

# Kann man gute Kommunikation lernen?

Misslungene Kommunikation kann fatal sein, etwa wenn Ärzt\*innen und Patient\*innen einander nicht verstehen. Aber kann man gute Kommunikation lernen? Wie schaut sie aus? Einer, der zu diesen Themen geforscht hat, war der aus Bozen stammende und 2017 verstorbene Sprachwissenschaftler Florian Menz, der an der Universität Wien lehrte. In Erinnerung an ihn diskutieren drei seiner Kolleg\*innen über die Frage, ob und wie die Sprachwissenschaft zur Verbesserung von Kommunikation beitragen kann: Die Linguistik-Professoren Rudolf de Cillia und Martin Reisigl und die Kommunikationstrainerin Luzia Napetschnig sprechen über gesellschaftliche Herausforderungen und Wege zu einer besseren Verständigung:

Die Angewandte Sprachwissenschaft ist bestrebt, Ergebnisse ihrer Grundlagenforschung zur Lösung sprachbezogener Probleme auf anderen Gebieten einzusetzen. Florian Menz hat dies auf vielfältige Weise getan. Können Sie uns ein paar Beispiele dafür geben?

Rudolf de Cillia: Die Bereiche, in denen Florian Menz wissenschaftliche Forschung in Hinblick auf die Lösung gesellschaftlicher Probleme betrieben hat, sind sehr breit gestreut: So war eines seiner Themen der Zusammenhang von Sprache und Macht (dazu haben wir gemeinsam 25 Jahre lang Fortbildungsseminare für Lehrer\*innen abgehalten), die Analyse von sprachlichen Vorurteilen und Sprachenpolitik gegenüber sprachlichen Minderheiten, wofür er als Südtiroler besonders sensibilisiert war, konkret in Projekten zur slowenischsprachigen Bevölkerung in Kärnten und zu Roma und Sinti. Die Analyse von Sprachbarrieren führte ihn schließlich zur Erforschung der Kommunikation in Institutionen: der medizinischen und Gesundheitskommunikation, der Wirtschaftskommunikation und Organisationskommunikation, immer mit dem Blick darauf, wie Konflikte verringert und vermieden werden können.



Foto: Miriam Hoehne

Könnten Sie auf letzteren Arbeitsbereich noch etwas genauer eingehen?

Rudolf de Cillia: Menz' Bücher, deren Titel für sich sprechen, „Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation“ und „Selbst- und Fremdorganisation im Diskurs. Interne Kommunikation in Wirtschaftsunternehmen“, haben Marksteine gesetzt. Genauso das gemeinsam mit Heinz K. Stahl veröffentlichte „Handbuch Stakeholderkommunikation“ (2008/ 2014). Seine zahllosen Arbeiten und von ihm mit unterschiedlichen Teams durchgeführten und geleiteten interdisziplinären Forschungsprojekte zur Arzt-Patient-Kommunikation, zum Sprechen über Schmerzen, zu Migration und medizinischer Kommunikation, zu Psychiatrie und Kommunikation können als bahnbrechend bezeichnet werden.

Gelungene Kommunikation im medizinischen Bereich hat Florian Menz in einem Interview mit einem Medikament verglichen, das bei jedem wirkt. Sie selbst haben sich vielfach mit der Kommunikation in Zusammenhang mit Migration beschäftigt. Könnte gelungene Kommunikation in diesem Bereich dazu beitragen, Konflikte zu vermeiden?

Rudolf de Cillia: Eine dementsprechende Sprach- und Bildungspolitik im Bereich Migration könnte in der Tat dazu führen, gesellschaftliche Konflikte zu verringern. Dazu braucht es nicht nur möglichst gute Angebote zum Erlernen der Mehrheitsprache an Schulen und in der Erwachsenenbildung, sondern

man muss zur Kenntnis nehmen, dass wir in einer mehrsprachigen Gesellschaft leben. Auch die jeweiligen Herkunftssprachen müssen in den Schulen und in der institutionellen Kommunikation berücksichtigt und gefördert werden. In den letzten zwei Jahrzehnten ging die Entwicklung in Österreich unter dem Einfluss rechtspopulistischer Strömungen allerdings eher in die Richtung, nur Deutsch zu forcieren, wie die Ergebnisse eines von uns gerade publizierten Buchs („Österreichische Identitäten im Wandel“) zeigen.

Was wäre aus Ihrer Sicht das wichtigste, damit interkulturelle Kommunikation gerade in Zusammenhang mit Migration besser gelingt?

Rudolf de Cillia: Die real existierende Mehrsprachigkeit müsste gefördert werden. In den Schulen müssen natürlich alle Kinder mit anderen Erstsprachen die jeweilige Bildungssprache (Deutsch/ Italienisch) möglichst gut erlernen. Das geht aber nur, wenn man die Herkunftssprachen in Kindergarten und Schule respektiert und dementsprechende Angebote an „muttersprachlichem Unterricht“ zur Verfügung stellt. Es braucht niederschwellige und kostengünstige Angebote zum Erlernen der Mehrheitsprachen für Erwachsene wie etwa die „Mama lernt Deutsch“-Kurse. Auch Dolmetsch- und Übersetzungsdienste würden zum Gelingen der Kommunikation in mehrsprachigen Gesellschaften beitragen. In Krankenhäusern oder bei Ämtern z. B. sollte Dolmetschen ermöglicht werden, man nennt dies „Community Interpreting“ oder „Kommunaldolmetschen“.

Herr Reisigl: Sie haben im Rahmen einer Studie die interkulturelle Kommunikation an einer Wiener Kopfschmerzambulanz beobachtet. In manchen Fällen waren es professionelle Dolmetscher\*innen, die zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen vermittelt haben, oft waren es Familienangehörige. Funktioniert beides gleich gut?

Martin Reisigl: Nein, in unserer Fallstudie hat sich klar gezeigt, dass eine Sprachmittlung durch professionelle Dolmetscher\*innen dem Dolmetschen durch Familienangehörige eindeutig vorzuziehen ist. Manche Familienangehörige übersetzen nur einen Bruchteil dessen, was die Ärztin oder der Arzt sagt. Dadurch wird die Bereitschaft der Patient\*innen, dem Therapievoranschlag zu folgen (die Medizin nennt dies „Compliance“), geschwächt. Familienangehörige wissen oft nicht, wie wichtig es ist, dass die ärztlichen Äußerungen ange-



Foto: shutterstock

Wenn die Kommunikation zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen nicht gelingt, kann es schwerwiegende Folgen haben.

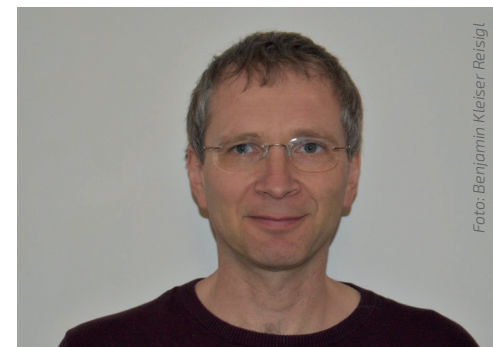


Foto: Benjamin Kleiser-Reisigl

messen übersetzt werden, dass es z.B. einen diagnostischen Unterschied macht, ob der Charakter eines Kopfschmerzes etwa als „drückend“, „pochend“ oder „stechend“ übersetzt wird. Patient\*innen trauen sich manchmal nicht, vor Familienangehörigen, vor allem vor den eigenen minderjährigen Kindern, über psychisch belastende Familienverhältnisse zu sprechen, die einen negativen Effekt auf das Krankheitsgeschehen haben. Zudem sind Familiengehörige mit der Situation oft schlicht emotional überfordert, und manche von ihnen verfolgen im ärztlichen Gespräch sogar eigene Interessen – an den Interessen der Patient\*innen vorbei. Die professionelle Sprachmittlung hilft, derartige Schwierigkeiten zu vermeiden.

Dolmetschdienste für Krankenhäuser werden wohl auch aus Kostengründen nicht so schnell flächendeckend realisiert werden.

Martin Reisigl: Das Kostenargument ist manchmal ein kurzsichtiges. Ein systematischer Dolmetschdienst in Krankenhäusern oder für Krankenhäuser würde volkswirtschaftlich gesehen zu sparen helfen, auch wenn ein fixer Dolmetschdienst, der zumindest für die am häufigsten nachgefragten Sprachen eingerichtet wird, einiges kostet. Der volkswirtschaftliche Schaden, der durch Nicht- und Fehlbehandlungen oder durch „Non-Compliance“ infolge kommunikativer Defizite entsteht, ist aber höher, als die Kosten eines Dolmetschdienstes es wären. Zumindest ein Videodolmetschdienst kann flächendeckend eingerichtet werden. Allerdings sind professionelle Dolmetscher\*innen, die sich via Video an ärztlichen Gesprächen beteiligen, viel stärker gefordert und größerem Stress ausgesetzt als Dolmetscher\*innen, die vor Ort dolmetschen.

Können Ärzt\*innen und Pfleger\*innen auch bei fehlenden Fremdsprachenkenntnissen etwas tun, um das Verständnis auf Seiten der Patient\*innen zu fördern?

Martin Reisigl: Ja, Ärztinnen und Ärzte sowie Pfleger\*innen können viel tun, um die Kommunikation zu verbessern, auch wenn sie die Sprache der Patient\*innen nicht sprechen. Sie können die Patient\*innen am Gesprächsbeginn über die Struktur des ärztlichen Gesprächs informieren. Sie können langsam und deutlich sprechen und fortwährend die eigenen Verstehensprozesse beim Zuhören signalisieren und dabei auch umgehend kommunizieren, wenn die Äußerung eines Patienten oder einer Patientin für sie unverständlich ist. Sie können sich bemühen, unklare Bezugnahmen zu vermeiden, auf einfache Satzkonstruktionen achten und schwierige Wörter (z.B. medizinisches Fachvokabular) durch einfache ersetzen. Sie können darauf achten, die einzelnen Gesprächsphasen klar zu trennen. Hilfreich ist die direkte Anrede der Patient\*innen, durch welche deren Aufmerksamkeit erhöht wird, vor allem vor wichtigen Stellen im Gespräch, an denen etwas erklärt oder eine Anweisung

gegeben wird. Wichtig ist auch die Konzentration auf die Körpersprache der Patient\*innen, weil daran etwaige Verstehensprobleme erkennbar werden können (etwa an einem Stirnrunzeln oder Zu-Boden-Blicken). Sich selbst einer anschaulichen Körpersprache zu bedienen, die z. B. die zu erfragenden Schmerzqualitäten gut illustriert, ist ebenfalls hilfreich. Denken wir z. B. an Gesten, die ein Stechen oder Drücken nachahmen und damit die Schmerzqualität eindeutig beschreiben. Zudem ist der Einsatz visueller Hilfsmittel, die auch als Merkhilfen für Patient\*innen dienen, nützlich, beispielsweise um anzuzeigen, zu welcher Tageszeit ein Medikament einzunehmen ist.

In einer Kommunikation sind immer alle Beteiligten verantwortlich für ihr Gelingen. In diesem Falle auch die Patient\*innen. Müsste man Patient\*innen also auch darin schulen, besser zu signalisieren, wenn sie beispielsweise etwas nicht verstanden haben, mit etwas nicht einverstanden sind oder etwas anderes erwartet haben?

Martin Reisigl: Natürlich ist es nicht möglich, Patient\*innen systematisch zu schulen, bevor sie eine ärztliche Praxis oder ein Krankenhaus aufsuchen. Es ist aber möglich, eine kurze Phase am Beginn des ärztlichen Gesprächs zu institutionalisieren, in der das ärztliche Personal die Patient\*innen explizit

In einer Kommunikation sind immer alle Beteiligten verantwortlich für ihr Gelingen.





instruiert und auf das Gespräch vorbereitet. Dabei kann den Patient\*innen erklärt werden, dass z. B. ein Erstgespräch so organisiert ist, dass zuerst die Aufnahme der Krankengeschichte (Anamnese) erfolgt, dann eine körperliche Untersuchung folgt, dann eine Diagnose, darauf ein Therapievorschlag und schließlich eine Terminvereinbarung. In dieser Erklärung vorab sollten die Patient\*innen dazu eingeladen werden, sich sofort zu melden oder nachzufragen, wann immer sie etwas nicht verstehen, nicht einverstanden sind oder etwas anderes wünschen. Das wäre dann sozusagen eine Kurz-Schulung für Patient\*innen am Beginn eines jeden ärztlichen Gesprächs. Damit eine solche metasprachliche Gesprächsphase in medizinischen Institutionen prinzipiell etabliert wird, bedarf es natürlich entsprechender Schulungen für Ärzt\*innen im Rahmen ihrer beruflichen Ausbildung.

Frau Napetschnig, Sie arbeiten in Ihren Kommunikationstrainings häufig mit Langzeitarbeitslosen, die wieder ins Berufsleben integriert werden sollen. Mit den Teilnehmer\*innen sprechen sie auch über ihre Vorstellungen von gelungener Kommunikation. Stellen Sie hierbei Unterschiede fest, etwa je nach Berufsgruppe oder Bildungsstand oder nach Geschlecht?



Luzia Napetschnig: Ja, es gibt einige Unterschiede, die ich immer wieder beobachte, die jedoch empirisch nicht belegt sind. Vor allem scheint mir die berufliche Sozialisation die Vorstellungen von gelungener Kommunikation stark zu beeinflussen. Gelungene Kommunikation wird im Berufsleben ja hauptsächlich daran gemessen, ob ich durch ein Gespräch meine Ziele erreiche. Gerade Teilnehmer\*innen, die früher in kommunikationsintensiven Berufen tätig waren, haben sehr klare Vorstellungen von gelungener Kommunikation.

Neben der beruflichen Vorerfahrung spielt auch die Vielfalt der Kommunikationssituationen, in die sich Teilnehmer\*innen begeben, eine Rolle. Je abwechslungsreicher meine Gesprächspartner\*innen, Gesprächsthemen und Gesprächssituationen sind, desto differenzierter kann ich auch ein Bild gelungener Kommunikation zeichnen.

Sie beobachten in Ihren Trainings häufig, dass die eigene Wirkung in Gesprächen unterschätzt wird, während den Gesprächspartner\*innen eine große Wirkung oder auch Macht in Gesprächen zugesprochen wird. Ist Selbstreflexion also ein wichtiges Ziel von Kommunikationstrainings?

Luzia Napetschnig: Absolut. Sprachverwendung ist etwas sehr individuelles.

Kommunikationstraining bedeutet Selbstbeobachtung, Selbstreflexion, den Mut, Neues auszuprobieren, eigene Schwächen zu erkennen und an ihnen zu arbeiten. Ein Kommunikationstraining kann nur dann nachhaltig wirken, wenn die Teilnehmer\*innen bereit sind, sich auf einen länger andauernden Entwicklungsprozess einzulassen. Wir entwickeln im Laufe unseres Lebens so viele Kommunikationsroutinen, deren Veränderung dann eine längere Zeit und einen selbstkritischen Blick braucht. Natürlich gibt es aber auch ein paar einfache Tipps und Tricks, die schnell wirken.

Zum Beispiel?

Luzia Napetschnig: Der wichtigste Tipp ist meiner Meinung nach eine gute Vorbereitung: Wenn ich weiß, was mich im Gespräch erwartet und ich mich darauf vorbereite, dann kann ich schon viele Problemstellen im Gespräch vermeiden. Habe ich mir zum Beispiel schon im Vorfeld Antworten auf typische Fragen im Bewerbungsgespräch überlegt, dann werde ich weniger unsicher sein. Das bedeutet dann, dass ich weniger „äh“ und „ahs“ brauche, um zu formulieren. Die Vorbereitung hilft mir, das was ich sagen möchte, besser zu strukturieren. Dann vergesse ich weniger, habe einen roten Faden und lasse mich nicht so leicht verwirren. In einem Kommunikationstraining geht es dann darum, herauszufinden, welche Tipps und Tricks für welche Person in welcher Situation gut anwendbar und brauchbar sind.



Vor allem berufliche Erfahrungen prägen unsere Vorstellungen von gelungener Kommunikation.

Sie räumen in Ihren Trainings auch mit dem Mythos auf, dass Zuhörer\*innen passive Empfänger\*innen von Informationen sind und keinen Einfluss auf das Gegenüber haben. Ist dieser Mythos in einer Gesprächssituation wie jener zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen besonders präsent?

Luzia Napetschnig: Seit dem Beginn der Gesprächsanalyse arbeiten Forscher\*innen daran, diesen Mythos des passiven Zuhörens aufzubrechen. Inzwischen können wir sehr genau beschreiben, wie Zuhörer\*innen in ihrer Rolle einen wichtigen Gesprächsbeitrag leisten.

Wir gehen grundsätzlich davon aus, dass Gespräche von den Gesprächspartner\*innen gemeinsam „hergestellt“ werden, allerdings ergibt sich natürlich besonders in der institutionellen Kommunikation ein Ungleichgewicht zwischen den Gesprächspartner\*innen.

Institutionelle Kommunikation bedeutet immer, dass auf der einen Seite ein\*e Vertreter\*in der Institution steht, mit allem Expert\*innenwissen, viel Erfahrung in der Institution und auch mit großer Entscheidungskompetenz. Auf der anderen Seite stehen Kund\*innen oder eben Patient\*innen, die zwar Expert\*innen für das eigene Anliegen sind, jedoch nicht immer vertraut sind mit den Erfordernissen, Prozessen und Routinen in der Institution. Durch diese Wissens- und Kompetenzunterschiede wird dann auch das Zuhören sehr unterschiedlich erlebt und bewertet.

Unterschätzen Patient\*innen ihre eigene Rolle?

Luzia Napetschnig: Das würde ich so nicht sagen. Patient\*innen haben einfach nicht so viel Routine und Erfahrung in dieser Rolle. Man kann sich kaum auf die Rolle als Patient\*in vorbereiten, da eine Erkrankung ja nicht planbar und absehbar ist. Dazu kommt noch ein starkes emotionales Erleben, wenn wir plötzlich in die Situation kommen, medizinische Hilfe zu brauchen. Gerade deshalb sehe ich es als Aufgabe der Ärzt\*innen, die Patient\*innen durch jedes einzelne Gespräch und den Behandlungsprozess zu leiten. Sie haben das professionelle Wissen und die notwendige Erfahrung, Patient\*innen in einer solchen Situation zu begleiten. Wenn Ärzt\*innen diese Aufgabe gut machen, dann können die Patient\*innen im Gespräch aktiv werden.

Ich denke, in den letzten 20 Jahren hat sich bezüglich der Rollenvorstellungen gerade in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation vieles in Bewegung gesetzt. Das Gespräch wird sehr viel bewusster und differenzierter als Diagnoseinstrument und Mittel zur Beziehungsgestaltung wahrgenommen. Damit wurde und wird es den Patient\*innen auch leichter möglich, ihre Rolle aktiv zu gestalten und sich eben nicht nur auf das Zuhören und Befolgen von Handlungsanweisungen zu reduzieren, ganz im Sinne des „patient empowerment“.