen ... ”
OA: „Ja. ”
P : „... identifiziert, aber ... ”
OA: „Ja. ”
P : „Frau ... (den Name nennend)hat mir gesagt, äh, daß mit meiner rechten Niere was nicht in Ordnung is, und ich auf jeden Fall mal ‘ne Ultraschall-Untersuchung ... ”
OA: „Gibt’s da irgend’n Vorbefund, ’n paar Bilder oder so?”
P : „Ähm, nein, das ist alles, äh ..., bei mir in der Praxis, sie ist auch bei mir in Behandlung, ich bin Kurarzt in Berne. ”
OA: „Bitte?”
P : „Ich arbeite als, äh, Kurarzt in Berne. ”
OA: „Ja. ”

P : „Die Frau ... (der Name), war bei mir in Behandlung. ”

OA: „Ja?”

P : „... Und, äh, wir haben uns unterhalten. -Wir haben uns da unterhalten, und sie hat mir da eine neue Methode vorgestellt ... ”

OA: „Ja.”

P : „... und darüber hat sie das festgestellt. -Sie konnte mir nicht sagen, was is ... ”

OA: „Ja?”

P : „... und sie sagte, da is etwas nich in Ordnung ... ”

OA: „Hat sie mit Ultraschall auch untersucht denn?”

P : „Ne, äh, sie hat, äh, Segmentkinesiologie gemacht. ”

OA: „Und wie macht man das?-Ungefähr”

P : „Ähm, sie hat beispielsweise meine Hand, eine Hand auf , äh, ähm ... meinen Nierenbereich gelegt ...”

OA: „Ja.”

P : „... eine Hand, mein Arm mußte ich hochstecken, den sie nehmen konnte ... ”, nimmt den einen Arm zu Anschauung hoch.

OA mit verständnislosem Blick: „Ja?”

P : „... dann hat ... -wenn in einem bestimmten Segment was nicht richtig funktioniert, ... ”

OA: „Mhm. ”

P : „... dann könnte ich ihrem Gewicht auf meinem Arm offensichtlich nicht standhalten. ”

OA: „Ja?”

P : „Und das hat funktioniert: Ich konnte den Arm... ”

OA: „Ja?”

P : „... gar nicht halten. ”

OA: „Ja. ”

P : „Sie ist eine sehr zierliche Person ... ”

OA: „Ja. ”

P : „... und , ähm, ich mußte dann meine Arme selber nehmen, und den Arm erstmal runter nehmen”, nimmt seinen linken Arm mit der rechten Hand herunter.

OA: „Ja.”

P : „Sie hat mein Herz und meine Lungen, Leber, alles untersucht, Nebenniere war okay ... ”

OA: „Mhm. ”

P : „... rechte Niere ging der Arm runter wie Butter ... ”

OA: „Ja. ”

P : „... und Pankreas nachgeguckt, ging auch. ”

OA: „Ham Sie denn auch spontan irgendwelche Beschwerden, oder... ?”

P : „Ich hab’ eigentlich immer, äh, hier rechtsseitig, äh, Schmerzen gehabt, obwohl ich ‘s, sach mal, definiere, ja?-Aber es wurde jetzt, ich sach mal, weniger, immer weniger ... ”

OA: „Ja. ”

P : „... aber dann wurde es so’n bißchen anders. ”

OA: „-Sind irgendwann auch mal irgendein **bild**gebendes Verfahren. . ?”

P : „Mhm, ne. ”

OA: „... angewendet worden, sprich Ultraschall oder Röntgen oder irgendwie so?”

P : „Ultraschall ist mal oberflächlich gemacht worden, äh ja, vor drei Jahren, schätz’ ich mal. ”

OA: „Okay. Mhm. -Dann woll'n wir jetzt erstmal mit Ultraschall nochmal gucken. -Das wird etwas kalt auf dem Bauch.", verteilt das Gel und beginnt mit der Untersuchung.

P schaut auf den Monitor.

OA: „-Ist da eine Urinuntersuchung gemacht worden?"
P : „Ne. "
OA: „Urinsediment ... "
P : „Ne. "
OA: „Nicht. ... (4 Sekunden) ...Legen Sie ruhig die Hände neben sich, neben den Körper, mal tief einatmen, bitte. ... (9 Sekunden) ...Bitte mal tief einatmen, ... (6 Sekunden) ...weiteratmen, ... (4 Sekunden) ...ausatmen, ... (4 Sekunden) ... stop, mal bitte nich atmen, ... (5 Sekunden) ... ein winzigen Polypen in der Gallenblase, aber keinerlei Krankheitswert. -Legen Sie sich mal gleich bitte auf die linke Seite, umdrehen ..."

P dreht sich auf die Seite, schielt auf den Monitor.

OA: „... tief einatmen, ... (33 Sekunden) ... bitte jetzt mal wieder einatmen, ... (11 Sekunden) ... weiteratmen, ... (7 Sekunden) ... bitte wieder mal einatmen, ... hin- und heratmen, ... (8 Sekunden) ...ausatmen, bitte, ... (4 Sekunden)... stop mal bitte, nicht atmen, ... (6 Sekunden) ... ich will jetzt auch noch mal die. . Gefäßdarstellung machen der Nieren, damit krieg' ich auch noch weitere Informationen über die... Durchblutung , Aufzweigung der Gefäße innerhalb der Niere", schaltet den Farbdoppler ein, "-das kann uns noch über die reine B-Bildfertigkeit hinaus bringen. ... (4 Sekunden) ...mal anhalten."

S1 verläßt den Raum, betritt ihn unmittelbar wieder und setzt sich an den Schreibtisch.

OA: „... weiteratmen, ... wieder mal tief einatmen, ... (13 Sekunden) ... weiteratmen, ... (14 Sekunden) ... dicken Bauch machen, bitte, einatmen, ... (4 Sekunden) ... stop, nich mehr, ... (12 Sekunden) ... so mal bleiben, einen kleinen Moment ... ", schaltet die akustische Signalwiedergabe ein, "so, ruhig weiteratmen, ... wieder einatmen, ... (16 Sekunden) ... ja, wieder etwas einatmen, ... (5 Sekunden) ...stop... (16 Sekunden) ... hört sich alles gut an, ... tief einatmen, ausatmen, ... (5 Sekunden) ... mal so bleiben, ... (9 Sekunden) ... so auch nochmal wieder bleiben, ... (15 Sekunden)... eine völlig normale Blutströmung in der Niere, ... wieder mal tief einatmen, ... (5 Sekunden) ... nochmal 'n dicken Bauch, ... (11 Sekunden) ... bitte zurücklegen, auf den Rücken wieder. "

P dreht sich wieder auf den Rücken und schaut auf den Monitor.

OA: „Einatmen, bitte, ... (13 Sekunden) ...Bauch mal weich lassen, ... tief einatmen, ... (8 Sekunden) ... hin- und heratmen, ... ja, ganz tief einatmen, ... (14 Sekunden) ... einmal bitte zu mir rumdrehen, ... "

P folgt der Anweisung und schaut nun auf den Monitor am Gerät.

OA: „... damit ich mir die linke Niere mal angucken kann. ... (5 Sekunden) ...Tief einatmen, ... (13 Sekunden) ...wenn ich das richtig verstanden, Sie selbst, äh, arbeiten nicht in Hamburg, sondern in Wer-?"
P : „Nein, ich komm' aus Berne. "
OA: „Berne. "
P : „Ja. "
OA: „Nochmal tief einatmen, ... (7 Sekunden) ... mal bitte zurückdrehen, ... (6 Sekunden) ... tief einatmen, ... locker lassen, bitte, ... (5 Sekunden) ...also, ich kann an der Niere überhaupt nichts finden, auch einschließlich der Farbdoppler-Untersuchung. -Wenn Sie nun Beschwerden haben, wär es vielleicht sinnvoll, den Urin nochmal nachzugucken. "
P : „Ja. "
OA: „Weil viele der kleinen entzündlichen Veränderungen kann ich so nicht sehen, wenn die Niere in ihrer Form so nicht weiter verändert ist. "
P : „Mhm. "
A1 kommt herein. "Guten Tach. "

OA und P blicken zu ihr.
A1 legt Unterlagen auf den Schreibtisch und verläßt den Raum.
OA: „Bitte einmal noch hinstellen, dann kann ich die Bauchspeicheldrüse besser sehen - auf meine Seite mal rüber."

P stellt sich vor OA und schaut auf den Monitor am Gerät.

OA: „Tief einatmen nochmal. -Die kann man sehr schön sehen ... (23 Sekunden) ..., tief einatmen nochmal, ... (11 Sekunden) ..., 'ne sehr gute Sicht, so daß ich da mit guter Zuverlässigkeit sagen kann, daß ich da nichts übersehen hab', -es sei denn, es sind diskretere, entzündliche Veränderungen. -Okay, Sie können sich bitte abputzen. ", stellt sich hin.

P setzt sich auf, putzt sich ab, stellt sich hin, macht seine Hose zu.
OA unverständlich zu S1.

S1 zu P : „Soll sie einen Befund haben?"
OA: „Oder geht das an Sie selbst?"
P : „An mich. "
OA: „Gut, dann brauchen Sie jetzt nicht zu warten, dann geht das heute Nachmittag raus. "
P : „Alles klar, dann tschüß. ", geht in die Kabine.
OA und S1: „Tschüß."

P schließt die Kabinentür.
OA setzt sich an den Schreibtisch.

Patient 21
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 8 Minuten)

Ich frage den Patienten im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
Er erklärt sich einverstanden.
P liegt 10 Minuten auf der Untersuchungsliege, sein Hemd hochgeschoben, mit freiem Bauch, und wartet auf die Untersuchung. Erst schaut er sich im Raum um, dann schließt er die Augen.
OA und S1 betreten den Raum. (Ich stelle das Gerät an.)
P schaut sie an.

OA: „Guten Tag", schließt die Tür, verdunkelt den Raum und setzt sich auf den Untersucherstuhl.
S1 gibt am Computer die Patienten -Daten ein, setzt sich an den Schreibtisch, zu OA: „Was da Frau Doktor ... (Namen nennend) vorhin in der Hand hatte, da kann die Dame nichts für."
OA: „Wer?"
S1: „... (nennt den Namen der 'Dame'); das lag an ... (nennt den Namen einer Mitarbeiterin), ... (unverständlicher Nachsatz)."
OA wendet sich P zu: „So, guten Tach, Herr ... (Name des Patienten nennend), mein Name ist ... (seinen Namen nennend)."
P : „'N guten Tach.", schaut OA an.
OA zu S1: „Darf ich die Anmeldung nochmal sehen?"

S1 reicht OA den Anmeldebogen.

OA liest auf dem Bogen, zu P : „Auf Station 18 B , mhm. (leise, lesend) Durchfälle ham Sie? (lauter)-Wie lange sind Sie hier schon, so in etwa?"
P : „Ja, akut jetzt erst, äh, seit sieben ... sieben Wochen.Davor hatte ich periodisch sie schon seit 20 Jahren schon."
OA: „Mhm."
P : „Immer normal, das heißt mal breiiger Stuhlgang, mal 1-2 mal flüssig, und dann hatt' ich auch wieder 8 Tage spritzenden Durchfall.."... (11 Sekunden) ...
OA: „Wie lange geht das jetzt insgesamt? Ham Sie das früher auch schon mal gehabt, oder ...?"
P : „Ja, nich so akut, nich so langanhaltend ..."
OA: „Mhm."
P : „... geht das jetzt schon seit sieben Wochen."
OA: „Ja.", beginnt mit der Untersuchung, verteilt das Gel auf dem Bauch.

P schaut auf den Monitor.

OA: „Bitte mal tief einatmen. ... (5 Sekunden) ...-Hemd nochmal bißchen höher, damit ich dran komm'."

P schiebt sein Hemd hoch. ... (11 Sekunden) ...

OA: „Bitte tief einatmen, ... (26 Sekunden) ... nochmal tief einatmen. ... (7 Sekunden) ...-Was is da operiert worden genau?", deutet auf eine Narbe auf der linken Seite des Brustkorbs.
P : „Das war die Bypass-Operation."
OA: „Ah, ja. ... (4 Sekunden) ...Ham Sie da seit dem Verbesserung?"
P : „Ja.-Doch, ja."... (11 Sekunden) ...

S1 steht auf und verläßt den Raum.

OA: „Mal etwas mehr einatmen, locker lassen, ..ausatmen, ... (4 Sekunden) ...gut. ... (8 Sekunden) ...Nochmal tief einatmen, ... ausatmen, ... (15 Sekunden) ... einmal bitte hinstellen auf meine Seite, vorsicht."

P stellt sich vor OA, schaut zur Seite auf den Monitor am Gerät.

OA: „So... (10 Sekunden) ... Is denn 'ne Darmspiegelung schon gemacht worden bei Ihnen?"
P : „Ja."
OA: „Hat man da was gefunden?"
P : „Nein. ... (4 Sekunden) ... Dünndarmspiegelung vor drei Jahren schon ..."
OA: „Ja."
P : „..Dickdarm war dann vor ..., vor14 Tagen schon."
OA: „Ja, ja, das weiß ich, mhm.-Sie ham jetzt nicht mehr als **den** Termin." ... (5 Sekunden)... , hustet, "... (12 Sekunden) ... gut, dann könn' Sie sich abputzen ..."
P : „Ja, danke.", setzt sich auf, nimmt das Tuch und reibt sich ab.
OA: „Einmal nochmal eine Kontrolle, auch wenn ich so nichts sehen konnte, auch in Kenntnis dieser Serotoninwerte ...", steht auf, zieht die Jalousien hoch, geht zum Waschbecken, wäscht sich die Hände und setzt sich an den Schreibtisch, um den Befund zu schreiben.
P steht auf, zieht das Hemd runter, steckt es in die Hose, macht diese zu und schaut OA an (leise): „Wär' mir lieb, wenn Sie was gefunden ..."
OA dreht sich zu ihm: „Ja."
P : „... und das klar kommt ..."
OA: „Ja, klar."
P holt seinen Pullover aus der Kabine, steht im Raum ... (23 Sekunden) ... „Nehm' ich meine Akte gleich wieder mit, ne?"
OA, weiterschreibend: „Ja."

P wartet stehend im Raum und schaut OA von hinten an. ... (41 Sekunden) ..., setzt sich auf die Liege... (34 Sekunden)...

OA trennt die Durchschriften voneinander, heftet eine ab, dreht sich zu P und stellt sich hin: „So, dann sind Sie jetzt fertig."
P : „Ja, gut.-Tschüß.", steht auf und verläßt den Raum.

OA zieht seinen Kittel an.

Patientin 22

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 27 Minuten)

Ich frage die Patientin im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P ist einverstanden.

P liegt mit geschlossenen Augen auf der Untersuchungsliege.
OA kommt herein.
P schaut ihn an.

OA zu sich selbst (leise): „So, jetzt geht der Patient (meint den vorher untersuchten) ... (unverständlich).-Wo sind die Bilder eigentlich gelandet?", geht zum Schreibtisch, nimmt den Befund, verläßt den Raum: „Komme sofort zurück."
P schaut ihm nach, schließt die Augen wieder. ... (1 Minute, 20 Sekunden) ... P stöhnt laut auf. ... (9 Minuten) ...

OA betritt den Raum.
P schrickt auf, sieht ihn an.

OA zieht die Jalousien herunter, setzt sich auf den Untersucher-Stuhl: „So, ... so, ich will einmal den Namen richtig ... das ...-Frau ... (nennt den Namen der Patientin), ne?"
P : „Ja."
OA die Daten in den Computer gebend: „Vorname is bitte?"
P : „... (nennt ihren Vornamen)."
OA: „... (wiederholt den Vornamen)?"
P : „Mhm."
OA: „Und ihren Geburtstag bitte!"
P : „... (nennt das Datum)."
OA: „... (fragt den Monat nach)."
P wiederholt das Datum (lauter).
OA: „Mhm. ... (12 Sekunden) ... Was ham Sie für Beschwerden, Frau ... (Namen nennend)?"
P : „Ich habe hier 'n Tumor", zeigt auf den Oberbauch, "..., und die Beschwerden ..."
OA: „Ja."
P : „..., die strahlen nach hinten in Rücken aus."
OA: „Geht das schon längere Zeit?"
P : „Ja, äh, am Montag, ... und dann, äh, vor allem ich konnte nix essen mehr. Also das ..."
OA: „Ja."
P : „... stieß auch immer nach oben und ..."
OA gleichzeitig: „Mhm, mhm, mhm"
P : „... so kein Appetit, überhaupt nich."
OA: „Mhm
P : „Und dann ...-das war alles.-Das is, warum ich ins Krankenhaus kam."
OA: „Mhm."

P : „-Nun sachte der Chirurg ..., deswegen hatte er mich schon lange in Behandlung ..., und, ähm, es hat sich dann herausgestellt, daß es die Bauchspeicheldrüse sein könnte, ... eventuell daß der Schwanz, äh ...”

OA: „Ja?”

P : „... daß der dicker is.Äh ...”

OA: „Ah, ja.- Okay.-Ich guck noch einmal auf die Anmeldung drauf ...”, rollt mit dem Stuhl zum Schreibtisch und liest den Anmeldebogen, ”... wir machen gleich noch eine Untersuchung zusammen, ne?”, rollt zurück.

P : „Mhm.”... (10 Sekunden) ...

OA: „So, dann machen Sie den Bauch mal richtig frei.”, steht auf, zieht seinen Kittel aus, hängt ihn an den Haken, setzt sich wieder.

P schiebt ihr Hemd hoch: „So?”

OA: „Das Hemd vielleicht noch ‘n bißchen weiter..hoch, daß da nichts drauf kommt.”

P schiebt das Hemd höher: „So?”

OA startet die Untersuchung: „Stop, mal bitte nicht atmen, ..weiteratmen, ... (13 Sekunden) ... tief einatmen , bitte, ... (14 Sekunden) ... hin-und heratmen, und nochmal wieder bitte tief einatmen.”

P verfolgt die Untersuchung am Monitor. ... (25 Sekunden) ...

OA: „Bitte mal..-ja, so is gut. ... (18 Sekunden) ...bitte wieder tief einatmen..-Ist die Gallenblase noch drin, oder sind Sie da mal operiert worden?”

P : „Ich hab’ keine mehr.”... (15 Sekunden) ...

OA räuspert sich laut. ... (38 Sekunden) ... „Wie alt sind Sie, Frau ... (Namen nennend)?”

P : „81.”

OA: „Wieviel?”

P (lauter): „81.”

OA: „81 Jahre alt.-Sieht man Ihnen gar nicht an. ... (41 Sekunden) ... Nochmal tief einatmen, ... (59 Sekunden) ... stop mal ‘n Moment, ... (4 Sekunden) ... Luft anhalten, ja, -stop, nicht mehr atmen, ... (30 Sekunden) ... gut, jetzt bitte nochmal ‘n dicken Bauch machen, ... (12 Sekunden) ...weiteratmen, ... (7 Sekunden) ...stop, ... (7 Sekunden) ... weiteratmen, ... tief einatmen, ... (55 Sekunden) ... etwas mehr einatmen.”

P schaut OA an, blickt dann wieder zum Monitor. ... (30 Sekunden) ...

OA: „Und mal wieder **tief** einatmen, ... (11 Sekunden) ... nicht mehr atmen, einen Moment, ... (18 Sekunden) ... tief einatmen, ... (26 Sekunden) ... ja, gleich fertig.”

P : „Ja.”

OA”Tief einatmen, ... (4 Sekunden) ... **tief** einatmen, ... (67 Sekunden) ...so mal bleiben, ... (4 Sekunden)”

P schaut ihn an: „Atmen?”

OA: „Anhalten.”

P : „Ach, so.”

OA schaltet den akustischen Dopplermodus ein. ... (14 Sekunden) ... „So mal bleiben, bitte, ... (12 Sekunden) ...stop nochmal, bitte, ... (7 Sekunden) ... Ham Sie früher mal ‘ne Leberentzündung gehabt?”

P : „Ja.”... (7 Sekunden) ...

OA räuspert sich. ... (27 Sekunden) ... „So, dann putzen Sie sich erstmal gründlich wieder ab, nich?-Sie können sich dann auch anschließend wieder anziehen.”

P : „Ja.”, schaut ihn an.

OA: „Für Sie war’s anstrengend?”

P : „Bißchen, (leise) das zieht sich so dahin.”

OA: „Das große Tuch könn’ Sie gerne nehmen.”, steht auf.

P : „Darf ich das Handtuch nehmen?..”, hält ihm das Tuch hin.

OA: „Ja.”, geht zum Waschtisch, wäscht sich die Hände.

P stellt sich hin und reibt sich den Bauch ab.

OA öffnet P die Kabinentür: „Da, bitte.”

P geht in die Kabine, läßt die Tür auf.

OA verläßt den Raum. ... (10 Sekunden) ... Er kommt wieder herein, setzt sich an den Schreibtisch.

P kommt in den Raum, ihren Bademantel anziehend.

OA dreht sich zu ihr: „Bitte noch ‘n ganz kleinen Moment im Warteraum ...”

P : „Soll ich..?”

OA: „.. Platz nehmen.-Ich schreib eben noch den Bericht..”

P : „Ach, so.”

OA: „... dann könn’Sie gleich rüber.-Dann sind Sie fertig.”, dreht sich wieder zum Schreibtisch, schreibt den Befund.

P : „Mhm”, wendet sich der Tür zu: „Dann wart’ ich dort.”

OA: „Ganz kleinen Moment.”

P verläßt den Raum.

Patientin 23

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 14 Minuten)

Ich frage die Patientin, die im Flur auf einer Transport-Liege liegt um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.

P ist einverstanden.

S1 und ich schieben die Liege ins Zimmer.

S1 weist P ein, macht ihr den Bauch frei.

OA und A1 kommen herein.

OA zu P : „Guten Tag.”, unterhält sich mit A1 über den Hospitationstag.

Sekr. kommt herein: „Ich wollte nur ...", verläßt zusammen mit A1 den Raum.
OA setzt sich an den Schreibtisch, zu P : „Geht gleich los."
S1 gibt die Daten der Patientin in den Computer: „So, ... (nennt den Namen) ist Ihr Name, ne?"
P : „Ja."
S1: „Wann sind Sie geboren, Frau ... (Nennt wieder den Namen)?"
P gibt ihr Geburtsdatum an.
OA (leise): „Aha, da soll 'ne Oberbauch-Sono, mhm ...", wendet sich zu P, rollt mit dem Untersuchungsstuhl zur Liege: „Ham Sie denn Bauchschmerzen, Frau ... (nennt ihren Namen)?"
P : „Nein."
OA: „Aber irgendwas war ja ..., Sie kamen wegen des Fußes, vorher, wenn ich das richtig verstanden habe ..."
P : „Ja."
OA: „... und haben dann irgendwelche Bauchprobleme, ne?"
P : „Ja, jetzt im Moment geht's gerad'; als ich kam die ersten zwei, drei Wochen, äh, konnte ich gar nichts mehr essen, beziehungsweise das kam alles wieder raus ..."
OA: „Mhm.-Ja.-Und wie lange sind Sie hier schon bei Doktor ... (nennt den Namen eines Internisten)?"
P : „6 Wochen."
OA: „Ah, ja.-'Ne lange Zeit...-Das ging um dieses schlecht-heilende ..."
P : „Ja."
OA: „... Geschwür an der Ferse.-Wie ist denn das mal entstanden, wissen Sie das?"
P : „Eine Druckstelle im Fuß, ..."
OA: „Ja."
P : „... das is halt ein neuer Schuh.., ich hab's nich rechtzeitig gemerkt, und dann ..."
OA: „Sind Sie zuckerkrank?"
P : „Ja."
OA: „..dann hätt' man was, womit man das Problem erklären kann.."
P : „Mhm." .
OA: „Ist der mit Insulin behandelt oder mit ..."
P : „Ja, vier Gaben."
OA: „... wieviel Jahre schon?"
P : „Zehn Jahre."
OA: „Zehn Jahre schon.-Und sonst?:Baucherkrankungen oder irgendwelche Beschwerden mal da?"
P : „Nein, -ja früher mal, aber nich jetzt im Moment ..."
OA: „Mhm.", startet die Untersuchung: „Bitte mal tief einatmen, ja?"

P hustet laut, schaut auf den Monitor ... (7 Sekunden) ...

OA: „Mal 'n dicken Bauch machen, tief einatmen, und dann 'n Moment Luft anhalten. ... (4 Sekunden) ... Ham Sie irgendwann mal 'ne Magenspiegelung gehabt aus einem Grund?"
P : „Ja, hier.-Vor vier Wochen-nein drei Wochen her."
OA: „Vor drei Wochen, im Rahmen des stationären Aufenthalts?"
P : „Ja."

OA: „Hat man da diesen Helicobacter-Keim gefunden, der für Magenentzündungen ...”

P : „Nein.”

OA: „... oder Geschwüre heute verantwortlich gemacht wird?-Hat man nichts gefunden?”

P : „Nein.”

OA: „Auch kein Geschwür oder Ähnliches?”

P : „Nein.-Nur eine leichte Schleimhautveränderung.”

OA: „Mhm.-Bitte mal tief einatmen, dicken Bauch, ... (8 Sekunden) ...”, hustet laut, „nochmal wieder ‘n dicken Bauch, ... (11 Sekunden) ... -Ist das mit den Oberbauch-Beschwerden schon ‘n bißchen besser wieder?”

P : „Ja.”

OA: „..Ich seh’ auch keinen Gallenstein, ne?-Mal tief einatmen.”

P : „Seit 3 Wochen hab’ ich keine Beschwerden mehr ...”

OA: „Ja.-Muß ja auch nich.-Nochmal tief einatmen, ... (4 Sekunden) ... Dann muß man das nur als Ausschlußdiagnostik verstehen ...-Ich guck’ mir nochmal die Bauchspeicheldrüse genau an.-Tief einatmen, dicken Bauch, ... (6 Sekunden) ... is der Appetit in Ordnung, oder ...?”

P : „Joa, ..”

OA: „... gibt’s da irgendwelche Probleme?”

P : „... nicht so sehr.”... (4 Sekunden) ...

OA: „Ham Sie heute Morgen was getrunken?”

P : „Nein.”

OA: „Nochmal tief einatmen, ... (8 Sekunden) ... will mir auch noch mal die Bauchgefäße angucken, da gibt’s manchmal auch vielleicht Einengungen, die dann Verdauungsstörungen machen können.-Nochmal tief einatmen ... (6 Sekunden) ... Erschrecken Sie nicht, jetzt kommt ein Geräusch, das is dieLeberarterie ...”, stellt die akustische Doppler-Signalwiedergabe ein ... (13 Sekunden) ..., stellt sie wieder aus: „... aber völlig in Ordnung.”, ... (8 Sekunden) ..., hustet, ”Nochmal anhalten”, stellt den Doppler wieder ein ... (7 Sekunden) ... und wieder aus, ”weiter, ... (4 Sekunden) ... tief einatmen, bitte.”, stellt den Farbdoppler ein. ... (13 Sekunden) ... „Dicken Bauch machen, tief einatmen, ... (8 Sekunden) ... rechte Niere kann man auch gut sehen, nochmal bitte einatmen, ... (15 Sekunden) ...weiter.”, hustet, stellt sich hin, um die von ihm entfernte Flanke zu untersuchen.”Einatmen, tief einatmen ... (14 Sekunden) ... Mhm.”, setzt sich wieder.”Einatmen, ... Ihr Zucker immer ganz gut eingestellt?”

P : „Wechselt: Mal gut, mal nich so ...”

OA: „Mhm. ... (4 Sekunden) ... Mal bitte tief einatmen, ... so mal bleiben, bitte, ... (9 Sekunden) ..., nochmal ‘n dicken Bauch machen, anhalten ... (17 Sekuinden)..., -So, also da is alles in Ordnung ...”

P schaut ihn an: „Mhm.”

OA: „..im Bauchraum.”... (5 Sekunden) ...

P : „Schön.”

OA: „-Putzen Sie mal bitte mit dem Tuch ab ...”, steht auf, geht zum Waschbecken und wäscht sich die Hände: „-Mal seh’n, daß Sie bald rüber kommen, damit Sie was zu essen kriegen, auch wegen des Zuckers, nech?”

P : „Ja, das wäre schön.”, putzt sich im Liegen den Bauch ab.

OA verläßt den Raum. ... (6 Sekunden) ... Er betritt ihn wieder, mit den Bildern in der Hand, setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund.

P schaut weiter auf das Standbild am Monitor. ... (67 Sekunden) ...

S1 kommt herein: „So, (unverständlich)."

P : „Können Sie meinen Bademantel hier hinlegen?"

S1: „Ja, ... ich will Sie mal 'n bißchen besser zudecken."

P : „Ja."

S1 deckt P zu: „... denn Sie müssen ja doch 'n Momentchen warten, bis Sie abgeholt werden.", macht die Seitenstützen der Liege hoch, lockert die Bremsen und schiebt P raus: „So, ich ruf' die jetzt gleich auch an.-Ich mach' das auch 'n bißchen dringlicher, Sie müssen sich ja noch die Spritze machen.."

P : „Die hab' ich schon.."

S1: „Prima.-So.", schließt die Tür.

Patient 24

Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 14 Minuten)

Ich frage den Patienten im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
Er ist einverstanden.

S1 bittet P in die Umkleide und weist ihn anschließend ein.

P liegt mit freiem Oberkörper auf der Untersuchungsliege.

OA kommt herein: „Guten Tag, mein Name ist ... (nennt seinen Namen).", schüttelt P die Hand.

P : „Guten Tag, ... (nennt seinen Namen) ist mein Name."

OA geht zum Schreibtisch: „Geht sofort los.", setzt sich an den Schreibtisch, liest den Anmeldebogen.

Das Telefon klingelt 2 mal.

OA nimmt den Hörer ab: „... (nennt seinen Namen), ja. ...-was war da punktiert worden?... (8 Sekunden) ... Mhm, ... (5 Sekunden) ...mhm, ... (4 Sekunden) ... Wann kommt er denn wieder?... (3 Sekunden) ... Mhm, ... (6 Sekunden) ...ja, mhm, ... (10 Sekunden) ...halb drei? ... (4 Sekunden) ... Ja, is er dann hier?... (5 Sekunden) ... Mhm, ... gut, ja, Tschüß.", legt den Hörer auf.

P schaut OA an.

OA: „Man wird immer bestraft, wenn man den Hörer abnimmt.", hängt die alten Bilder des Patienten an den Schirm: „... einmal die Bilder angucken ...", sieht sie sich an: „Scheint ja gut angesprochen zu haben ..."

P : „Ja."

OA: „Ja.", verdunkelt den Raum.

P : „Hat gut geklappt. Ist jetzt im Zuge der Nachsorge die Frage, ob Sie Veränderungen .."

OA: „Ja.”, zieht sich den Kittel aus, hängt ihn an den Haken, setzt sich auf den Untersuchungsstuhl zu P.

P : „... sehen können gegenüber ...”

OA: „Letztes Mal war da so’n ganz klitzekleiner fraglicher Befund ...”

P : „Ja.”

OA: „... bei Frau Doktor ... (nennt einen Namen)-das hatte sie mir durchgegeben.”

P : „Genau, ... genau.”

OA: „War es denn einigermaßen erträglich ... die Therapie?”

P : „Einigermaßen.-Die Betonung liegt auf einigermaßen. Ja.”

OA: „Die äußere Hose mal runterlassen.”

P schiebt die Hose etwas herunter: „Ich weiß nich, ob Sie sich nachher den rechten Hoden noch anschauen..”

OA: „Ja, guck’ ich mir dann auch nochmal genau an.Aber erstmal nochmal den Bauch angucken ...-Sind Sie auch Arzt, oder?”

P : „Ich bin Chemiker.”

OA: „Chemiker.”

P : „Ja.”

OA startet die Untersuchung: „Einatmen.”

P verfolgt die Bilder am Monitor.

OA: „In welchem Gebiet arbeiten Sie?”

P : „In einer Firma hier in Hamburg ...”

OA: „Ja.”

P : „... ein Handelshaus mit Anwendungstechnikern.”

OA: „Ah, ja.-Machen Sie das im Büro, oder..?”

P : „Ne, ich hab’ mich jetzt an eine andere Firma beworben ...”

OA”Ja.”

P : „... hier ist es Chemie-(unverständlich).”

OA: „Ah, ja, ... (6 Sekunden) ... nochmal tief einatmen, ... (5 Sekunden) ... Leberzyste, das sind Differenzierungen..-Tief einatmen nochmal.Ich mach’ mal eine Aufnahme, damit man das dokumentieren kann. ... (23 Sekunden) ...-Ham Sie schon gefrühstückt?”

P : „Ja, leichtes Frühstück, um ...”

OA: „Ich frag’ nur deswegen, weil die Gallenblase nicht gefüllt ist.”

P : „Mhm.”

OA: „..und ohne Frühstück wär’ das so nicht ganz in Ordnung, mit ist es eine normale Entleerungsreaktion.”

P : „Gallensteine zu sehen?”

OA: „Hatten Sie welche, oder?”

P : „Eigentlich nich, und ich war ganz überrascht, als mir gesagt wurde:Kleine, Kleine, und ich achten sollte auf die Ernährung ...”

OA: „Tief einatmen, ... (4 Sekunden) ... nein, ich kann so nichts sehen.”

P : „Könn’ so nichts sehen. Mhm.”

OA: „Gallenblase ist auch richtig gut entleert.-Also die vollständige Entleerung ist ‘n Zeichen der ...”

P : „Mhm.”
OA: „... regulären Funktion.Wenn man Steine hat, kommt es häufiger zur unvollständigen Entleerung, als Ausdruck einer gestörten Funktion..”
P : „Ne, dann sind sie wieder weg, aber das wundert mich auch nicht.”
OA: „Nochmal ‘n dicken Bauch machen.”
P : „So?”
OA: „Ja.-Niere und Leber-exzellente Untersuchungsbedingung!-Bilderbuchartig”

P lacht auf. ... (6 Sekunden) ...

OA: „-Ich find’s immer wieder selbst überzeugend, was man mit’m Ultraschall machen kann.-Ich war jetzt gerade in Ulm beim Dreiländertreffen, da haben sich wieder weitergehende Entwicklungen gezeigt, was man alles machen kann ...”
P : „Mhm.”
OA: „Ja?-Nochmal tief einatmen..-Die Farbdopplertechnik hat sich noch ‘n Stück weiter entwickelt.., bitte nochmal tief einatmen.”, schaltet den Farbdoppler ein. ... (14 Sekunden) ... Bitte auf meine Seite herumdrehen..”
P dreht sich auf die Seite: „So?”, schaut zur Tür.
OA: „Mhm.-Da is man irgendwann wahrscheinlich sogar so weit, daß man Therapeutika beim Ultraschall..”
P : „Mhm.”
OA: „... gezielt einsetzt, und auch bei Tumoren, gibt es eine neue Entwicklung, daß wird wohl noch ein paar Jahre dauern ...”
P : „Ah ja, mhm.”
OA: „Es gibt im Moment Ultraschallkontrastmittel ...”
P : „Mhm.”
OA: „Äh, die auch lungengängig sind, kleinste Luft-Bläschen, mit Glucose drin -abgekapselt-im Bereich von wenigen Mikromillimetern-also kleiner als Blutkörperchen-die lagern sich in bestimmten Bereichen des Körpers an ...”
P : „Mhm.”
OA: „..und unter Einwirkung von Ultraschall-der Energien-zerplatzen diese Bläschen.-Das ist der gewünschte Effekt.”
P : „Mhm.”
OA: „Man kann dann auch Gewebsverhalten studieren, ...”
P : „Mhm.”
OA: „... in der Tumordiagnostik ...”
P : „Mhm.”
OA: „Der nächste Schritt, und da experimentiert man schon sehr, ist dann , die Partikel zu beladen mit, äh, Therapeutika, die an dem ganz bestimmten Ort dann freigesetzt werden.”
P : „Mhm.”... (6 Sekunden) ...
OA: „Legen Sie sich bitte mal wieder zurück.”
P dreht sich zurück und schaut wieder auf den Monitor: „Mhm.”... (20 Sekunden) ...
OA: „Primärbefund war mal im linken Unterbauch, ne?”
P : „Ja, hier.”, zeigt auf den linken Unterbauch.

OA: „Ham Sie damals, als das anfing, auch Nierenaufstau gehabt, oder so?"
P : „Nein.-Also so die Organe, die waren alle so in Ordnung so weit.-Das war also rein ..."
OA: „Ham Sie das selbst getastet, oder war das 'ne ...?"
P : „Nein, leider nicht.-Im CT ham sie das gesehen, dann war's aber eindeutig, es war dann zu tasten."
OA: „Mhm."
P : „(unverständlich)"... (20 Sekunden) ...
OA: „Ich nehm' jetzt noch einmal den Sieben-Megahertz-Schallkopf, der hat eine besonders hohe Auflösung im Nahbereich.", wechselt den Schallkopf.
P : „Mhm."
OA: „So, sind nur die bisher gängigen hohen Frequenzen der Smallpart-Diagnostik: Hoden und Schildrüse, Gefäße..."
P : „Mhm."
OA: „... es gibt Entwicklungen für die Haut bis 17000 Megahertz.."
P : „Mhm."
OA: „... hat man quasi eine Auflösung in mikroskopische Bereiche... , daß man Muttermale genau darstellen kann, in ihrer Weite, in ihrer Tiefe, im Hautniveau ... (7 Sekunden) ... hier kann ich die Darmwand direkt sehen. ... (6 Sekunden) ... Kleinste Gefäße-hier in Farbe..", stellt den Farbdoppler ein, "..darstellen.-Das hat bei Entzündungen eine Bedeutung oder auch bei ... -im Rahmen von Durchblutungsstörungen, ... (6 Sekunden) ...-Jetzt würd' ich mir gerne den Hoden nochmal anschauen.-Können Sie selbst unterstützen?"
P : „Ja.", hält den Hoden
OA: „... damit ich da ran komm'."
P : „Komm' Sie da ran?"
OA: „Ja. ... (27 Sekunden) ... ich seh da eine reguläre Blutgefäßaufzweigung ...", schaltet den Farbdoppler ein, "das können Sie selbst sehen ..."
P : „Mhm."... (26 Sekunden) ...
OA: „Ist das der rechte oder linke Hoden?"
P : „Das ist jetzt der Rechte."
OA: „Mhm, ... (20 Sekunden) ... gut, Sie können sich bitte gleich abputzen ..."
P : „Mhm."
OA: „... das ist alles soweit in Ordnung."
P : „Sie können auch keine Veränderungen jetzt so sehen?"
OA: „Nein."
P : „So bißchen eben dieseVernarbungen, oder, wie man's nennen soll ...?"

S1 kommt herein, geht zum Schreibtisch, setzt sich.

OA: „Ne."
P : „Ne, rechter Hoden jetzt gar nicht.-Von dem Tumor ..."
OA."Nein."
P : „... im Bauchraum ..."
OA: „Nein."
P : „... is gar nichts mehr zu sehen."

OA: „Nein."
P : „Mhm."
OA: „Offenbar sehr gut geworden."
P : „Ja, ja.-Das kann ja sein, ...ich hatte meinen vierten Zyklus Mitte August, daß sich das dann noch so zurückgebildet ..."
OA: „Ja.Ja, ja-das sind ja Reparationsvorgänge, also, wenn der Tumor anspricht, daß dann das abgestorbene Gewebe..-das wird dann umgebaut , und Narbengewebe beim jüngeren Menschen, das is ja auch ein Gewebe, das nicht mehr störend ist ...", steht auf.
P : „Mhm, mhm."
OA: „Man denkt bei Narben so an überschießende ..."
P : „Ja.", putzt sich mit dem Tuch ab.
OA: „Äh, ...prominente Narben an der Bauchwand etwa ..."
P : „Mhm."
OA: „... das ist einfach eine Abgrenzung ..."
P : „Ja, mhm, mhm."
OA: „... auf eine entzündliche Reaktion, eine Reaktion darauf ..."
P : „Mhm."
OA: „Dazu kommt 'ne ..."
P : „Ja, meine Frage war halt, ob da noch was is, und ob man das operativ entfernen soll oder nich.-Und wenn Sie jetzt sagen, da hat sich so nichts verändert, dann ist die Frage erstmal so beantwortet."
OA: „Mhm, ja.-Ich mach' Ihnen das gleich fertig.", geht zum Fenster, zieht die Jalousien hoch und setzt sich an den Schreibtisch.
P : „Ja, ich zieh mich schon wieder um."
OA: „Ja."

P geht in die Kabine, schließt die Tür.
OA schreibt den Befund.
S1 steht auf, wechselt die Auflagetücher auf der Untersuchungsliege und gibt die Daten des nächsten Patienten ein.

Patient 25
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 19 Minuten)

P, selbst Arzt und mit OA bekannt, ist bereits seit dem vorherigen Patienten im Raum und unterhält sich mit OA.
Ich frage um sein Einverständnis zur Tonbanddokumentation.-Er ist einverstanden.
OA verläßt den Raum.
P macht den Oberkörper frei und legt sich auf die Untersuchungsliege. ... (20 Sekunden) ...

OA kommt herein, gibt P ein Abdecktuch, geht zum Schreibtisch, verdunkelt den Raum, setzt sich auf den Untersuchungsstuhl,auf dem er zum Gerät rollt:(leise) „Die äußere Hose mal weiter... (unverständlich)."
P schaut ihn an: „Bitte?"

OA : „Die äußere Hose ‘n bißchen weiter runter ziehen, bitte.”
P schiebt die Hose etwas herunter.
OA : „Was ham Sie für Beschwerden?”
P : „-Keine Beschwerden. Ich hab’ ‘ne Colitis.”
OA : „Ja.”
P : „Der letzte Schub war vor einem Jahr, seitdem bin ich beschwerdefrei.”
OA : „Ja.”
P : „Das hält sich eigentlich ganz gut.”
OA : „Ja.”
P : „In dem Rahmen hab’ ich dann auch Behandlung bekommen.-Danach ging’s mir dann ganz gut.-Und das, was sie noch gefunden hatten, waren Gallenblasenpolypen ...”
OA : „Mhm.”
P : „... und das könnten Sie bitte nochmal nachgucken ...”
OA : „Ja.”
P : „... mit den Folgen der Therapie, weil vor einem Jahr das ‘n ziemlicher Schub war.”
OA : „Mhm, ja.-Ham Sie denn noch wieder Cortison genommen?”
P : „Ja, ich hab’ Cortison genommen. ... (5 Sekunden) ... Das mußte da auch systemisch verabreicht werden.”
OA : „Ja. ... (4 Sekunden) ...-Das is jetzt eigentlich eine Nachuntersuchung, nichts Akutes ...”
P : „Is nichts Akutes.”
OA : „Mhm.”, startet die Untersuchung.

P schaut auf den Monitor. ... (23 Sekunden) ...

OA : „Bitte mal tief einatmen, ... (13 Sekunden) ... immer wieder Luft holen.”

S1 kommt herein, geht zu OA, flüstert ihm etwas zu und zeigt ihm einen Anmeldebogen.

OA : „Mal tief einatmen, ... (19 Sekunden) ... tief einatmen.”

S1 verläßt den Raum. ... (21 Sekunden) ...

OA : „So, auf die linke Seite drehen, Arm mit rüber nehmen.”

P dreht sich herum, hat weiterhin den Monitor im Blick.

OA : „Gut.”
P : „Der Arm so?”
OA : „Gut.-Tief einatmen.-Mal hin- und heratmen, Bauch vorschieben ... (9 Sekunden) ...-Ein kleines Steinchen.”
P : „Ah, ja.”
OA : „Ham sie das das letzte Mal auch gesacht, oder ...?”
P : „Ne.”
OA : „... wahrscheinlich ein Cholesterinstein, ganz träge nur zu ahnen.”
P : „Wie groß is das?”

OA : „Mhm, vier Millimeter. ... (11 Sekunden) ...-Gibt’s auch schon mal, daß Polypen sich ablösen.”

P : „Ja.”... (14 Sekunden) ...

OA : „Schleimhautfalten..”

P : „Mhm.” ... (7 Sekunden) ...

OA : „Einmal bitte zurückdrehen.”

P folgt der Anweisung.

OA : „Nochmal einatmen, ... (4 Sekunden) ... aha, da, ein bißchen sternhimmelartig... (12 Sekunden) ... ganz, ganz millimeter-kleiner schwebender Sludge so, mit Wiederholungsecho.”

P : „Mhm.” ... (16 Sekunden) ...

OA : „Gut, nochmal bitte einatmen, ... (6 Sekunden) ... -Gallengang schön darzustellen, ... (5 Sekunden) ... is schlank, ... (7 Sekunden) ... nochmal einmal einatmen, ... (11 Sekunden) ... das könnte ein Polyp sein, dieses kleine Gebilde. Wieviel hatten wir gesehen an Polypen?”

P : „Ich weiß es nicht mehr.-Zwei ...”

OA : „Mhm.”

P : „auch sehr klein.”

OA : „Mhm. ... (10 Sekunden) ...-Bauchspeicheldrüse, ... (4 Sekunden) ... weiteratmen, ... (5 Sekunden) ...Bauch mal nicht ganz so stramm machen, ... eindrücken, ... (10 Sekunden) ... einatmen.”

S1 kommt herein, legt Unterlagen auf den Schreibtisch, verläßt den Raum wieder.

OA : „Einmal zu mir herumdrehen, einatmen, bitte, ... (4 Sekunden) ... tief einatmen, ... (12 Sekunden) ...”, räuspert sich,”... (7 Sekunden) ... so, nocheinmal, bitte. ... (21 Sekunden) ...-Normalerweise sollte man nicht mit 3/5 den Darm angucken, aber dieser Schallkopf ist doch so gut - die Auflösung, da kann man sich mit dieser Freguenz ...,-sehr schöne Eindringtiefe einrichten. ... (4 Sekunden) ...-Psoasmuskulatur.”

P (leise): „Was is das denn da?”

OA : „Bitte?”

P : „Was is das denn da unten Kleines?-Darm?-Colitis is besser.”

OA : „Ja.-Ja.” ... (7 Sekunden) ...

P : „-Auch wieder Psoas ...”... (10 Sekunden) ...

OA : „Einmal den 5er Schallkopf nehmen..”, wechselt den Schallkopf ... (37 Sekunden) ... „Wieviel Stuhlgänge ham Sie?”

P : „Is ganz normal.-Einmal.”

OA : „Mhm. ... (18 Sekunden) ... Für mich so unauffällig, nech?”

P : „Ja, ja.”

OA : „Ich würde auch bei einer relevanten Entzündung doch Wandverdickung da sehen können.”

P : „Mhm. ... (5 Sekunden) ... Sie ham das damals gesacht..”

OA : „Wie?”

P : „Sie ham das damals gesacht mit der Wandverdickung, nach dem Schub.”

OA : „Ja. ... (59 Sekunden) ... Sonographisch ist da so nichts Auffälliges."
P : „Ja."
OA : „-Ich kann die Galle einmal noch darstellen."
P : „Ja." ... (9 Sekunden) ...
OA : „Gut, dann putzen Sie sich mal ab erstmal.", steht auf geht zum Fenster und zieht die Jalousien hoch: „Können das große Tuch ruhig nehmen."

P steht auf, reibt sich mit dem Tuch ab.
OA geht zum Waschbecken und wäscht sich die Hände.
P zieht sich die Hose wieder hoch.
OA geht zum Schreibtisch, setzt sich.

P schaut ihn an ... (21 Sekunden) ... „und mit dem Stein?"
OA wendet sich zu ihm : „Man könnte einen Lyse-Versuch machen,..könnte man, aber ..."
P : „Ja?"
OA : „... ich würde es eigentlich, äh, fast in Ruhe lassen."
P : „Ich guck in fünf Jahren wieder rein."
OA lacht: „... da überlegt man schon. Man weiß ja nicht, was die behandelnden Ärzte wollen.-Vor allem weiß man nicht, was der Darm dann wieder dazu sagt.-Normalerweise wird das gut toleriert, aber ... (5 Sekunden) ... es is so, daß ich immer Patienten beraten muß. ... (4 Sekunden) ...-Rückenproblem, Bandscheiben-Probleme?"
P : „Ja."
OA : „-Ich bin begeistert von diesem Stuhl-leider erst zehn Jahre zu spät angeschafft.", demonstriert seinen Untersuchungsstuhl: „Man sitzt hier wunderbar.-Im Kreuz.."
P : „Ja."
OA : „... der unterstützt den Rücken in der richtigen Position ...", setzt sich zur Anschauung auf den Stuhl.
P : „Ja, da muß man gerade sitzen."
OA : „So muß man auch breitbeinig sitzen , und der entscheidene Gag ist, daß Sie das Bein in dieser Richtung frei haben, und je höher Sie ihn stellen, wenn Sie sich jetzt rüberbeugen, wie man das richtig macht und so sitzt, wie man es sollte, daß man dann richtig ein Gegengewicht hat, ... is man hier auch unglaublich frei.", zeigt wie er die Bewegungen und Positionen meint.
P lacht auf.
OA : „Vor einem Jahr, da hab' ich das eben ..einem Freund empfohlen.-Der kam dann ,wenn man das 'n bißchen kennenlernt mit den Querfortsätzen, kann man sich da reinhängen ...", zeigt , was er meint und steht dann auf und weist P, sich zu setzten.
P : „Is ja irre.", setzt sich selbst kurz auf den Stuhl.
OA setzt sich wieder: „..den kann man auch Höhen verstellen, die Sitzfläche ist zwar kurz, aber man kommt automatisch in diese Reiterposition ...-Seitdem hab' ich ... hab' ich Ruhe.-Ich mach' hier sehr viel..-Die eine Bandscheibe von mir ist völlig im Eimer."

Das Telefon klingelt drei mal.

P : „Mhm."

OA : „Der Orthopäde sacht, also ich kann Sie beruhigen, Sie brauchen keine Operation, die Bandscheibe gibt's gar nicht mehr.", lacht auf.

P lacht mit.

OA : „Und damit geht's wirklich gut."
P : „Ja."
OA : „Ich kann mich abstützen und jedes Mal, wenn man angespannt hier vorne was macht , kann man sich so reinlegen ...", zeigt, was er meint.
P : „Is toll."
OA : „... und ich hab' mehrere Patienten schon, der wegen anderer Sachen kam, und dem ich das geraten hab'.-Das ist am Hauptbahnhof, Sprinkenhof:-Agas, die bauen Flugzeugsitze.-Da fragen Sie nach Balancestühlen."
P : „-Das is 'ne gute Sache, ja, ja."
OA steht auf: „Wir geh'n mal in mein Zimmer.", verläßt gemeinsam mit P den Raum.

Patientin 26
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 30 Minuten)

P liegt auf der Untersuchungsliege und hat ihren freien Oberkörper mit dem Abdecktuch abgedeckt.
Ich frage sie um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.-Sie ist einverstanden.

OA kommt herein: „Guten Tag.", schüttelt P die Hand.
P : „Guten Tag, Herr Doktor ... (nennt den Namen des OA).", lacht ihn an.
OA : „So, ach da sind ja die Unterlagen.", setzt sich an den Schreibtisch, ... (13 Sekunden) ... murmelt während er die Unterlagen durchschaut, steht auf, verdunkelt den Raum und setzt sich auf den Untersucherstuhl: „Frau ... (nennt den Namen der Patientin), was haben Sie jetzt im Moment für Probleme?"
P : „Seit Montag habe ich diese Probleme hier unten ...", zeigt auf eine Stelle unterhalb des Nabels, „... es zieht da vor.", weist nach rechts unten.
OA : „Machen Sie den Bauch mal richtig frei.-Die äußere Hose mal richtig runter."
P zieht die Hose ein Stückchen herunter: „So."
OA : „Blinddarm is raus ..."
P : „Herr Doktor, ich hab' immer den Eindruck, daß da irgendwas sich vernarbt, ver-verbunden hat."
OA : „Mhm."
P : „Also, es tut mir hier weh; ich kann mich schlecht bewegen, ich hatte Bronchoskopie heute Vormittag."
OA : „Okay."
P : „Nur hier, wenn ich hier so drauf-...", drückt auf einen Punkt unmittelbar oberhalb des Nabels,"...-drücke, dann tut's mir da unten weh, nich?", weist wieder auf den Unterbauch.
OA : „Ja."
P : „Es is ein Tick besser geworden, ein **Tick**."

OA : „Wie verhält sich das zu der Untersuchung, wo ich Sie letzte Mal gesehen hab'.-So ähnlich, oder ...?"
P : „Nein."
OA : „... is das ein anderer Bereich ...?"
P : „Nein, das war mehr in diesem Bereich", zeigt auf den linken Mittelbauch.
OA : „Das is jetzt was Anderes."
P : „Das is was Anderes. Da war vorher auch ein Narbenbruch, das hat Professor ... (nennt den Namen eines Chirurgen) auch festgestellt ..."
OA : „Ja."
P : „Hier ...", zeigt auf den linken Mittelbauch, auf eine Narbe, „... ein Narbenbruch, den man aber nicht operiert."
OA : „Ja."
P : „Die Schmerzen sind auf geheimes Wegen weg."
OA : „Ah, ja.", tastet mit seinen Händen.
P : „Ist ganz gut. ... -aua- nich?-Wenn ich hier so drauf drücke, dann zieht sich das da so ...", zeigt, was sie meint.
OA : „Mhm.-Ich will mal auf der anderen Seite gucken ..."
P : „Da nich."
OA : „So, ich mach' jetzt bewußt auf der Gegenseite ..."
P : „Mhm."
OA : „Is alles ganz weich."
P : „Da fängt es an , weh zu tun."
OA : „Ein unangenehmer Punkt wohl, nich?"
P : „Leider ja."
OA : „Oder ist es doch hier hinten?", drückt seitlich in den rechten Unterbauch der Patientin.
P : „Nein, da", zeigt erneut den Punkt, "da, da."

OA tastet die beschriebene Stelle.

P : „Da so, ja, da."
OA : „Oder ist es dort unangenehmer?"
P : „Nein da", zeigt den Punkt " da, da, da so.-Da nicht.., da, da, da, ... aber, wenn ich da hinten drücke, tut's da weh.", zeigt was sie meint, „da vorne weh."
OA : „Mhm."
P : „Wenn Sie hier so drücken ...", zeigt erneut den Punkt.
OA : „Wie is mit'm Wasserlassen? Kriegen Sie da Schmerzen?"
P : „Ja, aber ich hatt' ja 'n Blasenkrebs vor einem Jahr, nich?-Den hat man ja endoskopisch entfernt ..."
OA : „Ja."
P : „... seitdem muß ich alle Viertel Jahr zur Blasenspiegelung ..."
OA : „Ja."
P : „...-nun war ich, ... ich war mehrfach verreist ..."
OA : „Ja."
P : „... ich kann auch sein, daß ich mir vielleicht die Blase erkältet hab', weil ich öfter auf Klo mußte als sonst."

OA : „Ham Sie mal so'n Harndrang, und denn is kaum etwas, wenn Sie auf die Toilette geh'n?"

P : „Ja, das kann man fast sagen."

OA : „Mhm."

P : „Aber das hat sich auch wieder gegeben."

OA : „Ja."

P : „Das war nur, äh, gestern war das schlimm.", hustet.

OA : „-Weswegen war die Bronchoskopie jetzt gemacht worden?"

P : „Eben weil ich immer noch etwas Blut spucke."

OA : „Ja."

P : „... Das ist ja das, weswegen ich jetzt nun ..."

OA : „Ja. (leise)Wird mal kalt.", beginnt mit der Untersuchung.

P : „... die Bronchoskopie.-Deswegen."schaut auf den Monitor.

OA : „Hat man dafür 'ne Erklärung jetzt gefunden?"

P : „Noch nich."

OA : „Mhm."

P : „Jetzt hat man aber ein Computertomographie gemacht ..."

OA : „Ja."

P : „... und geröngt, und die Befunde sind alle gut.-Also es is nix."

OA : „Ja.-Die Magenoperation liegt wie lange zurück?"

P : „'95."

OA : „Ja. Mhm.

P : „April '95, Ende April."

OA : „Kommen Sie damit jetzt so einigermaßen zurecht?"

P : „Joa, ja.-Bis auf Rohmilch."

OA : „Bitte mal tief einatmen."... (7 Sekunden) ...

P : „Es ist immer noch etwas mehr da..", weist nach rechts.

OA : „Ich guck' einmal noch systematisch alles genau an."

P : „Okay."

OA : „-Im Moment ist hier Leber, ... (4 Sekunden) ...sieht in diesem Bereich unauffällig aus."... (6 Sekunden) ...

P : „Ja."

OA : „Jetzt noch mal tief einatmen, dicken Bauch machen, ... rechter Leberlappen, ... gut zu sehen. ... (6 Sekunden) ... prima vista auch erstmal unauffällig, normale Größe, normale Form, Echomuster, ... bitte mal tief einatmen, ... (7 Sekunden) ...-Hier sehr schön, Sie können das oben, glaub' ich, mit beobachten, nich?"

P : „Mhm.-Ich versteh' davon nix."

OA : „Sacht Ihnen nicht allzu viel ..."

P : „Ne."

OA : „Der schwarze Punkt ..."

P : „Ne." ... (5 Sekunden) ...

OA : „Die Gallenblase können Sie aber auch als nicht Fachmann ..."

P : „Das is der schwarze Apparat, oder?"

OA : „Das schwarze, birnenförmige, rundliche in der Bildmitte ..."

P : „Mhm."

OA : „... Flüssigkeit stellt sich erstmal schwarz dar.- Wenn Steine drin wären, wären die echoreich, ... (5 Sekunden) ...wichtig jetzt nochmal die rechte Niere, nochmal tief einatmen, ... (5 Sekunden) ...weiteratmen, ... (5 Sekunden) ... So, ich drück hier noch mal. ... (6 Sekunden) ... Tut nicht besonders weh?"

P : „Ne."

OA : „Nochmal einatmen, ..anhalten, bitte, ... (17 Sekunden) ... die Blutgefäße in der Niere - ganz normal, nun heb' ich die etwas farbig hervor.", schaltet den Farbdoppler ein, ... (6 Sekunden) ..."zur Seite, .. hier in der Tiefe liegt die Hohlvene ..."

P : „Das tut jetzt weh."

OA : „..offenbar hier rüber, ... (5 Sekunden) ... der Blasenbefund, der is endoskopisch abgetragen worden?"

P : „Ja, .. und ich bin jetzt auch wieder geladen, ich muß jetzt auch wieder hin."

OA : „Mhm."

P : „... da geh ich zu Doktor ... (nennt den Namen des Arztes.), den kennen Sie ja auch."

OA : „Ja, sehr gut, grüßen Sie ihn mal von mir."

P : „Ja, richt' ich aus." ... (5 Sekunden) ...

OA : „Auf welcher Seite der Harnblase war das?-Rechts oder links?" ... (4 Sekunden) ...

P : „Bin ich überfragt, ... (5 Sekunden) ...das weiß ich so nicht." ... (19 Sekunden) ...

OA : „Hat man das mit Laser oder mit der Schlinge gemacht, oder wie hat man das abgetragen?"

P : „-Ja, wissen Sie, ich wurde betäubt, und dann ging's gleich los.-Er sacht, wie ich 'ne Blasenspiegelung mach, so hol ich das Ding raus."

OA : „Mhm."

P : „... aber womit und ..."... (13 Sekunden) ...

OA : „Hier is so eine verdickte Falte, . das - ich bin aber nicht der Spezialist für die Harnblase. Aber da würd' ich schon noch mal hingehen zu Doktor ... (nennt den Namen des vorher benannten Arztes), wenn Sie da die Kontrolle sowieso ..."

P : „Ja, ich muß sowieso hin."

OA : „... vorgesehen haben.-Ich nehm' noch einmal 'n ander'n Schallkopf.", wechselt den Schallkopf." Damit kann ich noch 'n bißchen mehr sehen.-Stuhlgang, sachten Sie is in Ordnung?"

P : „Alles in Ordnung." ... (41 Sekunden) ...

OA : „Das könnte so ein kleiner Polyp sein, oder auch nur 'ne Faltenvorwölbung, das kann man dann endoskopisch besser sehen."

P : „Mhm."... (5 Sekunden) ...

OA : „Sieht mehr aus wie'ne Falte als eine Einziehung."... (4 Sekunden) ...

P : „Aber da tut nichts weh."

OA : „Ne. ... (6 Sekunden) ... guck' ich mir den Darm nochmal genau an." ... (17 Sekunden) ...

P : „'Ne Darmspiegelung wurde gemacht Anfang Januar von Professor ... (nennt den Namen des Chefarztes)."

OA : „Ja."

P : „Nicht diese Große."

OA : „Was heißt nicht diese Große?"

P : „Also nicht die Dickdarm...-Ja."

OA : „Hat er nicht bis zum Dünndarm ..., nicht ganz durchgespiegelt?-Oder doch?"

P : „Rektal nicht.”
OA : „Ah, ja.”
P : „Ich habe hier gelegen.”
OA : „Ah, ja, das wollt’ ich fragen, .ob die rechte Seite mit angeguckt ist.”
P : „Ja.”
OA : „Was hat er da gesehen?”
P : „Nichts, er hat etwas abgetragen mit ‘ner heißen ..., ’ner heißen ..., was hab’ ich gelesen ...”
OA : „Mit ‘ner Schlinge ...”
P : „... heißen Schlinge, ... aber nichts, nichts Auffälliges.-Und er sachte auch, kommen Sie mal in fünf Jahren wieder.”
OA : „Mhm.” ... (11 Sekunden) ...
P : „Da tut es sehr weh.”... (6 Sekunden) ...
OA : „Tief einatmen.”, räuspert sich. ... (11 Sekunden) ... „Wie oft ham Sie Stuhlgang?”
P : „Also, ein- bis zweimal am Tag, manchmal auch drei - wenn ich irgendwie wieder was gegessen hab’...”
OA : „Was ist dann?”
P : „..dann muß ich eben noch mal auf’s Klo. Wenn ich zuviel Salat oder Balaststoffe ess’...”
OA : „Mhm. ... (8 Sekunden) ... Ich kann da so nichts Auffälliges finden.-Der Darm arbeitet sehr lebhaft.”
P : „Obwohl ich hab’ jetzt schon lange kein Stuhlgang gehabt. ... (6 Sekunden) ...-Da könn’ Se mal gucken, ... da so rüber..”, zeigt OA die Stelle.
OA untersucht die Stelle. ... (7 Sekunden) ...” Im Oberbauch selbst, äh, wann ist da mal nachgeguckt worden, nach der Magenoperation?”
P : „Im Juni, da war ich hier, und da war ich auch bei Ihnen.”
OA : „Mhm.” ... (7 Sekunden) ...
P : „Da tut’s weh.” ... (7 Sekunden) ...
OA : „Die linke Seite gar nicht?”
P : „Nö.”
OA : „Ist das sehr unangenehm schmerzhaft, oder ...?”
P : „Ja, ich bin heut’ Nacht zum Beispiel davon aufgewacht.” ... (13 Sekunden) ...
OA : „Ist der Dünndarm mal geröngt worden?”
P : „Ist es das, was man auch ambulant machen kann?-Das hat ...”
OA : „Ja, wo man so’n ...”
P : „... hat Doktor .. (nennt den Namen eines Arztes) mal gemacht.”
OA : „... beim Röntgenarzt, wo man Kontrastmittel einnehmen muß ...”
P : „Ne, so was nich. ... (54 Sekunden) ... Da tut es wieder weh, da so, wenn Sie da so drücken.”, zeigt die Stelle. ... (23 Sekunden) ...
OA : „Ist der Magen vollständig operiert, vollständig entfernt oder zum Teil?”
P : „Also, ein bißchen ist wohl gelassen worden.”
OA : „Mhm.”
P : „In der Akte steht das auch so drin.”
OA : „Ja. ... (9 Sekunden) ... Tut das hier weh?”
P : „Ne. ... (27 Sekunden) ...-Wo ist eigentlich die Bauchspeicheldrüse?”
OA : „Schwer zu sehen.-Hier oben, #die liegt hier oben.”, hält den Schallkopf auf den Bereich.

P hustet: „Wenn ich huste, tut’s da unten weh. ... (30 Sekunden) ... Ich hab’ auch manchmal Blähungen.”

OA : „Das gibt es auch.- Aber ich denk’, daß man doch unter Umständen nochmal einmal den Dünndarm nachgucken sollte. ... (5 Sekunden) ...-Was machen Sie denn, wenn Sie Beschwerden haben, nehmen Sie da Medikamente?”

P : „Nein, das hab’ ich auch erst seit Montag.”

OA : „Mhm.”

P : „Und Montag wurde mir gesacht, daß ich nachts, weil ich nicht einschlafen konnte, ’da könn’ Sie ein Schlafmittel nehmen.’-Das hab’ ich dann gemacht..”

OA : „Aber Sie kamen vielmehr wegen der Blutbeimengung.”

P : „Natürlich.”

OA : „Mhm.”

P : „Ja. Nicht, weil der Professor ... (nennt den Namen des Chirurgen) sachte, daß man nicht operiert wegen des Bruches. Und dann ‘was is jetzt wegen des manchmal Blutspucken?’-Ich sach, ’das is immer noch da.’-Und dann hat er, äh, diese Bronchoskopie an-, äh, ähm, empfohlen.-Da konnte Doktor (nennt einen Namen) nichts finden, da hat er mich zur Computertomographie geschickt.” ... (5 Sekunden) ...

OA : „Bauchspeicheldrüse nochmal genau angucken, ... (6 Sekunden) ... nochmal tief einatmen, ... (11 Sekunden) ... locker lassen, bitte, ... (10 Sekunden) ... Bauchspeicheldrüse sitzt hier ganz oben, die scheint mir in Ordnung. ... (12 Sekunden) ... Bitte nicht atmen.”, stellt die akustische Signalwiedergabe ein, ... (14 Sekunden) ... und wieder aus. „Es können auch Gefäßeinklemmungen, die dann solche Beschwerden machen können, aber da war ein Gefäß, das nicht ..., weil ich es eigentlich ganz gut darstellen konnte. Dafür find’ ich keinen Hinweis.-Hier ist die Hauptarterie, die den Darm versorgt, mal so bleiben, bitte.”, stellt die akustische Doppler-Signalwiedergabe an, ... (14 Sekunden) ... und wieder aus. „... hört sich auch gut an.”

P : „Sind das die Pulse um Gotteswillen?”

OA : „Das sind die von innen, ja.-Hört sich aber ganz gut an.”

P: : „Was sich alles abspielt, nich?”

OA : „Mhm.”, stellt wieder kurz den akustischen Modus ein, hustet, ... (10 Sekunden) ... Ham Sie das Gefühl, daß Sie viel Luft haben im Bauch, oder ...?”

P : „Ne.”

OA : „Ne. ... (6 Sekunden) ... Einmal noch tief einatmen, ... (28 Sekunden) ... zeigen Sie nochmal so mit einem Finger, wo Ihr Bauch weh tut.”

P zeigt den Punkt: „Da, wenn ich da drücke strahlt es nach unten aus.”

OA hält den Schallkopf auf den Punkt.

P : „Etwas höher ...”

OA : „Wie?”

P : „Etwas höher. ... (4 Sekunden) ... Noch höher.”

OA : „Wobei die Gallenblase eigenlich okay aussieht, und die rechte Niere ist unauffällig.”

P : „Ja.”... (13 Sekunden) ...

OA : „Was sachten Sie, Magenspiegelung, wann wurd’ die gemacht?”

P : „13. Juni.”

OA : „Mhm."
P : „Am Zehnten., ne, Zehnten. ."
OA : „Was hat Herr ... (nennt den Namen des Chefarztes) da gefunden?"
P : „Nichts.-Und da hat er Sie ja im gleichen Atemzug ..."
OA (gleichzeitig): „Ja, ja, ja."
P : „... haben Sie mich ja untersucht." ... (4 Sekunden) ...
OA : „Eine Stelle, wo der Darm so ein ganz, ganz klein-bißchen wandverdickt ist, ... das is kein überzeugender Befund, aber, wenn Sie Beschwerden haben sollte man da nochmal einmal dem nachgehen, und müßte man überlegen, ob man da nicht 'ne Röntgenuntersuchung noch für Sie empfehlen sollte. - Ich will den Dünndarm nochmal einmal darstellen."
P : „Liegt der da, wo Sie gerade sind?"
OA : „Der Dünndarm ist weit verteilt, der liegt im ganzen Mittel- und Oberbauch.- Ich seh auch mal 'ne gewisse Passagestörung, so mit Narben ..., aber ich seh' im Moment keinen Krankheitsbefund.-Nur die geringe Darmwandverdickung.-Zuerst sollte man noch mal die Blutwerte genau angucken.."
P : „Und ich weiß auch gar nicht so recht, was das war, was Herr ... (erneut den Namen des Chefarztes nennend), . äh, Professor ... (der Name noch einmal) am 5. Januar gemacht hat.-Ist, glaub' ich, da drin, mit in der Akte."
OA : „Steht da drin.- Ich guck mir das mal an.-Sie könn' sich bitte erstmal abputzen, und schon mal die Hose anziehen..", steht auf „ich les' mir das alles nochmal genau durch.", geht zum Waschtisch und wäscht sich die Hände.
P reibt sich den Bauch ab: „Ja, dann dank' ich Ihnen.", setzt sich auf, zeigt auf die Kabine.
OA zieht die Jalousien hoch: „Ja.", setzt sich an den Schreibtisch.
P geht in die Kabine, läßt die Tür offen; „Ach, Gott ...", zieht sich an.

S1 kommt herein geht zum Schreibtisch, nimmt eine Akte und ordnet sie auf der Untersuchungsliege.

OA schreibt den Befund, „Sie kommen noch mal rein, wenn Sie gleich fertig sind.", hängt die Bilder an den Schirm, betrachtet sie und schreibt den Befund weiter.
P (noch in der Kabine): „Was soll ich?"
OA : „Dann kommen Sie ruhig rein, bitte."

S1 setzt sich mit der Akte an den Schreibtisch.

P : Jaha.", kommt in den Raum und setzt sich auf das Ende der Liege. ... (49 Sekunden) ...

OA schreibt indes den Befund weiter.

S1 und OA unterhalten sich unverständlich (6 Sekunden).
P schluchzt leise vor sich hin. ... (5 Minuten) ...

OA tütet den Befund ein, nimmt ihn wieder heraus, (leise, zu sich selbst) „Also ..., noch dazutragen, daß auch die Gefäße gut waren, die Mesenterialgefäße ...", schreibt und steckt den Befund wieder in die Klarsichtfolie.

S1 unverständlich zu OA.
OA : „Ich nehm' mal die Unterlagen jetzt mit..in mein Zimmer, weil ich ganz gerne da rede ..."
S1 : „Mhm."... (5 Sekunden) ...
OA zu P: „Kommen Sie nochmal mit ...", steht auf und geht mit P zur Tür.
P (leise): „Wiedersehn."
S1 : „Wiedersehn."

OA und P verlassen den Raum und gehen in sein Zimmer.

Patientin 27
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 24 Minuten)

Ich frage die Patientin im Wartezimmer um Einverständnis zur Tondbanddokumentation.
Sie ist einverstanden.
Ich bitte sie in den Untersuchungsraum , weise sie ein und stelle das Aufnahmegerät an.

OA sitzt (mit dem Rücken zu P gewandt) am Schreibtisch und schreibt den Befund des vorherigen Patienten, (zu mir) "Können Sie vielleicht einmal noch die Bilder holen?"

Ich gehe und bringe die Bilder (50 Sekunden). (In der Zeit: kein Gespräch)

OA (zu mir): „Ist da nur eins?"
Ich: „Mhm."
OA hängt die Bilder an den Schirm, sieht sie sich an und schreibt den Befund weiter, ... (136 Sekunden) ... (zu sich, leise) „War das der 12. November der Mittwoch?", blättert in seinem Tischkalendar nach, ... (44 Sekunden) ... (zu sich, murmelnd, nur teilweise verständlich) „Man bräuchte ... (unverständlich) ...der rote Filzschreiber... (unverständliche Worte) ... (zu mir): Die können Sie ihm bringen.", reicht mir die Akte des vorherigen Patienten.

Ich verlasse den Raum und bringe dem Patienten die Akte ins Wartezimmer, komme zurück, setzte mich auf den Hocker. (17 Sekunden, während dessen: kein Gespräch)
P folgt mir mit ihren Blicken.

OA tut den Durchschlag des Befundes und die Bilder in eine Klarsichtfolie, steht auf, knipst das Licht aus, nimmt den Anmeldebogen und liest, dreht sich zu P: „Guten Tag."

P schaut ihn an.

OA rollt auf dem Stuhl zur Liege: „Sind Sie ambulant jetzt, oder?"
P : „Ja."
OA : „Mhm. ... Sie sind von Frau Doktor ... (nennt den Namen ihrer Frauenärztin) hier hin geschickt?"
P : „Genau.-Ja. Sie hatte gesacht, sie war früher selber bei Ihnen, als sie das hatte.", lacht.

OA : „Ja.-Ich dachte schon, sie wollte selbst kommen, aber ..."
P (lachend): „Ne, sie hat mich dafür geschickt."
OA : „Und Sie ham ein Mißempfinden im Bein?"
P : „Ja, also, gestern Abend war es ziemlich doll, also, hm, es ist schon wieder ‘n bißchen besseres Gefühl, aber es ist auch mehr das Linke als das Rechte, irgendwie, ... ich hatte das vor sechs/sieben Jahren schon mal, **dieses** Gefühl."
OA : „Mhm."
P : „Und deswegen.-Während der Schwangerschaft, hatte man mir gesacht, daß das halt eher vorkommt, weil das Blut halt schwerer oder langsamer fließt."
OA : „Die Umfangdifferenz war erst rechtsseitig aufgetreten?"
P : „Ja, rechts."
OA : „Rechts."
P : „Ja, rechts größer als links."
OA : „Mhm, rechts mehr als links ..."
P : „Ja, aber das kann sein, daß das immer so ist."
OA : „Tut das weh hier?", drückt die linke Wade.
P : „Ne."
OA : „Da?", drückt weiter oberhalb.
P : „Ne, mehr rechts."
OA : „Okay.", stellt sich hin und untersucht ihr rechtes Bein.
P : „Da, rechts.", zeigt ihm die Stelle.
OA : „Auch nicht?"
P : „Ne.-Warm is es auch nich, hab’ ich das Gefühl, ..."
OA : „Mhm."
P : „...hm. Gut, muß ich mal genau angucken."
P : „Nur damals hatte man auch, also, Ultraschall deswegen gemacht, und da hatte man’s nich gesehen, und dann hat der damals - es wurde auch hier in ... (nennt das Krankenhaus) gemacht -hat der damals ..."
OA : „Ja?"
P : „Ähm, und da hat er gesacht, ’das weiß ich nicht so’ und dann hat er gesacht , das sei ihm zu risikoreich, mich jetzt zurückzuschicken, und da hat er mir halt Kontrastmittel gespritzt ..., aber das kann man ja jetzt nicht machen."
OA : „Ja."
P : „Und da hat man halt gesehen, daß das ‘ne Unterschenkelthrombose war."
OA : „Unterschenkel?"
P : „Ja."
OA : „Mhm.", nimmt den Schallkopf und beginnt mit der Untersuchung des Beines. ... (6 Sekunden) ..." Jetzt könn’ Sie gar kein Bein mehr als Lokalisation, äh, angeben?"

Das Telefon klingelt.

OA : „Kein Bein ist auffällig mehr.."
P : „Also, ich würd sagen, daß das linke schon.."
OA : „Ja?"
P : „... doller betroffen wär’."

OA : „Ja.”

P : „Ja, gestern Abend auf jeden Fall, da war ab und zu mal im Rechten ..., aber auch nicht mehr ...”

Das Telefon klingelt immer noch.

OA : „Ja. -Soll man da ran gehen?”, steht auf, nimmt den Telefonhörer auf: „... (nennt seinen Nachnamen). ...-Ja?... Da sind Sie falsch verbunden.”, legt den Hörer auf, nimmt den Überweisungsschein , setzt sich wieder an die Liege, ... (13 Sekunden) ... blickt auf den Überweisungsschein: „Wo stammt Ihr Name her?”

P : „Mein Mann ist Franzose.”

OA : „Ah, ja.”

P lacht.

OA : „Das hab’ ich mir ‘n bißchen gedacht.”, steht auf, zieht die Jalousien herunter, setzt sich wieder, spricht leise den Nachnamen der Patientin aus. ... (16 Sekunden) ... dann würde ich sagen, der Einfachkeit wegen, daß ..., legen Sie sich erstmal auf’n Bauch, nech? Bevor ich jetzt die Waden untersuche.”

P : „Mhm.”, folgt der Anweisung, ”-Noch geht’s.” ... (14 Sekunden) ...

OA : „Und, äh, wo saß die damalige Thrombose?”

P : „Also, eigentlich müßte ich mich dran erinnern, daß das auf der rechten Seite war, aber vorhin war ich völlig verunsichert ...”

OA : „Unterschenkel?”

P : „Ja, am Unterschenkel. Ja.”

OA : „Weit unten, oder mehr im Knie..?”

P : „Das war im Knie, im Knie war das.”

OA : „Mhm, ganz in der Peripherie, das wird auch sonographisch dann sehr aufwendig. Kann man nich so gut gucken..”

S1 kommt herein, nimmt Unterlagen vom Schreibtisch.

OA zu S1: „Frau ... (nennt den Namen von S1), passen Se auf, fall’n Se nich über den Tisch.”

S1 : „Nein.”, verläßt den Raum. ... (26 Sekunden) ...

OA : „Pressen Sie mal einmal ziemlich dol l.., ja, gut, wunderbar, stop. ... (11 Sekunden) ... Ham Sie noch Beinschwellung, oder ist das alles so okay?”

P : „Mhm.”

OA : „Bitte?”

P : „Also, äh, ja, also ich hab’ das Gefühl seitdem is es so’n bißchen dicker oder wärmer oder so, ne?-Wenn ich vielgestanden hab’, oder so ...”

OA : „Aber nichts Dolles?”

P : „Ne, das is eigentlich damals ganz gut ...”

OA : „Mhm. ... (19 Sekunden) ... Einmal noch pressen, stop. ... (122 Sekunden) ...-Sie ham keinen umschriebenen Wadenschmerz, nech?”

P : „Ne. ... (7 Sekunden) ... Einfach, als wenn die Beine einfach mal ab und zu ..., als ob da kein Blut durchfließt, -so eingeschlafen, oder ...”

OA : „Mhm.” ... (8 Sekunden) ...

P : „... gestern Abend war's halt ziemlich heftig."
OA : „Bitte, war ...?"
P : „War das halt ziemlich heftig."... (30 Sekunden) ...

Der Pieper piept.

OA empfängt eine Nachricht (unverständlich): „Mhm." ... (43 Sekunden) ... (zu P): „So, ... (29 Sekunden) ... äh, in den wichtigsten Bereichen, da sieht man keine ..."
P : „Mhm."
OA : „... keine Thrombose, also, äh.., äh, in den proximalen.."
P : „Ja?"
OA : „Unterschenkeln."
P : „Ja."
OA : „Die ganz kleine Verästelungen kann ich so nicht sehen, aber das ist im Moment auch nicht so bedeutsam, und..ich guck mir jetzt noch einmal die, äh, andere Seite an."
P : „Mhm." ... (13 Sekunden) ...
OA steht auf, geht zum Waschtisch, wäscht sich die Hände, trocknet sie und setzt sich wieder, „Jetzt mal das rechte Bein, einmal so'n bißchen abspreitzen."

P folgt der Anweisung.

OA : „Und mal den Slip so'n bißchen hochziehen, daß ich an die Leistenbeuge ..."
P : „Ja.", zieht ihre Unterhose hoch, hält sie und schaut auf den Monitor.
OA : „..dran komm'.", schallt die Leiste ... (38 Sekunden) ... „Sie seh'n das alles da, nich?"... (4 Sekunden) ...
P : „-Is auch 'n besonderes Gerät, was Sie da haben."
OA : „Mhm."
P lacht. ... (41 Sekunden) ...
OA (leise, zu sich): „Hier einmal gucken ..."

Sekr. kommt in den Raum und legt eine Akte auf den Schreibtisch, geht wieder. ... (28 Sekunden) ...

OA (zu sich, murmelnd, teils unverständlich): „Den Schallkopf auch ... (unverständlich) ... (13 Sekunden) ...mhm... (80 Sekunden) ...Okay, ich seh' da nix..-Wenn das nicht besser würde, dann müßten Sie sich nochmal melden."
P : „Ja."
OA : „Also ich bin mir eigentlich ganz sicher, an den entscheidenen Punkten.."
P : „Und mit den eingeschlafenen Beinen, was is das?-Ich hab' das sonst nicht.-Is nich irgendwie ...?"
OA : „Weiß ich nich."
P lacht: „Ach, so.-Das ist ja schön."
OA : „Aber, wenn Sie sich nochmal kurzfristig dann melden, wenn das nicht weggehen sollte."
P : „Ja."
OA : „..Kontrastmittel wär' der ergänzende Standard, ... macht man hier ja wohl nicht."

P : „Ne, ne, ne.”, lacht.
OA : „Aber die Bereiche, wo das bedrohlich wäre, das hab’ ich gut einsehen können, ob da nun was ganz Peripheres ... kann ich nicht mit letzter Sicherheit ausschließen ...”
P : „Ja.”, zieht die Hose wieder hoch, setzt sich auf.
OA : „Das wäre aber kein Risiko, wenn allerdings die Symptomatik zunehmen würde ...”
P : „Mhm.”
OA : „... würde sich der Thrombus dann fortleiten ...”
P : „Ja.”
OA : „..den würde man dann sehen können. Aber dies ist so eine ..., daß an den Stellen... (4 Sekunden) ...äh, wo’s wichtig ist, hat man das gut sehen können.-Wann geh’n Sie zu Frau Doktor ... (nennt den namen der Frauenärztin)?”
P : „Uff ..., also hat sie nichts weiter gesacht.-Sie hat nur erstmal gesacht, ich soll direkt hierher fahren.”
OA : „Gut, dann ...”, steht auf, zieht die Jalousien wieder hoch, „gut, dann schreib’ ich ihr einen Bericht..”
P : „Gut.”
OA : „Sie sind in der KKH?”
P : „Ja.”
OA : „Dann kriegen Sie von uns eine bescheidene Rechnung, einfach ...”
P : „Ja?”
OA : „... ein bestimmter Mindestsatz und da steht drauf ...”
P : „Ja.”
OA : „..warum Sie es hier gemacht haben ...”
P : „Mhm.”
OA : „Alles andere ...”
P : „Ja.”
OA : „... packen Sie noch dazu und dann reichen Sie das persönlich ein.-Da ham Sie eine Kontrastmitteluntersuchung erspart ...”
P : „Ja.”
OA : „... nur, damit Sie das wieder bekommen ...”
P : „Gut, ja.”, steht auf.
OA : „Tschüß.”
P : „Tschüß, Wiedersehen, Danke.”, geht zur Tür, verläßt den Raum.

Patientin 28
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 9 Minuten)

Ich frage die Patientin imWartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.-Sie ist einverstanden.
S1 bittet sie in die Kabine und weist sie anschließend ein.
P liegt mit einem Abdecktuch über dem entkleideten Oberkörper, auf der Untersuchungsliege, guckt auf das Standbild am Monitor und wartet.
S1 verläßt den Raum. ... (25 Minuten) ...
OA kommt herein.

Ich stelle das Aufnahmegerät ein.

OA : „Guten Tag.", schüttelt P die Hand.
P : „Guten Tag.", schaut ihn an.
OA : „Mein Name ist ... (nennt seinen Namen)."
P nennt ihren Nachnamen.
OA : „Guten Tach, Frau ... (wiederholt ihren Nachnamen). Wer schickt sie, welcher Hausarzt?"
P : „Frau Doktor ... (nennt den Namen ihrer Hausärztin)."
OA : „Ja. Gut.-Ich schau mir mal gerad die Unterlagen an.", setzt sich an den Schreibtisch, blättert in den Unterlagen, liest, murmelt dabei (leise): „... hohe Leberwerte, ..keine Beschwerden ..." ... (27 Sekunden) ..." Ganz kleinen Moment, nech? Das dauert 'n kleinen Moment. Ich möchte nur das in Reihe durchlesen."
P : „Mhm."
OA : „Frau ... (nennt den Namen einer Ärztin des Hauses) mal eben noch Bescheid sagen.. ... (19 Sekunden) ... (zu mir)- Sie könnten mir einmal- würden Sie so freundlich sein- Frau ...(nennt den Namen der Ärztin) mal herbeiholen, -rufen."

Ich verlasse den Raum (6 Sekunden), komme wieder herein. (Während dessen: kein Gespräch)

OA dreht sich zu P: „Wenn ich das richtig, also, verstanden hab', Sie ham keine Beschwerden?"
P : „Nein."
OA : „Gut.-Welcher Anlaß war es, daß Sie überhaupt jetzt eine Untersuchung bekommen haben?-Laborwerte und Ultraschall.."
P : „Ja, das war schon zwei Male, da hab' ich mich durchchecken lassen ..."
OA : „Ja.", rollt mit dem Untersuchungsstuhl zur Liege.
P : „-Ich hab' hohen Blutdruck auch, und da fielen die Werte auf."
OA : „Ja.", beginnt mit der Untersuchung " Den Bauch mal 'n bißchen dicker, einatmen, ... (13 Sekunden) ...bitte mal tief einatmen,... (6 Sekunden) ...immer von alleine dann weiteratmen, ... (13 Sekunden) ... etwas einatmen, ausatmen,etwas einatmen, anhalten ... (8 Sekunden) ...die Leber ist normal groß ..."
P : „Mhm", verfolgt die Bilder am Monitor.

S1 kommt kurz herein, geht zum Schreibtisch, schaut auf die Unterlagen, verläßt den Raum wieder.

OA : „... ich werd' das auch dokumentieren, daß da..Aufnahmen machen. ... (5 Sekunden) ... Nochmal tief einatmen, dicken Bauch machen." ... (8 Sekunden) ...
P : „Was is denn das Dunkle da?"
OA : „Welches Dunkle meinen Sie?"
P : „Das da.", zeigt mit dem Finger auf den Monitor.
OA : „Dies hier?", markiert eine Struktur mit einem Sternchen.
P : „Ja."
OA : „Das is ein Anschnitt der Hohlvene ..."
P : „Aha."

OA : „... mit der Einmündung der Lebervene, dies dreiecksförmige Gebilde, das is, äh, der linke Leberlappen im Längsschnitt, nochmal tief einatmen, noch ein Schnitt unter'm Rippenbogen, um größere Teile der Leber zu sehen.-Die schwarzen Striche, das sind... (4 Sekunden) ... Gefäße, also Lebervenen.-Das Ganze kann ich Ihnen gleich noch mal in Farbe zeigen, ...", schaltet Farbdoppler ein "..die Durchblutung dort, mal einatmen ..., gut."... (4 Sekunden) ...

P : „Dann anhalten?"

OA : „So is gut, ja.-Weiteratmen..,so, mal tief einatmen..,stop. ... (4 Sekunden) ... Was jetzt blau aufleuchtet, sind die Lebervenen,.."

P : „Ach, so."

OA : „... was da mehr rot leuchtet, das sind Anschnitte der Pfortader-Äste in der Leber, könnte man sogar auch die Durchblutung in der Leber darstellen dann, können Sie noch mal ein anderes Gerät, Duplex, kennenlernen.", schaltet die akustische Dopplersignalwiedergabe ein. ... (6 Sekunden) ... und wieder aus.

P : „Ts, ts.", lacht.

OA : „Wie Nordseebersten ...-das sind Strömungen in der Vene, noch einmal gucken.", schaltet es erneut ein ... (4 Sekunden) ... und wieder aus " Hört sich normal an.-Dreh'n Sie sich mal bitte auf die linke Seite, dann kann ich noch einmal die Pfortader, das große Gefäß, was in die Leber hineinfließt nochmal angucken."

P dreht sich auf die Seite, schaut zur Tür.

OA : „Mal tief einatmen, bitte. ... (6 Sekunden) ... Weiteratmen, nochmal 'n dicken Bauch, tief einatmen. ... (15 Sekunden) ...-Die Pfortader ist normal weit. ... (5 Sekunden) ... Nochmal stop, die will ich nochmal anmessen.", schaltet die akustische Dopplersignalwiedergabe ein ... (16 Sekunden) ... und wieder aus "So, ... kann daraus Messungen ableiten ..."

P : „Ja."

OA : „-Völlig normale Strömungen in der Pfortader. ... (6 Sekunden) ... Nochmal tief einatmen.-Hätte man feststellen können dort, da bei etwa chronischen Lebererkrankungen die Blutgefäßversorgung sich verändert ..."

P : „Ja?"

OA : „-das ist aber nicht der Fall bei Ihnen, nech?-Ich guck' mir jetzt noch mal die Milz an,.dreh'n Sie sich noch einmal zur Seite?-..die reagiert gelegentlich auch mit ..."

P : „Auf die Rechte dann?"

OA : „Ja.-..bei Lebererkrankungen."

P dreht sich auf die andere Seite und schaut auf den Monitor am Gerät.

OA : „Wieder einatmen, bitte. ... (5 Sekunden) ... stop."

P : „Ne, Moment."... (4 Sekunden) ...

OA : „So, ja. ... (5 Sekunden) ... Normal groß. ... (6 Sekunden) ... Legen Sie sich mal bitte zurück wieder.-Mal die Gallenblase sehen."

P dreht sich auf den Rücken und blickt auf den Monitor.

OA : „Tief einatmen ..., das dunkle, birnenförmige Gebilde ..."

P : „Ja."

OA : „... unter der Leber kann man sicher auch als Nicht-Spezialist vorstellen."

P : „Ja."

OA : „-Sie ist ohne Steine.-Kann man auch sehen, ob der Gallengang etwa weit ist ... (10 Sekunden) ...-ist nicht der Fall."

P : „Kann ich Luft holen?”

OA : „Ja.- Dicken Bauch machen, den Bauch vorstrecken, bitte. Möglichst den Bauch locker lassen, locker lassen, noch lockerer... (9 Sekunden) ...-die Bauchspeicheldrüse, in Ordnung.-Nochmal tief einatmen.”, räuspert sich laut, ”Etwas mehr einatmen.., stop.” ... (8 Sekunden) ...

P : „Was is das ... (unverständliches Wort)?”

OA : „Bitte?”

P : „Was is das Dunkle da in der Mitte?”

OA : „Dunkles beunruhigt offenbar die Patienten. Das is die Aorta, ...”

P : „Nö, ...”

OA : „... die Bauchschlagader, ...”

P : „... hat mich eigentlich nich beunruhigt.”

OA : „..hier so im Querschnitt, hier die Hohlvene ...”, markiert die Strukturen mit dem Sternchen und hier is die Milzvene, und die ist sozusagen die Landmarke zur Darstellung der Bauchspeicheldrüse.-Tief einatmen, nochmal bitte. ... (7 Sekunden) ...-Bauchschmerzen, hatten Sie gesagt, ham Sie nicht, nech?”

P : „Ne.”

OA : „Mhm. ... (4 Sekunden) ... Tief einatmen nochmal bitte. ... (6 Sekunden) ...-Sie waren in der Sprechstunde bei Frau Doktor ... (nennt den Namen der Ärztin, die dazugerufen werden sollte) ...?”

P : „Ja.”

OA : „In der Leber-Sprechstunde.-Ich geb’ ihr auch den Bericht, äh, der Ultraschall zeigt nämlich keine Besonderheit, so daß sie mit Ihnen dann besprechen kann, wie’s eventuell weitergeht.”

P : „Ja.”

OA : „-Da war’n ja verschiedene Untersuchungen schon gemacht ...”

P : „Ja.”

OA : „... von Ihrer Ärztin.”

P : „Wie ist das denn jetzt mit einer CT?”

OA : „Würd’ ich nich machen.”

P : „Nich machen.”

OA : „Nein, äh, die kost’ viel Geld, aber hilft nichts.-Was man überlegen muß, ob man - das wird aber Frau Doktor..(nennt den Namen der Ärztin) mit Ihnen auch nochmal durchsprechen - eine Gewebsprobe entnehmen ...”

P : „Ja.-Punktierung.”

OA : „..sollte.”

P : „Ja.”

OA : „Das is auch keine große Sache.-Es gibt heute sehr gute, schonende Techniken ...”

P : „Würd’ das stationär gemacht werden?”

OA : „Äh, machen wir so aus Vorsichtsgründen, also, äh, das, was X Kollegen in der Praxis machen, finden wir nich so gut. ... (5 Sekunden) ... So, das is es schon.”

P : „Ja.”

OA : „Können sich bitte abputzen, und ich informier’ dann Frau Doktor ... (Name der Ärztin), damit dann feststeht.., daß die dann Ihnen sacht, wie’s weitergeht, ne?”,steht auf.

P : „Ist die jetzt heute da?”, putzt sich im Liegen ab.

OA : „Ja, ja.”, setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund. ... (16 Sekunden) ...
P : „Dann kann ich mich ja anziehen?”, steht auf.
OA : „Könn’ sich anziehen.”
P verschwindet in der Umkleide, schließt die Tür. ... (13 Sekunden) ...
A1 kommt herein, geht zum Schreibtisch, schaut im Stehen ins Sonographie-Buch.
P öffnet Kabinentür, schaut in den Raum: „Soll ich draußen warten?”
OA : „Mhm.-Ja, bitte.”
P : „Wiedersehen.”, schließt die Kabinentür und geht.

Patientin 29
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 30 Minuten)

Ich frage die Patientin im Wartezimmer um Einverständnis zur Tonbanddokumentation. Sie ist einverstanden.
P wird von S1 in die Kabine geführt, macht dort den Oberkörper frei.
S1 bittet P in den Untersuchungsraum, weist sie ein.
P liegt, mit einem Abdecktuch bedeckt, auf der Untersuchungsliege.
S1 verläßt den Raum. ... (5 Minuten) ...

OA und S1 kommen herein: „Guten Tag.”

Ich schalte das Gerät ein.
OA schüttelt P die Hand.

P : „Guten Tag, Herr Doktor ...(nennt den Namen von OA).”
OA : „Ja, schönen guten Tag.”
P : „Ja.”
OA : „Geht sofort los, nich. Ich müßte dann eben noch ... (murmelt etwas, unverständlich)”, geht zum Schreibtisch.
S1 : „Hier ist noch eine ...”,weist auf ein Anmeldungsformular.
OA : „Moment mal.”
P : „Ja.”
S1 : „Wann sind Sie das letzte Mal hier gewesen ..., überhaupt?-Gar nicht?”
P : „Ne, ich bin von Doktor ..(Name des Arztes) überwiesen worden, ...”
S1 : „Ah, so.”
P : „... weil er klären wollte ...”
S1 : „Alles klar. Ja, ich dachte ..., Ihre Unterlagen liegen da schon ...”
P : „Ja.”
S1 : „... ich dachte, Sie waren vielleicht vorher schon mal ...”
P : „Ne, zum Glück nicht.”

OA und S1 verlassen den Raum. ... (141 Sekunden) ...

OA kommt herein, geht zum Schreibtisch, schaut in die Unterlagen: „Ist Doktor ... (Name des Arztes) Ihr Hausarzt?"

P : „Ja, ja, is richtig. ... (4 Sekunden) ...-Kennen Sie Ihn?"

OA setzt sich mit den Unterlagen zu P: „Ja, gut."

P lacht.

OA : „Er hatte mich neulich nicht erreicht, da war ich nich da.."

P : „Ja."

OA : „... da war ich in Ulm.", liest in den Unterlagen: „Oberbauchschmerzen ..."

P : „Ja."

OA : „... leicht erhöhte Bauchspeicheldrüsen-Werte, ...ein CT ..."

P : „Ich weiß jetzt nicht, wie die letzten Werte war'n, erinner' mich gar nicht mehr."

OA blättert in den Unterlagen: „Moment mal."

P : „... jetzt sind eigentlich die Beschwerden weg."

OA : „Lipase ist grenzwertig erhöht, Amylase, ... hier, Amylase war erhöht, ist dann..(zu sich) so rum.."... (4 Sekunden)

P : „Das müßten drei Werte sein."

OA : „Ja. Ist so rum, die Neusten sind hier, so'n bißchen rückläufig ... (5 Sekunden) ... normal..."

P : „Haben die sich wieder normalisiert?"

OA : „Ja, Amylase: Normale.."

P : „Mhm."

OA : „.. Lipase is miniminimal über die Grenzen, mal den CT-Befund gucken."

P : „Ich hatte einen Virusinfekt über einen längeren Zeitraum ..."

OA : „Mhm."

P : „... und dann hatte ich das anschließend bekommen." ... (6 Sekunden) ...

OA : „Pankreas war hier nicht drauf auf'm CT."

S1 kommt herein. ... (6 Sekunden) ...

Das Telefon klingelt.

S1 nimmt den Hörer auf, telefoniert (unverständlich).

OA : „Blutwerte..(murmelt unverständlich).-Die Bilder hatten Sie auch mitgebracht, nich?"

P : „Ja, hab' ich auch. Mhm."

S1 : „Doktor ... (nennt einen Namen) ist am Telefon.", widmet sich den Eintragungen in das Sonographie-Buch.

OA : „Mhm,", räuspert sich " komme.", geht zum Schreibtisch, nimmt den Hörer entgegen, telefoniert : „Guten Morgen, ... äh, danke, bißchen erkältet, aber sonst, äh, danke ... ja, ja, ja.- ach, so ... wird heute entlassen. -Joa.-Ich bin hier gerad in 'ner Untersuchung, ich ruf' dich gerne nachher zurück.-Ja, ja ... (17 Sekunden) ... so'n Kolloquium,..ah, ja..wann is das?... -Am 5.November", blättert im Kalendar,"das ist, äh, im Prinzip gerne, daß kann für mich eng sein, weil das kurz vor'm Endoclub is, der ist an dem Freitag ...-ham die meist so'ne Generalprobe ... Ja? ... Dann ham wir noch die Pac-Akademie, praktischerweise, kannst du da? 5.November, Also dann beim nächsten Mal.-Ja, gleichfalls ... da kann ich nich, beim nächsten Mal gerne wieder. ...-Könntest du freundlicherweise prüfen, ob du am 29.,in der Ärzte-Kammer, den Termin wahrnehmen könntest, dein Leber-Beitrag, so daß

ich Galle dann am 5.November mache...-Hast du das vorliegen gerade? ... (22 Sekunden) ... Ja, aber wann hast du deine Leber, Anfang November? Buß- und Bettag. ... (13 Sekunden) ... Gut, wir seh'n uns da, jaa.-Ich würd' gern' tauschen ..., würd' ich dann schon mal hiermit gern mal fest buchen.-Ja, am 22. bin ich dann auch schon im Urlaub.. das überschneidet sich ein bißchen mit Atlantikhotel, das is von Professor ... (nennt einen Namen), ... (nennt einen weiteren Namen) aus Hannover und Andere.-Das is, glaub' ich, ganz gut. Das geht um 18 Uhr, da könn' wir dann vielleicht später noch hingehen ... Ich hab's in meinem Zimmer, ich ruf dich dann später noch mal an, ... ja?-Das is nett.-Ja, danke, tschüß.", legt den Hörer auf, verdunkelt den Raum, zieht den Kittel aus, hängt ihn an den Haken, setzt sich auf den Untersucherstuhl, (zu P) "Ich guck' erstmal die Leber an, ohne Kenntnisse der ..."

P : „Ja."

OA : „... Computertomographie, weil das schon ganz interessant ist, ob ich auch was seh'."

P : „Ja.", schaut OA an.

OA : „Machen Sie den Bauch jetzt mal frei.-Die äußere Hose mal 'n Stück runter."

P zieht ihre Hose etwas herunter.

OA : „Nochmal genau ..., was war der Anlaß, daß Sie überhaupt zu Doktor ... (nennt den Namen ihres Hausarztes) gingen?"

P : „Der Anlaß war, daß ich unter'm linken Rippenbogen Schmerzen hatte.", schaut auf den Monitor.

OA : „Ah, ja.-Das kann ja die Bauchspeicheldrüse dann auch gewesen sein.-Bitte mal tief einatmen,... (5 Sekunden) ...Hat der Doktor ... (Name des Hausarztes) irgendwas gesehen mit dem Ultraschall?"... (5 Sekunden) ...

P : „Äh ..."

OA : „Entspechend dem Computertomogramm ..."

P : „..er sachte, als die Röntgenaufnahme da war, hat er nochmal Ultraschall gemacht ..."

OA : „Ja."

P : „... und dann eben auch im linken Leberlappen..Veränderungen geseh'n."

OA : „Mhm.-Mhm.-Mal ausatmen, bitte, ... (8 Sekunden) ...tief einatmen, Luft 'n Moment anhalten. ... (14 Sekunden) ...-Ham Sie Hormone genommen?-Ovulationshemmer, oder ...?"

P : „Ja, aber auch nicht so lange."

OA : „Mhm.Wes-..."

P : „Ich hab' da 'ne Aversion gegen ..."

OA : „Mhm.-Nochmal tief.."

P : „... nur 'n paar Jahre hab' ich sie genommen."

OA : „Nochmal tief einatmen." ... (7 Sekunden) ...

P : „Ich hab' allerdings jetzt, ähm, 10 Jahre hab' ich jetzt schon das Klimakterium."

OA : „Mhm."

P : „-Ich weiß nicht, ob das von Bedeutung ist."

OA : „Gibt es denn früher", hustet laut "Entschuldigung meine ... -von früher eine Ultraschall-Untersuchung als Ausgangsbefund, wo man etwa vergleichen könnte, ob das ..."

P : „Ähm, von der Leber, vor 'n paar Jahren, der Professor ... (nennt einen Namen)"

OA : „Mhm."

P : „..hat Ultraschall gemacht. Das war vor ... (4 Sekunden) ... vielen Jahren, eine Zyste am Ovar festgestellt.-Die ist aber inzwischen entfernt worden."

OA : „Mhm."

P : „... bei der Ultraschall-Untersuchung hat er das festgestellt."

OA : „Bitte nochmal tief einatmen, ... (33 Sekunden) ... weiteratmen."

P : „Das in der Leber hat er aber auch nie diagnostiziert."

OA : „Da ist auch nix, wo man so drüber fällt."

P : „Mhm."

OA : „Da muß man ganz genau gucken.-Nochmal tief einatmen,... (26 Sekunden) ... nochmal tief einatmen, dicken Bauch machen, ... (12 Sekunden) ... nochmal einatmen, ... (13 Sekunden) ...weiteratmen, immer wieder von alleine atmen, nochmal tief einatmen, ..stop. ... (14 Sekunden) ... Tief einatmen, ... (21 Sekunden) ...wieder mal 'n dicken Bauch machen, einatmen, ... (9 Sekunden) ...Bauchspeicheldrüse sieht so völlig unauffällig aus.."

P : „Ja?"

OA markiert die Bauchspeicheldrüse mit einem Sternchen, um sie P zu zeigen: „... im Ultraschall, im Computertomogramm ja im Grunde auch. Nochmal tief einatmen. ... (4 Sekunde) ... Hier kann man sehr, sehr schön den Gang sehen. ... (4 Sekunden) ... Kann man kaum mit dem bloßen Auge erkennen. Da is so'n kleiner Doppelstrich.."

P : „Mhm."

OA : „... in der Mitte der Bauchspeicheldrüse, millimeter-dünn ...-völliger Normalbefund. ... (4 Sekunden) ... Mal die Gallenblase anschauen, dicken Bauch machen, ... (5 Sekunden) ... mal den Bauch mehr so nach vorne vorschieben. ... (5 Sekunden) ...-Ham Sie schon gefrühstückt, heute Morgen?"

P : „Ich hab' nur was getrunken."

OA : „Was?"

P : „Tee."

OA : „Schwarzen Tee?"

P : „Ja."

OA : „Kann sein, daß deshalb die Gallenblase nicht so ganz gefüllt ist ..."

P : „Mhm."

OA : „..weil Tee auch die Gallenblase leeren kann.-Mal auf die linke Seite dreh'n."

P dreht sich auf die Seite, schaut zur Tür.

OA : „Nochmal tief einatmen.-Da sieht man manchmal kleine Gallensteine, die auslösend für die Bauchspeicheldrüsenentzündung sind, indem sie in den Gang abwandern, da find' ich aber bei Ihnen keinen Hinweis.-Gallengang ist sehr schlank."

P : „Gut.-Meine Familie ist mit der Galle etwas belastet.."

OA : „Sie ham,..Sie ham aber keine Steine. ... (6 Sekunden) ... Legen Sie sich bitte mal zurück."

P dreht sich wieder auf den Rücken, schaut wieder auf den Monitor.

OA : „Nochmal tief einatmen, ... (21 Sekunden) ... Hier seh' ich einen kleinen Herd, drei Zentimeter."

P : „Ein Herd?"

OA : „Ja, einen Befund, der etwas sich absetzt ...-ich guck' ja auch entspechend der Computer ..."

P : „Ja."

OA : „...- tomographie ... ist anfangs eigentlich gar nichts zu sehen ...-Normalbefund."

P : „Mhm.”

OA : „Nochmal tief einatmen. ... (5 Sekunden) ... Hier nochmal die Ausschnittsvergrößerung. ... (6 Sekunden) ...Kann es fast nicht abgrenzen.., mal einmal in Farbe gucken.-Wie groß hat man den Befund im Computer beschrieben, Computertomogramm?”

P : „Ich weiß nur im linken Leberlappen ...”

OA : „Gleich.-Nochmal tief einatmen, Luft anhalten, wieder atmen einen Moment, ... (4 Sekunden) ...nochmal wieder atmen, nochmal tief einatmen, ... (32 Sekunden) ...weiteratmen,..einatmen,..Moment mal so bleiben,... (19 Sekunden) ...weiteratmen.”

P : „Mhm.”

OA : „Ich guck mal einmal die Bilder mir an.”, steht auf, macht Licht, nimmt den CT-Befund, liest darin und markiert darin Stellen.

P schaut OA an. ... (58 Sekunden) ...

OA schaut in die Röntgentüte: „Die CT-Bilder ham Sie doch nicht mit ... offenbar.”

P : „Bitte?”

OA : „Hier sind nur die Lungenbilder drin.”

P : „Die sind ja unmöglich..”

OA : „Aber nicht schlimm, weil der hat das ja beschrieben, ich hab’ ja den schriftlichen Befund.”

P : „Ach..”

OA (zu S1): „Wenn Sie das einmal kopieren könnten”, reicht S1 den CT-Befund.

S1 : „Ja.”, nimmt den Befund und verläßt den Raum.

P : „Ich hab’ extra noch ..., ich hab’ nich reingeguckt, ich hab’ das natürlich so angenommen ...”

OA : „Is aber nicht schlimm.-Ich hab’ die genaue Beschreibung, und guck’ jetzt nochmal mit einem anderen höherauflösenden Fünf-Megahertz-Schallkopf ...”, setzt sich wieder auf den Untersucherstuhl, nimmt den Schallkopf.

P : „Ah, ja.”, schaut wieder auf den Monitor.

OA : „Also, wenn man nichts wüßte, würde man eigentlich ...”

P : „Ja?”

OA : „... gar nichts sehen im Ultraschall.-Aber, wenn man den Befund kennt, kann man den mit diesem sehr hoch-auflösenden Gerät klar erkennen: Das fokal-noduläre Hyperplasie, das is Abgekürzung FNH ...”

P : „Mhm.”

OA : „... halt’ ich für denkbar-also ein gutartiger Befund.-Kommt eventuell nochmal ‘n Adenom differentialdiagnostisch, ...-auch ein gutartiger Befund..-tief einatmen, ... (12 Sekunden) ...so, mal nicht atmen.”, räuspert sich ”... (7 Sekunden) ...vermessen hier, ... (4 Sekunden) ... Größe entspricht dem jetzt auch: Viereinhalb Zentimeter ...-man mißt je nach dem, wo man nun genau die Grenzen zieht, die Werte.-Man kann es fast nicht abgrenzen.-Aber genau ...”

P : „Ist das häufig?”

OA : „Wie?”

P : „Kommt das häufig vor?”

OA : „Ich seh’s relativ häufig, weil ich Patienten bekomme mit speziellen Fragestellungen ...”

P : „Mhm.”

OA : „... aber es ist an sich eher seltener Befund .,..is gutartig.”

P : „Ja, gutartig."

OA : „Ja, so'ne fokal-noduläre Hyperplasie sind knötchenförmige Veränderungen ...-tief einatmen-..in der Leber.-Man diskutiert eine Hormon-Abhängigkeit, die muß aber nich sein.-Manchmal ändert sich.., wenn man Hormone dann nicht mehr gibt ... (4 Sekunden) ...hin-und heratmen, nochmal bitte tief einatmen, ... (12 Sekunden) ...-Sie selbst werden da kaum Unterschied sehen, das is kaum..-tief einatmen , bitte-... linke Leberlappen, dieses keilförmige Gebilde.-Das Einzige, was, wenn man genau guckt, einem auffällt, daß hier die Unterfläche so'n bißchen bauchiger vortritt.-Die Vorderfläche der Leber, ..."

P : „Ja?"

OA zeigt mit dem Sternchen am Monitor, was er jeweils meint: „...Unterrand.-Das is alles Lebergewebe.-Hier kann ich mit großer Mühe einen Bezirk sehen, der so etwas anders aussieht als ..-entsprechend dem, den man im Röntgen gesehen hat, das Ganze so'n bißchen knotiger erscheint, wenn man genau hinguckt.-Nochmal tief einatmen,..tief einatmen.-Das is ja nichts, was Sie beunruhigen müßte, hat auch mit Krebs oder so überhaupt nichts zu tun, das fragen dann immer die Patienten. ... (5 Sekunden) ... das ist eine Sorge im Kopf ...-Mal schaun."

Das Telefon klingelt.

OA : „So mal bleiben, weiteratmen, nochmal tief einatmen, dicken Bauch machen noch.."

Das Telefon klingelt weiterhin. ... (10 Sekunden) ... Es hört auf.

OA : „..-hier kann man die Grenze nur ahnen, das is im Grunde ...-Die eine Technik, mit der man das fast beweisen kann, zwar auch nicht zu 100 Prozent, wär' eine szintigraphische Untersuchung, bei der gallengängige Substanzen in den Körper, in die Vene gespritzt werden, wo man dann guckt, ob es in diesem Befund hängenbleibt, weil dieser Bezirk etwas weniger versorgt ist mit Gallengängen.-Das ist Ausdruck dieser knotigen Veränderung.-Kann man machen, dann wüßte man's genau, ich werd' das reinschreiben in den Brief an Doktor ... (Name des Hausarztes)."

P : „Wäre das denn sinnvoll oder notwendig?"

OA : „Also das is sinnvoll, aber nicht zwingend.Also ich ...-gibt eine Differentialdiagnose, eine andere auch gutartige Veränderung der Leber, die man auch ausschließen sollte über die Jahre, die noch in die engere Wahl kommt..-Wenn man diese Szintigraphie machen würde, dann wüßte man's so'n bißchen genauer.-Das würde Ihnen auch nicht schaden, das wär' keine.."

P : „Ändert sich das über die Zeit?"

OA : „Das kann sich verändern, kann größer werden, kleiner werden, ja?-Is aber nichts, was nun irgendwie Krankheitswert hätte.-Einatmen, ... (4 Sekunden) ... man muß immer aufpassen, daß man Patienten nicht durch Befunde, die man zufällig entdeckt hat, nicht krank macht. ... (4 Sekunden) ...So mal bleiben. ... (9 Sekunden) ...weiteratmen. So kann man diesen Befund auch ahnen."

P : „Medikamentös, kann man da nichts machen?"

OA : „Ne, muß man nicht."

P : „Legalon oder dergleichen?"

OA : „Wie?”

P : „Legalon, oder..”

OA : „Warum Legalon?”

P : „..denn ...”

OA : „Nein, wie kommen Sie auf Legalon?”

P : „Ne.-Ich bin Pharmazeutin.”

OA : „Ach, so. Sind Sie denn von der Firma Madaus?”

P : „Nein”,lacht,”Ich bin selbstständige Pharmazeutin, Apothekerin.”

OA : „Apothekerin.-Nein, also Legalon is..”

P : „-Keine Leberblümchen?”

OA : „Nein, nein, nein.”

P : „Empfehlen Sie das nicht.”

OA : „Nein.-Tief einatmen, bitte, ... (8 Sekunden) ... nochmal tief einatmen, dicken Bauch machen, ... (10 Sekunden) ...das ist so eine Ecke, wo man gar nicht so schön ... (4 Sekunden) ... gucken kann.-Ich werd’s mal versuchen mit dem Farbdoppler.-Man hat dann im ganz klassischen Fall noch so besondere Gefäße, im Moment nur angedeutet erkennen kann.-Ich untersuche das nochmal einmal, stop. Ich kann das deswegen nich so schön mit der Farbe darstellen, weil ich die Pulsationen.., äh, des Herzens schon anfangen, an dieser Stelle, die ja zwerchfellnah liegt.-Dann kommt die Aorta noch dazu... (6 Sekunden) ... so mal ‘n Moment bleiben, einmal in Farbe ...”, schaltet den Farbdoppler ein ”... (11 Sekunden) ... weiteratmen, tief einatmen, aber Luft holen, wenn Sie’s brauchen,... (27 Sekunden) ...weiteratmen, bitte mal einatmen,..stop. ... (13 Sekunden) ... Weiter ..., nochmal einmal tief einatmen, ... (11 Sekunden) ... gut ... ich kann nichts Aufregendes sehen..”

P : „Ja.”

OA : „... in jedem Fall ein gutartiger Befund.”

P : „Mhm.”

OA : „Völlig in Deckung ..., ähm, die Szintigraphie könnte man machen. Das is jetzt nicht dringlich, äh, würde sozusagen die Diagnostik abrunden, wenn Sie’s nicht machen, würden Sie auch nichts Entscheidendes verpassen.”

P : „Mhm.”

OA : „Ich würd’ das aber kontrollieren mit Ultraschall..”

P : „Ja.”

OA : „Sie können auch, wenn Sie wollen..”

P : „Ja.- In welchen Abständen?”

OA : „Ich würde vielleicht, weil’s jetzt neu entdeckt ist..”

Sprechanlage tutet, Stimme von A1: „Doktor ..(Name des OA)”

OA : „Ja?”

Aus der Sprechanlage: „Sie haben Besuch in Ihrem Zimmer.”

OA : „Ja, gleich, gleich.”

Aus der Sprechanlage ein Lachen.

OA : „Ja?”

Aus der Sprechanlage: „Tschüüß.”

OA : „Ja.”

Aus der Sprechanlage: „Tschüß.”

OA (zu P): „Ähm, ich würde, sagen wir zunächst mal so in ‘nem halben Jahr.”
P : „Ja.”
OA : „-Wenn da irgendeine Dynamik drin..”
P : „Mit Ultraschall jetzt.”
OA : „Ja.”
P : „Mhm.”
OA : „Wenn Sie wollen, wenn Herr Doktor ...(Name ihres Hausarztes) das gerne ... zu mir noch mal kommen. Äh, und dann kann man das in größeren Abständen auch machen.”
P : „Okay. Ich danke Ihnen.”, putzt sich ab.
OA : „Ja, gern.-Schöne Grüße an Herrn Doktor ..(Name des Arztes).”
P : „Danke sehr. Gut.”,setzt sich auf.
OA : „Ihre Schuhe sind auf dieser Seite.”, weist auf seine Seite der Liege, steht auf.
P : „Ja.-Eine weitere Kontrolle ist auch wieder eine Bestätigung.”, lacht, zieht ihre Schuhe an, steht auf.
OA : „Ja.-Also, was die Befunde angeht, ...der Patient ist in jedem Fall etwas beunruhigt ...”
P : „Nö, bin ich nicht.”
OA : „... dann muß man das so viel machen, bis er erstmal wieder zur Ruhe kommt.”
P lacht.
OA : „..vielleicht ist er gar kein Patient..”
.
S1 kommt herein, setzt sich an den Schreibtisch.

P : „Vielen herzlichen Dank.”
OA : „Ja, ne?”
P : „Tschüß.”
OA : „Tschüüß.-Die Bilder nehmen Sie selbst mit.”
S1 : „Ich geb’ Ihnen mal die Unterlagen, ne?-Ich glaube, die haben die ..., die Röntgenbilder von Ihrem Sohn da rein getan.”, gibt P die Unterlagen.
P lacht auf, nimmt die Unterlagen: „Das is ja ulkig.”
S1 : „... kann passieren.”
OA : „Gut, ich schreib’ dann gleich den Brief an Herrn..(nennt den Namen eines Arztes).”
P : „Danke, ja?”, geht in die Kabine.
OA : „Ja, Tschüß.”,verläßt den Raum.

Patient 30
Sonographie-Raum 1 (Untersuchungsdauer: 7 Minuten)

P liegt auf einer Transportliege auf dem Flur.
Ich frage ihn um Einverständnis zur Tonbanddokumentation.
P erklärt sich einverstanden, hat eine heisere, fast tonlose Stimme.
S1 schiebt die Liege in den Untersuchungsraum und bereitet P vor.
P sieht sich im Raum um.
S1 setzt sich an den Schreibtisch und nimmt Eintragungen ins Sonographie-Buch vor.
Ich schalte das Gerät ein. ... (40 Sekunden) ...

OA kommt herein: „Guten Tach, Herr ... (nennt den Namen des Patienten).”

P sieht OA an, (leise): „Guten Tach.”

OA : „Mein Name ist ... (nennt seinen Namen), wollt’ nur einmal den Bauch mit Ultraschall nachgucken.”, geht zum Schreibtisch, schaut auf den Anmeldungsbogen, zieht die Jalousien herunter, setzt sich auf den Untersucherstuhl.

P : „Ja.”

OA : „Was is da bei Ihnen operiert worden, die Bauchschlagader?”

P : „Ja und zwei mal Zwerchfell.”

OA : „Ja.”,beginnt mit der Untersuchung, verteilt das Gel auf dem Bauch.

P : „Zwerchfell war zwei mal wieder gerissen.”, nimmt die Hände auf den Bauch.

OA : „Ah, ja.-Und weswegen sind,-vorsicht, nicht da hin fassen ...”, weist auf den Gel-bestrichenen Bauch.

P : „Ach, so.”

OA : „...-weswegen sind Sie jetzt da?”

P : „ Hüfte ..., jetzt ...”

OA : „Sind das beide?”

P : „... wegen der Hüfte, ...”

OA : „Ja.”

P : „... rechte Hüfte.”

OA : „Ham Sie denn im Bauch irgendwelche Beschwerden, oder ...?”

P : „Nein, gar nicht. Deswegen wunder’ ich mich schon, daß ...”

OA : „Wundern sich, daß Sie hier hin müssen, nech?”

P : „Ja.”

OA : „Aber is ja zum Glück nich so ... anstengend die Untersuchung.”

P : „Nö, nö, das is ...”

OA : „Ham Sie schon länger mit der Hüfte zu tun?”

P : „Ja, ich hab’ seit drei Jahren, vor drei Jahren ist die linke gemacht worden..”

OA : „Mhm. ... (4 Sekunden) ... Warum ..., warum sind Sie so heiser?-Ist das häufiger ...?”

P : „Äh, ja, ähm ... belegt. Das is ‘65 schon operiert worden ...”

OA : „Ah, ja.”

P : „... das hab’ ich von Mallorca mitgebacht ...”

OA : „Mhm. ... (13 Sekunden) ... Ham Sie irgendwann mal ‘ne Leberentzündung gehabt, ‘ne Gelbsucht, oder so?”

P : „Ja, in der Gefangenschaft.”

OA : „In der Gefangenschaft, mhm.- In Rußland?”

P : „Ja, nech?”

OA : „Ähä.-Ham Sie da später noch erhöhte Leberwerte gehabt ...”

P : „Nein, nein.”

OA : „... bei irgendwelchen Laborkontrollen..”

P : „Nein.”

OA : „Einatmen, bitte, ... nochmal ‘n dicken Bauch, tief einatmen, ... nochmal ‘n dicken Bauch machen,... (4 Sekunden) ... stop. ... (6 Sekunden) ... Weiteratmen, ... (20 Sekunden) ... wieder mal hin- und heratmen, nochmal wieder ‘n dicken Bauch, tief einatmen, ... ausatmen, ... stop. ... (13 Sekunden) ...”, stellt sich hin, untersucht im Stehen weiter: „Hin-

und heratmen, ... (13 Sekunden) ... dicken Bauch mal machen, einatmen..” ... (8 Sekunden) ...

P atmet laut aus.

OA : „..nochmal einmal bitte einatmen, ... (4 Sekunden) ... stop. Weiter, is gut. ... (11 Sekunden) ... Tief einatmen nochmal, bitte..” ... (9 Sekunden) ...

P atmet laut aus.

OA : „..mhm, nochmal einmal hin- und heratmen. ... (14 Sekunden) ... Wie alt sind Sie jetzt?”... (6 Sekunden) ...
P : „76.-Muß ich erst überlegen..”
OA : „Ja. Ja, ja.”

P räuspert sich.

OA : „Ausatmen .”, räuspert sich ... (4 Sekunden) ...” Was ham Sie beruflich gemacht?”
P : „Selbstständig auf’m Schlachthof, Fleischerhof..”
OA : „Ah, ja. ... (5 Sekunden) ... Gut, ...”
P : „... 40 Jahre ...”
OA : „Mhm.-Alles soweit in Ordnung, denk’ ich, man sieht noch’n bißchen, daß Sie früher mal was mit der Leber gehabt haben, ...”
P : „Ja.”
OA : „..kann man noch im Ultraschall seh’n. Die Leber ist so’n bißchen Muster-vergröbert, aber nichts Schlimmes, denk’ ich.”
P : „Ja, das hat mir der ...”
OA : „Bitte?”
P : „Hausarzt auch gesacht.”
OA: „Der Hausarzt hat das auch schon festgestellt,ne?”
P : „Ja, ja.”
OA : „So’ne kleine Zyste an der linken Niere, das is völlig harmlos ...”
P : „Ja, das is mir.., hat mir der Urologe gesacht, an der Niere und an der Blase ...”
OA : „Ja.”
P : „Ich weiß aber nicht so genau.”
OA : „Blase, weiß nich, aber an der Niere das kann man wohl sehen.-Nehmen Sie dies Tuch ruhig nochmal zum nach putzen.”, weist auf das Abdecktuch, zieht die Jalousien hoch, geht zum Waschtisch, wäscht sich die Hände.

P reibt sich indes mit dem Tuch ab, schaut OA nach, zieht den Pullover herunter.
OA setzt sich an den Schreibtisch und schreibt den Befund. ... (21 Sekunden) ...
S1 dreht sich zu P, steht auf: „So, dann befrei’ ich Sie mal davon.”, nimmt das Abdecktuch und wirft es in den Abwurf.
P : „Ja.”
S1 : „So.- Dann ruf’ ich den Transport an, daß Sie wieder abgeholt werden.”

P : „Das is schön.”, schaut S1 an.

S1 schiebt die Trage aus dem Zimmer.

P (leise): „Tschüß.”

Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbstständig 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, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

(Viola Kirchner)

Lebenslauf

Angaben zur Person

Name:	Viola Kirchner
Anschrift:	Geschwister Scholl Str. 130
	20251 Hamburg
Telefon:	040/476357
Geburtsdatum:	01.06.1973
Geburtsort:	Münster
Familienstand:	ledig

Schulbildung

1979 - 1983	Kardinal - von - Galen - Grundschule, Harsewinkel
1983 - 1992	Evangelisch Stiftisches Gymnasium Gütersloh
	Abschluß: Abitur

Studienverlauf

1992 - 1996	Studium Humanmedizin an der Universität Hamburg
1996 - 1997	Studium an der Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, Niederlande
1997	Studiumfortsetzung in Hamburg

Examina

August 1994	Physikum
März 1996	Erstes Staatsexamen
Januar 1997	Block Tests, Maastricht
September 1998	Zweites Staatsexamen

Famulaturen

März 1995	Unfall- und Kinderchirurgische Praxis, Gütersloh
August 1995	Innere Medizin, AK Altona, Hamburg
September 1996	Pädiatrie, Kinderkrankenhaus Bethel, Bielefeld
Februar 1997	Accident and Emergency, Queen Margaret Hospital, Dunfermline, Schottland
August 1997	Pediatrics, Beth Israel Medical Center, New York, USA

Praktisches Jahr

Oktober 1998	Unfallchirurgie, Universitätsklinik Wien, Österreich
November 1998	Herz-Thoraxchirurgie, Universitätsklinik Wien, Österreich
Dezember 1998	Poliklinik, AK Altona, Hamburg
Januar 1999	Allgemeinchirurgie, AK Altona, Hamburg
Feb. - März 1999	Hämatoonkologie, AK Altona, Hamburg
April 1999	Medicine, Beth Israel Medical Center, New York, USA
Mai 1999	Infectious Diseases, Beth Israel Medical Center, NY, USA
Juni - Sept.1999	Pädiatrie, Altona Kinderkrankenhaus, Hamburg

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Heidrun Kaupen-Haas für die Überlassung des interessanten Themas bedanken. Sie gewährte mir jederzeit unkomplizierte Unterstützung und gab wertvolle Anregungen für die Arbeit.
Weiter gilt mein besonderer Dank der Abteilung des Krankenhauses, in der ich die Gespräche bei der Ultraschalluntersuchung verfolgen und aufzeichnen durfte, besonders der Ärztin, dem Oberarzt und den Funktionsschwestern, an deren Seite ich gearbeitet habe.
Den Patienten, die sich vertrauensvoll bereit erklärt hatten, an der Studie mitzuwirken, möchte ich herzlich danken.
Hendrik Roggenkamp danke ich von Herzen für die stetige moralische Unterstützung und Geduld während der Verwirklichung dieser Arbeit.
Alexander Weiß danke ich für das Korrekturlesen.
Herzlicher Dank gilt meinen Eltern, die mich das ganze Studium über sehr großzügig und in vielerlei Hinsicht unterstützt haben.