

# Arzt-Patient-Kommunikation: Ein großes Missverständnis? Teil 2

Im ersten Teil dieses Beitrags, der in der QUALITAS-Ausgabe 01/12 erschienen ist, wurde der Begriff „Kommunikation“ zu recht gerückt. Der zweite Teil widmet sich nun der Interaktion zwischen Arzt und Patient.

Florian Menz, Heinz K. Stahl

**F**ür eine gelingende Arzt-Patient-Beziehung ist es unbedingt notwendig, das von den Patienten bevorzugte Beziehungsmodell zu berücksichtigen: Wollen sie in die Entscheidungen so weit wie möglich einbezogen werden oder diese eher an den Arzt delegieren? Die klassische paternalistische Beziehung mit ihrem Primat der „Compliance“ wird von immer weniger Patienten bevorzugt. Im Zuge der nunmehr seit mindestens vier Jahrzehnten ungebrochen waltenden Wertedynamik haben Werte wie Gehorsam, Unterordnung oder Pflichterfüllung an Bedeutung verloren und sind zum Teil durch Selbstentfaltungswerte wie Spontaneität, Ungebundenheit oder Spaß ersetzt worden. Menschen „mischen“ sich heute zunehmend ihren eigenen „Wertecocktail“, dessen Rezept sie keinesfalls bis an ihr Lebensende beibehalten.

Dieser Pluralismus der Werteprofile berührt auch die Arzt-Patient-Beziehung. Als Beispiel sei hier die sogenannte „Generation Y“ genannt (Der Begriff „Generation“ ist hier zwar falsch am Platz, aber aus dem Sprachgebrauch nicht mehr zu tilgen). Nach 1980 geboren, inzwischen mitten im Leben stehend und die vorübergehend kulturprägende „Generation X“ ablösend, selbstbewusst und wählerisch auftretend,



werden sich diese „Digital Natives“ mit dem klassischen Beziehungsmodell wohl nicht abspeisen lassen.

In allen Modellen spielt das Gespräch notgedrungen die zentrale Rolle. Es gehört schon von Haus aus zu den beruflichen Haupttätigkeiten von Ärzten. Nicht zuletzt aufgrund des zunehmenden Konkurrenzdrucks alternativer medizinischer Angebote wie Homöopathie, TCM und anderen, die einen Schwerpunkt auf ärztliche Kommunikation legen, wird auch in der so-

nannten Schulmedizin mehr Augenmerk auf die Arzt-Patient-Beziehung gelenkt. Was aber macht eine gute Gesprächsführung aus?

## Gelingende Gespräche – ein Zufall?

Manches spricht dafür, dass gelingende Gespräche stark vom Zufall abhängig sind. Gespräche bauen auf wechselsei-

tigen Erwartungen darüber auf, wie das Gegenüber antworten oder handeln wird.

Erwartungen sind jedoch nicht vollständig vorhersagbar, sie können auch enttäuscht werden oder unerfüllt bleiben. Deshalb wohnt jedem Gespräch, auch dem ärztlichen, ein bestimmter Grad an Ungewissheit inne, weshalb Gespräche auch scheitern können. Hinzu kommt, dass wir über die Erwartungen des anderen ebenfalls Vermutungen anstellen, der andere dies genau so tut und so fort. Angesichts dieses zirkulären Charakters ist das Misslingen von Interaktion keineswegs erstaunlich. Im Gegenteil, deren Gelingen ist eher als Ausnahme und daher als erklärungsbedürftig zu betrachten. Gottlob gibt es Faktoren, die das Gelingen von Gesprächen zwar nicht garantieren, es aber wahrscheinlicher machen können. Solche Praktiken sind mittlerweile gut erforscht. Die *Makrofaktoren* beziehen sich auf generische Einflüsse wie Kultur, Geschlecht und Alter, die *Mikrofaktoren* auf die Ebene des Gesprächs selbst.

## Makrofaktoren gelingender Gespräche

Wesentlich für die Kommunikation sind natürlich gemeinsame *Sprachkenntnisse*. Das ist bei Patienten mit Migrationshintergrund nicht immer der Fall. Deswegen gestalten sich solche Gespräche häufig besonders schwierig. Aber auch die Hinzuziehung von Dolmetschern löst das Problem nicht, da neuere Studien (Spranz-Fogasy 2005) ergaben, dass auch gedolmetschte Dialoge erst gelernt werden müssen. Dolmetscher, vor allem wenn sie aus dem Umfeld der Patienten stammen, neigen oft dazu, sehr frei oder nicht unabhängig von eigenen Interessen zu übersetzen. Das erhöht die Gefahr von Missverständnissen und Urteilsverzerrungen.

Auch das *Geschlecht* („Gender“) beeinflusst das Ergebnis von Kommunikation. In einer Untersuchung konnten wir nach-



weisen, dass die Art und Weise, wie über Brustschmerzen gesprochen wird, sehr stark vom Geschlecht der Patienten abhängt und diese auch die Diagnose beeinflusst. So stufen etwa Frauen bei ein und demselben Krankheitsbild (z.B. koronare Herzkrankheit) ihre Schmerzen herab und tendieren zur Bagatellisierung, während Männer sie hochstufen und mehr zur Dramatisierung neigen. Außerdem schildern Frauen ihre Schmerzen eher diffus, weil kontextorientiert, das heißt, sie richten ihre Erzählungen mehr am Alltag und ihrem persönlichen Erleben aus. Männer berichten hingegen viel stärker symptomorientiert.

Dies ist schon deshalb relevant, weil die Art und Weise, wie Männer ihre *Schmerzen* darstellen, viel stärker den Erwartungen der Ärzte entspricht und sie damit tendenziell eine angemessenere medizinische Behandlung erhalten. Auf der anderen Seite beschreiben Frauen ihre Schmerzen (besonders gut zu beobachten bei Kopfschmerzen) differen-

zierter als Männer. Sie verwenden mehr Adjektive und Metaphern und verlassen sich nicht nur auf formelhafte Ausdrücke wie „es tut weh“ und Ähnliches. Es gilt also für Ärzte, Frauen bei der Beschreibung von Schmerzen in besonderer Weise kommunikativ zu unterstützen. Hier kommen bestimmte „Techniken“, oder besser Mikrofaktoren ins Spiel.

Auch bei *Unterbrechungen* lassen sich gendertypische Unterschiede nachweisen. Während bei negativen Unterbrechungen keine Unterschiede festzustellen sind, produzieren Frauen – Patientinnen ebenso wie Ärztinnen – signifikant mehr unterstützende Unterbrechungen, indem sie z.B. Äußerungen des Gegenübers vollenden oder Teile der Äußerungen gemeinsam aussprechen. Sie signalisieren damit Aufmerksamkeit. Diese Bemühungen können auch als Versuche interpretiert werden, eine gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion zu schaffen, was den anfänglichen Nachteil einer eher diffusen Symptombeschreibung mehr als ausgleichen würde.





Nicht nur Frauen und Migranten, sondern auch andere gesellschaftliche Gruppen wie *ältere* Patienten und Personen mit geringerem *Bildungsgrad* werden in der Interaktion systematisch benachteiligt. Die Gespräche verlaufen kürzer und diese Gruppen erhalten weniger Antworten auf Fragen sowie weniger Erklärungen zu Diagnosen, therapeutischen Optionen etc. So kann man, etwas pointiert formuliert, den Schluss ziehen, dass Männer mittleren Alters und mit höherer Bildung – also genau jene Gruppe, der auch die meisten Mediziner zugehören – die größte Aufmerksamkeit im Gespräch erhalten.

## Mikrofaktoren gelingender Gespräche

Auf der Ebene der direkten Gesprächsführung hat die Art der *Eröffnungsfrage* einen entscheidenden Einfluss auf den Gesprächsverlauf, weil sie dem Patienten mehr oder weniger viel Platz für seine

Schilderungen einräumt. Dabei geht es nicht um „richtige“ oder „falsche“ Fragen, sondern lediglich darum, sich bewusst zu sein, welche Reaktionen zu erwarten sind und ob man diese auch wünscht. So kann etwa die Frage „Na wie geht es uns denn heute?“ in einem Fall durchaus sinnvoll sein, in einem anderen jedoch geradezu als Einladung zu vagen Symptomumschreibungen interpretiert werden, die das Gespräch schon von Beginn an in Mehrdeutigkeiten steuert. Es empfiehlt sich, hier immer wieder Alternativen auszuprobieren. Viele Ärzte wenden inzwischen das *skalierende Fragen* an. Der Aussage der Patientin „Mir geht es schlecht“ würde dann z.B. die Frage des Arztes folgen: „Wie würden Sie sich denn auf einer Skala von 1 bis 10, mit 10 als maximale Belastung, einordnen?“

Mindestens so wichtig wie die Eröffnungsfrage ist es, die Patienten über den *formalen Ablauf* des Gesprächs zu informieren, also was in etwa geschehen wird, wie lange die Prozedur dauern wird, welche Schritte vorgesehen sind und so fort. Transparenz und Klarheit helfen hier den Patienten, sich in Ort und Zeit zu *orientieren*, reduzieren Unsicherheit und ermöglichen dadurch die Konzentration auf die eigentlichen Gesprächsinhalte und eine stärkere Partizipation.

Bereits deutlicher im Bewusstsein der Ärzte verankert ist die Notwendigkeit des *aktiven Zuhörens*. Denn Ärzte unterbrechen das Gespräch oder übergehen Initiativen und Erzählversuche von Patienten, häufig noch bevor der relevante Inhalt ersichtlich ist. Patienten unterbrechen hingegen weniger häufig, was an der wahrgenommenen Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung liegt. Eine rezente Studie hat nachgewiesen, dass solche Unterbrechungen keineswegs der Zeitökonomie dienen. Im Gegenteil, sie kosten Zeit, weil durch die Fragmentierung des Gesprächs mehr Nachfragen nötig sind. *Nachfragen* sind natürlich unverzichtbar, um das wechselseitige Verständnis zu sichern („Habe ich das richtig

verstanden, wenn Sie sagen ...?“). Auch dosiertes *Wiederholen* („Wie gesagt, wir sollten doch ...“) und das *Paraphrasieren* dessen, was der Patient gesagt hat, um ihm Aufmerksamkeit zu signalisieren („Sie meinen also, dass ...?“) unterstützen den Gesprächsverlauf.

Besonders wichtig ist es, auf sogenannte *Relevanzmarkierungen* zu achten, mit denen Patienten auf möglicherweise heikle Themen hinweisen, ohne sie direkt zu benennen. Dies kann durch eine Veränderung der Lautstärke geschehen (z.B. lauter oder leiser werdend), durch die Verwendung von bestimmten Partikeln (z.B. „eigentlich“), durch eine verstärkte Mimik oder Gestik, aber auch durch „Fehler“ bei Formulierungen wie etwa Satzabbrüche oder viele „ähs“ und „ähms“. Wie (lebens-)wichtig Relevanzmarkierungen sein können, zeigt folgendes Beispiel.

Ein Patient äußert im Laufe einer Anamnese folgenden Satz: „Ich mach derzeit a Diät, ned?“ Der Patient spricht leise, beinahe verhalten. Die Wortwahl „derzeit“ und die Zustimmung heischende Partikel „ned?“ (nicht wahr?) signalisieren die hohe Bedeutung für den Patienten, die vage Formulierung „a Diät“ stuft sie gleichzeitig herab. Die Äußerung des Patienten ist also *ambig*, möglicherweise weil er dem Arzt selbst die Einschätzung der Wichtigkeit überlassen will (obwohl sie für ihn selbst offensichtlich wichtig ist). Der Arzt antwortet nicht, sondern blättert in seinen Unterlagen, zeigt also die Bedeutungslosigkeit der Auskunft. Als wenig später die Krankenschwester ins Zimmer kommt und nach Diätvorschriften fragt, antwortet ihr der Patient, sehr zur Überraschung des Arztes, dass er „Zucker“ habe. Der Arzt hätte also eine möglicherweise lebensbedrohliche Situation geschaffen, weil er die Relevanzmarkierungen nicht erkannt hat.

Bisweilen kann auch eine empathische Gesprächsführung („Was Sie sagen, berührt mich sehr ...“) zum Gelingen des Gespräches beitragen. Das *Kölner Manual*

zur ärztlichen Gesprächsführung (Köhle 2005) unterstreicht die Notwendigkeit, Emotionen im Gespräch zuzulassen. Es benennt vier Schritte, um die emotionale Öffnung zu fördern, nämlich:

- Ansprechen („Nehme ich richtig wahr, dass ...?“)
- Benennen („Das macht Sie dann traurig ...“)
- Klären („Wie fühlen Sie sich dann ...?“)
- Interpretieren („Ihre Angst kommt offenbar von ...“).

Neben der Beschwerdeexploration ist es auch sinnvoll, auf die *subjektiven Krankheitstheorien* der Patienten einzugehen. Patienten haben heute über Zeitschriften, Fernsehen und das Internet ebenso wie über Freunde und Experten Zugang zu allgemeinem medizinischen Wissen und Erfahrungen. Als Derivate entstehen dann unbewusste Denkmuster, die als subjektive Theorien das Handeln der Patienten maßgeblich beeinflussen. Ihre Wurzel liegt im Bedürfnis der Patienten, einen ursächlichen Zusammenhang ihres Befindens zu definieren, psychische Entlastung zu erfahren und bestimmte Abwehrmechanismen zu unterstützen. Dabei werden die Ursachen der Krankheit entweder bei sich selbst (*internale* Zuschreibung) oder in der Umwelt (*externale* Zuschreibung) gesucht. Diese Unterscheidung hat Folgen für die Einschätzung der Kontrollierbarkeit und damit Vermeidbarkeit einer Krankheit. Daher ist es wichtig, im Arzt-Patient-Gespräch an solchen subjektiven Theorien anzuschließen und sie gegebenenfalls zu korrigieren.

Viele subjektive Krankheitstheorien sind auf *kognitive Dissonanzen* zurückzuführen. Miteinander unvereinbare Gedanken, Überzeugungen und Empfehlungen („Mein Arzt sagt, ich soll dreimal täglich dieses Pulver schlucken, aber das vergiftet mich ja bloß“) führen zu Spannungen, die unter anderem mit selbst gebastelten „Wahrheiten“ reduziert werden können. Aufklärung und Warnungen stoßen dann meist auf taube Ohren. Solche Dissonanzen

wirksam aufzudecken, gehört gleichsam zur Hohen Schule der Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient.

Schließlich gilt es, die Anschlussfähigkeit des Gesprächs zu erhalten und damit das Weiterbestehen der Beziehung sicherzustellen. Wichtige sprachliche Mittel dazu sind:

- kurze Zusammenfassungen der Gespräche (warum ist der Patient gekommen, welche Diagnose wurde gestellt, welche Therapie vereinbart)
- Raum für die Klärung offener Fragen anbieten („Gibt es noch etwas, das ich für Sie tun kann?“)
- einen Folgetermin vereinbaren.

Nicht jedes Gespräch kann und wird immer gleich gut gelingen, aber durch den Erhalt der Anschlussfähigkeit ist zumindest die Fortsetzung der Interaktion gesichert.

## Die Haltung der Achtsamkeit

Wäre (ärztliche) Gesprächsführung allein eine Technik, bräuchte man sich um sie keine Sorgen zu machen, denn Techniken sind lehr- und lernbar. Sie bilden jedoch nur eine Voraussetzung für gelingende Kommunikation. Ausschlaggebend für ein Gelingen ist jene Grundhaltung in der Kommunikation, durch die diese Techniken erst zur Geltung kommen können, nämlich die der *Achtsamkeit*. Diese ist noch voraussetzungsreicher als Aufmerksamkeit, weil wir im achtsamen Zustand imstande sind, den „Autopiloten“ in uns auszuschalten und auf Stereotypen und Vorurteile weitgehend zu verzichten.

Achtsamkeit einfach durch Techniken zu ersetzen, wäre ein Fehler, der nicht lange unentdeckt bliebe. Denn wir Menschen sind mit einem sehr feinen Sensorium für „gespieltes“ Interesse ausgestattet. Achtsamkeit ist letztlich ein bescheidener

Preis, der für das hohe Gut einer gelungenen Interaktion zwischen Arzt und Patient zu entrichten ist. ■

### 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 Beschwerdenerklärung. In: Neises, M.; Ditz, S.; Spranz-Fogasy, Th. (Hrsg): *Patientenorientiert reden – Beiträge zur psychosomatischen Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart, S. 17–47.

### AO. UNIV.-PROF. DR. FLORIAN MENZ



Institut für Sprachwissenschaft,  
Universität Wien  
[florian.menz@univie.ac.at](mailto:florian.menz@univie.ac.at)

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



Interdisziplinäre Abteilung für Verhaltenswissenschaftlich Orientiertes Management,  
Wirtschaftsuniversität Wien  
[hks-research@utanet.at](mailto:hks-research@utanet.at)