

FOCUS

Vertrauen und Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung

Notburga AUNER

ZUSAMMENFASSUNG

Die Arzt-Patient-Beziehung hat sich in der letzten Zeit stark gewandelt. Während früher ein paternalistisches Modell diese Beziehung strukturierte, stehen sich heute Arzt und Patient in einem partnerschaftlichen Vertragsmodell gegenüber. Dies führt auch zu einem Wandel der Kommunikationsmuster. Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung äußern sich vornehmlich in Störungen in der Kommunikation. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient erhält besondere Bedeutung, weil die ungleiche Informationsverteilung für den Patienten ein entscheidender Begrenzungsfaktor ist. Zur Stärkung des Vertrauens kommt der Kommunikation ein besonderer Stellenwert zu.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation, Vertrauen, Partnerschaftliches Modell, Paternalismus

ABSTRACT

The doctor-patient-relationship has undergone a strong change in recent times. At one time a paternalistical structured model existed in this relationship, whereas today the doctor and the patient saw themselves faced with a partnership-Agreement model. This led to a great change in the method of communicating. A breakdown in the doctor-patient-relationship is generally caused by disturbances in communications. The dialogue between doctor and patient is therefore now of special importance because an unequal exchange of information is a decisive detriment for the patient. Good communication is of great importance in strenghtening confidence.

keywords: doctor-patient-relationship, communication, confidence, partnership model, paternalism

Eine asymmetrische Beziehungsstruktur

Die Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten ist asymmetrisch. Ihre Rollen sind nicht austauschbar. Diese Asymmetrie wird durch drei wesentliche Strukturmerkmale, die für diese Beziehung konstitutiv sind, verdeutlicht:

1. Die *unterschiedliche Wissensverteilung* führt dazu, daß der Arzt in der Regel „theoretischer“ Experte, der Patient hingegen „Laie“ ist. Gerade dieser Wissensvorsprung des Arztes ist Anlaß dafür, daß der Patient bei ihm Hilfe sucht. In unserem Gesellschaftssystem gibt es zahlreiche Berufssparten, die auf demselben Prinzip basieren. Der Experte (Steuerberater, KFZ-Mechaniker, Rechtsanwalt) stellt sein Wissen gegen Entgelt in den Dienst eines anderen.
2. Die soziale Rollenverteilung bedingt, daß der Arzt über eine gesellschaftliche *Definitionsmacht* verfügt (Diagnosestellung, Krankenschreibung, Recht zur Behandlung etc.). Den Patienten als Hilfesuchenden obliegt die Pflicht der Inanspruchnahme des Arztes und der Befolgung ärztlicher Anordnungen¹. Das Prestige, das mit dem Arztberuf verbunden ist, wurzelt zum Teil in dieser Tatsache.
3. Der Gegenstand der Beziehung ist die *Gesundheit*, besser gesagt, die mangelnde Gesundheit eines Kranken. Die Krankheit ist immer für den Patienten (selbst wenn dieser auch Arzt wäre) der Verlust eines persönlichen, ureigenen und intimen Gutes, das er wiederzuerlangen hofft. Krankheit impliziert also in gewisser Weise immer eine existentielle Bedrohung für den Patienten. Richtiges oder falsches Handeln des Arztes können daher über Leben und Tod des Patienten entscheiden, ohne daß der Arzt davon existentiell mitbetroffen wäre.

Es bedarf keiner weiteren Argumentation um zur Einsicht zu gelangen, daß die erwähnte Asymmetrie unabhängig von ihrer konkreten Strukturie-

rung konstitutiv ist. Damit ist aber nicht gesagt, daß die Asymmetrie immer gleichermaßen ausgeprägt ist. Die genannten Strukturmerkmale erhalten in den verschiedenen Beziehungsmodellen – paternalistisches oder partnerschaftliches Modell – unterschiedliches Gewicht. So z.B. ist in der partnerschaftlich konstituierten Beziehung die Rolle des Patienten aktiver, weil von ihm viel mehr Verantwortung übernommen wird als in einer paternalistischen Beziehung.

Der Wandel in der Arzt-Patient-Beziehung: Paternalismus versus Selbstbestimmung

Diese Asymmetrie steht zumindest scheinbar in Konflikt mit der Gleichheit, jenem Wert, der seit der Aufklärung nach und nach in allen Gesellschaftsstrukturen Eingang gefunden hat. Darin mag einer der wichtigsten Gründe für den radikalen Wandel des Berufsbildes des Arztes, aber auch der Rolle des Patienten liegen. Der Grundsatz des Paternalismus – ärztliches Handeln zum Wohl des Patienten, notfalls auch ohne seinen Willen berücksichtigen zu müssen – muß dem höher eingeschätzten Selbstbestimmungsrecht des Patienten weichen. Jenem wird Autonomie und Kompetenz zugesprochen und von rechtlicher Seite auch abverlangt. Er soll alle ärztlichen Eingriffe hinterfragen und entscheiden, ob er ihnen auch zustimmen will. Der Kranke, meist medizinischer Laie, steht nunmehr im partnerschaftlichen Verhältnis zum Arzt, dessen Obsorge er sich anvertraut. Das Gespräch, der Dialog, ja ganz allgemein die Kommunikation, wird zu einem wichtigen Faktor und zwar nicht bloß im Sinne einer ärztlich fürsorgenden Begleitung, sondern als unabdingbares Mittel der Information. Ärztliches Handeln ist grundsätzlich an die Zustimmung des Kranken gebunden. Erst dadurch erhält der therapeutische Eingriff seine Legitimation.

Zieht man auch die zunehmende Verrechtlichung der Medizin und das Eindringen der

Medien in jenen intimen Bereich des Gesundheitswesens in Betracht, so wird deutlich, daß die heutige Begegnung zwischen Patient und Arzt nur mehr einige wenige Gemeinsamkeiten aufweist, wenn man den Vergleich zu früheren A-P-Beziehungen, etwa zum paternalistischen Familien-Hausarzt oder zur diktatorisch-unnahbaren Professorenautorität in einer Klinik, zieht. Im wesentlichen handelt es sich heute wie damals um Kranke, die der Hilfe und Obsorge des Arztes bedürfen. Hierin liegt das ursprüngliche Grundmotiv der Beziehung. Die große Herausforderung liegt demnach in der geforderten Neuformulierung dieses Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Unnötiger Balast, unzeitgemäß gewordene Relikte anderer Epochen können und müssen dabei abgeworfen werden. Betrachtet man die Entwicklung der letzten Jahre, vor allem in Nord-Amerika, bekommt man den nachhaltigen Eindruck, daß die Tendenz dahingeht, eher zu viel über Bord zu werfen. Es scheint sich vor allem die Ansicht durchzusetzen, daß das Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung nicht so wesentlich ist und daß es durch richtig juristisch abgesicherte Kontroll- und Haftungsregelungen ersetzt werden kann. Darf man auf das Vertrauen wirklich verzichten?

Das Vertrauen als Wesenselement in einer funktionsfähigen Arzt-Patient-Beziehung

Ärztliches Handeln berührt stets die Grundlagen der biologischen Existenz des Kranken. Dem menschlichen Handeln allgemein kommt es zu, einmalig und unwiderrufbar zu sein. Eine bereits vollzogene Handlung kann nicht mehr ungeschehen gemacht werden. Man kann sie bereuen oder versuchen, die Folgen zu modifizieren, es gibt strenggenommen aber kein Zurück in den vorigen Stand². Das Vertrauen ist schon deshalb ein Wesenselement, weil es in der Beziehung um ein so kostbares und inkommensurables Gut geht, dessen Schädigung in den meisten Fällen nur schwer wieder gutzumachen ist.

Ärztliches Handeln zeichnet sich außerdem durch die Nicht-Garantierbarkeit des intendierten Erfolges aus. Zwischen dem angestrebten Ziel und den realen Folgen eines Eingriffes besteht eine Diskrepanz, die immer Unsicherheit beinhaltet. Selbst bei sorgfältigem Planen und Ausführen kann das Unvorhersehbare eintreten und damit das Gelingen ausbleiben. Führt man sich wiederum vor Augen, daß der inkommensurable Wert der Gesundheit das Ziel ist, so wird klar, daß unter diesen Umständen immer eine gewisse Spannung verbleibt. Das Vertrauen des Patienten vermag diese Restspannung zu überbrücken.

Das Vertrauen selbst ist ja wesentlich am Gelingen einer Therapie beteiligt, denn nur der vertrauende Patient wird den Anweisungen des Arztes folgen. Ein ständig hinterfragender, mündiger Patient torpediert dagegen die heilende Tätigkeit des Arztes bis zu ihrer vollständigen Behinderung. Der Patient befindet sich in einem Abhängigkeitsverhältnis. Je nach Krankheit wird dieses kleiner oder größer sein, in jedem Fall aber muß er dem Arzt vertrauen können, daß sich dieser loyal seiner Bedürftigkeit und Schwäche gegenüber verhalten wird. Lange Zeit hindurch wurde eine solche Loyalität zweifelsfrei vorausgesetzt. Die hierarchisch organisierte Gesellschaft hatte beim paternalistischen Modell dem Arzt und dem Patienten ihre Rollen zugewiesen, außerdem waren die Werte von oben nach unten vorgegeben. In der Anpassung lag zum Teil tatsächlich das Glück des einzelnen. Wer darauf vertraute, daß das System gut ist, bekam, was es versprach. Vertrauen wird zur Voraussetzung der Systemkonformität und damit der systemkonformen Zufriedenheit. Das Vertrauen war in diesem Modell gleichsam systeminduziert.³

In einer pluralistischen und egalitären Gesellschaft werden die Werte nicht vorgegeben, sondern jedem wird das Recht eingeräumt, sich frei für eigene Werte zu entscheiden. Für das Zusammenleben ist daher ein Konsens über die

Rahmenbedingungen und Wertvorstellungen sowie ein Ausgleich von Interessen erforderlich. Dem Arzt steht es nicht zu, festzulegen und für den anderen zu entscheiden, was gut oder schlecht wäre, was diesem gut täte oder schade, ohne dadurch dessen Selbstbestimmungsrecht zu übergehen. Nur das partnerschaftliche Modell kann in dieser Lage durch Interessensausgleich und Wertediskussion zur einvernehmlichen Entscheidung führen. Bei der Gestaltung dieses Modells kann man aber nicht umhin, den wesentlichen Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung Rechnung zu tragen. Darunter fallen die Vorgaben der Asymmetrie, aber auch die Vertrauensbasis. Was vom paternalistischen Modell gesagt werden konnte, trifft auf das partnerschaftliche nicht mehr zu. In letzterem ist das Vertrauen nicht systeminduziert. Es muß daher in jeder Beziehung von neuem gewonnen, beziehungsweise geschenkt werden. Die überregulierende Gesetzgebung und die Organisation des Gesundheitswesens (Massenmedizin) wirken sich auf die Arzt-Patient-Beziehung eher vertrauensschwächend aus. Es ist ja ohneweiters zu unterstreichen, daß besonders im partnerschaftlichen Modell Vorsicht und Klugheit walten müssen, wenn es darum geht, einen so hohen Wert wie das eigene Leben den Händen eines anderen zu überlassen. Ohne Vertrauen aber kann eine Arzt-Patient-Beziehung mit Sicherheit nicht gelingen. Es räumt dem Arzt den notwendigen Handlungsspielraum ein, ohne den er nur schwer agieren kann und er könnte nicht im gebührenden Maße dem Patienteninteresse nachkommen.

Der gesetzliche Sicherheitsrahmen soll Schutz für Patienten und gleichfalls für die Ärzte darstellen. Dennoch ersetzt er nicht das Vertrauen. Dieses kann, streng genommen, auch nicht einfach gefordert werden. Vertrauen muß gewonnen und immer wieder neu bestätigt werden. Das ist eine große Herausforderung für den Arzt, wenn sich ihm ein Kranker anvertraut. Ein möglicher Vertrauensvorschuß

darf keineswegs zu Fahrlässigkeit oder Oberflächlichkeit verleiten.

Vertrauen und Kommunikation

Zur Stärkung des Vertrauens in der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung kommt der Kommunikation ein besonderer Stellenwert zu. Die vom paternalistischen Modell übernommenen Kommunikationsmuster, bei denen sich der Arzt aus einer übergestellten Position dem Patienten zuwandte, sind heute meistens kontraproduktiv. Ein solches Verhalten würde im heutigen partnerschaftlichen Modell als arrogant und provokant empfunden und den eventuell noch vorhandenen Vertrauensvorschuß zunichte machen. Es genüge nicht, wenn sich ein verunsicherter Arzt, der sich im partnerschaftlichen Kommunikationsstil nicht zurechtfindet, auf die reine Sachebene der Beziehung zurückziehen würde. Daraus entstünden erneut wieder Störungen, denn „der Gegenstand der ärztlichen Tätigkeit ist nicht die Krankheit in abstractum, sondern der kranke Mensch; es ist demnach nicht hinreichend nur die Krankheit zu kennen und zu behandeln, sondern auch der Mensch als solcher will auf seine besondere Weise behandelt werden“.⁴

Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung äußern sich vornehmlich in Störungen in der Kommunikation. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient erhält besondere Bedeutung, wenn man sich vor Augen führt, daß gerade die ungleiche Informationsverteilung für den Patienten einen entscheidenden Begrenzungsfaktor darstellt. Damit der Kranke zur geplanten Behandlung seine Zustimmung geben kann, wird der Dialog nicht nur von rechtlicher Seite eingefordert. Es wäre vorstellbar, daß in Zukunft die Ärzte mehr und mehr ihre Informationspflicht mittels Aufklärungsbögen o.ä. erfüllen. Die an manchen Orten schon gängige Praxis hat sicherlich auch ihre Vorteile. Das eigentli-

che Defizit besteht aber nicht in einer fachlich unkorrekten, oder nicht bis ins Detail gehenden Aufklärung.

Soziologische und sprachwissenschaftliche Untersuchungen zeigen, daß von der Patientenseite aus gesehen der Arzt zu wenig oder unverständlich spricht. Er verstehe es zu wenig, auf die Fragen einzugehen, die den Patienten am brennendsten interessieren. Die Schwerpunkte, die der Arzt im Gespräch festlegt, scheinen oftmals nicht patientenrelevant zu sein. Das heißt, es wird aneinander vorbeigeredet. Für den Patienten ist es zumindest vorerst wenig ausschlaggebend, wie die histologische Diagnose lautet, oder wieviel Prozent statistisch gesehen die Heilungsaussichten sind. Er will wissen, was sich in seinem Leben ändert, er erwartet vom Arzt eine „Übersetzung“ der Fachausdruck-Diagnose in seine konkreten Lebensumstände. Besondere Informationsdefizite konnten beispielsweise bei hospitalisierten Patienten beobachtet werden.⁵

Das Gespräch gehört zur Grundausrüstung medizinischen Tuns, es ist ärztliches Instrument. Dagegen darf nicht, wie sonst oft argumentiert wird, eingewendet werden, daß es an Zeit fehlt, um dieses Gespräch zu führen. Meistens ist es keine Frage von Zeit, sondern eher eine Frage der Zeiteinteilung und darüberhinaus der Bereitschaft und Fähigkeit zur richtigen Gesprächsführung.

Kommunikationspsychologischer Exkurs

In der Folge sollen nun einige Grundsätze der Kommunikationspsychologie kurz angerissen werden, um die Bedeutung der Kommunikation zur Gewinnung, Erhaltung und Stärkung des Vertrauens in der Arzt-Patient-Beziehung zu verdeutlichen. Eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema ersetzen sie freilich nicht. Grundsätzlich ist jede Art menschlicher Kommunikation mehrschichtig. Ange-

regt durch P.WAZLAWICK und BÜHLER hat F.SCHULZ VON THUN vier Aspekte ausgearbeitet, die anhand einer Aussage analysiert werden können⁷. Primär finden wir den Sachaspekt. Darüber hinaus gibt der Beziehungsaspekt Aufschluß über die Art der Einstellung zum Mitmenschen, der angesprochen wurde. Die Nachricht läßt aber auch Einblick in die Persönlichkeit des „Senders“ zu – der Selbstoffenbarungsaspekt. Nicht zuletzt hat jede Nachricht auch Appellfunktion: Wenn einer etwas von sich gibt, will er in der Regel auch etwas bewirken.

Zur Erläuterung sei ein Beispiel gebracht:⁸ Patient bei der Morgensvisite: „Ich habe immer noch starke Schmerzen“. Der Sachinhalt der Aussage ist klar und unmißverständlich: *ich habe starke Schmerzen*. Der Patient gibt einen Teil seines Inneren preis, das in etwa lauten könnte: *ich bin entmutigt, trotz Therapie noch immer keine Änderung*. Das ist der Selbstoffenbarungsaspekt. Was seine Beziehung zum Arzt angeht, so ist klar, daß er sich vom Arzt Hilfe erwartet: *Sie sind derjenige der mir helfen kann!* Der Appell der Nachricht ist nicht schwer zu erfassen: *Helfen Sie mir!*

Für den Arzt ist es wichtig, sich der Tatsache der Mehr-Dimensionalität einer Nachricht bewußt zu sein. In ein und derselben Nachricht

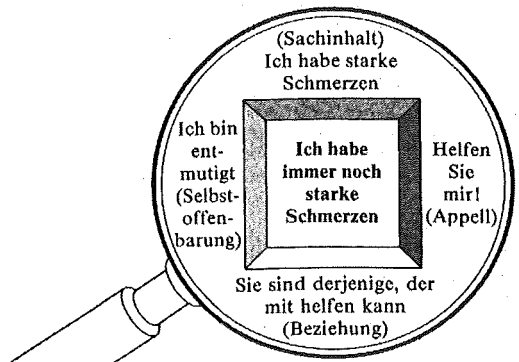


Bild 1: Kommunikationspsychologische Betrachtung (modif. nach F. SCHULZ VON THUN), in L. GEISLER, „Arzt und Patient“ (S 68)

sind gleichzeitig mehrere Botschaften verschlüsselt. Das macht den Vorgang zwischenmenschlicher Kommunikation komplizierter und auch störanfällig. Wichtig ist, daß er die Fähigkeit entwickelt, die „Anatomie“ einer Nachricht richtig zu erfassen. F. SCHULZ VON THUN spricht vom „vierohrigen Empfänger“. Gerade der Arzt sollte geschult werden, auf allen vier Ohren zu hören. Je nach Situation muß dann entschieden werden, nach welcher Seite hin zu reagieren ist. Ein häufiger Fehler liegt darin, daß der Arzt vornehmlich auf der Sachebene verbleibt, und dabei die Selbstoffenbarungsaspekte von Patientenseite vernachlässigt oder nicht zu deuten versteht. Blendet er gewohnheitsmäßig diese Aspekte aus, dann wird keine wirkliche Kommunikation zustande kommen, weil er sich ausschließlich der Behandlung der „Krankheit“ und der Symptome widmet, während der Patient das Bedürfnis hat, als Kranker (Mensch) betreut zu werden. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses wird dadurch erschwert und kaum zustande kommen können.

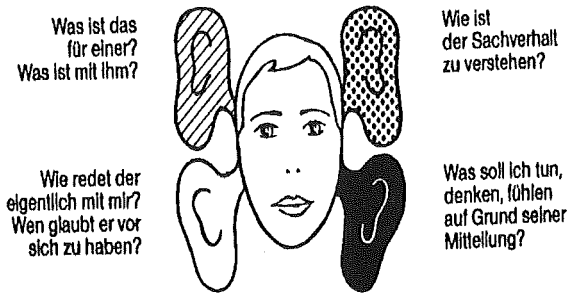


Bild 2: Der „vierohrige Empfänger“
in SCHULZ VON THUN F., „Miteinander reden 1“ (S 45)

Die non-verbale Nachrichtenanteile spielen auch eine Rolle in der Arzt-Patienten Kommunikation: Körperhaltung, Atemrhythmus, Mimik, Hautfarbe etc. dürfen dem Arzt nicht entgehen. Sie liefern wertvolle Hinweise, die in der Diagnosefindung und für das Gelingen der Therapie von Bedeutung sind. Da wir aber zunehmend in der Lage

sind, mit Hilfe der Technik exakte Daten zu erfassen, wird der klinischen Untersuchung und der Anamneseerhebung immer weniger Bedeutung beigemessen. Es zeichnet sich der Verlust einer Seite ärztlicher Kunst ab, nämlich die Diagnostik unter Bezugnahme der Daten, die der „klinische Blick“ liefert. Nicht unterschätzt werden darf die klinische Untersuchung des Patienten gerade auch im Hinblick auf die Beziehung zum Arzt. Sie beinhaltet eine starke non-verbale kommunikative Komponente: der Patient fühlt sich ernstgenommen.

Eine Grundvoraussetzung für die geglückte Kommunikation ist das „aktive Zuhören“⁹. Dieses entsteht durch eine „aufnahmebereite Zuwendung“ und verlangt vom Arzt, daß er neben dem 1) Interesse, auch 2) die Bereitschaft zum Zuhören, 3) die Fähigkeit zum Zuhören und 4) Aufmerksamkeit oder aktives Präsentsein mitbringt. Es ist wichtig, daß der Patient merkt, daß man ihm aufmerksam zuhört. Unterbrechungen von seiten des Arztes, „Nebenunterhaltungen“ mit anderen Personen, oder auch das intensive Durchlesen eines Befundes, während der Patient seine Beschwerden schildert oder Fragen zu formulieren versucht, vermögen kaum beim Kranken den Eindruck zu vermitteln, daß die Aufmerksamkeit auf ihn gerichtet ist. Die Gesprächstechnik des Spiegels kann in diesem Zusammenhang eine wertvolle Hilfe darstellen. Dabei versucht der Arzt dem Patienten gegenüber primär einmal das wiederzugeben, was er gehört und verstanden hat, bzw. glaubt verstanden zu haben. Er versucht in Worte zu fassen, was der Patient vielleicht nicht richtig auszudrücken in der Lage ist. Dabei stehen dem Arzt rein gesprächstechnisch drei Möglichkeiten offen: die wörtliche Wiederholung, das Paraphrasieren als ein Formulieren mit eigenen Worten, und das sogenannte Verbalisieren. Letzteres besagt, daß der Arzt bemüht ist, emotionale Erlebnisinhalte des Patienten in Worte zu fassen, und dadurch bewußt zu machen. Zur Erläuterung ein Bei-

spiel: Patient nach mehrfacher Chemotherapie: „Wenn das so weitergeht mache ich nicht mehr mit“. Arzt (paraphrasierend): „Sie wollen also die Behandlung abbrechen?“

Der Kranke soll durch das Gespräch mit dem Arzt zu allererst mehr Klarheit über seine eigene Erlebniswelt erlangen. Wenn er sich verstanden fühlt, ist bereits eine wichtige Voraussetzung für eine konstruktive Auseinandersetzung mit seiner Krankheit erreicht. Diese Vorgangsweise steht im Widerspruch zur häufig geübten Gesprächspraxis, in der der Arzt zu allererst mit Ratschlägen antwortet. Es wäre voreilig zu denken, daß das Spiegeln den ohnehin unter Zeitdruck stehenden Arzt noch zusätzlich belasten würde. Das beiderseitige Bewußtmachen und Verbalisieren des Patientenanliegens legt den Grundstein für die Verständlichkeit. In einfachen Mißverständnissen bis hin zum völligen Nicht-Verstehen liegt die Quelle für viele Kommunikationsstörungen, und zwar nicht bloß in der Arzt-Patientbeziehung.

In Kabarettstücken und Satiren wird gerne eine bestimmte Art des Kommunikationsstils der Ärzte, wie sie vornehmlich in Krankenhäusern vorkommt, parodiert. „Der Herzinfarkt auf Zimmer 7 braucht dringend ein Kontroll-EKG!“ Der scheinbar herzlose rauhe Umgangston, der von Seiten der betroffenen Patienten als verletzend und inhuman empfunden wird, kann auf ein interessantes psychologisches Phänomen zurückgeführt werden.¹⁰ Der professionelle Helfer muß, um seines seelischen Gleichgewichtes willen, ein rechtes Maß an Mitleid oder Anteilnahme finden, ohne in die Schicksale der anderen hineingezogen zu werden. Anderenfalls ist er nicht mehr in der Lage, wirksam zu helfen. In der Literatur wird auch im Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom vom distanzierten Engagement gesprochen. Was bei manchen Ärzten so abgestumpft und gleichgültig aussieht, erweist sich als innere Notwehr gegen das Elend, mit dem sie ständig konfrontiert sind.¹¹ Von kommunikationspsychologischer Seite wird empfohlen,

es an der nötigen inneren Abgrenzung nicht fehlen zu lassen. Paradoxerweise kann nämlich der innerlich Abgegrenzte den Notleidenden viel näher an sich heranlassen. Er hat die Voraussetzungen, eine empathische Haltung entstehen zu lassen und muß angesichts der Nöte des anderen nicht auf Abwehr schalten.

Sprachanalytische Studien über die Gesprächsverläufe zwischen Arzt und Patient zeigen mit ernüchternder Klarheit, wie mangelhaft die Technik der Gesprächsführung von den Ärzten beherrscht wird.¹² Es ist erwähnenswert, daß in einer Studie Medizinstudenten ihre eigene Unzufriedenheit mit der herrschenden kommunikativen Praxis herausstreichen. Sie sollten im Rahmen eines Praktikums mit Patienten Anamnesegespräche führen. Charakterliche Begabung oder prinzipielle Aufgeschlossenheit dem Patienten gegenüber reichen nicht aus. Der Umgangsstil mit den Patienten sollte bewußt erarbeitet und erlernt werden und soll nicht einfach dem Autodidakten überlassen bleiben.

Bei seiner Arbeit mit den Patienten bringt der Arzt auch seine Sinneswahrnehmung mit ein. Wie schon oben angedeutet, können ihm nonverbale Anteile der Kommunikation wichtige Daten liefern. Der Körper ist Ausdrucksform der Seele. Was der Mensch ist, ist er in und durch seinen Leib. Hier kann nun kein Exkurs über die Kinesik (Lehre über die Körpersprache) erfolgen, die an sich noch eine junge Wissenschaft ist, in der weite Bereiche der Forschung noch unerschlossen sind. Vorausgesetzt werden soll, daß man sich gerade auch im Umgang mit der Körpersprache vor Augen halten muß, daß körpersprachliche Aussagen grundsätzlich mehrdeutig sind und zuverlässige Interpretationen nur im Kontext einer verbalen Kommunikation möglich sind. Dennoch lohnt es sich, einige Überlegungen gerade während der Arzt-Patientengespräche präsent zu halten.

Verkrampfung und Angespanntheit sind im allgemeinen ein Hindernis für eine konstruktive Kommunikation. Aus der Art zu sitzen, der

Haltung der Arme und Beine, dem Gesichtsausdruck kann man gelegentlich förmlich ableesen, daß jemand „verkrampft“ ist. Wer gespannt ist, wird aber nur schwer aufgeschlossenen Informationen aufnehmen können¹³. Daher wird der Arzt versuchen müssen, eine geeignete Atmosphäre zu schaffen, in der eine „Entspannung“ möglich ist. Gelingt ihm das nicht, so muß er sich zumindest dessen bewußt sein, daß Ratschläge oder Erklärungen oftmals unter diesen Umständen ins Leere gehen. Der angespannte, nervöse Patient kann sie nicht erfassen. Man kann ihm einen neuen Gesprächstermin anbieten oder eine schriftliche Erklärung in die Hand drücken, falls dies ratsam erscheint, oder eine andere Form finden, um sich zu vergewissern, daß die Information auch „angekommen“ ist.

Die Hände, der Mund, die Augen sind starke Ausdrucksmedien unserer Innerlichkeit. Die Körpersprache macht einen Gutteil unserer Kommunikation aus, allerdings ist uns dies kaum bewußt. Da hier nicht ausführlicher ausgehört werden kann, sei auf die einschlägige Literatur hingewiesen, aus der der Arzt mit Sicherheit abschlußreiche Informationen erhalten wird.

Es ist nicht unbedeutend festzuhalten, daß meistens von seiten der Patienten ein Kommunikationsmangel als Beziehungsstörung und Vertrauensbeeinträchtigung empfunden wird.¹⁴ In der Apparatenmedizin ist der Arzt zunehmend weniger auf die Mitteilung des Patienten, als auf Befunde und die Informationen des Pflegepersonal angewiesen. Eine Medizin, die die Krankheit und nicht den kranken Menschen als ihren Gegenstand ansehen würde, könnte auf den Dialog mit dem Patienten verzichten oder ihn dem Pflegepersonal überlassen. Dies wird in der Praxis natürlich zu vermeiden versucht und jedenfalls nicht beabsichtigt, aber gewisse Sachzwänge in der Organisation des Gesundheitswesens verleiten allzuoft dazu, diesen notwendigen Dialog auf das für den Patienten zuträglichste Maß einzuschränken. Der Arzt, der auf der rein medizinisch-sachlichen Ebene seiner Sorg-

faltspflicht nachkommt, empfindet das nicht als gravierendes Manko. Ihm erscheint es fürs erste nicht einsichtig, daß sein Verhalten beziehungsstörend und vertrauensbeeinträchtigend sein kann, und er ist versucht, mögliche Mißverständnisse der Inkompetenz des Patienten in medizinischen Fragen zuzuschreiben und so abzutun.

Kommunikationsstörungen als Symptom

All das Gesagte darf keinesfalls nun zum Schluß verleiten, eine geglückte Arzt-Patient-Beziehung wäre die Folge der richtigen Technik und deren Effizienz läge im Beherrschen der Kommunikationspsychologie. Das ärztliche Handeln ist viel zu komplex und vielschichtig, als daß es auf Anleitung hin erlernbar wäre. All die Anweisungen und Regeln für eine Verbesserung in der Gesprächsführung müssen in den Gesamtkontext der Wertvorstellungen gestellt werden, die bei der ärztlichen Tätigkeit realisiert werden. Diese reicht ja weit über eine gelungene Kommunikation hinaus. Wie im paternalistischen Beziehungsmodell, so ist auch bei der partnerschaftlichen Begegnung des Arztes zum Patienten dessen Wohl zentraler Bezugspunkt. Diese Zielvorgabe gilt nicht nur der Medizin im allgemeinen, sondern ist vornehmlich im konkreten ärztlichen Tun präsent.

Oben wurde gesagt, daß die Störung der Beziehung sich in der Störung der Kommunikation äußert. Meistens liegen die Wurzeln tiefer. Jede Beziehung besteht aus zwei Elementen: aus der Kommunikation einerseits, die das „Leben“ der Beziehung ausmacht, und der Struktur andererseits, die das Tragende der Beziehung ist. Wie bereits dargelegt, kann die Arzt-Patient-Beziehung idealtypisch paternalistisch oder partnerschaftlich strukturiert werden.¹⁵ Man wird kaum beweisen können, daß der eine Typ besser als der andere ist. Man kann auf jeden Fall davon ausgehen, daß beide Modelle in-

nerhalb ihres eigenen kulturellen Umfeldes gut und richtig funktionieren können. Die Beziehung ist aber gestört, wenn die Kommunikation nicht richtig funktioniert, wobei die Ursache häufig in einer unterschiedlichen Strukturauffassung zu suchen ist. Dieser Fall tritt ein, wenn zwischen Patient und Arzt ungeklärte Auffassungsunterschiede der jeweiligen Rollenverteilung bestehen. Z.B. wenn der Arzt eher zu einem paternalistischen Verhalten tendiert, während sich der Patient zur Selbstbestimmung bekennt. Das Streben nach einer besseren Kommunikation allein würde in einem solchen Fall reiner Symptomtherapie gleichkommen, aber keine Heilung der Ursache bewirken können.

Eine Reduktion der Problematik auf die Kommunikation führt in letzter Konsequenz zur absurden Forderung, der Arzt solle möglichst eine Schauspielerausbildung erhalten, um befähigt zu werden, eine geordnete und harmonische Arzt-Patient-Beziehung zu inszenieren. Die Beherrschung der besten Technik nützt auch nichts, wenn es an Bereitschaft fehlt, diese Beziehung so zu gestalten, daß sie der Würde des Menschen entspricht. Diese Bereitschaft ist eine ethische Frage, die vom Menschenbild und vom Ethos des Arztes abhängt. Mit anderen Worten: zwischenmenschliche Kommunikation ist die treibende Kraft in einer Beziehung, die allerdings eine „menschenswürdige“ Struktur aufweisen muß. Die paternalistische A-P-Beziehung hat natürlich eine andere Struktur als die partnerschaftliche, und daher läuft in beiden Beziehungsmodellen die Kommunikation nach ganz anderen Gesetzen ab. Beide Strukturen können jedoch der Menschenwürde gerecht werden, obwohl sie an die Partner unterschiedliche kommunikative Anforderungen stellen. Wenn also der Arzt in einer prinzipiell partnerschaftlich strukturierten

Beziehung Kommunikationsmuster pflegt, die für das paternalistische Modell charakteristisch sind, wird es wahrscheinlich nicht lange dauern, bis die A-P-Beziehung gestört ist. Nicht durch ein Kommunikationstraining kann die Lösung herbeigeführt werden, hier muß eine Beziehungsklärung auf der Ebene der Struktur stattfinden.

Referenzen

1. SIEGRIST J., „Medizinische Soziologie“, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 5. Auflage (1995), S 244
2. WIELAND W., „Strukturtypen ärztlichen Handelns“, in SASS H.M. (Hrsg.) „Medizin und Ethik“, Reclam (1989), Stuttgart, S77f.
3. PRAT H.E., „Vertrauen versus Kontrolle in der Arzt-Patient-Beziehung“ in MAYER-MALY T., PRAT H.E. (Hrsg.), „Aufklärungspflicht und Haftung“, erscheint 1997 im Springer-Verlag Wien
4. SCHIPPERGES H., „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, Verlag Josef Knecht, Frankfurt a. M. (1988) S 13, Zitat von G.F.C. GREINER (1809)
5. SIEGRIST J., „Medizinische Soziologie“, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 5. Auflage (1995), S249
6. GEISLER L., „Arzt und Patient- Begegnung im Gespräch“ Pharma Verlag Frankfurt, 3. Auflage, (1992), S46ff
7. SCHULZ VON THUN F., „Miteinander reden“, Rowohlt (1981), S25ff
8. GEISLER L., „Arzt und Patient- Begegnung im Gespräch“ Pharma Verlag Frankfurt, 3. Auflage, (1992), S65ff
9. wie 6, S65ff
10. SCHULZ VON THUN F., „Miteinander reden 2“, Rowohlt (1989), S91
11. wie 10, S89ff
12. z.B. LALOUSCHEK J., „I bin wegen einer Colitis ulcerosa hier. Oder Wie Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en miteinander sprechen lernen“. In Wiener Linguistische Gazette 47/1993. Ander Studien siehe SIEGRIST J., S251
13. MOLCHO S., „Körpersprache“, Goldmann Verlag, 1996, S46ff
14. COUSINS, N.: „How Patients Appraise Physicians“, NEJM 28 (1985), 1422-1424
15. WOLFF, H.P.: „Arzt und Patient“ in SASS H.M. (Hrsg.), „Medizin und Ethik“, Reclam Stuttgart (1989), S205ff