

Hartmut Schröder

Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion

1. Einleitung

1.1. Die ‚kommunikative Wende‘ in der Medizin

Die Profession des Arztes gehört zu den „sprechenden Berufen“. In der Heilkunst ist die herausragende Bedeutung des Faktors Kommunikation seit alters her bekannt und kann für alle Kulturen belegt werden. Durch die Entwicklung der modernen Medizin, die ihre geisteswissenschaftliche Einbettung zunehmend zu Gunsten einer einseitigen naturwissenschaftlichen Orientierung aufgegeben hat, geriet die Berücksichtigung von Kommunikation und Sprache in Heilprozessen jedoch mehr und mehr in den Hintergrund. Erst in den letzten Jahrzehnten – mit dem beginnenden Paradigmenwechsel von einem biomedizinischen zu einem biopsychosozialen Ansatz – vollzieht sich in der Medizin eine ‚kommunikative Wende‘, die insbesondere durch Thure von Uexküll mit seinen Beiträgen zur Psychosomatik¹ eingeleitet wurde. Zunehmend setzt sich nun die Erkenntnis durch, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur biologische, sondern immer auch psychische, soziale und geistige Aspekte aufweisen und nicht auf eindimensionale Betrachtungen reduziert werden können.²

In diesem neuen ganzheitlichen Ansatz bekommt die ‚sprechende Medizin‘ einen wichtigen Stellenwert nicht nur in der Anamnese und für die Diagnose, sondern für den gesamten Prozess der Heilung bis hin zur Pflege und Sterbebegleitung. In der Diagnose ist Kommunikation neben den direkten Untersuchungen am Körper wichtigste Erkenntnisquelle für den Arzt. In der Therapie ist Sprache nicht nur für die Herstellung von Compliance von Bedeutung; vielmehr belegen Erfahrungen und Studien, dass die ‚Ansprache‘ des Patienten durch das medizinische Personal wesentlich für den Behandlungserfolg sein kann.³ Die moderne Placeboforschung bestätigt schließlich, dass ‚Beziehungsmedizin‘ und insbesondere das Arzt-Patienten-Gespräch heilende Effekte auslösen und die Selbstheilungsprozesse fördern können (Di Blasi/Kleijnen (2003)). Dabei kann heute mit Hilfe der Psychoneuroimmunologie auch in einem naturwissenschaftlichen Modell erklärt werden, warum Sprache im Heilprozess so wichtig ist: Sie ist nämlich Teil des Resonanzsystems und auf der Grundlage der Effekte der Spiegelneuronen hat Sprache die Fähigkeit, „schnelle und intuitive Verständigung zu erzeugen“ (Bauer 2006:76-77)⁴.

¹ Auf Thure von Uexküll und andere Beiträge zur Arzt-Patienten-Interaktion aus der Psychosomatik gehe ich hier nicht weiter ein, sondern verweise auf den Beitrag von Deter im vorliegenden Sammelband. Im Fokus meiner Überlegungen stehen vor allem theoretische Aspekte zur Thematik sowie Ergebnisse der linguistisch orientierten Gesprächsforschung.

² „Die ‚kommunikative Wende‘ in der Medizin fällt nicht von ungefähr mit dem Paradigmenwechsel von einem biotechnischen zu einem biopsychosozialen Versorgungsansatz zusammen, der sich seinerseits auf eine lange Tradition berufen kann, die sich vor allem durch einen *biographisch-narrativen* Zugang zum ‚Körper, Leib und Leben‘ des Patienten auszeichnet“ (Koerfer et al. 2008:36).

³ „Wie wichtig aber für den Heilungserfolg die Gespräche zwischen Arzt und Patient sind, haben britische Wissenschaftler in einer Untersuchung mit 3600 Patienten nachgewiesen: Eine warmherzige, freundliche und Angst nehmende Zuwendung verkürzt den Krankheitsverlauf – unabhängig von der sonstigen Behandlung – eindeutig und verringert Nebenwirkungen“ (Geisler 2002:3).

⁴ Sprache „versetzt uns in die Lage, Spiegelbilder unserer Vorstellungen im anderen wachzurufen und dadurch gegenseitiges Verstehen zu erzeugen“. Sie verfügt „über ein erhebliches intuitives und suggestives Potenzial“ und kann „die Wirkung einer Handlung haben, sie kann das Äquivalent, das heißt der nahezu gleichwertige Ersatz einer tatsächlichen Handlung sein.“ Übertragung und Gegenübertragung werden von Bauer (2006:130) als Spiegelungsphä-

Weitere Ursachen für die wachsende Beschäftigung mit dem Faktor Kommunikation in der Medizin können in Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems gesehen werden. Da nicht mehr vorwiegend akute Krankheiten, sondern eher chronische und lebensstilbedingte Erkrankungen das Hauptproblem der Gesundheitsversorgung ausmachen, gewinnen Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung. Beratung ist wiederum eng mit dem Faktor Kommunikation verbunden. Nicht zuletzt hat sich aber – gerade auch durch den leichteren Zugang der Patienten zu medizinischen Fachinformationen⁵ – das Bild vom Patienten maßgeblich geändert, dem als ‚mündiger‘ und ‚informierter‘ Patient Mitarbeit abverlangt und Selbstverantwortung und Informationsrecht in allen Angelegenheiten seiner Gesundheit zugestanden werden. Ärzte haben nunmehr in Gesprächen „nicht mehr nur die Aufgabe (...) das medizinisch (rechtlich) Richtige zu sagen, sondern es so zu sagen, dass ihr Gegenüber es hören, verarbeiten und in selbstbestimmtes Handeln umsetzen kann“ (Nowak 2009:2).

1.2. Sprache und Gespräch

Sprache ist nicht nur das wichtigste Mittel der Kommunikation, sondern sie ist von allen Zeichensystemen das System, welches in semantischer, syntaktischer und pragmatischer Hinsicht als am weitesten entwickelt anzusehen ist. Mit Hilfe der Sprache lässt sich fast alles – von Gefühlen bis hin zu abstrakten Sachverhalten – ausdrücken. „Der gute Arzt“ setzt daher neben seiner Hand als Werkzeug auch sein Wort ein: „Und erst der sinnvoll abgestimmte Einsatz beider macht den ‚guten Arzt‘ aus“ (Geisler 2002:2). In dem alten lateinischen Wort „in praesente medico“ kommt dies noch zum Ausdruck, wobei allein die Anwesenheit des Arztes dem Patienten hilft, ihm Vertrauen und Hoffnung einflößt (Erler 2010). Vertrauen und Hoffnung sowie das Gefühl der Sicherheit spielen in bedrohlichen Situationen wie Krankheit und Verletzung eine außerordentliche wichtige Rolle und sind sehr eng mit Kommunikation und Sprache verbunden.

Als Beleg für die Bedeutung der Sprache im Hinblick auf Stressfaktoren in der Intensivmedizin führt Geisler (1997:3) an, dass aus Sicht der Patienten „die schwerste emotionale Belastung durch Informations- und *Kommunikationsmangel* zustande“ kommt; dass ihnen z.B. nur oberflächliche Informationen gegeben werden, dass sie nur wenig und kurzen Kontakt mit den Ärzten haben, dass nicht gesagt wird, was die Ärzte als nächsten Schritt mit ihnen vorhaben etc. Der klinische Alltag widerspricht damit allen Erfahrungen und Erkenntnissen der ‚sprechenden Medizin‘ und die folgenden Ergebnisse einer Studie zum ärztlichen Arbeitstag von 32 Ärzten an der Universitätsklinik Freiburg, die mit der Stoppuhr begleitet wurden, belegen in erschreckender Weise, wie wenig Zeit für Kommunikation mit Patienten real zur Verfügung steht:

nomen beschrieben und auf die Arzt-Patienten-Interaktion auch bei somatischen Erkrankungen übertragen: „Die inneren Einstellungen des Arztes lösen beim Patienten eine Resonanz aus und umgekehrt die des Patienten beim Arzt.“

⁵ Tautz (2001) beschreibt Auswirkungen der Gesundheitskommunikation im Internet auf das Gesundheitssystem und stellt sieben Thesen über die zukünftige Entwicklung auf: „Hausärzte werden künftig ihre Patienten bei der Internetrecherche nach geeigneten Information unterstützen. – Die Arzt-Patienten Beziehung entwickelt sich zu einer wirklichen Partnerschaft mit gegenseitiger Kompetenzerkennung – Patienten suchen im Netz nach möglichen Therapien und wählen ihren behandelten Arzt danach aus – Seriöse Angebote im Internet zu Gesundheitsthemen werden von einer großen Öffentlichkeit genutzt. In der Folge verbessert sich die allgemeine Gesundheitsprävention. – Die meisten realen Selbsthilfegruppen werden durch Online-Angebote ersetzt. – Bei leichten Erkrankungen suchen die Menschen Hilfe im Internet. – Eine offizielle Institution oder Regulierungsbehörde prüft die Online-Angebote zum Thema Gesundheit.“ Zitiert nach der Rezension „Internet revolutioniert das Gesundheitssystem“.

„Die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit betrug 659 Minuten. Ca. 220 Minuten verbrachten die Ärzte bei Besprechungen (34 Prozent), 200 Minuten am Schreibtisch (30 Prozent), 80 Minuten im OP oder bei anderen praktischen Tätigkeiten (zwölf Prozent), ca. 79 Minuten (zwölf Prozent) blieben für Gespräche mit Patienten und sechs Minuten (ein Prozent) für Gespräche mit Angehörigen, dazu ca. 40 Minuten für Lehre und Forschung (sechs Prozent) und 33 Minuten Pause (fünf Prozent). Umgerechnet auf den einzelnen Kontakt sprach ein Arzt durchschnittlich 4 Minuten und 17 Sekunden mit einem Patienten und 20 Sekunden mit einem Angehörigen. In einer parallel durchgeführten Selbsteinschätzung gaben die befragten Ärzte ihre durchschnittliche Gesprächszeit mit Patienten doppelt so hoch an, mit Angehörigen sogar sieben Mal so hoch.“ (Hontschik 2009)

Hontschik folgert daraus, dass Patienten und ihre Angehörigkeiten zum ‚Störfaktor‘ geworden sind und bestätigt die These über die Scherenbewegung von Sprache und Hochtechnologie in der Medizin: Gerade dort, wo die moderne Medizin erfolgreich ist, ist sie averbal bzw. stumm.⁶ Dass dies nicht folgenlos bleibt, zeigen Patientenbefragungen, die ergeben, „dass 8 von 10 Defiziten ärztlicher Betreuung im Bereich der Kommunikation geortet werden“ (Schucan 2002). Zuhören kostet zwar Zeit, aber Weghören kostet – so Hontschik (2009) – noch viel mehr.

Allerdings wollen auch Zuhören und der Umgang mit Sprache gelernt sein; denn Kommunikation an sich ist weder positiv noch negativ und Sprache kann durchaus ambivalent sein, worauf Lown (2004:87ff und 106ff) hinweist, der für die Arzt-Patienten-Interaktion deutlich macht, dass bestimmte Worte geradezu vernichtend sein können, andere wiederum heilen können. Insgesamt ist daher Geisler (1997:5) zuzustimmen, dass erst „eine professionelle Handhabung der Sprache in einer empathischen Haltung (...) dieses ärztliche Instrument von höchster Wirksamkeit zu einem heilenden Instrument“ macht. Hingegen wandelt die „unprofessionelle, die unreflektierte, die unkultivierte Sprache (...) sich zum höchstgefährlichen Instrument, das Wunden mit lebenslangen Narben setzen und im äußersten Fall töten kann“ (Geisler 1997:5).

2. Kommunikation

2.1. Axiome der Kommunikation

Kommunikation begleitet den Menschen von der Wiege bis zur Bahre und umfasst – weit verstanden – die Beziehungen von Menschen mit ihrer Umwelt, alle Formen der zwischenmenschlichen Interaktion sowie schließlich auch innerpsychische Kommunikationsprozesse (Autokommunikation). Kommunikation im engeren Sinne ist absichtsvolle und partnerorientierte sowie mit Hilfe eines Zeichensystems vermittelte zwischenmenschliche Interaktion. Paul Watzlawick nennt fünf pragmatische Axiome der Kommunikation, die für jede zwischenmenschliche Interaktion zutreffen.

Zunächst weist Watzlawick darauf hin, dass „das ‚Material‘ jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Lachen und Seufzen), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes umfasst – kurz, Verhalten jeder Art“ (Watzlawick et al., 1969/2007:51). Zum Verhalten des Menschen gehören alle unmittelbaren Lebensäußerungen, d.h. Gähnen und Lachen, Husten und Niesen sowie Schlafen und Schweigen, aber auch

⁶ So Paul Lüth, zitiert bei Geisler (1997:1). Siehe dazu auch den Historiker Edward Shorter (1991), der aufzeigt, dass durch die postmoderne Medizin zwar Therapiemöglichkeiten verbessert wurden, parallel dazu aber die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient verloren gegangen ist.

Körperbewegungen und Körpergeräusche. Verhalten ist aber – anders als Handeln – nicht intentional, erfolgt also nicht absichtlich und zielgerichtet. Nach Watzlawick hat der Begriff Verhalten kein Gegenteil; denn man kann auch durch bewusste Anstrengung nicht aufhören, sich zu verhalten und damit Signale an seine Mitmenschen zu senden. Da nun jedes Verhalten potentiell Mitteilungscharakter besitzt, wird es auch in der Kommunikation relevant, lässt sich also von Kommunikation im Sinne von ‚intentional‘ und ‚zielgerichtet‘ gar nicht unterscheiden: „Handeln und Nichthandeln, Worte und Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht *nicht* auf diese Kommunikation reagieren und kommunizieren damit selbst“ (Watzlawick et al., 1969/2007:51). Dementsprechend lautet das erste Axiom der Kommunikation, das von Watzlawick aufgestellt wird: „Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ (Watzlawick et al., 1990).

Jede Kommunikation enthält (explizit) Informationen (die Sachebene) und (implizit) eine Regelung der Beziehung (die emotionale Ebene). Die Relation zwischen dem Inhalts- und dem Beziehungsaspekt fasst Watzlawick (1996/2007:56) folgendermaßen: „der Inhaltsaspekt vermittelt die ‚Daten‘, der Beziehungsaspekt weist an, wie die Daten aufzufassen sind.“ Der Inhalt ist dabei als eine bestimmte Menge an Informationen zu verstehen und als solches für die Beteiligten weitgehend offensichtlich. Der zweite Aspekt, der Beziehungsaspekt, ist weniger offensichtlich. Dieser Aspekt teilt dem Empfänger mit, wie der Sender selbst gesehen werden möchte und wie er die Beziehung zum Empfänger gestalten möchte. Das zweite Axiom der Kommunikation lautet entsprechend: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt“ (Watzlawick 1996/2007:56).

Kommunikation ist „ein ununterbrochener Austausch von Mitteilungen“. Jeder Teilnehmer einer Interaktion muss den Ereignisfolgen eine Struktur geben, die Watzlawick ‚Interpunktion‘ nennt. Interpunktionen sind ein wichtiger Bestandteil menschlicher Beziehungen; denn sie drücken Relation wie Ursache und Wirkung, Grund und Folge, Anfang und Ende von Ereignissen aus. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe bzw. Kultur bringt ganz bestimmte, ihr eigene Interpunktionsweisen mit sich, die zur Regulierung dessen dienen, was – aus welchen Gründen auch immer – als ‚richtiges‘ Verhalten betrachtet wird. Gibt es Probleme mit der Interpunktion, so sind diese meist die Ursachen für Beziehungskonflikte. Das dritte Axiom der Kommunikation lautet entsprechend: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt“ (Watzlawick 1969/2007:61).

In der menschlichen Kommunikation existieren zwei Möglichkeiten, Objekte und Sachverhalte darzustellen: a) durch eine Analogie (nonverbal, durch eine Zeichnung, Gestik, Mimik) oder b) indem man dem Objekt bzw. Sachverhalt eine Bezeichnung bzw. einen Namen gibt, d.h. digital. Diese beiden Varianten entsprechen der analogen und digitalen Kommunikation. In Anlehnung an das zweite Axiom der Kommunikation kann der digitalen Variante der Inhaltsaspekt zugeschrieben werden; der Beziehungsaspekt wird dagegen durch analoge Kommunikation vermittelt. Die analoge Kommunikation ist in der Regel mehrdeutig und kann dadurch zu Fehlinterpretationen führen sowie Konflikte zwischen den Kommunikationspartnern verursachen.⁷ Die digitale und analoge Form existieren aber nicht nur nebeneinander, sondern können sich auch gegenseitig ergänzen. Das vierte Axiom der Kommunikation lautet entsprechend: „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunika-

⁷ Watzlawick (1969/2007:66) erinnert daran, „dass es Tränen des Schmerzes und der Freude gibt, dass die geballte Faust Drohung oder Selbstbeherrschung bedeuten, ein Lächeln Sympathie oder Verachtung ausdrücken, Zurückhaltung als Takt oder Gleichgültigkeit ausgelegt werden kann.“

tionen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für die eindeutige Kommunikation erforderliche logische Syntax“ (Watzlawick 1969/2007:68).

Das fünfte Axiom von Watzlawick wird durch den Begriff der ‚Schismogenese‘ bestimmt. Bei der Schismogenese handelt es sich um einen durch Wechselbeziehungen zwischen Individuen verursachten Differenzierungsprozess der Normen individuellen Verhaltens, der komplementärer oder symmetrischer Art sein kann. Eine komplementäre Interaktion beruht dabei auf einer Unterschiedlichkeit zwischen Individuen bzw. Gruppen, wobei der eine Partner eine primäre und der andere Partner eine sekundäre Stellung einnimmt. Das Verhalten des einen Partners bedingt das des anderen Partners und umgekehrt. Diese Wechselbeziehung tritt auch bei der symmetrischen Interaktion auf, bei der die Beziehung aber auf Gleichheit basiert. Das Verhalten des Partners ist bei diesem Typ in jedem Fall ähnlich. Basieren komplementäre Interaktionen auf sich gegenseitig ergänzende Unterschiedlichkeiten, so zeichnen sich symmetrische Beziehungen durch „Streben nach Gleichheit und Verminderung von Unterschieden zwischen den Partnern aus“. Das fünfte Axiom lautet entsprechend: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht (Watzlawick 1969/2007:70).

2.2. Störungen der Kommunikation

Die dargestellten Axiome spielen für jede Form von Kommunikation eine wichtige Rolle und können die Ursachen für Störungen in der Kommunikation erklären. Das erste und vierte Axiom zeigen, dass in der Kommunikation alles zum Zeichen werden kann und Kommunikation weit über Sprache hinausgeht, wobei analoge und digitale Kommunikationsformen sich einander ergänzen, die analoge Kommunikation aber die digitale dominiert. Das zweite Axiom macht deutlich, dass Kommunikation sich nicht auf einen Inhaltsaspekt beschränken lässt, sondern jedwede Kommunikation durch einen Beziehungsaspekt begleitet wird, der entscheidend für das Gelingen der Kommunikation ist. Das dritte Axiom stellt dar, warum die Ereignisfolgen des gleichen Kommunikationsergebnisses von den Teilnehmern unterschiedlich strukturiert werden; Ursachen für Beziehungskonflikte können durch Probleme hinsichtlich der Interpunktion erklärt werden. Das fünfte Axiom schließlich erklärt die Störungsanfälligkeit von Interaktion auf der Grundlage der Wechselbeziehungen der Kommunikationsteilnehmer, die auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit basieren können und Kommunikationsabläufe entweder symmetrisch oder komplementär werden lassen.

Insgesamt verdeutlicht der Ansatz von Watzlawick, dass für den Grad des Gelingens von Kommunikation eine gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion sowie weitgehend sich überschneidende Zeichensysteme Voraussetzung sind. Treffen sich Wirklichkeitskonstruktion, Zeichensysteme und Kommunikationsformen der Beteiligten nicht, so entstehen als Folge unterschiedliche Typen von Fehl- und Misskommunikation, die letztendlich sogar zum Abbruch der Kommunikation und zur Kommunikationsverweigerung führen können.

3. Besonderheiten der Kommunikation zwischen Arzt und Patient

3.1. Rollen und Passung von Arzt und Patient

Arzt-Patienten-Interaktion zeichnet sich durch mehrere Besonderheiten aus. Zunächst und vor allem handelt es sich um eine Form der *institutionellen* Kommunikation, in der sich die Beteiligten im Regelfall nicht persönlich nahe stehen, dennoch aber bestimmte Regeln hinsichtlich der Berührung durch Hand und Wort außer Kraft gesetzt werden. Im Normalfall stellt die Interaktion zwischen Arzt

und Patient zwar keine Zwangskommunikation dar – der Patient kommt ja von selbst, wenngleich auch in bestimmten Fällen mehr oder weniger notgedrungen. Arzt und Patient entwickeln aber eine intensive Beziehung zueinander, in der der Patient sich bestimmten institutionellen Zwängen aussetzen hat. Für den Patienten kann die Beziehung physisch und/oder psychisch von lebenswichtiger Bedeutung sein.

In der Arzt-Patienten-Interaktion geht es keineswegs nur um den Austausch objekt- und sachbezogener ‚Informationen‘; vielmehr geht es um Beziehungskommunikation und um zu erzielende Wirkung: der Patient soll auf der Grundlage des Gesagten und auch des nicht explizit Gesagten verstanden, angesprochen, überzeugt und auch emotional erreicht werden, so dass in dieser Hinsicht durchaus von ‚Beziehungsmedizin‘ gesprochen werden kann. Allerdings handelt es sich um eine asymmetrischen Beziehungskommunikation: der Arzt tritt als Hausherr in einer offiziellen Rolle und mit einer professionellen Routine auf; der Patient hingegen kommt in der Rolle eines Hilfesuchenden – ohne für diese Rolle eine Routine eingeübt zu haben – und er muss aus einer Position der Schwäche und Scham Intimbereiche bloßstellen bzw. preisgeben. Der Arzt ist durch sein Studium zunächst auf Rationalität und objektivierbare Daten, der Patient hingegen in seiner subjektiven Betroffenheit auf Emotionen orientiert. Konkurrierende Interessen lassen sich schließlich zwischen dem therapeutischen Privileg des Arztes einerseits und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten andererseits feststellen.⁸ In der Beziehung zum Patienten ist der Arzt ‚Berufsberührer par excellence‘ und professioneller Tabubrecher – er handelt in einem nur temporär hergestellten Raum, in dem ansonsten allgemein für die zwischenmenschliche Interaktion geltende Konventionen außer Kraft gesetzt werden (können).

Was die ‚Passung‘ der Kommunikation zwischen Arzt und Patient betrifft, so ist zu beachten, dass der Arzt sowohl eine vom Patienten eingebrachte Problemsituation zu interpretieren als auch eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen und unterschiedliche Wahrnehmungs- und Deutungsmuster zu reflektieren hat. Das Gelingen der Interpretation und der Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit beruhen auf der Dialogfähigkeit der Beteiligten und hängen zu einem wichtigen Teil davon ab, dass der Arzt neben dem ‚Beobachten durch Befunde‘ durch „das Betrachten des Befindens den Patienten nicht mehr als Objekt kategorisiert, sondern subjektiviert“ (Hommel 2007:18).⁹ Der Patient wird damit zum Subjekt der Kommunikation, so dass das Machtgefälle zwischen Arzt und Patient relativiert werden kann und sich eine „patientenseitige Selbstbestimmung im ärztlichen Gespräch entlang wesentlicher Gesprächsphasen“ fördern lässt (Nowak 2009:3). Dabei scheinen neben dem achtsamen „Hinhören“ das ‚aktive Zuhören‘ (durch Rückmeldesignale, Aufgreifen von Patientenhinweisen etc.) sowie das Verstehen der Anliegen und Sichtweisen der Patienten seitens des Arztes von wesentlicher Bedeutung zu sein. Grundsätzlich sollte das, was „Patienten subjektiv wahrnehmen und zu sagen haben, (...) für den Arzt mindestens das gleiche Gewicht haben wie das, was sich mit medizinischen Untersuchungsinstrumenten in Erfahrung bringen lässt“ (Bauer 2006:132). In diesem Zusammenhang verweist Geisler (2002:3) mit Recht darauf, dass „die Urangst vieler Ärzte, dass sie zu wenig Zeit für ein ‚gutes Gespräch‘ hätten, durchaus unbegründet“ ist: „Ein gutes Gespräch muss nicht lang sein, es muss vor allem zielstrebig sein“.¹⁰ Was in dieser Hinsicht aber die Realität der

⁸ Besonders schwerwiegende Probleme können entstehen, wenn der Arzt „schlechte Nachrichten“ übermitteln muss oder wenn sich dem Arzt „der Eindruck aufdrängt, dass im Umfeld etwas nicht stimmt“ (Myerscough/Ford 2001:146) – etwa der Verdacht auf Missbrauch einer Patientin bzw. eines Patienten besteht.

⁹ „Der Patient soll nicht länger nur körperliches Objekt einer biomedizinischen Manipulation sein, sondern erfährt im Sinne von Weizsäckers (...) eine (Wieder-)Einführung als *Subjekt*, dessen Krankengeschichte als persönliche Leidensgeschichte rekonstruiert wird, die tief in seiner Lebensgeschichte verwurzelt sein kann.“ (Koerfer et al. 2008:36).

¹⁰ So auch Nowak (2009:3) aus der Sicht der empirischen Gesprächsforschung: Derart geführte und patientenbestimmte Gespräche brauchen „meist nicht mehr Zeit und scheinen medizinisch ertragreicher“.

Arzt-Patienten-Interaktion betrifft, so weist Geisler (2003:3) auf folgende Probleme im klinischen Alltag hin: „Die Hälfte der Beschwerden des Patienten kommt *nicht* zur Sprache. Oft erhalten Ärzte nur *wenig Auskunft* über die *Bedeutung* der Erkrankung für den Betroffenen und *ihre emotionalen und sozialen Folgen*. *Weniger als die Hälfte der psychosozialen Probleme* und psychischen Störungen des Patienten *werden erkannt*. Arzt und Patient stimmen in *mehr als der Hälfte* der Fälle *nicht über das hauptsächliche Gesundheitsproblem* des Patienten *überein*“. Für die Hausarztpraxis gehen Myerscough/Ford (2001:146) davon aus, dass mehr als die Hälfte der Patienten in die Sprechstunde mit einer „primär psychischen Komponente“ kommt bzw. funktionale Störungen oder seelische Konflikte vorliegen; allerdings kommen diese nicht unbedingt zur Sprache bzw. werden Signale von den Ärzten nicht erkannt, weil die Kommunikation über solche und ähnliche Themen oft noch einem Tabu unterliegt.

3.2. Tabus

Tabus gehören zum Alltag des Arztes. Seinem Beruf nach ist jeder Arzt ein professioneller Tabubrecher: Er verletzt Handlungstabus („Das macht man nicht!“), Zeigetabus („Das zeigt man nicht!“), Kommunikationstabus („Darüber kommuniziert man nicht!“) sowie vor allem Berührungstabus („Das berührt man nicht!“). Wie diese permanente Gratwanderung zwischen (notwendigem) Tabubruch einerseits und (gewünschter) Tabubewahrung andererseits bewältigt wird mag folgendes Beispiel aus der Praxis eines Urologen mit dem Fokus auf die subjektive Betroffenheit des Arztes zeigen:

„Der Urologe muss bei der Digitalen Rektalen Untersuchung zum Ertasten der Prostata beim Patienten die Schamschranke durchdringen; er wird das rasch, überrumpelnd, mit oder ohne Ankündigung tun. Diese Untersuchung ist – wie viele andere – nur möglich, weil der Arzt von Tabus freigestellt ist. Die darin enthaltene Submission, Penetration, die symbolisch sexuelle Komponente, Peinlichkeit, Schmerz, Ekel können alle überwunden werden durch die betonte Rationalität der Arztrolle und das Ausnahmereglement für Intimität berührende Untersuchungssituationen. So gibt es ein Sonderrecht medizinischen und pflegerischen Handelns. Ärzte und Pflegekräfte sind von einigen Tabus gesellschaftlich freigesprochen. Sie dürfen Tabus verletzen, sie müssen es – und dies sogar häufig! Für das professionelle Handeln verstecken sich hier einige Fallen. Man kann die ‚bloß beruflich notwendigen‘ Tabubrüche abspalten und damit abwehren. Solche Abwehrprozesse lassen sich nicht einfach handhaben, sie erledigen sich auch nicht quasi von selbst; ihre verdrängte Seite kann immer wieder zum Vorschein kommen. Deshalb müssen Ärzte und Pflegekräfte wissen, welche seelische Aufarbeitung die Ausnahmestellung beim Tabubruch erfordert.“ (Kuhlmey et al. 2005:12-13)

Weitere Problemfälle in der Hausarztpraxis können sich aus dem weiten Tabufeld Sexualität ergeben. Myerscough/Ford (2001:223) weisen auf Untersuchungen hin, wonach „10-15 Prozent der in allgemeinmedizinischen Praxen behandelten Patientinnen und Patienten sexuelle Probleme haben“, diese aber gar nicht bzw. nicht ausreichend zur Sprache kommen. Einerseits müssen Ärzte hier die Signale der Patienten verstehen: ‚Ich fühle mich in letzter Zeit so abgeschlagen‘, ‚Ich bin zu nichts mehr fähig‘, ‚Ich bin nicht mehr der Alte‘ und entsprechend nachhaken. Andererseits müssen sie bisweilen auch von sich aus die eigene Scheu überwinden und nachfragen, wenn ein Zusammenhang mit sexuellen Problemen vermutet wird. Myerscough/Ford (2001:224) empfehlen eine „Kombination aus Direktheit und Feingefühl“, das richtige Timing, den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, Offenheit, Takt sowie ein passendes Vokabular.

Der Arzt muss also einerseits verständnisvoll sowie aktiv zuhören können (und wollen), wenn der Patient sich zu einem Tabuthema äußern möchte; andererseits muss er verbale und nonverbale Signale verstehen, wenn der Patient etwas tabuisiert bzw. über einen tabubelasteten Sachverhalt nicht

sprechen kann bzw. will. Für diesen Fall sind nicht nur Feingefühl und Fingerspitzengefühl erforderlich, sondern hilfreich wäre auch die Kenntnis der Stilmittel und Kommunikationsstrategien für Tabudiskurse: Aus dem ‚Redestil‘ des Patienten und aus seiner nonverbalen Kommunikation können wichtige diagnostische Rückschlüsse gezogen werden.¹¹ Ausgehend von den Konzepten der antiken Rhetorik betrifft die Arzt-Patienten-Interaktion alle Phasen der Rede: a) die Auswahl des Stoffes in der *inventio* (Was wird explizit, was implizit gesagt? Was wird nicht gesagt? Was wird angedeutet?), b) die Anordnung des Stoffes in der *dispositio* (Was wird weggelassen? Was wird vorausgesetzt? An welcher Stelle wird etwas gesagt?), c) die Art und Weise der Darstellung des Stoffes in der *elocutio*, *pronuntiatio* und *actio* (Was wird direkt, was indirekt gesagt? Was wird ersetzt? Was wird umschrieben?). Nicht zuletzt wird der kommunikativ kompetente Arzt auch ‚psychophysische Reaktionen‘, die mit dem Sprechen über Tabus bzw. dem Tabubruch einhergehen, in Form von „Hitzewallungen, Erröten, Schweißausbruch, Herzrasen, Erkalten der Hände, Zittern“ etc. (Kraft 2004:184) erkennen und zu deuten wissen.

3.3. ‚Transkulturelle Kompetenz‘

Besondere Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen medizinischem Personal auf der einen Seite und dem Patienten auf der anderen Seite können auftreten, wenn verschiedene Kulturen aufeinander stoßen, die ganz unterschiedliche Verständnisse von Krankheit und Gesundheit haben und damit einhergehend auch andere Vorstellungen mit dem Prozess der Behandlung und Heilung verbinden.

„Transkulturelle Kompetenz“ in der Gesundheitsversorgung bedeutet in dieser Hinsicht – so die Amsterdamer Erklärung des EU-Projekts „Migrant-Friendly Hospitals“: „Angehörige der Gesundheitsberufe und auch die anderen MitarbeiterInnen müssen Kompetenzen in Hinblick auf kulturübergreifendes Handeln, interkulturelle Kommunikation und auf den Umgang mit ethnokultureller Vielfalt aufbauen.“ Dazu gehören das Kennen und Berücksichtigen unterschiedlicher kultureller Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie das kritische Reflektieren der eigenkulturellen Vorstellungen auf der einen Seite und – so Domenig (2006) – die „Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen, haben die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen. Sie nehmen eine respektvolle, vorurteilsfreie beziehungsweise Vorurteile reflektierende Haltung gegenüber MigrantInnen und anderen stigmatisierten Zielgruppen ein. Sie stellen die individuelle Biografie, die die Migrations- und Integrationsgeschichte mit einschließt, ins Zentrum der Interaktion und suchen auch vermehrt wieder das Gemeinsame und somit Verbindende in der transkulturellen Begegnung.“

Interessanterweise beinhalten diese Aspekte einer transkulturellen Kompetenz genau das, was generell auf die Arzt-Patienten-Interaktion auch in der eigenkulturellen Kommunikation zutrifft. Jede Begegnung von Arzt und Patient kann daher auch als eine Art interkulturelle Kontaktsituation gesehen werden und sollte entsprechend respektvoll und reflektierend gestaltet werden.

¹¹ Brettenthaler (2006), Präsident der Österreichischen Ärztekammer, führt in diesem Zusammenhang aus: „Nicht nur, *was* ein Patient berichtet ist interessant, sondern auch *wie* er es berichtet.“

4. Forschungssituation

4.1. Forschungslage

Konfrontiert man die Klagen über Desiderata zur Arzt-Patienten-Interaktion mit der derzeitigen Forschungslage, so offenbart sich eine paradoxe Situation: Einerseits häufen sich die Hinweise auf Probleme und Defizite in der Ausbildung und Praxis kommunikativer Kompetenz von medizinischem Fachpersonal – andererseits nimmt die Anzahl von Studien und Lehrbüchern ständig zu, so dass die vorliegende Literatur fast unüberschaubar geworden ist.¹² Auf der einen Seite liegen zahlreiche Ratgeber und Lehrbücher vor, die meistens von Ärzten selbst geschrieben wurden, Erfahrungen sammeln und reflektieren sowie Empfehlungen für die Praxis geben. Auf der anderen Seite gibt es seit etwa 30 Jahren eine sehr entwickelte empirische Forschung, die hauptsächlich von Soziologen und Linguisten geleistet wurde. Voraussetzung für diese empirische Beschäftigung mit Diskursphänomen der Arzt-Patienten-Interaktion waren – nicht zuletzt – die Entwicklung und der Einsatz der modernen Aufzeichnungsmöglichkeiten (Audio und Video) von Sprache und Kommunikation, aber auch die ‚pragmatische Wende‘ der Linguistik, aus der sich schließlich eine eigenständige Gesprächslinguistik entwickelt hat. Ein Schwerpunkt der modernen Gesprächslinguistik ist von Beginn an die Arzt-Patienten-Interaktion, so dass sich die Online-Zeitschrift zur Gesprächsforschung¹³ regelmäßig mit dieser Thematik befasst. Da der Stand der Forschung fast nicht mehr zu überblicken ist, entstand eine spezialisierte Forschungsdatenbank an der Universität Wien. In dieser Datenbank (API-on©) werden 549 Studien in einer Metastudie erfasst – sie ist für die öffentliche Nutzung online zugänglich¹⁴ und lässt sowohl einen Überblick zum Forschungsstand als auch einen Zugriff auf Einzelfragen des Forschungsgebietes zu. Die Aktualisierung erfolgt durch die Nutzer der Datenbank.

API-on© nennt als Einschlusskriterien für die Aufnahme von Publikationen: a) es soll sich um vorwiegend deutschsprachige Studien handeln, die die mündliche Arzt-Patienten-Interaktion zur Thematik haben, b) es soll sich um Studien zu authentischen Gesprächen aus Behandlung, Forschung und Lehre/Training handeln, c) die Studien sollen Diskursforschung auf der Basis transkribierter Gespräche darstellen. Neben den bibliographischen Angaben gibt API-on© eine Basis für Metaanalysen durch vielschichtige Hinweise zum inhaltlichen Rahmen der Studien (Forschungsfragen, theoretisch-methodischer Rahmen, Keywords) sowie zu den Eckdaten des Samples und der Datengewinnung: a) Kontextinformationen (Institutionskontext, medizinisches Fach, primärer Gesprächszweck), b) Korpus (Anzahl Patienten, Geschlecht und Alter, Erkrankungstyp, Anzahl Ärzte, Geschlecht und Alter, Gesprächstyp, Angaben zur Authentizität und Gesprächslänge sowie zu Auswahlverfahren), c) Erhebungsmethodik (Dokumentation, Transkriptionsverfahren, publizierte Gesamttranskripte, zusätzlich eingesetzte Erhebungsmethoden) und d) Forschungsdesign (Forschungsschritte und Anwendungsbezüge). Darüber hinaus finden sich umfangreiche Angaben zu den Ergebnissen der Studien (untersuchte Gesprächskomponenten, Gesprächseröffnung, Eröffnunginitiative, Arzt erfragt Info, Zuhören Arzt, Orientierung über Gesprächsablauf, Arzt gibt Info, gemeinsames Planen, Gesprächsende, körperliche Untersuchung) sowie Zusammenfassungen der Analyseergebnisse und Schlussfolgerungen.

¹² So haben Nowak/Spranz-Fogasy (2007) eine umfangreiche Bibliographie mit über 2.000 Publikationen vorgelegt. Gleichzeitig beklagt Nowak (2009:5): „Trotz (oder wegen) der unüberschaubaren Fülle an Literatur zur Arzt-Patient-Interaktion – tausende Studien sind verfügbar, allein im deutschsprachigen Raum sind über 500 qualitative Arbeiten zum Thema publiziert – stehen kaum empirische Überblicksarbeiten zur Verfügung, die ausreichend komplex und theoretisch fundiert zukünftige Forschung und Lehre anleiten können.“ Menz et al. (2008:153) beklagen „das Fehlen eines Leitmediums“, wodurch „die diskursanalytische Literatur für fachexterne Forscher/innen relativ schwer zugänglich und rezipierbar“ wird.

¹³ Siehe dazu: www.gespraechsforschung-ozs.de.

¹⁴ Siehe dazu: www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/index.htm.

Menz et al. (2008) haben eine erste Auswertung dieser Datenbank geleistet und kommen zu dem Schluss, „dass ärztliches Fragen, Zuhören und Informieren im Mittelpunkt des Interesses“ stehen (Menz et al. 2008:150), dass die Forschung hauptsächlich „qualitativ orientiert“ ist und „häufig mit vergleichsweise kleinen Korpora“ gearbeitet wird (Menz et al. 2008:154). Des Weiteren stellen sie wichtige Forschungsdefizite fest, die sie vor allem „für die verbale Begleitung der körperlichen Untersuchung, das Gesprächsende und die Orientierungshandlungen (metadiskursive Kommentare)“ annehmen (Menz et al. 2008:150). Darüber hinaus wird eine „deutliche Unterrepräsentation von Primärforschung zu Entlassungs- und Aufklärungsgesprächen“ und hinsichtlich der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient ein „weiterer Analyse- und Synthesebedarf“ festgestellt. Schließlich wird als „entscheidende Einschränkung“ gesehen, dass der Schwerpunkt auf arztseitige Interaktionen gelegt wurde: „Spezifische Metastudien zu patientenseitigen Redebeiträgen wären daher wünschenswert“ (Menz et al. 2008:154-155).

4.2. Trainings

Ausbildung und Training kommunikativer Kompetenz gehören zu den Desiderata des Medizinstudiums und der ärztlichen Fortbildung. Der umfassendste und überzeugendste Versuch einer empirisch fundierten Qualitätssicherung dieses wichtigen Aspekts des ärztlichen Handelns wurde von Gesprächslinguisten an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln geleistet, die „im Anschluss an aktuelle Reformen in der Medizinerbildung ein manualgestütztes, problemorientiertes und multimediales Lern- und Prüfungskonzept zur ärztlichen Gesprächsführung entwickelt“ und langjährig erprobt haben (Koerfer et al. 2008:34). Das entstandene Curriculum (Kölner Medizinisches Kommunikationstraining – MediKom) versteht sich als *problemorientierter* Lernansatz, „bei dem die Lernenden auch im Sinne eines *forschenden* Lernens an der Klärung ‚strittiger‘ Fragen einer ‚guten Gesprächsführung‘ aktiv beteiligt werden können“ (Koerfer et al. 2008:36). Es erstreckt sich insgesamt vom Erstsemestertutorium über klinische Praktika bis zur Fortbildung für die psychosomatische Grundversorgung (Koerfer et al. 2008:36) und enthält umfangreiche Informationen und zahlreiche Praxisbeispiele zur multimedialen Nutzung (Videos, Transkripte, Graphiken, Literatur etc.) insbesondere zu den folgenden Themen (Koerfer et al. 2008:61):

- Biopsychosoziale Medizin und Erkenntnistheorie (Lehrfilme)
- Gespräche zu bestimmten Krankheiten (Depression, Anorexie, Diabetes) und Problemen ihrer Behandlung (coping, compliance)
- Kompetenzfelder der Gesprächsführung (Anamnese, Entscheidungsfindung, Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, Umgang mit Sterbenden usw.)
- Techniken der verbalen Intervention (Aktiv zuhören, Emotionen benennen, Beschwerde-Dimensionen erfragen usw.)
- Detailphänomene wie Begrüßung und Verabschiedung, Sprecherwechselorganisation, Relevanzstufung, Narration, Emotion, biopsychosoziale Themenprogression usw.
- Phänomene nonverbaler Kommunikation (Augengruß, Blickkontakt, Gestik, Mimik, Körperhaltung usw.)

Grundlage des umfangreichen Materials sind von Koerfer et al. für die ärztliche Gesprächsführung entwickelte Maximen, die aber nicht nur als solche vermittelt, sondern mit dem Ziel geübt werden, sie „im Einzelnen *kontextspezifisch* und *flexibel* anzuwenden“, das heißt die Lernenden sollen „eine *kommunikative Kompetenz* für die *Passung* ihrer verbalen Interventionen erwerben (...), und zwar unter vielfältigen Aspekten, die sowohl institutionelle und individuelle Kommunikationsbedingungen als auch die sequenzielle Organisation sowie die Gesamtstruktur von Gesprächen betreffen“

(Koerfer et al. 2008:52). Die leitende Gesprächsmaxime, die gleichzeitig beobachtungsnah und selbstreflexiv ist, lautet in einer exemplarischen Ausformulierung:

„Trage zur Besserung des Patienten bei, indem du ihn nach dem biopsychosozialen Modell versorgst, indem du (...) einen narrativen Interviewstil praktizierst, indem du den Patienten erzählen lässt, indem du (...) ihm aktiv zuhörst, indem du (ihn nach Möglichkeit nicht unterbrichst und) bei passender Gelegenheit seine Worte wörtlich wiederholst oder paraphrasierst. (...) Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung besteht dabei in der kommunikativen Passung (...) von verbalen Interventionen des Arztes, die nicht beliebig, sondern kontextsensitiv erfolgen muss.“ (Koerfer et al. 2008:47)

Darüber hinaus haben Koerfer et al. eine OSCE-Checkliste zur ärztlichen Gesprächsführung entwickelt, die eine Evaluation zu sechs Problembereichen ermöglicht: a) Aufbau der Beziehung, b) Anhörung des Anliegens, c) Zulassung von Emotionen, d) Explorierung von Details, e) Abstimmung des Vorgehens und f) Ziehung des Resümees.¹⁵

5. Schluss

Kommunikation ist nicht nur von Bedeutung in der Anamnese, sondern sie begleitet die Begegnung zwischen Arzt und Patient von der Diagnostik über die Behandlung und Therapie bis hin zur Beratung ständig und tiefgreifend. Besonders die Sprache ist dabei nicht nur Mittel der Datenerhebung, sondern sie kann auch zum Therapeutikum werden oder Heilung über die iatrogene Fixierung konkreter Karrieren. Aufgrund der spezifischen Kommunikationssituation tritt der Arzt in einer professionellen Rolle auf, die ihn dazu verpflichtet nicht nur medizinisch kompetent zu handeln sondern auch professionell zu kommunizieren und sorgsam mit den Mitteln der Kommunikation umzugehen. Dabei gilt: „Jeder Patient ist ein Informant, doch nicht jeder Informant ist ein guter Informant. Ob er gut ist, liegt am untersuchenden Arzt und wie er es versteht, den Denk- und Erlebenshorizont des Informanten zu eröffnen und zu erfahren“ (Kohnen 2007:23).

Eine gegenseitige Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient sowie ein Gefühl von Sicherheit und Hoffnung als Arbeitsbasis können nur durch achtsame Kommunikation aufgebaut und gesichert werden, die auch die Grundlage dafür bildet, dass beide Seiten „Verantwortung für eine gemeinsame Entscheidungsfindung“ übernehmen und „der Patient seine aktive, eigenverantwortliche Maßgeblichkeit erkennt, so dass Arzt und Patient gleichberechtigte, jedoch nicht gleichartige Partner sind“ (Hommel 2007:19). Die Frage nach Paternalität, Autonomie und Compliance entfällt, wenn die Kommunikation zwischen Arzt und Patient stimmig und die erforderliche Passung gewährleistet ist: „Insgesamt ist die strikte Alternative zwischen einer bloß *arztzentrierten* und einer bloß *patientenzentrierten* Medizin aufzuheben zugunsten einer *dialogzentrierten* Medizin, in der sich Arzt und Patient als zwar ungleiche, aber gleichberechtigte Partner begegnen, die im Prinzip über symmetrische Beteiligungschancen im Dialog verfügen.“ (Koerfer et al. 2008:42)¹⁶

Dialogorientierte Medizin ist nicht denkbar ohne das Gespräch und so ist Geisler (1997:7) voll und ganz zuzustimmen, dass „einer der wichtigsten Ansprüche, die an die Medizin unserer Tage zu rich-

¹⁵ Dieser „Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)“ wird im Anhang des umfangreichen Artikels von Koerfer et al. (2008) vorgestellt.

¹⁶ Aus ärztlicher Sicht heißt es in gleicher Weise bei Geisler (2002:3): „Weder ein starrer Paternalismus noch überzogene Vorstellungen von Autonomie und Mündigkeit des Kranken lassen eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zum Wohle des Kranken gelingen, sondern allein das dialogische Prinzip. Für das Gespräch gibt es keinen Ersatz.“

ten ist lautet: Zurück zur Sprache!“ Damit ist gleichzeitig die Notwendigkeit einer geistes- bzw. kulturwissenschaftlichen Erweiterung der modernen Medizin angesprochen, die zunehmend auch in der Medizin selbst erkannt wird. So zeigt Borasio (2009) als Problem des Medizinstudiums auf, „dass die deutschen Universitäten zwar technisch einigermaßen gut ausgebildete, aber mehrheitlich ungebildete Mediziner produzieren“, wobei er den Unterschied zwischen einem bloßen Mediziner und einem wirklichen Arzt gerade und vor allem in der Bildung sieht und auf folgende Aspekte hinweist: „Während bis etwa zur Mitte des vorigen Jahrhunderts eine humanistische Bildung als die beste Voraussetzung für ein Medizinstudium galt, wurden es nach und nach immer mehr die Absolventen naturwissenschaftlich ausgerichteter Gymnasien, welche das Bild prägten. Allgemeinbildung, Interesse für außermedizinische Fachgebiete, die bei der Aufnahme-Prüfung für die Harvard Medical School eine große Rolle spielten, sind in Zeiten des heiligen St. Numerus Clausus nicht gefragt.“

Freilich sind Entwicklung und Nutzung des Faktors Kommunikation im Gesundheitswesen aber nicht nur eine Frage der Bildung sowie der Aus- und Weiterbildung, sondern es bedarf auch einer passenden und durch die Politik zu schaffenden Infrastruktur. Dazu gehören nach Nowak (2009:6) a) Anreize die „dem Arzt-Patient-Gespräch ausreichend Priorität im ärztlichen Alltag (...) geben“, b) eine Organisationskultur, „die gelungene Gespräche nicht als idealistische Zusatzaufgabe erscheinen lässt, sondern als zentrale Versorgungsleistung“, c) Personalentwicklungsmaßnahmen, die „die bisher lehrbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln und praktisch üben lassen“ sowie „das Entwickeln von Kommunikationsfertigkeiten zu einem zentralen und die Karriere entscheidenden Fach“ machen, d) Entwicklungen einer öffentlichen Kultur, „die ein selbstbestimmtes Auftreten von Patienten fördern“ und e) Beobachtungsverfahren „die die Kommunikationsqualität in den Arzt-Patient-Gesprächen systematisch, regelmäßig erheben und öffentlich sichtbar machen“.

Diese von Nowak (2009) genannten Punkte machen deutlich, dass nachhaltige Veränderungen in der Kommunikationsqualität, die das Gespräch zwischen Arzt und Patient als ‚Herz der Medizin‘ etablieren könnten, nur langfristig und durch eine konzertierte Aktion der Gesundheitspolitik sowie einen Paradigmenwechsel in der Hochschulmedizin zu erreichen sind. In diesem Prozess wird sich das Konzept der (individuellen) ‚Beziehungsmedizin‘ zu einer „sozialen Beziehungsheilkunde“ (Huber 2004:12) ausbauen lassen¹⁷, die alle Gesundheitsressourcen der Gesellschaft in den Mittelpunkt stellt und diese – durch eine hohe Kommunikations-, Beziehungs- und Sprachkultur – erhält und erweitert.

Literatur

Amsterdamer Erklärung des EU-Projekts „Migrant-Friendly Hospitals“. Online: www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm, 10.01.2010.

Borasio, Gian Domenico: Mediziner sind noch keine Ärzte. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 11. März 2009.

Brettenthaler, Reiner: Psychosomatik im österreichischen Gesundheitssystem, 22.02.2006. Online: www.aerztekammer.at/cache/000000000020060222150235.xml/Statement%20Brettenthaler.pdf, 10.01.2010.

Di Blasi, Zeldi und Jos Kleijnen: Context Effects: Powerful Therapies or Methodological Bias? In: Evaluation & the Health Professions, 2003, Vol. 26, No. 2, 166-179.

Domenig, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz im Umgang mit MigrantInnen. Der Weg zur gesundheitlichen Chancengleichheit. In: Bulletin of Medicus Mundi Switzerland No. 100, April 2006. Online: www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200602/kap3/03Domenig.html, 10.01.2010.

Erler, Gotthard: „Die Medizin ist doch eine erbärmliche Quacksalberei“ – Ärztliches und Hausärztli-

¹⁷ „Die Medizin der Kommunikationsgesellschaft lernt zunehmend, Krankheiten als Beziehungsstörung zu begreifen und durch eine Veränderung von Beziehungssituationen zu heilen.“ (Huber 2004:10)

ches bei Theodor Fontane. In: Ingo Wirth (Hrsg.): Neue Beiträge zur Virchow-Forschung. Festschrift für Christian Andree zum 70. Geburtstag. Hildesheim: Georg Olms Verlag; 2010. (im Erscheinen)

Geisler, Linus S.: Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen. In: Imago Hominis, Wien 1997, Band IV/Nr. 1, S. 47–55. Online: www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html, 10.01.2010.

Geisler, Linus S.: Der gute Arzt. In: GEO WISSEN: Die neuen Wege der Medizin. Nr. 30, Ausgabe September 2002, S. 76-81. Online: www.linusgeisler.de/art2002/0916geo-arzt.html, 10.01.2010.

Geisler, Linus S.: Das ärztliche Gespräch – eine vernachlässigte Aufgabe. Vortrag am 16.06.2003 in der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. Online: www.linus-geisler.de/vortraege/0306kommunikation.html, 10.01.2010.

Hontschik, Bernd: Störfaktor, Kolumne „Diagnose“ in der Frankfurter Rundschau, 27.06.2009.

Hommel, Hubertus R.: Propädeutik der Komplementärmedizin. Bio-psycho-soziales Modell in Komplementärer und Integrativer Biologie und Medizin. München: GRIN Verlag; 2007.

Huber, Ellis E.: Ideen für eine bessere Gesundheitspolitik. In: Kuhn, Detlef und Dieter Sommer (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte – Widerstände – Wirkungen. Wiesbaden: Gabler Verlag; 2004, S. 5-18.

„Internet revolutioniert das Gesundheitssystem“. In: politik-digital.de, 29. Juni 2007. Online: www.politik-digital.de/buchbesprechungen/buecher/ehealth.shtml, 10.01.2010.

Koerfer, Armin, Karl Köhle, Rainer Obliers, Bernd Sonntag, Walter Thomas, Christian Albus: Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 9 (2008), Seite 34-78.

Kohnen, Norbert: Kulturphänomene: Die Botschaft hinter den Symptomen. Umgang mit fremdländischen Patienten. In: hautnah dermatologie, 1-2007, S. 20-23.

Kraft, Hartmut: Tabu. Magie und soziale Wirklichkeit, Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag; 2004.

Kuhlmeiy, Adelheid, Hans P. Rosemeier, Martina Rauchfuss, Anne Ahnis (Hrsg.): Tabus in Medizin und Pflege. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag; 2005.

Lown, Bernard: Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag; 2004.

Menz, Florian, Peter Nowak, Anita Rappl, Sabine Nezhiba: Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsdatenbank (API-on©) als Basis für Metaanalysen. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 9 (2008), Seite 129-163.

Myerscough, Philip R. und Michael Ford: Kommunikation mit Patienten. Die Chancen des ärztlichen Gesprächs besser nutzen. Aus dem Englischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht. Bern: Huber Verlag; 2001.

Nowak, Peter, T. Spranz-Fogasy: Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation, Mannheim: Institut für deutsche Sprache; 2007.

Nowak, Peter: Das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Zentraler Ansatzpunkt oder Stolperstein für ein „gesundes“ Gesundheitswesen? In: Letter LAUT GEDACHT. Online: www.patientenanwalt.com, 10.01.2010.

Schucan, Bettina: Kommunikation zwischen Ärztin und Patient. Die ersten zwei Minuten dem Patienten. In: Medienservice, Nr. 10, Dezember 2002. Online: www.ch-forschung.ch/index.php?artid=172, 10.01.2010.

Shorter, Edward: Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute. Wien: Picus Verlag; 1991.

Tautz, Frederik: E-Health und die Folgen. Wie das Internet die Arzt-Patient-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt am Main: Campus Verlag; 2001.

Uexküll, Thure von: Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban & Fischer Verlag; 2008.

Watzlawick, Paul: Die Möglichkeit des Andersseins – Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern: Huber Verlag; 1977.