

Menz, Florian / Lalouschek, Johanna (1990):

**Die Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und
Ärzt/inn/en.**

*In: Konrad Ehlich, Armin Koerfer, Angelika Redder, & Rüdiger
Weingarten (Eds.), Medizinische und therapeutische Kommunikation.
Diskursanalytische Untersuchungen (pp. 12-27) Opladen:
Westdeutscher Verlag.*

Johanna Lalouschek und Florian Menz

1. Einleitung: Ein neuer Aspekt

Bisherige Studien zur Arzt-Patient-Kommunikation befaßten sich in erster Linie mit einzelnen Teilaspekten wie Visitengesprächen (Bliesener 1982; Köhle/Raspe 1982; Hoffmann-Richter 1985), Anamnesegesprächen (Wimmer/Pelikan/Strotzka 1981, 1982, 1983; Hein et al. 1985) und Gesprächen in der ärztlichen Praxis (Fisher/Todd 1983; Hein 1985). Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bezogen sich v.a. auf die großen Sprachbarrieren zwischen Ärzten und Patient/inn/en und auf den damit zusammenhängenden Framekonflikt (den Zusammenprall zweier verschiedener Welten, der Welt der Experten und der Laien, und von Fachsprachen und Jargon gegenüber der Alltagssprache).

Aufbauend auf diesen Einsichten wird in dieser Arbeit das Leben in einer Ambulanz untersucht, d.h. alle Kommunikationsformen innerhalb einer (Teil-)Institution erhoben und in ihrer Funktion analysiert. Eine solche Studie, die nicht nur Segmente aus einem komplexen Gesamtablauf herauslöst, ist in diesem Bereich bisher einmalig. Insofern hat sie auch explorativen Charakter und soll einen grundlagentheoretischen Beitrag zur Theorie der "Kommunikation in Institutionen" leisten.

Eine solche Zielsetzung erfordert eine differenzierte, "offene" Vorgangsweise der Datenerhebung, ohne vorherbestimmtes selektierendes Kriterienraster, mittels langzeitlicher teilnehmender Beobachtung, Interviews aller Beteiligten und schriftlichen Protokollen und Tonbandaufnahmen des gesamten interaktiven Ablaufs, in diesem Fall des ganzen Ambulanzvormittags - und dies über den beträchtlichen Zeitraum von mehreren Monaten hinweg (zum genauen Untersuchungsaufbau vgl. Kap.3.). Damit verfolgen wir die von Habermas (1981), Dittmar (1983) und Wodak (1987) vorgeschlagene "innere Perspektive", im Gegensatz zu einer reinen Beobachterposition (Außenperspektive), wo mit gerichteten Hypothesen und traditionellen Kategorien (statischen Kategorien) der Untersuchungsbereich vorweg aufgliedert wird.

Nur so ist es möglich, die vielfältig vernetzten, komplexen und ineinandergreifenden Strukturkomponenten eines solchen (Sub-)Systems zu erfassen und einer Beschreibung zugänglich zu machen. Ein auf eben ausschließlich vorgegebenen statischen Variablen wie Schicht, Geschlecht, Alter, Status und dergleichen basierender Zugang würde den Blickwinkel auf neue wesentliche, in bisherigen Untersuchungen nicht erfaßte dynamische Kategorien verstellen und latente Strukturen, die nur über teilnehmende Beobachtung und die Erfassung von Gesamtabläufen sichtbar werden, verdecken. Auch die Dynamik der sprachlichen und nichtsprachlichen Handlungen, die ein grundlegendes Element für den Ablauf ist, ginge verloren.

Da wir die gesamte verbale Kommunikation innerhalb einer (Teil-)Institution untersuchen (und eben nicht nur Ausschnitte daraus), haben wir dafür ein heuristisches Modell entwickelt, um spezielle Phänomene der Institution (wie Hierarchien zwischen dem Personal, das Vorhandensein von manifesten und latenten Strukturen, Zielkonflikte u.ä.) erfassen zu können.

Dazu müssen v.a. einige Überlegungen zum Institutionsbegriff und der Funktion von Institutionen angestellt werden.

2. Institutionen, Mythen, Widersprüche

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

Diese beiden Argumentationsstrukturen ziehen sich weit bis in die gegenwärtige Diskussion über verschiedene Gesellschaftstheorien hinein. So vertreten Parsons und Gehlen eher Hobbes' Argumentationslinie, während Lapassade, Basaglia u.a. ähnlich Rousseau die Unangemessenheit der institutionellen Strukturen in bezug auf die menschlichen Bedürfnisse hervorstreichen.

Eine stärkere Differenzierung des Institutionsbegriffs beginnt jedoch erst gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jh. durch Durkheim und seine Schule in Frankreich und durch Max Weber in Deutschland. Auch in Amerika bilden sich selbständige soziologische Schulen und Theorien zur Institution heraus (Sumner, Cooley, Angell).

In den sechziger Jahren verliert der Institutionenbegriff als zentrales Element einer Gesellschaftstheorie allerdings weitgehend seine Bedeutung, da die Interessen der dominierenden Schulen (Behaviorismus, Interaktionismus) nicht mehr in einer derartigen Begrifflichkeit lagen. Trotzdem lebt der Institutionsbegriff vor allem in Lehrbüchern und Nachschlagewerken der Soziologie (z.B. Fuchs et al. 1973, König (ed.) 1967) in dieser Tradition fort, und zwar in sehr unterschiedlicher Weise. Aufgrund dieser Vielfalt und Unsicherheit in der Terminologieverwendung kann Schülein (1987) schreiben:

"Der Institutionsbegriff führt in der Soziologie ein eigenartiges Doppelleben. Auf der einen Seite gehört er zweifellos zu den zentralen Begriffen, sozusagen zum harten Kern soziologischer Begrifflichkeit und wird auch mit entsprechendem Respekt behandelt. Er fehlt in keinem Lexikon und wird in fast allen gesellschaftstheoretischen Werken zumindest en passant verwendet. Aber auf der anderen Seite besteht wenig bis gar kein Konsens darüber, was mit diesem Begriff eigentlich genau gemeint ist. Die Zahl der Definitionen ist beachtlich, ihr Spektrum umfaßt sehr verschiedene inhaltliche und formelle Bestimmungen und

Kriterien. Aber auch, wo kein Dissens besteht, bleiben inhaltliche Bestimmungen auffällig diffus und vage."

(Schülein 1987: 9)

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

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

So ist es z.B. eine Frage der Perspektive, ob man im Krankenhaus Gespräche zwischen Arzt oder Patient analysiert, oder ob man "einen Schritt zurücktritt" und die Gesamtkommunikation in einer (Teil-)Institution untersucht. Allerdings scheint es sinnvoll zu zeigen, in welche Umwelt der Untersuchungsgegenstand eingebettet ist (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1987: Kap. 2.1., v.a. 2.1.2.), daß er also in einer bestimmten Relation zur Außenwelt und zu seiner differenzierten Innenwelt steht. So gesehen ist das vorliegende Projekt unseres Wissens das erste, das in der Arzt-Patient-Kommunikation einen derart weiten Blickwinkel einnimmt.

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

Im produktiven Bereich muß man zunächst auch zwischen intendierten und nicht intendierten, sekundären Produkten unterscheiden, wobei wir im folgenden in heuristischer Weise als produktiven Bereich in der Ambulanz die Behandlung von Patienten ansehen, da dies die vom Gesetz her definierte Aufgabe des Krankenhauses ist. Auf die nichtintentionalen Effekte (lange Wartezeiten, Störungen der Routine und

dgl.) kommen wir noch im Zusammenhang mit dem Begriff des Mythos zu sprechen.

Der reproduktive Bereich ist im engeren Sinne ein Sonderfall des produktiven, nämlich "eine Konzentration von produktiven Leistungen auf die Reproduktion der Institution selbst." (Schülein 1987: 148). Wenn eine Institution differenzierter wird, wird die Reproduktion meistens von einer eigenen Stelle übernommen. Das ist ganz sicher im Krankenhaus so: Die Verwaltung hat zum großen Teil diesen reproduktiven Bereich übernommen und sorgt dafür, daß die Institution stabil bleibt, weiterhin bestehen kann und sich selbst erhält und organisiert.

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

Als potentieller Destabilisierungsfaktor kommt hier noch hinzu, daß die Situation in der Ambulanz hoch kontingent, d.h. nicht genau definiert, und das Geschehen nicht voraussagbar ist. Es handelt sich also um ein unterbestimmtes System, mit einem gewissen Grad an Ungewißheit, kurz, es wären oft auch andere "Möglichkeiten" (Luhmann 1970: 39f.) der Lösung vorhanden gewesen. Dies gilt einerseits für die Ärzte in ihrer Behandlung in Zweifelsfällen, wo in der Ambulanz ad hoc nicht entschieden werden kann, welche Therapie jetzt die angemessene oder gar welche Krankheit überhaupt zu behandeln ist. Uns interessiert jedoch hier in diesem Zusammenhang die andere Art von Kontingenz, die darin besteht, daß viele unvorhergesehene organisatorische Zwischenfälle sich ereignen können, die sich dann auf das Verhalten auswirken können (Erstversorgungen und Notfälle, Interventionen von hierarchisch höhergestellten Personen, Ausfall von Personal und Geräten und dgl.). Um mit diesen Schwierigkeiten umgehen zu können, um der tendenziellen Destabilisierung durch Störungen entgegenwirken zu können, müssen von den Beteiligten "Strategien" entwickelt werden, die diese Widersprüche und Ungewißheiten einbeziehen.

Diese Ausgleichsstrategien liegen im reproduktiven Bereich der Institution und tendieren dazu, diesen gegenüber dem produktiven Bereich zu verstärken. Daraus ergibt sich eine Gefahr vieler Institutionen, daß sich der reproduktive Bereich gegenüber dem produktiven verselbständigt, daß eine Institution "selbstgenügsam" (Menz 1985) wird, d.h. ihren Zweck in der Aufrechterhaltung ihrer selbst und nicht mehr in ihrer Dienstleistung sieht. Sie wird dadurch aus der Perspektive der Produktion irrational.

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

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

Wir nennen solche "Strategien" in diesem Zusammenhang (der Kontingenz und des Schnittpunktes von Produktion und Reproduktion!) Mythen. Eine weitgehend immer noch gültige Definition von Mythos hat Barthes (1964) geleistet, an die auch wir uns hier anlehnen. Barthes sieht die Funktion des Mythos darin, willkürliche Beziehungen zwischen zwei Elementen (in seiner Terminologie zwischen Bedeutetem und Bedeutendem) als naturgegeben auszugeben.

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

Es werden also Werte als Fakten interpretiert. Die Funktion ist offensichtlich: Es geht darum, soziale Gruppen aneinanderzubinden, um Konsens herzustellen (Halpern 1961, Moss 1985). Mythen sind dadurch in gewisser Weise "undifferenzierte und emotional besetzte Vorannahmen" (Kathan 1976: 74), deren Aufgabe darin besteht, wesentliche Teile der Realität auszuschließen, dadurch Komplexität zu reduzieren und Angst abzuwehren. Beispiele solcher Mythen, die wir analysieren werden, sind der Mythos der Effizienz, der Mythos der Zeit (evtl. der Mythos von Harmonie (vgl. dazu Schwesterninterview)).

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

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

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

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

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

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen wollen wir exemplarisch einen Gesprächsausschnitt zwischen Arzt/inn/en und Schwestern analysieren (vgl. Kap. 4).

3. Das Design

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

Zusätzlich zu dem eigentlichen Untersuchungsmaterial führten wir Interviews mit den beteiligten Turnusärzten/innen durch, den Ambulanzschwestern und einzelnen Patient/inn/en, um neben unserer "Beobachterperspektive" auch die Perspektive der Betroffenen bzw. Beteiligten einzufangen zu können. Dabei achteten wir darauf, daß das Geschlecht des/der Interviewten und des/der Interviewer/in identisch waren, um

diesbezügliche Einflußvariablen eliminieren zu können. Darüber hinaus waren immer zwei Teammitglieder während der Aufnahme als teilnehmende Beobachter/inn/en anwesend, wobei abwechselnd eines ein schriftliches Protokoll führte, das andere die technische Kontrolle der Geräte (Überprüfung, Kassettenwechsel, Mikrofonausrichtung usw.) übernahm.

Die gefundenen Parameter wurden zusätzlich an einer Kontrollgruppe überprüft.

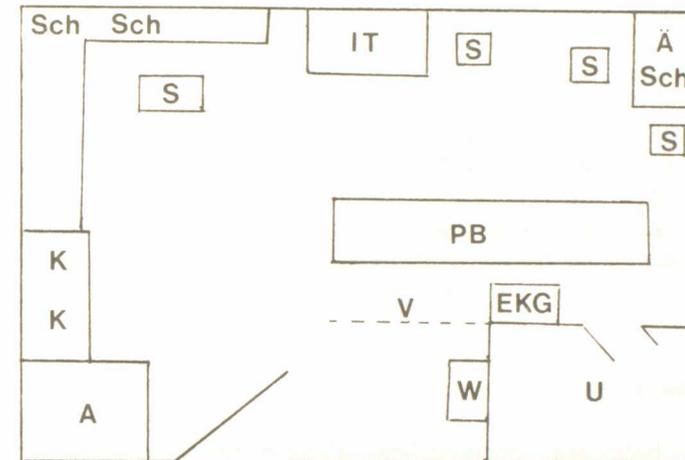
Die Transliteration der Aufnahmen schließlich erfolgte parallel zur Erhebung nach einer mehrstufigen Vorgangsweise (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1988, bes. Kap. 4.).

3.1 Beschreibung der Ambulanz

Innerhalb des Krankenhauses, das ja weiter in verschiedene Abteilungen gegliedert ist (mit je einem/r verantwortlichen Primar/ia), und diese wieder in verschiedene Stationen (Bettenstation, Ambulanz) mit je einem/r verantwortlichen Oberarzt/ärztin haben wir uns, wie in Kapitel 1 begründet, in dieser Untersuchung für eine Interne Ambulanz in einem öffentlichen Wiener Spital entschieden. Diese Ambulanz besteht aus mehreren Räumen links und rechts eines Ganges mit Stühlen für die Wartenden und umfaßt neben der Hauptambulanz noch eine Gefäßambulanz und einen Ergometrieraum. Unsere Untersuchung konzentrierte sich auf die Hauptambulanz, die von 2 Turnusärzten/ärztinnen und einer Ambulanzschwester geführt wird.

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

Graphik



Legende:

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

3.2 Die Aufgaben der Ambulanz

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

Anamnese zur Abklärung der akuten Beschwerden hinzu sowie die nachfolgende Entscheidung über entweder eine stationäre Aufnahme oder eine Entlassung nach Hause mit entsprechender (medikamentöser) Therapie.

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

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

4. Ein Fallbeispiel

4.1 Die Rolle der Schwestern

Im Unterschied zu bisherigen linguistischen Untersuchungen zur medizinisch-therapeutischen Kommunikation haben wir in diesem Projekt neben der Arzt-Patient-Interaktion erstmals auch Gespräche zwischen Schwestern und Ärzt/inn/en in die Analyse miteinbezogen, zu denen wir im folgenden erste Ergebnisse vorstellen möchten.

Über das hierarchische Verhältnis von Pflegepersonal und ärztlichem Personal gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die sich vor allem mit der zweifachen Rollenausrichtung des Pflegepersonals auseinandersetzen (Rohde 1974, Seidl/Walter 1979, 1984, Seidl 1981a,b, Walter 1978, Berner/Zapotoczky 1981). Wenn man von einer dreifachen Hierarchiepyramide im Krankenhaus ausgeht (nämlich der der Verwaltung, des Pflegepersonals und des ärztlichen Personals; vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1987), deren Hierarchien zueinander etwas verschoben ist, so fällt auf, daß das Pflegepersonal in gewisser Weise zwischen dem Verwaltungs- und dem ärztlichen Kreis steht, d.h. sich nach beiden Richtungen hin orientiert und orientieren muß: Einerseits fällt den Krankenpfleger/inne/n eine beträchtliche Organisationsarbeit zu, weshalb sie hier die Verbindung zwischen diesen beiden Funktionskreisen herstellen, andererseits unterstützen sie die ärztliche Tätigkeit zusätzlich zu ihrem genuinen Bereich der Krankenpflege. Diese unterstützende Tätigkeit im ärztlichen Bereich ist eine Folge des Einzugs der Medizin in das Krankenhaus (vgl. Rohde 1974) und ihrer Übernahme des zentralen Aufgabengebietes.²

Die Aufgaben der Ambulanzschwestern in der von uns untersuchten Ambulanz bestehen jedoch vor allem in der Organisation und Verwaltung des Ambulanzbetriebes, weniger in der Pflege der Patienten, da diese ja nur für kurze Zeitspannen in die Ambulanz kommen - und das auch nur dann, wenn sie transportfähig sind. Auch die sogenannten Erstversorgungen, also Notfälle, die von außerhalb des Krankenhauses auf die Ambulanz kommen, sind keine Pflegefälle im eigentlichen Sinn. Hinzu kommt, daß die Ärzte immer nur für zwei Monate Dienst auf der Ambulanz machen, während die Schwestern sich zu viert die Ambulanzaufgaben für längere Zeit aufteilen, wobei eine in der Haupt-, eine in der Venenambulanz, eine in der

Ergometrie und die vierte als ambulante EKG-Schwester im Krankenhaus tätig ist. Dadurch ergibt sich folgende im Grunde widersprüchliche Situation, daß die Ärzte zwar formal in bestimmten Fragen weisungsberechtigt gegenüber den Schwestern sind, daß aber auf der anderen Seite die Schwestern aufgrund ihrer kontinuierlichen Tätigkeit an der Ambulanz in vielen Bereichen erfahrener sind und ein viel stärkeres Interesse haben, jenen Bereich, der ihre Arbeit betrifft, möglichst rationell und reibungslos zu gestalten, was manchmal im Widerspruch zu den manifesten und latenten Zielen des ärztlichen Personals steht (Mythos der Harmonie, vgl. Kap. 2), d.h. also produktiver und reproduktiver Bereich in Konflikt geraten.

Die daraus sich ergebenden Spannungen und Aushandlungsprozesse lassen sich sprachlich sehr gut nachvollziehen und reichen vom Ignoriertwerden der Schwestern über die Korrektur organisatorischer Fehlleistungen des ärztlichen Personals bis zur Schwester als "besserer Ärztin".

In vielen Fällen muß die Schwester gegenüber den Ärzt/inn/en - manchmal recht lange - argumentieren, um sie von ihrem Standpunkt zu überzeugen. Auch diese Kommunikationsform hat ihre Ursache in der immanenten Hierarchie, derzufolge die Schwestern den Ärzt/inn/en untergeordnet und letztere ersteren gegenüber weisungsberechtigt sind. Ein besonders anschauliches Beispiel wollen wir im folgenden kurz analysieren. Es geht dabei um ein Gespräch zwischen AF3 und der Schwester. AF3 überlegt gerade eine medikamentöse Therapie für eine nicht anwesende Patientin, für deren Durchführung und Kontrolle die Schwester zuständig ist. Daher müssen sie miteinander Art und Zeitpunkt der Kontrolle absprechen. Gleichzeitig läuft jedoch noch eine andere Interaktion zwischen AF2 und einer Patientin ab, die sie gerade untersucht. Während AF3 eine neue Dosierung ankündigt, kommt der OA herein, wird jedoch von allen Seiten ignoriert. Auch S4 kommt bei der Tür herein und macht eine Bemerkung über eine Patientin, die sie gerade auf dem Gang, wo sie auf ihre Untersuchung wartet, gesehen hat. In (3) wechselt sie jedoch das Thema und wendet sich AF3 zu:

- 1 AF3: Jetzt probier mas amal mit an (.....) oral
AF2: weiterkommen (Bitte wie is) der Blutdruck?
A: Wie gehts?
- 2 AF3:
S4: Na bitte die is alt und gebrechlich - hearst5 - de B. de
AF2: tief
- 3 AF3:
S4: do draußn sitzt - Na is ma wurscht sogma (.....) Der Montag

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

- 4 AF3: Naja Montag (is) - (supa) am Wochenende (.....)
S4: Freitag. Ja am Wochenende rufts (mi/nia) net
- 5 AF3: (..... die Krankn) Ja da muaß ma sie
S4: an rufts mi net an?
AF2: TIEF
- 6 AF3: halt anrufen
S4: (Na hat ja ka Telefonnummer) sTelefon zum anrufrn
- 7 AF3: Ja - aber - - i waß ja jetza net ob des:
S4: Is net so anfach

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

- 8 AF3: Mein Gott von mir aus - bestelln ma sie am Montag her
S4: des is
AF2:
- 9 AF3: Nja - ma dann bestelln ma sie am Montag
S4: gscheiter net? Wei wenns

Die Schwester führt dann, als ihr Vorschlag bereits akzeptiert ist, ihr Argument noch weiter aus, daß es nämlich für die Patientin u.U. gefährlich wäre, wenn sie ohne Medikament bleiben müßte (9,10). Die Ärztin beginnt dann die Tage abzuzählen, wobei ihr die Schwester ins Wort fällt und ihrerseits fortfährt (13-14):

- 10 AF3: Hm
S4: mir dann net anruaft - hats übers Wochende gar nix
AF2: Gut
- 11 AF3: (..... dann hamma) a nix
AF2: Normal atmen - Mit der Luft Probleme?
P: Jo
- 12 AF3: /schnell/ Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag
S4: /lacht/
AF2: Ja
P: vor a poa Johr bin i no am - viertrn Stock aufigangen da
- 13 AF3: Jetzt schon
S4: /normal/ Freitag - Samstag
AF2: hats ma nix gmacht. - Aba jetzt muaß i schon schnaufen
- 14 S4: Sonntag Kontrolle -
AF2: schnaufns schon. - Und wie is mitn flach liegn? Geht das?

In (15) kommt der ausgehandelte Montag an die Reihe. Und hier passiert etwas Eigenartiges: Obwohl AF3 und S4 ziemlich lang gerade diesen Tag ausgehandelt hatten, fragt die Schwester jetzt die Ärztin, ob ihre Eintragung so stimme:

- 15 AF3: Mhm
S4: Montag. Stimmt des so? Jo. I glaub i werd ihr des amal erklärn
AF2: (.....) - - - /klopft P ab/
P: Ja - ich lieg eigentlich auf zwei Kissen.

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

Anschließend übernimmt S4 die Aufgabe, die Patientin zu informieren und aufzuklären, und fragt AF3 noch einmal um Zustimmung. Und dann passiert wieder etwas Merkwürdiges, das die oben gegebene Interpretation unterstützt: In (17) gibt AF3, die sich so lange gegen den Montagstermin gewehrt hat, plötzlich genau diesen Tag als besonders günstig aus, gerade so, als hätte sie die Entscheidung getroffen. Offensichtlich war die Taktik der Schwester ganz besonders erfolgreich. Die Ärztin kann ohne Sanktionen eine fremde - sinnvolle - Entscheidung als die ihre ausgeben.

- 16 S4: jetzt (..... jetzt kanns ma jo) (.....) Geht des so?
AF2: De Frau sogt schnorchn tu i
P:
- 17 AF3: Mhm - (Montag wär) günstig -
AF2: Tief einatmen - - ja: ausatmen

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

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

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

Auch hier scheint sich wieder zu bestätigen, daß viele Institutionen in unserem Gesellschaftssystem überhaupt nur deswegen funktionieren können, weil immer wieder Individuen in idealistischer Weise sozusagen persönlich die Widersprüche dieser Institutionen auffangen und in sich selbst anstatt in der Institution – die ja dadurch dann lahmgelegt würde – austragen. Dies scheint also eine besonders versteckte und verschleierte Form der – psychischen – Ausbeutung zu sein.³

Anmerkungen

- ¹ Die hier vorgestellten Ergebnisse stammen aus dem Projekt "Kommunikation zwischen Arzt und Patient: Ambulanzgespräche", das vom Jubiläumsfond der Österreichischen Nationalbank gefördert wird (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1987, 1988; Lalouschek/Menz 1987a,b).
- ² Bis weit ins 18. Jh. waren Krankenhäuser in erster Linie Pflegestätten der Armen, die im Mittelalter vom Konzept der christlichen Caritas getragen wurden.
- ³ Allerdings muß auch berücksichtigt werden, daß dieses Verhalten der Ärztin von seiten der Schwester nicht nur als frustrierend erlebt werden muß, sondern durchaus auch positive Effekte haben kann in dem Sinne, ihr ein Gefühl der Befriedigung zu verschaffen, ihren Standpunkt letztendlich – wenn auch ohne offizielle Anerkennung – durchgesetzt zu haben. Weitere diesbezügliche Klärungen erhoffen wir für den Endbericht (März 1988).

Literatur

- Bain, B. 1983 (ed.) *The Sociogenesis of Language and Human Conduct*. New York.
- Barthes, R. 1964. *Mythen des Alltags*. Frankfurt.
- Bergsdorf, W. 1983. *Herrschaft und Sprache*. Pfullingen.
- Berner, P. und Zapotoczky, K. (Hrsg.) 1981. *Neue Wege im Gesundheitswesen. Ergebnisse der Linzer Arbeitstagung im Dezember 1981*. Linz.
- Bliesener, T. 1982. *Die Visite – ein verhinderter Dialog*. Tübingen.
- Chilton, R. 1985 (ed.) *Race, Crime, and Criminal Justice*. Beverly Hills.
- Dittmar, N. 1982. On the connection between ideology and linguistics. In: Gamba-rara, D., and D'Artri, A. (eds.): *Ideologia, filosofia e linguistica*. Roma.
- Dittmar, N. (ed.) 1983. *Descriptive and explaining power of rules in sociolinguistics. The sociogenesis of language and human conduct*. Bain, B. (ed.) New York, 225–255.
- Ehlich, K. und Rehbein, J. 1986. *Muster und Institution*. Tübingen.
- Fengler und Fengler 1980. *Alltag in der Anstalt*. Rehbürg – Loccum.
- Fisher, S., and Todd, A. (eds.) 1983. *The social organisation of doctor-patient communication*. Washington.
- Foucault, M. 1973. *Die Geburt der Klinik*. München.
- Fuchs, W. et al. (Hrsg.) 1973. *Lexikon zur Soziologie*. Opladen.
- Habermas, J. 1981. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt.

- Halpern, B. 1961. Myth and ideology in modern usage. In: *History and Theory* 1,1.
- Hein, N., Hoffmann-Richter, U., Lalouschek, J., Nowak, P. und Wodak, R. 1985. Kommunikation zwischen Arzt und Patient. *Wiener Linguistische Gazette, Beiheft* 4.
- Hein, N. 1985. *Gespräche beim praktischen Arzt*. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Hoffmann-Richter, U. 1985. *"Der Knoten im roten Faden"*. Eine Untersuchung zur Verständigung von Arzt und Patient in der Visite. Bern.
- Kathan, B. 1976. *Plädoyer für die Schattenseite. Ein Beitrag zur Kritik der weichen Institutionen am Beispiel einer therapeutischen Gemeinschaft*. Götzens.
- Köhle, K. und Raspe, H.-H. 1982. *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München.
- König, R. (Hrsg.) 1967. *Soziologie. Das Fischer Lexikon*. Frankfurt.
- Lalouschek, J. und Menz, F. 1987a. "Jetzt geht's wieder los." Qualitative Methoden in der Soziolinguistik, dargestellt am Arzt-Patient-Gespräch. (Erscheint im Sonderheft der Zeitschrift für Hochschuldidaktik).
- Lalouschek, J. und Menz, F. 1987b. Das programmierte Chaos. Arzt-Patient-Gespräche in der Ambulanz. *Sprachreport* 4/1987.
- Lalouschek, J., Menz, F. und Wodak, R. 1987. *Das Leben in der Ambulanz: Ambulanzgespräche (Zwischenbericht)*.
- Lalouschek, J., Menz, F. und Wodak, R. 1988. Gespräche in der Ambulanz. Ein Zwischenbericht. In: *Deutsche Sprache* 1/1988.
- Luhmann, N. 1970. *Institutionalisierung – Funktion und Mechanismus im sozialen System der Gesellschaft*. In: Schelsky, H. (Hrsg.), 27–41.
- Moss, P. 1985. *Rhetoric of defence in the United States: Language, myth and ideology*. In: Chilton, P. (ed.): 45–63.
- Rohde, J.J. 1974. *Soziologie des Krankenhauses*. Stuttgart.
- Schelsky, H. (Hrsg.) (1970). *Zur Theorie der Institution*. Düsseldorf.
- Seidl, E. 1981a. Ist der Patient im Spital isoliert? In: *Österreichische Krankenhaus-Zeitung* 11, 570–576.
- Seidl, E. 1981b. *Kooperationsmodelle im Krankenhaus*. In: Berner, P. und Zapotoczky, K. (Hrsg.).
- Seidl, E. und Walter, I. 1979. *Angst oder Information im Krankenhaus. Interaktionsprobleme zwischen Patienten, Ärzten und Pflegepersonal*. Wien.
- Seidl, E. und Walter, I. 1984. *Der Patient und das Krankenhaus. Studien über Rechte, Information und Schlaf der Kranken*. Wien.
- Schüle, J. 1987. *Theorie der Institutionen*. Köln.
- Walter, I. 1978. *Interaktionsprobleme des Pflegepersonals im Krankenhaus*. Eine empirische Untersuchung in Wiener Krankenhäusern. (Phil. Diss).
- Wimmer, H., Pelikan, J. und Strotzka, H. 1981. *Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel des Anamnesegesprächs*. Wien: Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie.
- Wimmer, H., Pelikan, J. und Strotzka, H. 1982. *Informationsbedürfnisse und Informiertheit von Patienten im Krankenhaus*. Wien: Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie.

- Wimmer, H., Pelikan, J. und Strotzka, H. 1983. *Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel des Anamnesegesprächs in einer Internen Abteilung. Grundlagen für einen Modellversuch*. Wien: Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie.
- Wodak, R. 1987. "Internal" and "external" perspectives: The development of sociolinguistic theory. *Sociolinguistic theory*. In: Van de Craen, P. (ed.) (in press).
- Wodak, R. und Quasthoff-Hartmann, U. (Hrsg.) 1985. *Kommunikation in Institutionen*. In: *Aufrisse 4/1985*.

Sprachliche Rituale

Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation¹

Silke Rosumek

In einer 1987 durchgeführten Untersuchung an zwei Kliniken in Schleswig-Holstein wurde versucht, sprachliche Rituale innerhalb von Stationsvisiten aufzuzeigen und zu überprüfen, ob diese eine stabilisierende Wirkung auf den Gesprächspartner haben.²

Der Ritualbegriff wird in der Linguistik seit einiger Zeit kontrovers diskutiert,³ und seine konkrete Definition bereitet immer noch Schwierigkeiten. Einigkeit besteht darin, daß gerade in institutionellen Sprachräumen ritualisierte Kommunikation von entscheidender Bedeutung ist.⁴ So wurde hier die Stationsvisite untersucht, die als "weitgehend ritualisierte Interaktion"⁵ anzusehen ist. Da in der Forschung bisher fast ausschließlich Rituale in Eröffnungs- und Beendigungsphasen nachgewiesen wurden,⁶ sollten in vorliegender Untersuchung vor allem die Rituale der Mittelphase betrachtet werden.

Im folgenden soll eine kurze Begriffsbestimmung des sprachlichen Rituals vorgenommen werden, danach erfolgt eine Beschreibung der Untersuchung und des bearbeiteten Materials, und im Anschluß daran werden die vorgefundenen Ergebnisse dargestellt.

1. Ritualdefinition

Die Diskussion, die in der Linguistik um den Ritualbegriff geführt wird, soll hier nicht nachgezeichnet werden,⁷ stattdessen wird Bezug genommen auf die aktuelle und sehr weitreichende Definition von Werlen, die sich allgemein auf Konversationsrituale bezieht. Werlen definiert ein Ritual

"als eine expressive institutionalisierte Handlung oder Handlungssequenz."⁸

Der Begriff "expressiv" geht zurück auf eine Klassifikation von Handlungen in instrumentell-technische und expressiv-symbolische. Unter expressiv wird verstanden, daß eine ausgeführte Handlung A für einen bestimmten Inhalt B steht. Institutionalisiert bedeutet, daß feste Erwartungsnormen gebildet worden sind, die das Handeln der Teilnehmer bestimmen.

Ausgehend von dieser allgemeinen Definition⁹ und angeregt durch die von Schönfeldt¹⁰ vorgetragene Kritik, daß bei dieser Art der Ritualdefinition der funktionale Aspekt unbeobachtet bleibe, wurde versucht, die Frage nach den Funktionen des Rituals zu beantworten.¹¹

Die Grundfunktion des Rituals ist die Bestätigung des Gesprächspartners. Diese Bestätigung weist zurück auf eine Grunderfahrung des Menschen: die als Kind erlebte Sicherheit und Geborgenheit. Nach Erikson spiegelt sich diese im gegenseitig-

Konrad Ehlich · Armin Koerfer · Angelika Redder
Rüdiger Weingarten (Hrsg.)

Medizinische und therapeutische Kommunikation

Diskursanalytische Untersuchungen

77969

Westdeutscher Verlag