

# Arzt-Patient-Kommunikation: Ein großes Missverständnis?

Dieser Beitrag erscheint in zwei Teilen. Im ersten Teil soll der vielfach als Worthölse missbrauchte Begriff „Kommunikation“ zurecht gerückt werden. Der zweite Teil widmet sich dann besonders der Interaktion zwischen Arzt und Patient.

Florian Menz, Heinz K. Stahl

AO. UNIV.-PROF. DR. FLORIAN MENZ



Institut für Sprachwissenschaft,  
Universität Wien  
florian.menz@univie.ac.at

AO. UNIV.-PROF. DR. HEINZ K. STAHL



Interdisziplinäre Abteilung für Verhaltens-  
wissenschaftlich Orientiertes Management,  
Wirtschaftsuniversität Wien  
hks-research@utonet.at

**D**as größte Problem in der Kommunikation ist die Illusion, sie habe stattgefunden.“ Es ist nicht bekannt, ob der irischstämmige Dramatiker GEORGE BERNARD SHAW, dem dieser Ausspruch zugeschrieben wird, ein Problem mit seinem Hausarzt hatte. Vielleicht dachte er bloß an die Metapher „Schall und Rauch“, mit der sich das Ergebnis einer Rede oft trefflich beschreiben lässt. Wie dem auch sei, so manche Kommunikation zwischen Arzt und Patient läuft haarscharf auf das von SHAW aufs Korn genommene Missverständnis hinaus.

## Technik über alles

Dabei war SHAW damals – und er wäre es heute noch viel mehr – ein sehr einsamer Rufer in einer von technisch-naturwissenschaftlichen Dogmen verwüsteten Sprachlandschaft. Angestachelt durch die Euphorie über die scheinbare Unbegrenztheit von Naturwissenschaften und Technik war es Mitte des 20. Jahrhunderts nur logisch, dass auch die Begriffe Information und Kommunikation „natura-

lisiert“ wurden. Der Reduktion von Geistigem auf Materielles eines RENÉ DESCARTES folgend, ist Information längst zu einem Naturgegenstand geworden und Kommunikation zu einem Transportproblem verkommen. Information wird als etwas gesehen, das schon in der Welt vorhanden ist, gleichsam darauf wartend, entdeckt zu werden. So ist z.B. aus den „Erbanlagen“ von gestern inzwischen die „Erbinformation“ geworden.

Und Kommunikation? Seit der Erfindung des Phonographen und später des Telefons wird Kommunikation von der persönlichen Anwesenheit abgelöst. Das macht das Leben vorgeblich einfacher, denn Störungen in der Kommunikation können auf technische Probleme reduziert werden („Die Verbindung ist unterbrochen“, „Der Akku ist leer“). Unsere Bereitschaft, sich auf gegenseitiges Verstehen und Verstandenwerden einzulassen, ist der Ungeduld gewichen, der andere möge doch bitte besser, genauer oder (betriebswirtschaftlich formuliert) effizienter zuhören. Wir folgen damit einer Abbildtheorie der Erkenntnis. Ein Gegenstand wird dann „richtig“ erkannt – oder, im Kontext der



Medizin, korrekt diagnostiziert –, wenn sich das Natürliche möglichst störungsfrei im Geistigen widerspiegelt.

## Und dann noch die Mathematik

Wann immer heute in einer etwas gewichtigeren Form über „Kommunikation“ (lat. *communicare* = mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen) diskutiert oder geschrieben wird, fällt irgendwann der Name des exzentrischen Mathematikers CLAUDE E. SHANNON (1916–2001). Die von ihm 1949 gemeinsam mit WARREN WEAVER (1894–1987) veröffentlichte „Mathematical Theory of *Communication*“ ist nur eines der vielen Ergebnisse seiner Rolle bei der Anwendung der Kryptographie im Zweiten Weltkrieg und danach. Entkleidet von aller Mathematik, stellt sich das SHANNON-WEAVERSche Modell sehr einfach dar. Ein „Sender“ wählt eine aus geschriebenen oder gesprochenen Zeichen bestehende Botschaft aus und „enkodiert“ diese in Signale, die über einen „Kanal“ an einen „Empfänger“

übertragen werden. Dieser „dekodiert“ die empfangenen Signale, wobei er damit rechnen muss, dass sie durch Störquellen verzerrt werden können.

Was hier als Kommunikationstheorie bezeichnet wird, ist eine Theorie *effizienter* (aufwandarmer) und *effektiver* (störungsarmer) Signalübertragung. Das Sprachverständnis der beiden Mathematiker war eindeutig monologisch. Auf der einen Seite spricht jemand in ein Gerät hinein und auf der anderen wird eine Nachricht über eine entsprechende Einrichtung abgehört. Eine „Rückkopplung“ zum Sprecher ist nicht vorgesehen. Damit wird eine der prominentesten SHANNONSchen Fragestellungen, nämlich wie etwa eine Lenkwaffe mit einem Flugzeug „kommunizieren“ soll, um es aufzuspüren, in einem Atemzug mit der Unwägbarkeit menschlicher Rede und Gegenrede in Verbindung gebracht.

Nicht minder irreführend ist die Gleichsetzung von Lebewesen und Maschine, die im Mittelpunkt der *Kybernetik* NORBERT WIENERS (1894–1964) stand. Hier wird die menschliche Rede zum Schallereig-

nis und Kommunikation zur einfachen kausalen Wechselwirkung, die man problemlos in Steuerungs- und Regelsystemen aufgehen lassen kann. Wieder stehen militärtechnische Zwecke im Vordergrund, z.B. die Steuerung von Flugabwehrgeschützen. Kein Wunder also, wenn durch die Sprachvergessenheit der Ingenieurwissenschaften auch in Medizin und Biologie heute „alles Kommunikation“ ist: Der Darm kommuniziert mit dem Gehirn, Neuronen schwätzen miteinander, DNA-Sequenzen geben Informationen an Proteine weiter. Die belebte Natur ist eine „Kommunikationsgemeinschaft“ und wird als Ende des Anthropomorphismus gefeiert.

## Kann man nicht *nicht* kommunizieren?

Wir brauchen offensichtlich einen Rückbau der Begriffe Kommunikation und Information, weil nur die menschliche Sprache *Bedeutung* vermitteln und *Verstehen* ermöglichen kann. Vielleicht hilft es, wenn wir uns an die Spuren heften, die der

Verhaltenswissenschaftler PAUL WATZ-LAWICK (1921–2007) in der Debatte um „Kommunikation“ hinterlassen hat. Seine fünf *Axiome* (damit sind grundlegende Aussagen gemeint, die keines Beweises bedürfen) sind nach wie vor Inhalt etwas gehobenerer Sachbücher. Das erste Axiom ist das bekannteste und zugleich umstrittenste. Es lautet: „Man kann nicht *nicht* kommunizieren.“ Diese Behauptung bezieht sich auf die unleugbare Tatsache, dass sich Menschen durch ihr Verhalten wechselseitig beeinflussen. Die pure Gegenwart genügt, denn auch ein Schweigen kann eine folgenreiche Botschaft beinhalten.

Voraussetzung für die wechselseitige Beeinflussung ist natürlich, dass die Personen „füreinander anwesend sind“, wie dies der Soziologe ERVING GOFFMAN („Wir spielen alle Theater“) einmal ausdrückte. Wir reden hier also über *Interaktion*. Wer interagiert, kommuniziert zugleich. Wer kommuniziert, muss jedoch nicht auch interagieren. Es gibt heute eine

Fülle von Möglichkeiten für interaktionsfreie Kommunikation, beginnend bei der guten alten Schrift über die Spielarten des Telefons bis zu den sozialen Medien. Auch wenn manche der neueren Kommunikationsweisen vielfach zur Sucht geworden sind, so gilt schon rein technisch: Man kann sehr wohl *nicht* kommunizieren – durch Abschalten.

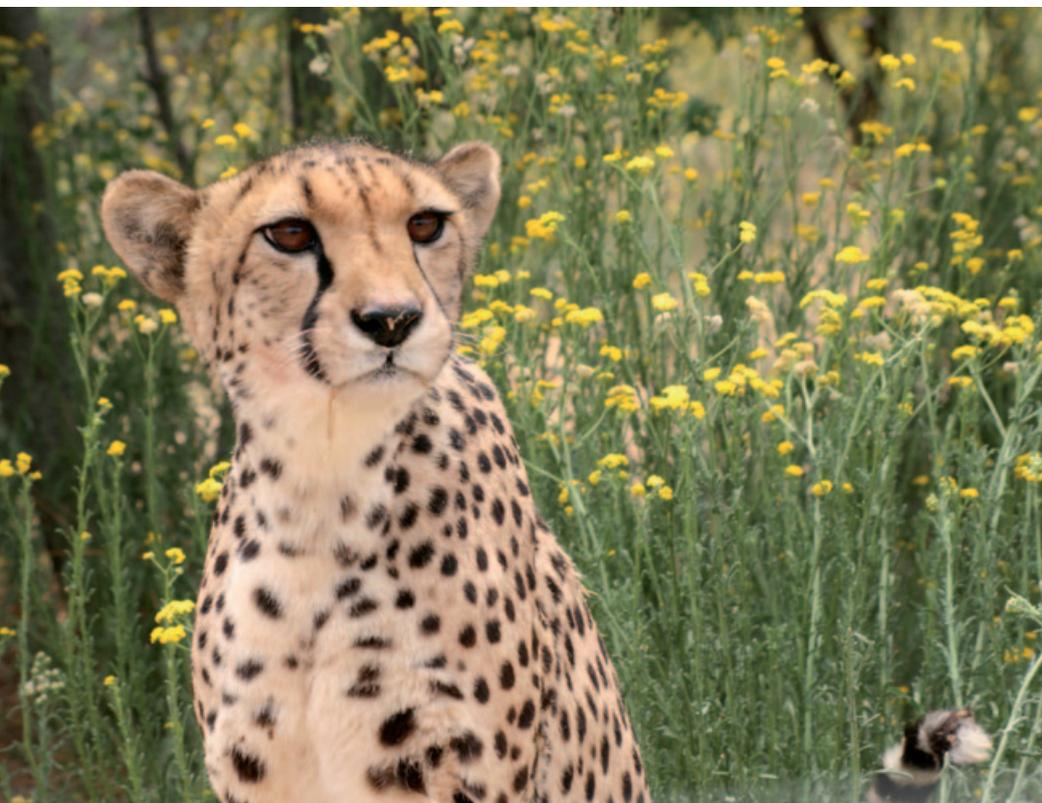
Das Ganze ist mehr als bloße Wortspalerei. Im Alltag von Organisationen ist die Interaktion mit ihrer Notwendigkeit der Anwesenheit und des Blicks in das Gesicht des Gegenübers auf dem Rückzug. Chronische Zeitverknappung, Effizienzdruck und die Allgegenwart des Bildschirms sind nur einige Gründe dafür. Damit werden die Quellen für Missverständnisse immer zahlreicher und die ohnedies geringe Wahrscheinlichkeit, dass Kommunikation überhaupt „gelingt“, sinkt weiter. Es gilt somit zu unterscheiden zwischen der Interaktion unter Anwesenden und der interaktionsfreien Kommunikation. Der Ausgangspunkt ist für beide gleich,

nämlich das Enkodieren einer Botschaft in Signale auf der Seite des Senders und das Dekodieren dieser Signale auf der des Empfängers.

## Das Problem des Verstehens

Dabei ist jedoch nicht allzu viel passiert. Es ist weder Information entstanden, noch hat Kommunikation stattgefunden. Was vorliegt, ist eine „Botschaft“. Diese konkurriert im Arbeitsgedächtnis des Empfängers mit vielen anderen Botschaften um knappe Aufmerksamkeit. Es ist nicht nur die Neuigkeit der Botschaft, die hier zum Tragen kommt, sondern auch ihre Auffälligkeit und Folgelastigkeit. Erst wenn aufgrund dieser Merkmale die Entscheidung zugunsten der aktuellen Botschaft gefallen ist, ihr also vom Empfänger *Relevanz* zugeschrieben wurde, ist *Information* entstanden. Bei interaktionsfreier Kommunikation kann es der Empfänger ohne weiteres dabei bewenden lassen. Ob und wie er auf das Schreiben, die Mail, die SMS reagiert, liegt bei ihm. Der Sender kann ihn ja nicht beobachten.

Anders ist es bei der Kommunikation unter Anwesenden: Der Empfänger steht unter Beobachtung, er kann *nicht* nicht interagieren. Deswegen ist aber die Kommunikation noch lange nicht „gelingen“. Das Anschlussverhalten des Empfängers muss vom Sender erst verstanden werden, und das ist schwierig. Zu vielfältig sind die Möglichkeiten des Empfängers, auf sein „Informiertsein“ zu reagieren, von unbewegtem Schweigen bis zu spontanem Dank, von mehrdeutigen Mimiken bis zur Wut und so fort. Der Sender muss die Reaktionen erst interpretieren, das heißt gegen den Hintergrund seiner Lebenserfahrungen einordnen. Ist überhaupt Information entstanden oder war seine Botschaft für den anderen ohne Bedeutung? Lohnt es sich, einen nächsten Versuch zu starten, oder ist es besser, gleich abubrechen?



Erst wenn das Anschlussverhalten des Empfängers vom Sender *verstanden* wurde, ist die Bedingung für eine fortlaufende Kommunikation erfüllt und es kann ein *Austausch* zwischen den beiden erfolgen. Verstehen ist nichts anderes als der Schluss von einer bestimmten Erkenntnis auf einen übergeordneten Zusammenhang, wodurch *Sinn* entsteht. Technische „Kommunikation“, wie auch der Austausch zwischen lebenden Zellen, braucht kein Verstehen, weil sie zwar nicht zweck-, aber sinnlos ist.

## Am Anfang war die Kooperation

Nachdem uns die Mathematiker in die Irre geführt und ein prominenter Verhaltenswissenschaftler nicht viel weiter gebracht haben, bleibt noch die Anthropologie. Die Frage lautet: Was sind die Wurzeln menschlicher Kommunikation? Sehr wahrscheinlich bildeten Zeigegesten und Gebärdensprache den Anfang zwischenmenschlichen Austauschs. Dafür waren bereits erhebliche kognitive Fertigkeiten nötig, da es ja darum ging, die Absichten anderer zu begreifen. Andere Primaten verfügten über keine vergleichbare kognitive Kapazität, sodass sich daraus für die Spezies Mensch ein evolutionärer Vorteil ergab. Kooperation war das, was uns stark machte.

Im Rückblick erscheint der nächste und entscheidende Schritt in der Entwicklung zu kooperativen Höchstleistungen – altruistisches Verhalten gegenüber Nichtverwandten mit eingeschlossen – nur allzu logisch zu sein. Aus den Gesten und Gebärden entstanden zunächst Zeichensprachen und später stimmliche Sprachen. Letztere sind besonders starke Kommunikationsmittel, da sie mehr potenzielle Information enthalten als etwa Gesten. Menschliche Kommunikation hat also ihren Ursprung in der *Kooperation*. Erst später lernten wir, auch außerhalb des kooperativen Modus zu kommunizieren,



ren, etwa um zu lügen und zu täuschen, zu unterdrücken und zu demütigen.

Kooperative Kommunikation ist nicht frei von Voraussetzungen. Die wichtigsten seien, angeregt durch die Arbeiten des Primatenforschers MICHAEL TOMASELLO (2008), hier aufgeführt:

- Kooperativ eingestellte Kommunikationspartner eint die *gemeinsame Absicht*, mit der Kommunikation ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Diese Fähigkeit der „*Wir-Intentionalität*“ ist nur uns Menschen zu eigen. Sie führt auch dazu, dass beide Kommunikationspartner die Situation, in der die Kommunikation stattfindet, in derselben Weise interpretieren.
- Kooperative Kommunikation wird durch drei elementare *Motive* bestimmt. Das erste ist das Motiv des *Aufforderns*, indem z.B. der andere um Hilfe oder Information gebeten wird.
- Das zweite elementare Motiv kooperativer Kommunikation ist das Motiv des *Informierens*, womit z.B. dem anderen Hilfe oder Information angeboten wird.

- Das dritte Motiv, das des *Teilens*, äußert sich z.B. darin, dass man mit dem anderen bestimmte Emotionen oder innere Bilder teilt.
- Kooperative Kommunikation ist ferner durch geteilte *Konventionen* charakterisiert, die sich auch in *Symbolen* und *Ritualen* ausdrücken können.
- Schließlich wenden beide Kommunikationspartner dem kommunikativen Austausch einen hohen Grad an *Aufmerksamkeit* zu.

## Kooperation zwischen Arzt und Patient

Die Arzt-Patient-Beziehung kann nach drei idealtypischen Modellen charakterisiert werden, die in unterschiedlichem Ausmaß kooperativen Charakter zeigen. Das nach wie vor verbreitetste Modell ist die sogenannte *paternalistische Beziehung*, in welcher der Arzt für den Patienten entscheidet. Er bestimmt, welche Informationen relevant sind und trägt damit die gesamte Verantwortung für die



Umsetzung und Kontrolle der beschlossenen Maßnahmen. Der Patient hat „nur“ *compliant*, also folgsam zu sein. „Doctor knows best“ drückt diese Beziehungsgestaltung am besten aus.

Vor allem im Graubereich der Wellness-Medizin und der Schönheitschirurgie beginnt sich ein anderer Zugang zu entwickeln, der als *Dienstleistungsmodell* bezeichnet werden kann. Ähnlich wie beim Kauf z.B. eines Computers holt sich der Patient unterschiedliche Angebote ein („Ich hätte gerne eine Gastroskopie“), versucht die Expertise des Arztes zu eruieren und entscheidet dann selbstständig. Damit liegt allerdings auch die Verantwortung für die „Kaufentscheidung“ bei ihm als „Kunden“. Kein Arzt würde diesem Beziehungsmodell als alleinige Grundlage zustimmen, da es seinem Berufsethos und wohl auch dem hippokratischen Eid widerspricht. Trotzdem erfreut sich diese Kunden-Lieferanten-Philosophie zunehmender Beliebtheit.

Das am stärksten kooperative Modell könnte man als Modell der „gemeinsamen Entscheidungsfindung“ oder der *Konkordanz* bezeichnen. In dieser Beziehungsstruktur werden zunächst kooperativ Informationen ausgetauscht und

auf dieser Basis dann Optionen erarbeitet (z.B. Operation ja oder nein, Tabletten oder Schonkost etc.). Der Patient wird als Experte seiner lebensweltlichen Bedürfnisse in die Entscheidung einbezogen. Dies kann durchaus bedeuten, dass die aus medizinischer Sicht zweitbeste, aber für den Patienten in seiner Lebenslage bevorzugte Lösung gewählt wird, solange sie medizinisch vertretbar ist. Die Verantwortung für die Durchführung der Therapie liegt dann bei beiden.

Der grundsätzlich kooperative Charakter der Arzt-Patient-Kommunikation bleibt in jedem der Modelle erhalten und lässt sich anhand der weiter oben genannten Voraussetzungen wie folgt nachweisen:

- Arzt und Patient haben in ihrer Interaktion zweifellos eine gemeinsame Absicht ausgebildet; der Patient meist aus einer Notlage heraus, der Arzt jedenfalls aufgrund seiner Profession, Verantwortung etc.
- Das elementare Motiv des Aufforderns kommt in verschiedenen Varianten der Arzt-Patient-Interaktion, bei denen auch Gesten und Gebärden eine Rolle spielen, deutlich zum Ausdruck.

- Das Motiv des Informierens zeigt sich schon in den typischen Phasen der Anamnese, Diagnose und Therapie und ist sowohl für den Arzt als auch für den Patienten von höchster Relevanz.
- Das Motiv des Teilens drückt sich in den Erwartungen des Patienten an das Arztgespräch aus. Für den Arzt wiederum sind es letztlich seine emotionale Fürsorge, seine Sprache und sein Auftreten, welche die Heilung des Patienten wesentlich beeinflussen.
- Die Arzt-Patient-Interaktion läuft innerhalb bestimmter Konventionen ab, etwa indem der Patient eine Wissensasymmetrie zugunsten des Arztes erwartet und akzeptiert, oder dass der Patient gegenüber dem Arzt Vertrauensbereitschaft signalisiert. Überreste schamanisch-kooperativer Praktiken finden sich in tradierten Symbolen (der weiße Kittel) und Ritualen (das Abhören mit dem Stethoskop).
- Schließlich sind beide, Arzt und Patient, mit Aufmerksamkeit bei der Sache, weil die Interaktionssituation für sie eine hohe Bedeutung besitzt.

Warum trotz dieser so günstigen Vorbedingungen die Arzt-Patient-Kommunikation mit Problemen behaftet ist, soll im zweiten Teil dieses Beitrags erörtert werden. ■

#### Literatur und Quellen

- Köhle, K. et al. (2005): Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, 2. Auflage, Köln.
- Menz, F.; Al-Roubaie, A. (2008): Interruptions, status, and gender in medical interviews: The harder you brake, the longer it takes. In: *Discourse & Society* 19 (5), S. 645–666.
- Menz, F.; Stahl, H. K. (2008): *Handbuch Stakeholderkommunikation – Grundlagen, Sprache, Praxisbeispiele*. Berlin 2008.
- Spranz-Fogasy, Th. (2005): *Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration*. In: Neises, M.; Ditz, S.; Spranz-Fogasy, Th. (Hrsg): *Patientenorientiert reden – Beiträge zur psychosomatischen Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart, S. 17–47.