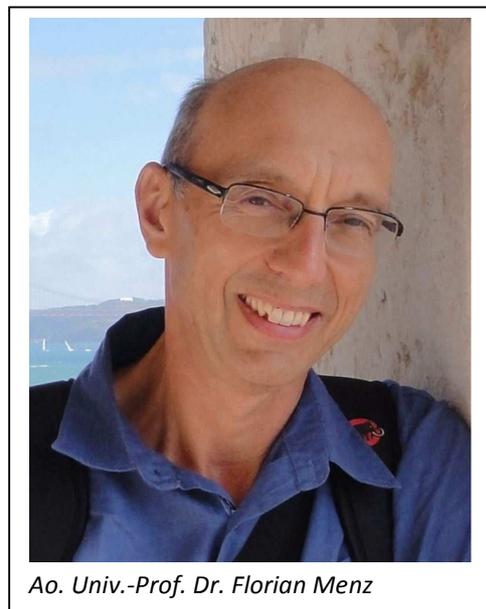


Von Sprachbarrieren und gelungener Arzt-Patient-Kommunikation

Wenn Menschen miteinander sprechen, dann wird das Verstehen nicht vom Sprecher oder der Sprecherin bestimmt, sondern von der HörerInnenseite. Was wir verstehen (wollen), wird wesentlich durch unsere Erwartungen mitgeprägt. Aber auch wer spricht, hat Erwartungen an die Zuhörenden. Gerade in Institutionen wie z.B. Wirtschaftsunternehmen oder Spitälern führen aber solche „Erwartungen an Erwartungen“ zu oft folgenschweren Verständigungskrisen. Wie man diese überwinden kann und wie auch eine so heikle Gesprächssituation wie jene zwischen Arzt und Patient gelingen kann, darauf ging der Sprachwissenschaftler Prof. Dr. Florian Menz bei zwei Vorträgen in Bozen und Brixen ein. Ein Gespräch als Nachlese:

Der Psychologe Friedemann Schulz von Thun geht in seinem Kommunikationsmodell davon aus, dass jeder Sprecher mit vier Zungen spricht und jeder Zuhörer mit vier Ohren hört: Neben der Sachinformation spielen demnach



immer auch die Beziehungsebene, die Selbstkundgabe des Sprechers und der Appell eine Rolle. Teilen Sie diese Vorstellung?

Menz: Das Modell der vier Ohren ist sehr gut geeignet, weil es zum Ausdruck bringt, dass die Bedeutung, der Sinn des Gesagten von der Hörer- und Hörerinnenseite geprägt wird. Entscheidend ist das, was verstanden wird, und nicht so sehr das, was gesagt wird. Aus der Antwort kann der Sprecher dann herauslesen, was verstanden wurde. Insofern ist das Modell von Schulz von

Thun für persönliche Zweiergespräche sehr tauglich. Ich glaube aber, dass es wesentlich ist, auch über andere Aspekte von Sprache nachzudenken. Wir müssen uns anschauen, welche sprachlichen Mittel wie Intonation, Modulation, Wortwahl, Satzbau usw. gewählt werden und in welchem sozialen Kontext wir sprechen. Ist das z. B. eine formale Besprechung, ein Arztbesuch oder ein zwangloses Zusammensein unter Freundinnen? Das ist für das Verstehen mindestens so wichtig wie die vier Ohren. Hier kann die Sprachwissenschaft gerade in institutioneller Kommunikation viel beisteuern, was über das Modell von Schulz von Thun hinausgeht.

Sie sagen, die Bedeutung einer Äußerung wird nicht vom Sprecher bestimmt, sondern von der Hörerseite. Was kann ich als Unternehmen also tun, damit die Botschaft, die ich vermitteln möchte, auch ankommt?

Das Interessante an dieser Aussage ist, dass gelingende Kommunikation nicht einseitig bestimmt sein kann. Wenn Bedeutung des vom Sprecher Gesagten vom Hörer abhängt, ist es wesentlich, auf die Reak-

tionen desselben zu achten. Aus diesen kann ich nämlich ablesen, was verstanden worden ist. Es geht also nicht darum, eine Botschaft auszusenden und zu sagen: Jetzt habe ich meine Arbeit getan! Das Entscheidende ist, etwas auszusenden, sich die Reaktion anzuschauen und mit dieser Reaktion dann zu arbeiten. Gelingende Kommunikation besteht also immer aus mehreren Gesprächszügen.

Wie ist es, wenn ich mich nicht in einem mündlichen Gespräch, sondern in einer schriftlichen Kommunikation befinde?

In diesem Fall ist der Text nicht flexibel veränderbar, weil der Autor keine unmittelbare Reaktion erfährt. Das Verstehen wird also prinzipiell erschwert. Entscheidend ist aber auch hier die Zielgruppenorientierung. Wenn man verständliche Texte schreiben will, muss man sich zunächst fragen, wer die Zielgruppe ist. Das ist die interpersonale Funktion. Zweitens ist die Frage zu klären: Was will ich vermitteln, was ist das Hauptziel? Das ist die inhaltliche, semantische Funktion. Und drittens: Welche sprachlichen und stilistischen Mittel setze ich dazu ein? Das ist die textuelle Funktion.

Und dann sollte man es an der Zielgruppe testen?

Testen wäre natürlich sinnvoll, weil das wieder ein Stück weit

Interaktion ins Spiel bringt. Es gibt aber auch einige gut erforschte Aspekte, die Texte verständlicher machen: Aktiv formulierte Texte sind in der Regel leichter zu verstehen. Kurze und vor allem nicht zu verschachtelte Sätze sollten sein. Auch die Gestaltung mit Text und Bild, die Schriftgröße usw. sind ganz wesentlich.

Wodurch entstehen Verständigungskrisen?

Verständigungskrisen entstehen aus unterschiedlichen Erwartungen im Gespräch. Wenn ich jemandem zuhöre, habe ich Erwartungen an das, was jemand sagt, z. B. an bestimmte Höflichkeitsstandards und Anredeformen. Diese Erwartungen können erfüllt oder enttäuscht werden. Der Sprecher erwartet sich ebenfalls eine bestimmte Reaktion beim Hörer oder der Hörerin, z. B. einen Gegengruß, wenn er begrüßt hat. Wir haben es also mit einer Endlosschleife von Erwartungen zu tun, die jeweils erfüllt werden können oder nicht. Mathematisch und auch praktisch lässt sich also schnell errechnen, dass es hier sehr viele Möglichkeiten für Missverständnisse gibt, weil die Erwartungen nie zu 100 Prozent erfüllt werden. Die Wahrscheinlichkeit für Missverständnisse steigt mit jedem Schritt. Auf den Punkt gebracht: Verstehen ist eigentlich ein Zufall, der Normalfall ist das Missverständnis.

Nehmen wir ein Beispiel aus der Arzt-Patient-Kommunikation: Wenn ich mir als Patientin erwarte, dass ich todkrank bin, höre ich dann womöglich bei dem, was der Arzt sagt, nur das heraus, was meine Erwartung unterstützt?

Das ist ein gutes Beispiel. In diesem Fall achte ich viel stärker

auf das, was meine These, dass ich todkrank bin, bestätigt. Der Arzt meint aber seine Äußerungen ganz anders, z. B. beruhigend. Deswegen ist das Entscheidende für gelingende Kommunikation, auch die Erwartungen zu besprechen, z. B. zu fragen: Was erwarten Sie, was bei der Untersuchung herauskommt, was sind Ihre Befürchtungen?

Das machen Ärzte doch nie, oder?

Ärzte machen es selten. Wenn man nach Erwartungen fragt, wird man eine Antwort erhalten. Aber bestimmte Erwartungen sind dem Gesprächspartner

Gegenposition dazu haben. Diese kleinen Signale senden wir oft unbewusst. Darauf zu achten und zu fragen: ‚Sie sind jetzt nicht damit einverstanden?‘ oder: ‚Ist Ihnen das nicht ganz klar?‘, das wären Strategien, um gelingende Kommunikation zu ermöglichen. Garantieren kann man sie nie, denn gelingende Kommunikation ist zu einem guten Teil dem Zufall geschuldet. Aber man kann den Zufall ein bisschen eingrenzen. Und das Gute ist, dass die meisten Missverständnisse für die Verständigung irrelevant sind.

Welche Rolle spielen Emotio-



„Verständigungskrisen entstehen aus unterschiedlichen Erwartungen im Gespräch.“

Foto: Shutterstock

ner vielleicht selbst nicht bewusst. Im Laufe des Gesprächs – sofern es ein gelingendes Gespräch ist – werden die Gesprächspartner draufkommen, welche wechselseitigen Erwartungen sie haben und sich ihnen annähern. Dazu ist es nötig, MITEINANDER zu reden, einander zuzuhören und auf feine Signale zu achten, die wir in der Sprachwissenschaft Relevanzmarkierungen nennen. Wir zeigen z. B. mit Signalen wie Stimmmodulierungen, Schulterzucken, Augenbrauen zusammenziehen usw., wie wir etwas verstehen, ob wir damit einverstanden sind, ob wir etwas bezweifeln oder gar eine

nen? Kann Kommunikation zwischen Menschen, die sich nicht gut vertragen, gelingen?

Das hängt ganz vom Zweck des Gesprächs ab. Emotionen sind etwas, was mit dem Ich zu tun hat. Kommunikation hingegen hat mit der Beziehung zwischen dem Ich und dem Du zu tun. Wir können Emotionen des anderen nur über Kommunikation wahrnehmen. Ich kann nicht unmittelbar die Emotionen des anderen fühlen, sondern nur den Ausdruck von Emotionen lesen. Das ist ein feiner, aber wichtiger Unterschied. Wenn Emotionen im Spiel sind, die nicht gut ver-

träglich sind (z. B. Beschuldigung und Rechtfertigung), dann kann Kommunikation sehr haken. Was in so einem Fall sicher sinnvoll ist, ist die Art der Kommunikation selbst zum Thema zu machen. Man bezeichnet dies als Metakommunikation: Wenn ich z. B. sage: ‚Ich sehe, Sie sind sehr aufgebracht, hat das etwas mit mir zu tun?‘ Das ist natürlich nicht leicht, aber man kann es lernen. Denn Kommunikation ist eine Tätigkeit, und eine solche kann nur durch Üben verändert werden, genauso wie Klavierspielen oder die Fertigkeit, einen Nagel in die Wand zu schlagen.

Bräuchten wir also ein Kommunikationstraining?

Ich mag das Wort „Training“ nicht, weil es falsche Assoziationen auslöst, als gäbe es ein Ziel zu erreichen. Das geht aber bei Kommunikation gerade nicht, weil das Gelingen, also das Erreichen des Ziels, wie gesagt vom Hörer bzw. der Hörerin abhängt. Daher gibt es auch keine „richtige“ oder „falsche“ Kommunikation. Was man machen kann, ist eine begleitete Reflexion über das eigene Sprachverhalten und seine Wirkung auf Hörerinnen und Hörer in bestimmten Kontexten. Gerade in der institutionellen Kommunikation wird immer davon ausgegangen, dass wir ohnehin alle „reden“ können. Aber über die Wirkung unseres Redens sind wir uns meist weniger bewusst.

Spielt die Ausbildung in gelungener Kommunikation in Studiengängen wie Medizin überhaupt eine Rolle?

In der Medizin gibt es eine große Lücke zwischen dem Bewusstsein und dem, was praktiziert wird. Es gibt keinen Mediziner mehr, der behaupten

würde, dass Kommunikation nicht wichtig sei. Im Gegenteil, das ärztliche Gespräch ist das Zentrum ärztlichen Handelns! Selbst bei einer Computertomographie ist die Kommunikation entscheidend, damit der Patient in der Röhre nicht in Panik gerät und die ganze Untersuchung umsonst ist oder wiederholt werden muss. D. h. auch dort, wo es höchst technisch zugeht, ist die Kommunikation ausschlaggebend. Im Operationssaal wird zwar nicht mit dem Patienten geredet, aber wenn die Kommunikation dort schlecht läuft – das belegen Studien – kommt es zu mehr Komplikationen, auch bei der Nachbehandlung, und der Spitalsaufenthalt ist länger. Man kann also sagen, dass gelingende Kommunikation wie ein gutes Medikament wirkt. Viele Medikamente wirken nicht bei allen Menschen gleich gut, aber gute Kommunikation wirkt immer.

Als Patient muss man vor manchen Untersuchungen oder Operationen lange Formulare ausfüllen, die auch medizinische Fachbegriffe beinhalten. Kann das gelingende Kommunikation sein oder sollten solche Gespräche mündlich erfolgen?

Die Medizin wird immer mehr von rechtlichen Fragen beeinflusst, weil die Rechte der Patientinnen und Patienten zum Glück immer stärken in den Vordergrund rücken. Dazu zählt das Recht des Patienten auf umfassende Aufklärung. Das würde am besten in einem persönlichen Gespräch passieren. Aber: Der Arzt muss auch nachweisen können, dass er den Patienten entsprechend aufgeklärt hat. Dazu dienen die vielen Fragebögen. Denn Verschriftlichung ist in unserer Rechtskultur DAS Mittel zur Dokumentation. Auf der ande-

ren Seite muss der Patient bestätigen, dass er die Aufklärung verstanden hat. Dazu dient aus rechtlicher Sicht die Unterschrift des Patienten. Wenn er ein Formular unterschreibt, dann hat er einen rechtsgültigen Akt gesetzt. Schriftliche Kommunikation kann aber nicht mündliche Kommunikation ersetzen. Außerdem: Wer wird seine Unterschrift verweigern, wenn die Alternative die ist, nicht behandelt zu werden? In Österreich gibt es nun einige Pilotprojekte, wo die Dokumentation nicht mehr nur schriftlich gemacht wird, sondern auch eine Videoaufzeichnung der Gespräche zum Nachweis erfolgt. Aber das führt natürlich auch wieder zu Problemen des Datenschutzes.

Sie plädieren gegen zu starke Strukturierung in der Kommunikation. Meinen Sie damit auch diese Formulare?

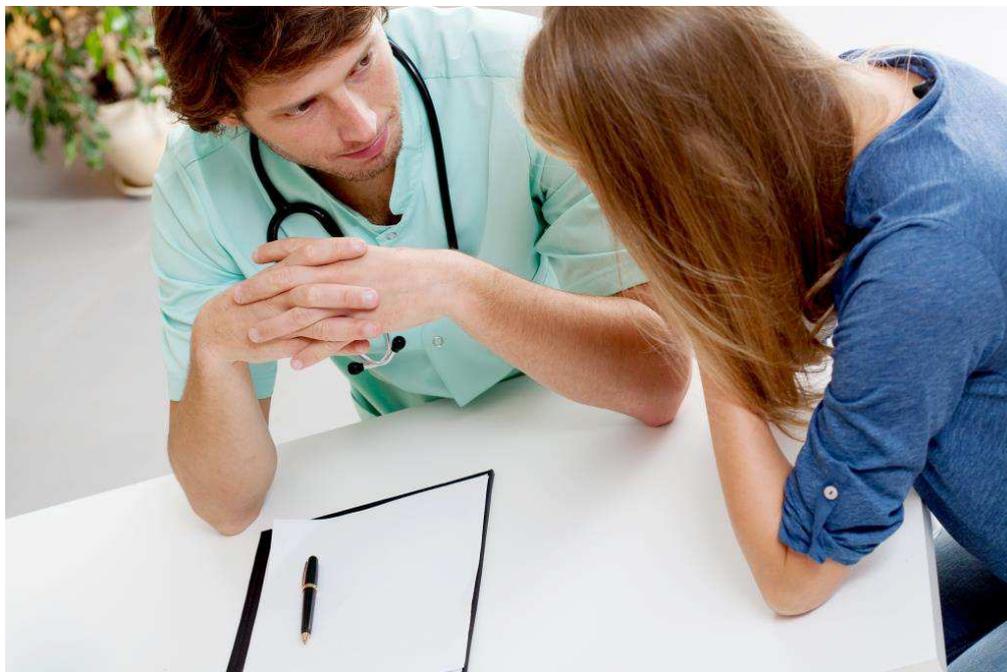
Manche Dinge lassen sich gut standardisieren, manche Dinge müssen sogar standardisiert werden. Checklisten sind wichtig, wenn Versäumnisse zu großen Schwierigkeiten führen könnten. Das Problem bei Checklisten ist allerdings, dass nur das abgehakt wird, was bekannt ist. Man beruft sich also auf Erfahrungen aus der Vergangenheit. Kommunikation ist aber ein offenes System. Wir können nicht immer vorher sagen, was passiert, der Ausgang ist offen. Und wenn wir keine Checklisten haben, ist die Möglichkeit, dass Dinge zum Thema werden, an die wir gar nicht gedacht haben, größer als wenn wir nur nach Checklisten vorgehen. Gerade im ärztlichen Gespräch treten oft spontan zusätzliche Informationen zutage, die manchmal lebenswichtig sind, aber in keiner Checkliste vorkommen. Auch in Konferenzen und Besprechungen kommen meist

die spannenderen Dinge zur Sprache, wenn man sich nicht genau an die Tagesordnung hält, also über scheinbar unwichtige Dinge spricht. Dabei werden oft Probleme gelöst, an die zuvor niemand gedacht hat. Insofern ist stärkere Strukturierung hier eher fehl am Platz. Manager und Managerinnen (in Unternehmen genauso wie in Spitälern) neigen jedoch dazu, noch mehr Regeln aufzustellen, wenn sie merken, dass etwas nicht gut läuft. Es läuft danach aber trotzdem nicht besser, im Gegenteil.

nicht die eigene Muttersprache verwenden kann?

In Österreich ist es Aufgabe des Arztes, dafür zu sorgen, dass der Patient ihn versteht. Ist der Patient nicht deutscher Muttersprache, hat theoretisch das Krankenhaus dafür zu sorgen, dass z. B. ein Dolmetscher vorhanden ist. In der Praxis ist es natürlich so, dass die Patienten Angehörige mitbringen, die übersetzen. Wenn wir zwei Sprachen und drei Sprecher haben, dann explodieren die Möglichkeiten des

gesehen und aus der Geschichte des Landes heraus betrachtet kann natürlich auch in Südtirol das Gefühl entstehen, nicht verstanden zu werden. Unsere Erwartungen an die Kommunikation sind eben, wie schon gesagt, historisch und gesellschaftlich stark mitgeprägt. Der kreative Umgang ist m.E. in der Kommunikation immer der beste Weg: Das heißt ausprobieren, und wenn etwas nicht funktioniert, dann eben etwas anderes ausprobieren – immer wieder aufs Neue. Denn letztlich entscheidend ist, dass



„Das ärztliche Gespräch ist das Zentrum ärztlichen Handelns.“

Foto: Shutterstock

Mitarbeiter halten sich dann womöglich starr an die Regeln und beachten alles andere nicht mehr. Das Engagement, die Aufmerksamkeit und die Selbstorganisation – ein wesentliches Organisationsprinzip in jedem komplexen Unternehmen – der Mitarbeiter gehen verloren.

Wenn die Kommunikation innerhalb einer Sprache schon so schwierig ist, welche Chancen haben dann Arzt-Patient-Gespräche, in denen zumindest ein Gesprächspartner

Missverstehens, weil die Erwartungen vielfältiger werden. Aus der Perspektive eines Südtirolers, der im Ausland lebt, würde ich sagen, dass die Mehrsprachigkeit in Südtirol, verglichen mit anderen Staaten, doch recht gut geregelt ist. Im Falle von Deutsch und Italienisch sind die meisten Südtiroler wohl auf einem Niveau, dass sie sich verständigen können. Oder man kann zur Not einen anderen Arzt hinzuholen. Im Falle von Deutsch und Bantu oder Swahili wird das schon schwieriger. Individuell

die Kommunikation nicht endgültig aufhört.

Das Interview führte Monika Obrist im August 2014.

Buchtipps (Auswahl):

- Menz, Florian [Hrsg.] (2013): Migration und medizinische Kommunikation: linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. Göttingen: V & R Unipress, Vienna Univ. Press.
- Menz, Florian (2011b): Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In: Peintinger, Michael (ed): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien. Facultas.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna / Sator, Marlene / Wetschanow, Karin (2010): Sprechen über Schmerzen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr (UVR).
- Menz, Florian/ Stahl, Heinz, K. (2008): Handbuch Stakeholderkommunikation. Grundlagen – Sprache – Praxisbeispiele. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna / Gstettner, Andreas (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Münster: LIT-Verlag.
- Lalouschek, Johanna / Menz, Florian / Wodak, Ruth (1990): „Alltag in der Ambulanz“. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen: Narr (KUI 20).
- Wodak, Ruth / Menz, Florian / Lalouschek, Johanna (1989): Sprachbarrieren. Die Verständigungskrise der Gesellschaft. Wien: Edition Atelier.