

## **VI. Die asymmetrische Kommunikationsstruktur zwischen Arzt und Patient am Beispiel der Visite**

Die einseitige Diskursstruktur des Arzt-Patient-Gesprächs wird maßgeblich von der Asymmetrie in der sozialen Beziehung zwischen Arzt und Patient beeinflusst. Die soziale Beziehung der Gesprächsteilnehmer ist durch divergierende Erwartungen und Sichtweisen, unterschiedlich festgelegte Rollen, die Verwendung unterschiedlicher Sprachcodes sowie Dissoziationen zwischen Selbst- und Fremdbild gekennzeichnet. Die durch die organisatorisch-institutionellen Rahmenbedingungen des klinischen Alltags bedingten Positionsunterschiede und Interessengegensätze zwischen Arzt und Patient führen zu ungleichen Kommunikationsbedingungen der Gesprächspartner.

Die institutionalisierte Krankenrolle des Patienten ist eine untergeordnete Position, die die soziale Distanz und soziale Hierarchie zwischen Arzt und Patient erhöht (vgl. Wilker 1994: 173). Die „institutionelle Vereinnahmung“ des Patienten im Krankenhaus ist daran abzulesen, dass er sich den funktionalen und strukturellen Notwendigkeiten des Klinikbetriebs unterwirft (Wilker 1994: 215).

Die stationäre Behandlung ist für Patienten mit erheblichen Einschränkungen und Belastungen verbunden. Zu den sachlichen Zwängen zählen Zimmer- und Bettzuweisung, Liegezwang, ständige Erreichbarkeit, soziale Isolierung (Begrenzung der Besuchszeiten), Festlegung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Reglementierung des Tagesablaufs und Lebensrhythmus, Infantilisierung (Entscheidungen werden über den Kopf des Patienten getroffen), z.T. Begrenzung der Informationsmöglichkeiten (Fehlen von Radio, Telefon und Fernsehen), Versachlichung der Persönlichkeit des Patienten (vgl. Schmeling-Kludas 1988: 10).

Im Klinikalltag äußert sich die Missachtung der Persönlichkeit der Patienten u.a. darin, dass sie in Anwesenheit Dritter über persönliche Dinge sprechen müssen. Die organisatorischen Verhaltensanordnungen bewirken einen Statusverlust. Den Patienten wird ihre Kleidung weggenommen, stattdessen erhalten sie ein Nachthemd, das hinten offen ist. Unter Umständen müssen sie auch ihre Zähne abgeben. Persönliche Dinge wie Schmuck und andere Sachen, die zu ihnen als Person gehören, werden ebenfalls eingesammelt.

Es wird von ihnen erwartet, dass sie "gute Patienten" sind und den Anweisungen von Ärzten und Pflegepersonal Folge leisten (vgl. Roter 1992, Schmeling-Kludas 1988: 15).

Im Urteil der Patienten wiegen allerdings die mangelnde Aufklärung über Art und Ablauf der Behandlung schwerer als der Verlust der Unabhängigkeit (vgl. Schmeling-Kludas 1988: 11).

Aufgrund der Spezialisierung und Arbeitsteilung im Krankenhaus sind die Patienten einer Vielfalt von Bezugspersonen ausgesetzt. Pro Tag gehen im Durchschnitt 20 bis 30 Mitglieder des Krankenhauspersonals durch ein Patientenzimmer. Dies führt zu einer Instabilisierung und Anonymisierung der Beziehungen. Aufgrund der verkürzten Verweildauer und der zunehmenden Arbeitsbelastung der Ärzte ist die Zeit für den Aufbau einer Arzt-Patient-Beziehung kürzer und damit auch ihre Intensität geringer geworden (vgl. ebenda: 10 f.).

Empirische Analysen von Visitengesprächen dokumentieren die asymmetrische Kommunikationsstruktur im Klinikalltag (vgl. Bliesener 1982, Siegrist 1988: 231 ff.).

Zu den Aufgaben der Visite zählen die körperliche Untersuchung des Patienten, die Einleitung und Überwachung diagnostischer Maßnahmen, die Fixierung und Kontrolle des Therapieplans, Organisationsabsprachen und administrative Aufgaben sowie das Gespräch mit dem Patienten (vgl. Bliesener: 1982: 18).

Dem Visiteteam können mehrere Mitglieder angehören, in der Regel ein Stationsarzt, eventuell ein weiterer Arzt, Stationsschwester, gegebenenfalls Medizinstudenten. In den meisten Krankenhäusern findet in der Woche, teilweise auch an den Wochenenden, täglich eine Visite statt, die jeweils einmal pro Woche der Chefarzt und der für die Station zuständige Oberarzt durchführen. Alle drei Visitenarten sind für die die Visite führenden Ärzte und besonders auch für die Patienten von unterschiedlicher Bedeutung.<sup>10</sup>

Die Kurvenvisite wird als Diskussion der Untersuchungsergebnisse des einzelnen Patienten verstanden. Dazu zählen die Kontrolle der Kurvenblätter, der einzelnen Medikamente und der Laborwerte. Die Kurvenvisite findet meist auf dem Flur statt.

Visitengespräche verlaufen zeitlich, thematisch und situationell ganz anders ab als Praxisgespräche. „In den durchschnittlich 3 bis 3,5 Minuten muss sich die gesamte Arzt-Patient-Beziehung entfalten“ (ebenda: 12). Empirischen Untersuchungen zufolge sind Visiten durch eine hohe Anzahl geschlossener Fragen, den Interviewcharakter des Gesprächs, die Ignorierung von Patienteninitiativen, dem Fehlen von sprachlichen Rahmenelementen (Begrüßung, Vorstellung und Verabschiedung) und die gehäufte, oft unnötige Verwendung von ärztlichem Fachjargon gekennzeichnet (siehe hierzu auch Siegrist 1988: 231 ff.). Bliesener spricht im Zusammenhang mit der Visite von einem kommunikativen Konflikt, der zu Lasten des Patienten geht (1982: 7). „Insgesamt wird der Patient im Gespräch so benachteiligt, dass seine Selbstbestimmung beschränkt und seine Genesungskräfte gemindert sind.“ (vgl. ebenda)

---

<sup>10</sup> Eine Beschreibung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Stationsarzt- bzw. Oberarzt oder Chefarztvisiten ist bei Haferlach (1994: 42 ff.) zu finden.

## 1. Divergierende Interessen

Ein wesentlicher Grund für die asymmetrische Kommunikationssituation ist in den unterschiedlichen Zielen zu sehen, die die Kommunikationspartner mit der Visite verbinden. Was dem Patienten am wichtigsten ist, ist dem Arzt am unwichtigsten (vgl. Bliesener 1982: 18).

Die Visite stellt für den Patienten den wichtigsten Punkt im täglichen Krankenhausablauf dar. Denn sie ist mitunter die einzige Gelegenheit des Kranken, mit dem Arzt zu sprechen. Der Patient kann seinen Informations- und Kontaktbedürfnissen nur in der Visite nachgehen. Diese richten sich auf das Wissen über Krankheitsursachen, auf Prognose, Diagnose und Behandlung sowie auf weitere Folgen für die Lebensführung. Die Tatsache allerdings, dass ein beachtlicher Teil von Patienten im Verlauf und am Ende eines Krankenhausaufenthalts deutliche Informationsdefizite aufweist, spiegelt die ungleiche Informationsverteilung wieder (vgl. Siegrist 1988: 229).

Das Selbstverständnis des Patienten hat sich geändert. Ein gestiegenes Kritikbewusstsein weist daraufhin, dass „der mündige Patient“ sowohl eine umfassendere Aufklärung als auch ein partnerschaftliches Verhältnis vom Arzt erwartet. Der Patient seinerseits möchte zwar aktiv am Gespräch teilnehmen, erwartet andererseits aber auch eine gewisse Führung vom Arzt. Während der Patient eine individuelle, auf ihn persönlich zugeschnittene Behandlung erwartet, hat das Gespräch aus ärztlicher Sicht eher einen routineartigen, distanzierten, planmäßigen Arbeitscharakter (vgl. Löning 1985: 112 ff.). Der Patient ist weniger Gesprächspartner als Gesprächsanlass. Die Visite wird als eine Arbeitsbesprechung des Personals verstanden, bei der der Patient nur Gegenstand und nicht Teilnehmer ist. Er ist Handlanger, um wichtige, die Anamnese betreffende Fragen zu beantworten (vgl. Bliesener 1982: 18). Für den Patienten hingegen hat das Gespräch eine erhöhte Wertigkeit, da es nicht selten einschneidende Konsequenzen für sein weiteres Leben (z.B. lebenslängliche Tabletteneinnahme) und eine mögliche Bedrohung seiner gewohnten Lebenswelt bedeuten kann.

Untersuchungen und Erfahrungen aus der Praxis von Beratungsgesprächen haben gezeigt, dass subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen eine zentrale Rolle im Gesprächsprozess spielen (vgl. Heynen 2001: 211). Im Gegensatz zum Arzt, der sich in seiner Rolle als professionell Helfender nur theoretisch mit den Problemen seiner Patienten auseinandergesetzt hat und mittels Studium und Ausbildung über wissenschaftliche Theorien und Methoden verfügt, ist der Patient als Hilfesuchender selbst betroffen.

Aufgrund der Auseinandersetzung mit den Belastungen hat der Patient subjektive Theorien<sup>11</sup> erworben. Diese können Bewältigungsprozesse fördern, aber auch behindern, wenn der Deutungskontext des Patienten mit dem professionellen Bezugssystem des Arztes nicht übereinstimmt. Von zentraler Bedeutung ist die Selbstdiagnose des Kranken (Laienätiologie), weil hierdurch der Patient typische Behandlungserwartungen hat, die im Widerspruch zum ärztlichen Behandlungsansatz stehen können (vgl. Wilker 1994: 238).

In der Psychologie wird die Bedeutung subjektiver Theorien für Veränderungsprozesse diskutiert. Wird der Erklärungskontext des Patienten vom Arzt in der Behandlung nicht angemessen berücksichtigt, kann dies zum Abbruch der Therapie oder zu einer unbefriedigenden therapeutischen Beziehung führen (siehe auch Wilker 1994: 253).

Auch bezüglich der ihm zu widmenden Zeit hat der Patient eine andere Erwartungshaltung als der Arzt, dem für jeden Patienten nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung steht. Die Kürze der Zeit macht eine differenzierte, auf die Fragen der Patienten eingehende Information deshalb zur praktischen Unmöglichkeit.

Im Krankenhaus tätige Ärzte zeigen mitunter ein prophylaktisches Notfallverhalten, das auch dann zu beobachten ist, wenn keine unbedingte Dringlichkeit besteht. Die Vorteile dieses Verhaltens liegen in der Erhöhung der Hierarchie zwischen Ärzten und Pflegepersonal, da letzteres weisungsgebunden ist. Die Zeitnot kann als Argument zur Distanzierung und Abwehr missbraucht werden. Sie erhöht die Rollenstabilität und vermittelt ein Gefühl der eigenen Wichtigkeit und Unentbehrlichkeit (vgl. Menz 1991: 118, 129).

## **2. Ungleiche Rollenverteilung**

Da Gespräche im Krankenhaus sehr stark von der Institutionalisierung der Atmosphäre geprägt sind, scheint es wesentlich, die daraus resultierende Verteilung der Rollen und Machtbefugnisse zu überprüfen.

Die unterschiedliche Wissensverteilung bedingt den Expertenstatus des Arztes und den Laienstatus des Patienten. Der Expertenstatus gibt dem Arzt Informations- und Handlungsmöglichkeiten (vgl. Siegrist 1988: 225). Der Arzt ist gesund und mobil.

Aufgrund seiner beruflichen Autorität ist er behandlungsbefähigt und verfügt als professioneller Vertreter einer Institution über Verfügungs- und Weisungsgewalt.

---

<sup>11</sup> Unter subjektiven Theorien versteht Heynen Kognitionen der Selbst- und Weltsicht, die in Analogie zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien Funktionen der Erklärung, Prognose und Technologie erfüllen.

Der Patient ist krank und bettlägerig. Im Krankenhaus wird er zum Objekt ärztlicher Anweisungen. Als hilfsbedürftiger Kranker hat der Patient im Klinikalltag eine dem Arzt untergeordnete Stellung inne (vgl. Bohlken in Schuller 1992: 111, Bliesener 1982: 17).

Dieses Abhängigkeitsgefälle wird noch verstärkt durch die unterschiedliche Betroffenheit der Interaktionspartner. Während der Arzt in einer Situation ärztlicher Routine handelt, ist der Patient persönlich betroffen. Für den Patienten ist die Krankheit ein einschneidendes biographisches Erlebnis, dessen Einmaligkeit und Eindringlichkeit oft in scharfem Kontrast zu der durch Routine gedämpften partiellen Aufmerksamkeit des Arztes steht (vgl. Bohlken in Schuller 1992: 111).

Aufgrund des ärztlichen Fachwissens auf der sachinformativen Ebene und der Machtbefugnisse, die dem Arzt die Aufgabe der weiteren Organisation zuweisen, haben Arzt-Patienten-Gespräche von vornherein einen mehr arbeitstechnisch-funktionalen Charakter und dienen zunächst nicht der psychologischen Aufarbeitung von persönlichen Problemen, es sei denn sie stehen im Zusammenhang mit der Krankheit.

Löning spricht ein weiteres Phänomen an, nämlich, dass der Arzt den Patienten im Beisein anderer fachlicher Partner kaum als gleichberechtigten Partner wahrnimmt. Die jeweiligen Machtbefugnisse der Ärzte korrelieren im fachlichen Bereich auffällig mit dem situativen Rang und bestimmen nachhaltig das kommunikative Verhalten von Ärzten untereinander, gegenüber Hilfspersonal und Patienten (vgl. Löning 1985: 37).

Die Visite stellt eine „weitgehend institutionalisierte Interaktion“ dar (vgl. Haferlach 1994: 64, Rosumek in Ehlich 1990: 26). Das Gespräch ist stark ritualisiert (Löning 1985). Darunter sind explizite oder implizite Regeln zu verstehen, die vorschreiben, wie ein Ritual zu geschehen hat, wann es stattzufinden hat und wer darin welche Rolle übernimmt.

Die Kontaktaufnahme ist hierbei von zentraler Bedeutung und geht stets vom Arzt aus, der das Gespräch einleitet und den Patienten zum Dialogpartner erhebt (vgl. Löning 1985: 59). Der situative Rang im Gespräch ist damit bereits durch den Arzt festgelegt und die asymmetrische Beziehung für die nachfolgende Kommunikation zwischen den beiden Partnern vorgegeben.

Die Krankenhausrolle bietet dem Patienten wenig Gelegenheit, sich selber in das Visitingespräch einzubringen. Es ist keineswegs so, dass Patienten sich nicht am Gespräch beteiligen wollen. „Nicht an Antrieb mangelt es ihnen, sondern an Gelegenheit“ (Bliesener 1982: 14). Bliesener, der die kommunikative Situation in der Visite untersucht hat, erklärt diesen Konflikt: „Entweder es fehlt an Ermunterungen und Ermutigungen zum Reden, so dass der Patient von vornherein auf viele Äußerungen verzichtet, oder das Gespräch des Personals ist so dicht und verläuft so rasch, dass dem Patienten keine Zeit zum Reden bleibt.“

Zu den offensiven Hinderungsgründen des Personals an einer gleichberechtigten, aktiven Gesprächsteilnahme des Patienten kommen seine eigenen Ängste erschwerend hinzu. Überhaupt das Wort zu ergreifen, setzt schon ein Mindestmaß an Mut zur Selbstoffenbarung voraus. Denn sobald jemand etwas von sich gibt, gibt er etwas von sich preis. Jeder Beitrag lässt auch Rückschlüsse auf die Persönlichkeit zu und könnte Inkompetenz oder Fehlverhalten enthüllen (vgl. Schulz von Thun: 1981). Schweigen sowie das Vermeiden von Fragen sind Formen der Angstabwehr.

Der Patient fühlt sich gegenüber dem Arzt unsicher. Er ist gehemmt durch den Überhang an Fachwissen auf ärztlicher Seite, weiß oft die Relevanz seiner Äußerung nicht einzuschätzen und befürchtet, sich ungeschickt auszudrücken. Aus Angst vor Vorhaltungen und Ermahnungen des Arztes verschweigen viele Patienten wichtige Fakten über Lebensweise und Konsumverhalten, die dem Arzt entscheidende Informationen für die richtige Wahl der Therapie und Medikation liefern könnten.

### **3. Dissoziation zwischen Selbstbild und Fremdbild**

Krankenhauspatienten haben oft ein idealisiertes Arzt-Bild. In einer von Schneider durchgeführten empirischen Untersuchung nach dem Polaritätsprofil von Hofstätter werteten sie das Stereotyp des Arztes positiver als Ärzte es selber tun (vgl. Schneider 1987). In einer Affinitätsanalyse des Begriffes *Arzt* zu den Konzepten *Pflege*, *Nächstenliebe*, *Krankheit*, *Tod*, *Krankenhaus*, *Angst* und *Mitleid* fand Schneider heraus, dass Patienten den Begriff *Arzt* mit *Pflege*, *Nächstenliebe* und *Mitleid* verbinden. Im Arzt-Bild von Internisten, Chirurgen und Krankenpflegepersonal findet diese Erwartung jedoch nicht die geringste Entsprechung. Sie zeigten eine hohe negative Korrelation des Begriffes *Arzt* mit *Krankheit* und *Angst*.

Der Arzt wird von Ärzten, wie auch vom Pflegepersonal und Patienten durchweg positiv gesehen, mit einer Tendenz sogar zur Erhöhung auf Seiten der Patienten.

Einer Studie aus den 70er Jahren von Koch zufolge hat das ärztliche Selbstbild vom omnipotenten Helfer seinen Ursprung in den Wünschen und Erfahrungen des Arztes selber, aber auch in den Erwartungen, die an ihn herangetragen werden. Aussagen wie „Arztsein kann man nicht lernen, dazu muss man geschaffen sein“, „Ein Arzt muss fast jede Situation meistern“, „Der Patient erwartet, dass der Arzt auch Experte in allgemeinen Lebensfragen ist“ dokumentieren, dass Ärzte sich als Fachmann für alle Probleme des Menschen sehen. Schmeling-Kludas (1988) führt diese Haltung darauf zurück, dass ein omnipotentes Selbstbild davor schützt, entdecken zu müssen, dass man Fehler hat

oder dass man selbst hilflos und ohnmächtig ist. „Sich für einen Menschenkenner zu halten, der schon alles richtig macht, ist einfacher als mit der Erkenntnis zu leben, dass der eigene Umgang mit dem Kranken keineswegs immer optimal ist.“ (41)

Ergänzt wird das Selbstbild der Ärzte durch Erwartungen der Patienten. Durch das in den Medien verbreitete Bild der Allmacht der Medizin werden Ärzte zu Experten für alle Lebensfragen gemacht. Mit der Idealisierung des Arztes durch seine Umwelt wird dem Arzt zugemutet, eigene Unsicherheiten nicht wahrnehmen und zugeben zu dürfen, immer beherrscht und handlungsfähig zu sein und ständig zur Verfügung stehen zu müssen (vgl. ebenda).

Ärzte und Pflegepersonal haben ein deutlich negativeres Patienten-Bild als Patienten von sich selbst. Die professionellen Krankenhausgruppen verbinden mit den Patienten Begriffe wie *Krankheit, Angst und Tod*. Die Untersuchung von Schneider zeigt, dass der Patient von Ärzten völlig anders gesehen wird als er sich selbst sieht und auch gesehen werden möchte. Im Unterschied zum Selbstbild des Patienten ist das ärztliche Fremdbild vom Patienten überwiegend negativ. Sieht sich der Patient *klar, stark, offen, hilfsbereit, nüchtern, gesellig und beweglich*, wird er von Ärzten als *traurig, schwach, passiv, zurückhaltend, zurückgezogen, missmutig, müde und unterwürfig* bewertet.

Als Gründe für das negative Patientenbild der Ärzte führt Schneider die soziale Distanz an. Der Arzt ist Angehöriger der Oberschicht, der Patient im Allgemeinen nicht. Die seit langem bekannte Tatsache, dass Psychotherapeuten sich eher zu Klienten aus der gleichen Schicht hingezogen fühlen und die sogenannten YAVIS-Klienten (young, attraktiv, verbally fluent, intelligent, successful) bevorzugen, könnte auch für die Arzt-Patient-Beziehung zutreffen (vgl. Schneider 1987: 73).

#### **4. Unterschiedliche Sprachcodes**

Aufgrund des Wissensgefälles und des Statusunterschiedes gehören Arzt und Patient meist verschiedenen sozialen Schichten an. Da das Sprach- und Ausdrucksvermögen von der Schichtzugehörigkeit beeinflusst wird, werden Kommunikationsstörungen zwischen Arzt und Patient auf das unterschiedliche Sprachverhalten in Mittel- und Unterschicht zurückgeführt (vgl. Roter 1992, Schmelting-Kludas 1988: 8).

Verständigungsschwierigkeiten entstehen aufgrund unterschiedlicher, schichtabhängiger Sprachcodes, die Sprechweise, Wortwahl, Satzbau und Wortverständnis umfassen (vgl. Speierer 1985: 20).

So lässt sich bei Angehörigen der Unterschicht eine szenische Darstellung ihrer Beschwerden feststellen, wohingegen Ärzte eine faktische, sachinformativ Darstellung bevorzugen (vgl. Schmeling-Kludas 1988: 8). Wodak spricht in diesem Zusammenhang von einem Framekonflikt. „Zwei Welten prallen aufeinander, zwei Sicht- und Gliederungsweisen von Realität“ (Strotzka, Wimmer 1986: 44). Unterschichtsangehörige kommunizieren ihre Informationsbedürfnisse eher nonverbal durch Gesten, Körperhaltung und Blickkontakt. Patienten der Mittelschicht stellen Fragen.

Ärzte neigen dazu, indirekt geäußerte Wünsche zu übersehen. Da Unterschichtsangehörige trotz gleicher Informationsbedürfnisse im Krankenhaus weniger Informationen vom Arzt erhalten als Patienten aus der Mittelschicht, sind sie mit der ärztlichen Auskunft deutlich unzufriedener. Sie verstehen weder die ärztlichen Erklärungen noch können sie die Theorien zur Pathogenese von Erkrankungen nachvollziehen (vgl. Schmeling-Kludas 1988: 8).

Für den Arzt ist es wichtig, sich der beschriebenen Ursachen für Kommunikationsstörungen bewusst zu werden und das Patientenverhalten nicht als Ausdruck von Desinteresse oder mangelnder Intelligenz zu bewerten (vgl. ebenda: 9).

Das Bemühen der Ärzte um eine dem laienhaften Verständnis angemessene Ausdrucksweise besteht meist in der Verwendung entsprechender Bezeichnungen aus der Umgangssprache. Umgangssprachliche Wörter zur Beschreibung medizinischer Sachverhalte bedeuten für Arzt und Patient sehr oft Unterschiedliches. Da Patienten generell zum Gebrauch unpräziser und inhaltlich vager Begriffe neigen, um ihre Beschwerden und Krankheitssymptome zu beschreiben, werden Ärzte mit zunehmendem Patientenkontakt von der Patientensprache 'infiziert' und benutzen verstärkt allgemeinsprachliche Begriffe. Die inhaltliche Begrenzung von Ausdrücken aus der Umgangssprache birgt eine hohe Gefahr der Ungenauigkeit und führt zu differierenden Vorstellungen bei Arzt und Patient, wenn von 'Bluthochdruck' oder 'Zuckerkrankheit' die Rede ist. Es ist bekannt, dass Patienten den Bekanntheitsgrad entsprechender Worte mit deren Verständnis gleichsetzen.

Die ungleiche Beziehung zwischen Arzt und Patient spiegelt sich in der Kommunikation in einer eher autoritären denn kooperativen Gesprächsführung wider, in der der Arzt das Gespräch kontrolliert, während der Patient nur als Adressat einbezogen wird.