

## Review Article



European Journal for Semiotic Studies  
Revue Européenne d'Études Sémiotiques  
Europäische Zeitschrift für Semiotische  
Studien Vol. 6 (3,4) 1994

**Maria Teresa SANTORO**

### **Petra Löning, Jochen Rehbein (Hg.). *Arzt-Patient-Kommunikation\****

Dieser Band stellt insgesamt 17 Beiträge unter verschiedenen Aspekten zum Rahmenthema „Die Beziehung zwischen Arzt und Patient in der Gesprächsführung“ zusammen.

Die Autoren untersuchen den als schwierig angesehenen Arzt-Patient-Dialog, um Perspektiven für einen produktiven Verlauf des Gesprächs zu entwickeln.

Nach Meinung der Autoren hat die Technisierung und die Beschleunigung der Informationsprozesse (z.B. durch den Einsatz diagnostischer Geräte) dazu geführt, daß die Beziehung zwischen Arzt und Patient in den Hintergrund rückte. Dieses eher unpersönliche und oberflächliche Verhältnis wird zusätzlich untermauert durch die Behandlung von immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit. Auch aus Kostengründen sinkt damit die Qualität des Gesprächs in der Sprechstunde, obwohl der Gesprächsbedarf auf Patientenseite gewachsen ist. Über diese ein aufmerksames Gespräch behindernden Aspekte hinaus ist das Gespräch selbst komplexer geworden. Zwei wichtige Ursachen dafür sind unter anderem, daß es heute vielfältige diagnostische und therapeutische Verfahren gibt, die mehr Zeit mit dem Patienten erfordern, und darüber hinaus die Erwartung der Patienten kritischer geworden ist.

\* Berlin–New York: Walter de Gruyter 1993, 423 S.

Die Absicht dieses Bandes ist es, zu beweisen, daß der Arzt-Patienten-Dialog aus vielfältigen Gründen mangelhaft ist, wie z.B. wegen der Kommunikationsunfähigkeit des Arztes, wegen der rasanten technologischen Entwicklung und wegen der Komplexität dieses Gesprächs, da es von verschiedenen psychischen und personellen Aspekten der Patienten, von der Komplexität der Krankheit und von der Kapazität der Ärzte abhängt.

Der Wert dieses Bandes liegt in der starken Kritik an Ärzten und anderen in der medizinischen Versorgung tätigen Personen, die nicht auf ein produktives Gespräch achten, entweder weil sie nicht können oder weil sie nicht interessiert sind. Andererseits diskutieren die Herausgeber die zunehmenden Untersuchungen über diese Art von Kommunikation, die die notwendige Verbesserung des Gesprächszustands zum Ziel haben. Sie sprechen über die Entwicklung bestimmter sprachlicher Methoden, die der Arzt verwenden kann. Der Band stellt verschiedene sprachliche Probleme zwischen Arzt und Patient fest und schlägt alternative Möglichkeiten für die Arbeit des Arztes vor. Es ist aber auch wichtig, die bereits benutzbaren Lösungsstrategien hervorzuheben, was von den Autoren leider zu wenig verfolgt wird. Wir versuchen hier, alle beide Perspektiven des Bandes darzustellen.

Aus den verschiedenen Themen dieses Bandes treten drei Beiträge hervor, die die Ärzteschaft und das Krankenhaus als Institution kritisieren. Sie diskutieren das Interesse und die Ziele dieser Institutionen, die manchmal wichtige Interessen der Patienten verletzen.

Der Beitrag von Florian Menz, „Medizinische Ausbildung im Krankenhaus am Beispiel der Lehramnese: Die institutionalisierte Verhinderung von Kommunikation“, stellt eine ethische Analyse der Rolle dar, die das Krankenhaus spielt, wenn die bürokratischen Faktoren eine menschliche Beziehung zwischen Arzt und Patient verhindern. Die Kritik dehnt sich bis auf die Ärzteschaft aus, wie der Autor über die Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus bemerkt: „Die Kommunikation läuft in erster Linie zwischen Famulant und Arzt ab und nicht mit dem Patienten, sondern über ihn“. Die

These von F. Menz ist, daß die Ausbildung des Arztes im Krankenhaus vor dem Patienten verheimlicht und verschleiert wird. Sie läßt die unkritischen Patienten allein.

Ebenso kritisiert der Beitrag von Heidrun Kaupen-Haas in Zusammenarbeit mit Maria Mischo-Kelling und Gabriele Reiter, „Arzt-Patient-Kommunikation ‚Revisited‘ – Am Beispiel internistischer Stationsvisiten“, die heutige Tendenz im Krankenhaus, die Anamneseerhebung im Check-up-Verfahren durchzusetzen, d.h. die Mitteilung wesentlicher Informationen und die Motivierung der Ärzte zur Mitarbeit werden regelmäßig unterlassen. Die Autoren berücksichtigen die Rolle, die die Krankenpflege spielt, und schreiben ihr eine größere Bedeutung zu als der Berufsausübung der Ärzte. Die Beziehungsarbeit, die das subjektive Wohlbefinden der Kranken ermöglicht, wird an die Krankenpflege delegiert. Als Ergebnis wird die Arzt-Visite nur als ein Nebenschauplatz empfunden.

Schließlich der Beitrag von Wolfgang Sohn, der in „Das Hausbesuchsprogramm – Kommunikation mit allen Sinnen in der Umgebung des Patienten“ seine kritische Erfahrung als Medizinstudent beschrieben hat.

Der Schwerpunkt der Argumentation dieser drei Aufsätze liegt darin zu zeigen, daß das ärztliche Fachgespräch einer Strategie der Verschleierung folgt, um die Ärzteschaft und die Krankenhausinstitutionen zu stärken. Dabei zeigen die Autoren die Unangemessenheit dieser Art von Kommunikation, die die Patienten mit ihren Zweifeln und Ängsten allein läßt. Trotz der für den Leser wertvollen Ausführungen wird allerdings nicht explizit thematisiert, wie die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus verbessert werden kann.

Ein anderer wichtiger Aspekt, der die Beziehung zwischen Arzt und Patient erschwert, betrifft die Fälle, in denen der Arzt den Patienten nicht verstehen kann, weil der Patient nicht sprechen kann (physische oder kommunikative Inkompetenz) oder weil der Patient (durch psychologische Probleme) eine artifizielle Erkrankung provoziert.

In bezug auf den ersten Fall beschäftigt sich Monika Begemann-Deppe in „Bild Darstellungen als Dialogbrücken in der Arzt-Patient-Beziehung“ mit der Beschreibung und der Analyse von Zeichnungen einer Schizophrenie-Patientin im Jugendalter. Die minutiöse Analyse stellt bestimmte Punkte der Selbstdarstellung der Patientin heraus. Eine Analyse von Zeichnungen in Verbindung mit dem Verlauf der Krankheit zeigt, wie prägnant sich die Symptome ihrer Krankheit in den Zeichnungen widerspiegeln. Es handelt sich um eine Patientin, die zu einer Verbalisierung ihrer Probleme unfähig ist. Folglich wären die Zeichnungen für den Arzt die einzige Möglichkeit, mehr über die Krankheit zu erfahren, sie zu bewerten und daraufhin vielleicht der Patientin helfen zu können.

In bezug auf den zweiten Fall behandeln Heiko Hausendorf, Jutta Nordmeyer und Uta Quasthoff mit dem Aufsatz „Zur Beziehungsstruktur zwischen Artefaktpatient und Arzt – Ein diskursanalytischer Beitrag“ eine besondere Erkrankung, bei der ein Patient durch Manipulation und Selbstschädigung eine Organkrankheit bewirkt. Sowohl die Sprache dieses physisch-psychisch Kranken als auch seine artifizielle Krankheit sind schwer zu analysieren bzw. zu diagnostizieren. Der Artefakt-Patient spielt nach Auffassung der Autoren zwei verschiedene Rollen: den aktiv Erduldenden und den passiv Mächtigen. Durch dieses bidimensionale Verhalten wird der Arzt überfordert. Der Beitrag verdeutlicht die psychischen Probleme, die den Patienten in diese Handlungsmuster treiben, und welche Stellung der Arzt einnimmt, wenn er diesen Artefakt-Patienten behandelt.

Die beiden Aufsätze sind Versuche, die Selbstdarstellungen und Handlungen der Patienten zu verstehen. Aufgrund der Rekonstruktion und Analyse der physischen und psychischen Probleme von Kranken kommen die Autoren zu der Ansicht, daß die Unterstützung des Arztes nur in dem Maße, wie er in einen spezifischen Dialog mit dem Patienten eintritt, erfolgreich sein kann. Die Autoren fordern eine qualifiziertere Dialogkompetenz des Arztes, geben aber keine Hinweise zur Entwicklung dieser Kompetenz. Die Formulierung des Problems al-

lein ist nicht ausreichend für den Fortschritt der ärztlichen Behandlung und für die Entwicklung des Patienten im Verlauf der Krankheit.

Ein anderer Faktor, der die Beziehung zwischen Arzt und Patient verwirrt, ist das Nicht-Bemühen des Arztes um den Patienten, d.h. das oberflächliche Verhalten des Arztes. Darüber handeln drei wichtige Aufsätze, die das beschränkte Gespräch analysieren. Was sie herausarbeiten, ist eine ärztliche Unfähigkeit, zuzuhören und/oder sprechen zu lassen.

Der Beitrag von Thomas Bliesener, „Beratung als ärztliche Aufgabe – Irrwege und Auswege – Mit einem Beispiel aus der ärztlichen Aidsberatung“ analysiert eine Telefonberatung mit einer Anruferin, die sich mit Aids infiziert glaubt. Bliesener arbeitet heraus, daß die Beraterin auf die Handlungslogik und Hilfsbedürftigkeit der Klientin unvorbereitet und inkompetent reagiert. Als Grund dafür gibt der Autor an, daß die Beraterin für eine Auseinandersetzung mit nicht-rationalen Problemen der Klienten nicht ausgebildet ist. Das sprachliche Material der Patienten wurde nicht ausreichend genutzt und die Unterstützungsmöglichkeiten blieben ineffizient. Als Lösung dieser Art von Beratung schlägt der Autor eine „teilnehmer-zentrierte“ Reflexion über die Verhaltensweise des Patienten vor. Ein persönlicher Lernprozeß des Arztes-Beraters wird empfohlen und eine Bibliographie für die Untersuchung zitiert.

Der Beitrag von Petra Löning, „Psychische Betreuung als kommunikatives Problem: Elizitierte Schilderung des Befindens und ärztliches Zuhören in der onkologischen Facharztpraxis“, untersucht das Problem der psychischen Betreuung einer Krebspatientin. In der ärztlichen Gesprächsführung besteht nach Löning das „Dilemma des Arztes in einem Gespräch mit einer Krebspatientin im Stadium der Progredienz [...] darin, daß er aus seinem medizinischen Handlungsbereich keine Möglichkeiten zur Heilung der Krankheit mehr anbieten kann, trotzdem aber der Patientin Zuversicht und Hoffnung vermitteln möchte“. Durch die Analyse eines Gesprächs mit einer Mamma-Carcinom-Patientin wird deutlich, daß die Psyche des Patienten mitberücksichtigt

werden muß und wie wichtig es als grundlegendes Vorgehen des Arztes ist, dem Patienten zuzuhören und ihn zu Wort kommen zu lassen, um ihn auf diese Weise auch von psychischen Problemen zu entlasten. In dieser Hinsicht weist die ausführliche Analyse darauf hin, daß die Gesprächsintensivierung mit Krebspatienten die Entwicklung einer Therapie ermöglicht, sodaß die Verbalisierung des Patienten bzw. die Einstellung zu seiner Krankheit mit der professionellen Einordnung des Arztes verbunden werden können.

Eine Analyse der Unklarheit im Gespräch wird im Aufsatz „Patientensignale – Arztreaktionen. Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinarztpraxen“ von Ottomar Bahrs und Joachim Szecsenyi präsentiert. Die Autoren zeigen die Ergebnisse einer Diskussion in einem Videoseminar, in dem der Dialog zwischen einem Hausarzt und seiner Patientin kritisiert wurde. Die Diskussion der Spezialisten stellt typische Probleme dieser Arzt-Patienten-Beziehung vor, z.B. die alleinige Sorge für die physischen Probleme der Patientin und folglich die beschränkte Wahrnehmung ihrer anderen subjektiven Probleme. Ebenso verhilft die Analyse einzelner Dialogpassagen und Zeichen (z.B. das Thema Wetter als Einführung des Gesprächs oder die Diskussion über das Lachen der Patientin) dazu, Gesprächsfehler zu erkennen. Als Ergebnis wird klar, daß die Gruppendiskussion eine kooperative Hilfe für den Arzt sein kann.

Die Autoren weisen darauf hin, daß der Arzt mehr als nur rationale Kompetenz haben und sich für das Verständnis der Patienten auf ihre sprachlichen Äußerungen konzentrieren sollte. Sie fordern mehr Sensibilität und Aufmerksamkeit des Arztes, aber sie gehen nicht weiter. So fehlen z.B. Anregungen, wie der Arzt das sprachliche Material gewinnbringend verwenden kann.

Andere Beiträge versuchen, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu verstehen, und schlagen verschiedene Methodenanalysen des Gesprächs vor, mit denen der Arzt besser arbeiten könne. Der Kern dieser Methodenanalysen ist, die Fachkompetenz des Arztes mit intensiverer Wahrnehmungsfähigkeit zu verbinden. Sie geht über die

Betrachtung physischer Aspekte hinaus und bezieht die gesamte Person und Persönlichkeit des Patienten mit ein. Von den Autoren werden Verfahren herausgearbeitet, die das Verständnis des Kranken und seiner Krankheit erleichtern. In diesem Sinn führen die Autoren verschiedene psychosomatische, soziale und kulturelle Faktoren vor, um eine bessere Interaktion zwischen Arzt und Patient konkretisieren zu können.

Ein Beispiel, das das Laienwissen des Patienten untersucht, ist der Aufsatz von Jennifer Hartog, „Laienvorstellung im genetischen Beratungsgespräch“. Die Autorin kritisiert die Berater/innen, die nicht auf das Wissen der Patienten Bezug nehmen. Die Autorin diskutiert den Wert von Laieninformationen und empfiehlt den Spezialisten, an dem Wissen der Patienten teilzunehmen. Die gesammelten Erkenntnisse der Patienten und ihre kulturellen Erfahrungen können dann in die Beratung einbezogen werden. Die Analyse untersucht die Unterbrechungen, die Bruchstücke und den Laiencharakter des Gesprächs und die Rolle, die der Arzt spielt, wenn er das Wissen des Patienten nicht ignoriert, sondern aufmerksam in den Dialog integriert.

Ein Beitrag, der den institutionalisierten Dialog zwischen Arzt und Patient kritisiert, ist „Irgendwie hat man ja doch bißl Angst. Zur Bewältigung von Emotion im psychosozialen Gespräch“ von Johanna Lalouschek. Sie stellt die Analyse eines Anamnesegesprächs vor, in der festgestellt wird, daß eine Medizinstudentin umfangreiches psychologisches und psychosomatisches Material, das eine gynäkologische Patientin im Dialog liefert, nicht aufgreift. Lalouschek argumentiert für die psychosoziale Kompetenz im ärztlichen Gespräch, insbesondere wenn das Gespräch im Krankenhaus stattfindet; so haben „nicht-angemessene Beschwerden und die individuelle, erlebensmäßig-emotionale Dimension von Leiden [...] institutionell kein Korrelat und werden aus dem Frage-Antwort-Diskurs systematisch als dysfunktional ausgeblendet“. Die Analyse hebt das Fehlen einer psychosozialen Anamnese hervor und die Notwendigkeit, daß der Patient sein Gefühl, seine Angst darstellt. Als Ergebnis schlägt die Autorin eine Wahrnehmungsanamnese in einer zweiten Gesprächsphase vor.

Eine ebenso kritische Wahrnehmung seitens der Ärzte wird in dem Aufsatz „Schau' mich gefälligst an dabei! Arzt-Patient-Kommunikation: Doppelperspektivische Betrachtung und subjektive Meta-Invarianten“ von Rainer Obliers, Dirk Thomas Waldschmidt, Hella Poll, Christian Albus und Karl Köhle gefordert. Thema der Diskussion ist, daß neben dem registrierbaren und verbalisierbaren Geschehen ein nicht direkt beobachtbares, intra-psychisches Geschehen abläuft. Es handelt sich um die Betrachtung aus einer doppelten Perspektive: der „Außenwelt“ und der „Innenwelt“ des Patienten und des Arztes. Beide Zeichenarten werden im Gesprächsablauf relevant für die Untersuchung, wenn die „Innenwelt“ anhand der „Außenwelt“ der Kommunikationsmitglieder rekonstruiert werden kann. Wenn die Wahrnehmung und die Entdeckung anderer möglicher Zeichen hinter den verbalen Zeichen für den Patienten und für den Arzt klar werden, können sie besser kommunizieren. Der Vorschlag der Autoren ist die Verwendung einer Methode, der sogenannten Heidelberger-Struktur-Legetechnik, die „auf der Basis sprachlicher Selbstauskünfte einer Person ihre subjektiven Bedeutungssysteme und konzeptuellen Welten (subjektive Theorie) zu einem spezifischen Thema zu rekonstruieren und zu veräußern“ versucht.

Die Bedeutung der Auswirkungen der ärztlichen Informationen auf den Patienten ist das Thema der Analyse „Information und Beratung von Krebspatienten – Voraussetzungen und Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten im Gespräch mit dem Arzt“ von Helga Wimmer. „Jede schwere Erkrankung“, so die Autorin, „bedeutet eine Bedrohung der physischen, psychischen und sozialen Identität des Patienten“. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sie sich mit einer Art des Gesprächs zwischen Ärzten und Lungenkrebspatienten und mit der Wechselbeziehung zwischen physischen und psychischen Umständen des Patienten auf den Heilungsverlauf einer Operation. Ihr Text behandelt den Einfluß des Gesprächs auf die Krankheit und vergleicht Reaktionsprozesse von Patienten auf die ärztliche Diagnose ihrer Lungenkrebskrankheit. Laut Analyse bewältigt ein Patient seine Krankheit ohne Komplikationen, wenn er genügend informiert wird, wenn er an

ein „Wieder-gesund-Werden“ glaubt, kurzum: Wenn er zuverlässige Informationen im Gespräch mit dem Arzt bekommt. Wenn aber der Patient nicht aufgeklärt wird oder er nicht vom Ergebnis der Operation überzeugt ist, hat er Zweifel und Angst. Das bedeutet, daß seine postoperative Phase meist lange dauern und mit Komplikationen verlaufen wird. Die Autorin schlägt eine sorgfältige Arbeit des Arztes im Gespräch vor, um das physische und psychische Wechselspiel des Patienten konstruktiv zu beeinflussen.

Ein interessantes Thema des Gesprächs ist die Art der ärztlichen Befragung. Die Funktionen und Strukturen ärztlichen Fragens werden in den folgenden zwei Aufsätzen analysiert.

Paul ten Have untersucht in „Fragen von Ärzten. Erste Bemerkungen“, wie die Befragung des Patienten durchgeführt wird und wie sie durchgeführt werden könnte. Es geht um das Problem, wie die Fragen formuliert werden. Es gibt Alternativfragen, die eine Antwort mit Ja/Nein fordern, und offene Fragen, die einladen, eine Geschichte zu erzählen. Anders gesagt, die Fragen enthalten Hinweise, wie die Antworten entwickelt werden. Die Art der Befragung determiniert nicht nur, was der Arzt wissen möchte, sondern auch inwieweit die Antwort des Patienten im weiteren Dialogverlauf einbezogen wird. Die Analyse der Befragungsbeispiele macht deutlich, daß weder Arzt noch Patient nur auf eine Gesprächsbeziehung beschränkt sind.

Der Beitrag von Jochen Rehbein, „Ärztliches Fragen“, beschäftigt sich auch mit dem Wert der Art der Befragung, denn „all die Vorinformationen brauchen keineswegs notwendig in einer Frageprozedur zu münden“. Der Autor geht mit ten Haves Meinung konform, wenn er meint, daß die Arzt-Frage ein Präformulieren der Antwort ist. Er geht aber weiter, wenn er die Interaktion Frage-Antwort im Gespräch diskutiert und analysiert, mit dem Zweck, die verbale Repräsentation des Patienten in einem Krankheitsbild zu präsentieren. Der Autor konzentriert sich in der psychisch-sprachlichen Untersuchung auf die Antworten des Patienten und auf die Klassifizierung des ärztlichen Fragens, um eine Typologisierung des Kommunikationsablaufes im ärztlichen Dialog vorzuschlagen.

Eine Art der Analyse, die auch die Prozedur des Gesprächs berührt, ist der Beitrag von Konrad Ehlich, „Sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patienten-Kommunikation“. K. Ehlich bietet eine detaillierte Analyse der Sprache des Patienten und des Arztes, d.h. wie der Arzt das Problem der Deskription und Übersetzung der Krankheit lösen kann. Durch die Lektüre des Aufsatzes wird eine kategoriale Beschreibung der Grundstrukturen des sprachlichen Handelns deutlich, z.B. die Analyse des präverbalen Systems der Schreie und des Stöhnens und eine Charakterisierung, wie der Arzt im Krankenblatt die Beschreibung des Patienten übersetzen kann. Obwohl der Autor die Notwendigkeit sieht, daß der Arzt den Patienten als psycho-sozio-kulturelles Wesen in Betracht ziehen muß, gibt er keine Lösung, auf welche Weise dieses Verfahren stattfinden sollte.

Schließlich der Beitrag „Medizinische Expertensysteme im Dialog. Wissensakquisition als Kommunikationsprozeß“ von Rüdiger Weingarten. Er diskutiert eine andere Möglichkeit der Übersetzung seitens des Arztes, bei der das Wissen des Patienten über seine Symptome und Beschwerden sowohl in einer verbalen Form als auch in einem formalen Schema bearbeitet werden kann. Der Autor zeigt den Prozeß der Aneignung und Organisierung von Daten, der den medizinischen Experten in die Nähe des Wissensingenieurs bringt. Es wird auch die problematische Stellung des Arztes untersucht, die aus der humanistischen Handlung von Personen und der bürokratischen Technisierung der Arbeit resultiert. In dem Beitrag wird deutlich, daß in Hinblick auf Regel, Liste oder Schema beide Arten der Kommunikation bewältigt werden können.

Die Beiträge des von Petra Löning und Jochen Rehbein herausgegebenen Bandes *Arzt-Patient-Kommunikation* haben insgesamt wichtige kritische Aspekte dieser Art von Dialog gezeigt und diskutiert. Jeder Beitrag hat einen Teilbereich dieser Beziehung untersucht, mit dem Zweck, für den Arzt und/oder den Spezialisten die wichtigsten Mängel in der Kommunikation deutlich zu machen.

Die Vorgehensweise, jeden Aufsatz einzeln zu thematisieren, resultiert

aus der Intention, die verschiedenen Perspektiven einer Problemfixierung nebeneinander zu stellen. Alle Aufsätze münden dabei in der Forderung, daß der Arzt sich nicht auf die physischen Probleme des Kranken beschränken darf. Die professionelle Zuständigkeit für die subjektiven, psychosomatischen, sozialen und kulturellen Probleme der Patienten soll ausgedehnt werden. Damit bekommt der Arzt auch eine Mittlerfunktion zwischen bürokratischer Sprache, Fachsprache und neuen Kommunikationsmedien auf der einen Seite und den Patienten als Individuen auf der anderen Seite. Selbstverständlich ist es nicht einfach für ihn, diesen Anforderungen vollständig gerecht zu werden.

Die Vorschläge, die Probleme des Gesprächs zu diskutieren, sind ebenso wie die Analysen der alten und neuen Dialogmodelle ein gewinnbringender Beitrag zu dieser Problematik. Diese Problemdiskussion bleibt aber im wesentlichen anwendungsfern. Eine weitergehende Frage bleibt offen: Wie und vor allem auf welchen Wegen kann und sollte sich der Arzt nach dem Bewußtwerden der festgestellten Sprachprobleme in der Beziehung und dem Verständnis der verschiedenen interdisziplinären Ansätze entwickeln?

Mögliche Antworten auf diese Frage, andere Lösungsstrategien erfordern eine weiterführende Arbeit, einen anderen Band.