

FORUM FÜR FACHSPRACHEN-FORSCHUNG

FORUM FÜR
FACHSPRACHEN-
FORSCHUNG



Sprache und Medizin

Interdisziplinäre Beiträge
zur medizinischen Sprache
und Kommunikation

Sascha Bechmann (Hg.)

T Frank & Timme

Verlag für wissenschaftliche Literatur

Sascha Bechmann (Hg.)
Sprache und Medizin



Forum für Fachsprachen-Forschung

Hartwig Kalverkämper (Hg.)

in Zusammenarbeit mit Klaus-Dieter Baumann

Band 138

Sascha Bechmann (Hg.)

Sprache und Medizin

Interdisziplinäre Beiträge
zur medizinischen Sprache und Kommunikation

mit Geleitworten von Hermann Gröhe,
Prof. Dietrich Grönemeyer und Dr. Eckart von Hirschhausen

FFrank & Timme
Verlag für wissenschaftliche Literatur

Die Publikation wurde vom Institut für Internationale Kommunikation e.V.
und der Anton-Betz-Stiftung der Rheinischen Post e.V. gefördert.

ISBN 978-3-7329-0372-6

ISBN (E-Book) 978-3-7329-9655-1

ISSN 0939-8945

© Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur
Berlin 2017. Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts-
gesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Herstellung durch Frank & Timme GmbH,
Wittelsbacherstraße 27a, 10707 Berlin.

Printed in Germany.

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

www.frank-timme.de

Inhaltsverzeichnis

HERMANN GRÖHE

Grußwort9

DIETRICH GRÖNEMEYER

Auch Sprache kann heilen 11

ECKART VON HIRSCHHAUSEN

Wünsche für die Mediziner von morgen 13

SASCHA BECHMANN

Vorwort..... 17

I MEDIZIN UND THERAPIE

HEINER HEISTER UND RUDOLF HENKE

**Patient und Arzt im Gespräch: Patient-Arzt-Kommunikation und die
Zukunft des ärztlichen Berufsbildes23**

PETER HOFFMANN

**Verstehen und Verständigung über die Sprache hinaus:
Zum Mitteilungsscharakter der Musik in der Musiktherapie47**

VERA KALITZKUS UND STEFAN WILM

**Narrative Medizin: Vermittlerin zwischen Sprach- und Erfahrungswelten
im medizinischen Kontext73**

II SPRACHE

SASCHA BECHMANN

**Die Sprache der Arztbriefe: Ethnomethodologische Ansätze in der
Fachtextanalyse klinischer Arztbriefe 101**

Inhaltsverzeichnis

ROBERT MROCZYNSKI

Zum Begriff „Patient mit Migrationshintergrund“ im medizinischen
Diskurs: Eine gesprächslinguistische Analyse131

HANS ULRICH SCHMID

Austernrotz und Opodeldok: Medizinische Sprache im Mittelalter157

MARITA PABST-WEINSCHENK

„... und was sagt die Stimme?“, Sprechwissenschaftliche Analysen zur
Wirkung der para- und extraverbalen Ebenen der Arzt-Patienten-
Kommunikation181

III MEDIEN

ARNO GÖRGEN

Funktionale Störungen der Normalität: Krankheit in der Populärkultur.....215

SONJA KLEINKE

Dr. Google: Chancen und Probleme von Patienteninformationen aus dem
Internet im linguistischen Fokus.....239

ACHIM MORTSIEFER, DIANA LUBISCH UND STEPHANIE BECKER

Medizinische Kommunikation 2.0: Welche neuen Kompetenzen brauchen
Patienten und Ärzte im digitalen Zeitalter?.....265

IV PHILOSOPHIE / ETHIK

FRAUKE ALBERSMEIER

Von Modellen und Materialien: Tiere in der Sprache der
biomedizinischen Forschung.....295

DAVID HOMMEN

Den Geist zur Sprache bringen: Erkenntnistheoretische, anthropologische
und ethische Aspekte des psychotherapeutischen Gesprächs.....321

V LITERATUR

MIRIAM ALBRACHT

**Über das Leid sprechen: Krankheit und Tod in ausgewählten Werken
Thomas Manns..... 351**

HELMUT BRALL-TUCHEL UND ANKE PETERS

**Krankheiten, die der Mensch nicht heilen kann: Mittelalterliches
Erzählen über Krankheit und Sprache..... 373**

VI DIDAKTIK

ANDRÉ KARGER UND LINN HEMPEL

**Wie angehende Ärzte medizinische Kommunikation lernen:
Die Vermittlung kommunikativer Kompetenz im Medizinstudium am
Beispiel von CoMed 401**

SASCHA BECHMANN UND MATTHIAS JUNG

**Medizinische Kommunikationsforschung und Deutsch als Fremdsprache:
Ein Gespräch über Gemeinsamkeiten und Spezifika in Forschung und
Vermittlung 419**

VII ORGANISATION UND RECHT

PATRICK BOLDT

Weiterbildung in Zeiten der Migration: Ein Einblick in die Praxis..... 445

FRANK SARANGI

Das Arzt-Patienten-Gespräch: Ausgestaltung und rechtliche Bedeutung 457

Beiträgerinnen und Beiträger..... 483

Grußwort

Rund 40 Millionen Menschen in Deutschland informieren sich regelmäßig zu Gesundheitsthemen über das Internet. Die Güte der Informationen ist aber nicht das, wonach die Suchmaschinen auswählen. Ein medizinischer Laie kann oft nicht erkennen, ob eine Information verlässlich ist. Vielen Menschen fällt es schwer, die Spreu vom Weizen zu trennen. Das vergrößert die Unsicherheit. Gerade, wenn es um ernsthafte oder sogar lebensbedrohliche Erkrankungen wie Krebs geht, sind aber zuverlässige, unabhängige und gut zugängliche Informationsangebote wichtig. Es gibt in Deutschland eine Reihe ernstzunehmender Anbieter von krebsbezogenen Informationen. Viele dieser vertrauenswürdigen Informationen sind der Bevölkerung jedoch kaum bekannt. Deshalb brauchen wir ein echtes Gegengewicht zu „Dr. Google“ und somit Gesundheitsinformationen, die qualitätsgesichert und vor allem werbefrei sind.



Wir brauchen ein deutsches Gesundheitsportal, auf dem alle wichtigen Informationen rund um das Gesundheitswesen zu finden sind – mit hoher Qualität und zugleich verständlich und leicht zu erfassen. Darum habe ich das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) beauftragt, ein Konzept für ein solches Gesundheitsportal zu erarbeiten. Denn ich will, dass alle Menschen hierzulande Zugang zu wichtigen und zuverlässigen Gesundheitsinformationen bekommen, die für jedermann verständlich sind. Schließlich vertrat schon Konfuzius die Ansicht: „Wenn die Sprache nicht stimmt, so ist das, was gesagt wird, nicht das, was gemeint ist.“

Diesem interessanten Thema widmen sich die zahlreichen Beiträge des vorliegenden Sammelbandes. Sie werden Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, sicherlich neue interessante Erkenntnisse aus dem Bereich „Sprache und Medizin“ vermitteln. Ich wünsche Ihnen viel Spaß dabei.

Auch Sprache kann heilen

Wir haben es in der Medizin weit gebracht. Dank modernster Diagnoseverfahren liegt das Innere des menschlichen Körpers wie ein aufgeschlagenes Buch vor uns. Wir können dem Schmerz technisch auf den Grund gehen, das Übel bei der Wurzel fassen, verbrauchte durch künstliche Gelenke ersetzen, können Organe, Leber und Niere, verpflanzen. Selbst die Herztransplantation ist unterdessen ein Routineeingriff. Tausende von Leben werden so Tag für Tag gerettet. Schweres Leid wird gelindert, wie es sich unsere Vorfahren noch vor fünfzig oder gar hundert Jahren nicht vorzustellen wagten. Lassen sich doch sogar Depressionen und die Melancholie mit Psychopharmaka scheinbar im Handumdrehen überwinden. Wer wollte sich da noch lange bei der Vorrede aufhalten? Die Ärzte, deren Wartezimmer überfüllt sind? Die Patienten, die sich schnelle Heilung erhoffen? Die einen wie die anderen setzen mehr und mehr auf den medizinischen Fortschritt. Seine Segnungen sind so vielversprechend wie verführerisch.

Für die „sprechende Medizin“ bleibt da kaum noch Zeit und Raum. Dabei bedürften wir ihrer heute – unter den Bedingungen der stressgeplagten Leistungsgesellschaft – mehr als je zuvor. Denn nicht jedes Herz, das schmerzt, bedarf gleich eines Eingriffs, einer Katheter-Untersuchung, eines Stents oder Schrittmachers. Oft würde es schon genügen, dem Patienten zuzuhören, sich im Gespräch auf das einzulassen, was ihm auf dem Herzen liegt. Wo die Zeit dazu fehlt, wird der Körper zu einem Objekt der Behandlung, von dem man annimmt, das es sich schmieren und reparieren lasse wie eine Maschine, wie etwas, das schlichtweg zu funktionieren hat. Patient und Therapeut laufen Gefahr, sich dem Menschen zu entfremden, statt ihn als das zu respektieren, was er ist: die Einheit von Körper, Geist und Seele. Um ihn so zu erfassen, bedarf es aber der Sprache, nicht der Fachsprache, in der sich die Mediziner untereinander verständigen, ohne dass der Patient den Sinn ihrer Rede verstehen könnte, sondern eines Austauschs, der ihn einbezieht.

Die Schriftsteller, die großen Erzähler und Dichter haben das immer gewusst. Als Arzt lese ich Krankheitsgeschichten stets mit Gewinn. Manche wurden uns sogar im Studium nahegebracht. Unterdessen scheint dafür in den Lehrplänen aber kein Platz mehr zu sein. Ein Verlust, mit dem wir uns nicht abfinden sollten. Vielmehr ist es bei all unserem Bemühen um neue, immer bessere und großartige Behandlungsmöglichkeiten höchste Zeit, einen Moment innezuhalten, um uns wieder bewusst zu machen, welche Rolle die Sprache in der Medizin spielt.

Dieses Buch lädt dazu ein. Philosophen, Historiker, Ärzte, Literatur- und Sprachwissenschaftler, Gesundheitspolitiker und die Vertreter großer Verbände haben gemeinsam vorgelegt, was lange fehlte: ein Lehrbuch der „sprechenden Medizin“. Wer darin liest, wird mir Recht geben, wenn ich sage, auch die Sprache kann heilen. Sie ist eines der wichtigsten, wenn nicht das wichtigste Instrument überhaupt, über das die Ärzte verfügen, heute wie vor Zeiten.

Wünsche für die Mediziner von morgen

1. **Erinnert euch, wofür ihr mal gestartet seid!** Am besten schreibt ihr einmal auf, was euch wichtig ist, warum ihr Medizin studieren wollt, und was ihr anders machen wollt. In jedem Semester schaut ihr einmal auf den Zettel und checkt, ob ihr auf der richtigen Spur seid. Morgens in den Spiegel schauen hilft auch!
2. **Ihr seid das Medikament!** Die Wirkung von jedem Schmerzmittel hängt zu 35 % davon ab, mit welchen Worten, welcher Haltung und welcher Zuwendung ihr es verabreicht. Entwickelt eure Persönlichkeit. Per-Son ist, wer sich durch die Maske zu erkennen gibt. Ihr spielt eine große Rolle im Leben von anderen Menschen – spielt sie gut!
3. **Lernt von den Besten!** Wer sind Eure Vorbilder? Welcher Arzt, Lehrer, Erzieher oder welche Pflegekraft hat euch schon als Kind beeindruckt und geprägt? Packt eine Schatzkiste von guten Beispielen und persönlichen Geschichten. Medizin lernt man aus Büchern. Heilkunst vermittelt sich wie jede Kunst durch die Meister des Fachs, die ihre Kunst intuitiv vorleben, vermitteln und mit anderen teilen. Werdet selber zu einem guten Vorbild für andere.
4. **Pflegt Freundschaften!** Macht einen roten Kringel im Adressbuch um die Menschen, mit denen ihr lachen, weinen und schweigen könnt. Das sind eure größten Schätze – gerade wenn sie nichts mit Medizin zu tun haben. Pflegt eure Hobbys und Macken! Engagiert euch sozial, denn dabei lernt ihr euch besser kennen, baut neue Fähigkeiten auf und lernt viel über Menschen. All das ist bestes Training, um zu verstehen, wie andere ticken, was sie brauchen und was Medizin kann und was sie nicht kann.
5. **Wenn ihr nicht mehr könnt, holt euch Hilfe!** Leistungsdruck macht krank. Sucht, Suizid und Depression prallen nicht am weißen Kittel ab, im Gegenteil sind helfende Berufe traditionell schlecht darin, sich selber pfleglich zu behandeln. Ihr müsst gut für euch sorgen, wenn ihr für andere sorgen wollt.
6. **Macht Fehler! Und redet darüber.**

7. Setzt euch zu Patienten ans Bett, die in Not sind! Haltet ihre Hand. Ein paar Minuten Zuwendung können für einen anderen Menschen lebensrettend sein. Begegnet und berührt Menschen so, wie es ihnen guttut. Bevor ihr losredet, schaut Menschen einmal ins Gesicht. Und bevor ihr jemandem in die Armbeuge stecht, fühlt mal die Hand und den Puls.



8. Die größten Herausforderungen sind nicht auf der Rezeptor-Ebene, sondern auf der gesellschaftlichen! Soziale Ungerechtigkeit macht krank und Unglück können wir uns nicht länger leisten. Die großen Themen der Gegenwart und Zukunft sind seelische Gesundheit, Altersmedizin, Prävention von Hochdruck, Fettleibigkeit, Depression und Demenz. Es ist naiv zu glauben, dass es dafür jemals einen Schalter oder eine Pille geben kann. Gesundheit findet im Alltag statt, wo Wissen zu Verhalten wird. Und zu Lebensfreude.
9. Die Zukunft der Medizin ist weiblich, patienten- und prozessorientiert, präventiv und kommunikativ. Die Ausbildung bevorzugt nach wie vor oft Einzelkämpfer, Spezialistentum und Ellenbogen. Gute Ideen setzen sich nicht nur durch, weil sie gut sind. Sondern weil die Gegner aussterben. Haltet durch!

10. Pfllegt die Pflege! Lernt von fitten Stationsleitungen und gebt Anerkennung und Wertschätzung, wo ihr könnt. Ohne Pflegekräfte wird nichts von euren schlaun Verordnungen beim Patienten landen. Feiert gemeinsame Erfolge! Macht Fotos von Patienten, denen ihr helfen konntet, so wie die Kinderfotos auf der Neonatologie einem mit einem Blick sagen, dass es sich lohnt zu kämpfen; so könnte es auf jeder Station Fotos, Postkarten und Bilder geben, die einen daran erinnern, wie oft wir helfen können.
11. Der Tod ist nicht euer Feind. Menschen sind sterblich, und das ist gut so. Ein Leben ohne Ende wäre sterbenslangweilig. Lernt loszulassen und da zu sein, ohne etwas tun zu müssen. *The Art of Medicine is to do as much nothing as possible* (House of God)!
12. Humor beginnt da, wo der Spaß aufhört. Humor ist nichts Oberflächliches, sondern das tiefe Verständnis davon, dass Dinge manchmal nicht zu ändern sind, das Leben gleichzeitig schön und schrecklich sein kann, und dass wir aus Staub kommen und zu Staub werden und dazwischen versuchen, viel Staub aufzuwirbeln. Habt eine rote Nase dabei, verschenkt, wo ihr könnt, ein Lächeln und, wo es passt, eine Umarmung. Steckt andere an!

Vorwort

Medizin und Sprache – kaum zwei Bereiche (auch Wissenschaften) sind so eng miteinander verwoben wie diese beiden. Medizin ohne Sprache wäre nicht nur sprachlos, sie wäre inhaltsleer. Sie wäre nicht möglich, weil die Verständigung in der Medizin und auch diejenige über die Medizin nur sprachgebunden funktionieren können. Die Versprachlichung medizinischen Wissens und dessen Vermittlung ist die Wurzel jeder Medizin.

Das Interesse an Sprache und Medizin – und dem Spannungsfeld dazwischen – teilen sich Mediziner und Linguisten gleichermaßen. Die einen wollen wissen, wie sie selbst miteinander und mit ihren Patienten kommunizieren können, damit der eine versteht, was der andere zu verstehen geben möchte. Es geht ihnen um die Lösung alltagspraktischer Probleme. Die anderen interessieren sich dafür, wie Sprache es schafft, gegenseitiges Verstehen herzustellen. Sie interessieren sich für die innere Prozesshaftigkeit von Sprache in konkretem Handeln. Vereinfacht könnte man das auf die Formel bringen: Ärzte handeln und Linguisten analysieren dieses Handeln. So – oder so ähnlich – kann man das gegenwärtige Forschungsinteresse an medizinischer Sprache beschreiben. Nur leider – diese Beschreibung ist nicht hinreichend, denn sie vernachlässigt wesentliche Betrachtungsebenen.

Ebenso wie das Sprechen in der Medizin ist das Sprechen über die Medizin seit jeher für den Menschen von Bedeutung. Der Verdacht liegt daher nahe, dass auch andere Wissenschaften aus den jeweils ihnen eigenen Blickwinkeln Wesentliches zum Thema beitragen können. Auf eben diesem Verdacht beruht das Konzept zu diesem Sammelband, der sich zum Ziel gesetzt hat, einen breiten Überblick über die Interessen, Perspektiven und Ansätze verschiedenster Disziplinen und Institutionen auf das Themenfeld der Sprache und Kommunikation im medizinischen Umfeld zu geben. Dabei stehen Fragen der Wirksamkeit und Heilsamkeit von Sprache ebenso im Fokus wie literaturwissenschaftliche oder sprachhistorische Aspekte oder ethisch-moralische Probleme und Herausforderungen. Das Sprechen in der Medizin und das Sprechen (oder Schreiben)

über Medizin müssen gleichermaßen beleuchtet werden, weil sich darin die Vielschichtigkeit und zugleich die kulturelle und soziale Bedeutung von Sprache im medizinischen Kontext zeigt.

Ursprünglich konzipiert als eine Zusammenschau „Düsseldorfer Beiträge zu Sprache und Medizin“ (was die Dominanz Düsseldorfer Kolleginnen und Kollegen erklärt) und später geöffnet für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler anderer Hochschulen sollte dieser Sammelband die Forschungsansätze und -traditionen zahlreicher Wissenschaften abbilden, darunter Medizin, Sprachwissenschaft (einschließlich der Sprachdidaktik), Medizingeschichte, Literaturwissenschaft, Medienwissenschaft, Recht und Philosophie. Dabei war es mir von Beginn an ein Anliegen, möglichst unterschiedliche Positionen, Ansätze und Denkrichtungen vertreten zu sehen. So etwas wie eine Homogenität der Beiträge war zunächst nicht beabsichtigt. Und dennoch stehen die einzelnen Beiträge nun alles andere als unvermittelt nebeneinander. Wie durch das Wirken der unsichtbaren Hand ergibt sich in der Zusammenschau der Beiträge eine gemeinsame Linie, etwas Verbindendes.

Zwar kann die hier präsentierte Auswahl selbstverständlich nicht alle Winkel thematisch ausleuchten, aber dennoch öffnet sich nach der Lektüre aller Beiträge eine weite Lichtung vor dem inneren Auge. Sie, liebe Leserin und lieber Leser, werden erkennen, dass jeder der Beiträge in einem engen Bezugsrahmen mit den jeweils anderen Beiträgen verbunden ist. Auf diese Weise entspinnt sich ein Netz aus sich wechselseitig überlagernden Aspekten, das nachbarschaftliche Verhältnisse zwischen den hier vorgestellten Positionen (die alle völlig verschiedenen Forschungspraktiken, -interessen und -zielen folgen) erkennbar werden lässt. Dieser unbeabsichtigte Effekt ist der eigentliche Kern und Wert dieses Bandes. Er zeigt, dass Wissenschaften nicht unverbunden nebeneinander, sondern immer nur verbunden miteinander verstanden werden können. Insofern ist dieser Sammelband auch Ausdruck der Hoffnung des Verfassers, Interdisziplinarität in der Erforschung fächerübergreifender Phänomene des menschlichen Tuns und Denkens auch künftig stärker zu fördern und zu fordern. Die hier versammelten Autorinnen und Autoren haben einen wesentlichen Schritt in diese Richtung gewagt, wofür ich ihnen danken möchte.

Auch wenn ein erster Schulterchluss gelungen ist, bleibt anzumerken, dass es weder der Rahmen dieses noch irgendeines anderen Sammelbandes zulassen kann, alle Themen und Disziplinen zu berücksichtigen, die auf dem weiten Feld

Sprache und Medizin ausgebreitet sind. Hier konnte es lediglich das Ziel sein, einzelne Ecken dieses Feldes auszuleuchten – vieles liegt noch im Dunkeln. Kritik an der Auswahl der hier versammelten Beiträge ist so oder so immer gerechtfertigt und sie steht zu erwarten. Auch hier darf ich die Hoffnung formulieren, dass dieser Sammelband ergänzt wird um weitere Sammlungen, die Fragen beleuchten, die hier nicht oder nur teilweise angeklungen sind. Den ersten Impuls möchte ich selbst geben: Gesundheitsökonomische Fragen, die mit effektiver ärztlicher Kommunikation verbunden sind, liegen ebenso weitgehend unbeantwortet vor uns wie Fragen zur medialen Darstellung von Medizin (Sprache von (fiktiven) Ärzten in Fernsehserien o. ä.). Hier gibt es noch viel zu entdecken.

Bevor ich abschließend einigen Menschen Dank sage, ein Hinweis zur sprachlichen Gestaltung des Bandes: Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit habe ich die Beiträgerinnen und Beiträger angehalten, in den Texten für Personenbezeichnungen die maskuline Form zu wählen. Sie, liebe Leserin und lieber Leser, werden also gebeten, die jeweils weibliche Form gleichsam mitzulesen. Das gilt nicht nur für diejenigen Beiträge, in denen noch einmal explizit darauf hingewiesen wird (manche Autorinnen und Autoren bestanden darauf), sondern für alle Texte, in denen das generische Maskulinum teilweise oder durchgängig gewählt wurde.

Mein persönlicher Dank gilt den Menschen, die dieses Buch ermöglicht haben. Das sind Dr. Esther Betz (Anton-Betz-Stiftung der Rheinischen Post) und Dr. Matthias Jung (Institut für Internationale Kommunikation e.V.), mit deren finanzieller Hilfe das Projekt auf ein solides wirtschaftliches Fundament gestellt werden konnte. Außerdem gilt mein Dank Dr. Karin Timme (Verlag Frank & Timme) für die Aufnahme in die Reihe *Forum für Fachsprachen-Forschung* und meinen Mitarbeiterinnen Marina Lukin und Lena Stutz für das sorgfältige Lektorat der Manuskripte. Nicht zuletzt geht mein Dank auch an die prominenten Unterstützer aus der Politik, der Wissenschaft und den Medien: Hermann Gröhe, Prof. Dietrich Grönemeyer und Dr. Eckart von Hirschhausen. Sachkundig und freundlich haben alle drei Sie bereits zum Lesen eingeladen – ich möchte Sie davon nun nicht länger abhalten.

Düsseldorf im August 2017

I MEDIZIN UND THERAPIE

Patient und Arzt im Gespräch: Patient-Arzt-Kommunikation und die Zukunft des ärztlichen Berufsbildes

Abstract: Das vertrauensvolle Gespräch zwischen Patient und Arzt ist von großer Bedeutung für den Erfolg aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die Ärzte durchführen oder veranlassen. Ausgehend von dieser Erkenntnis fragt der nachfolgende Beitrag nach der Bedeutung der Patient-Arzt-Kommunikation für das ärztliche Berufsbild und zeichnet wesentliche Entwicklungen nach, die zu Veränderungen in diesem Themenfeld geführt haben und noch führen. Neben problematischen Trends im Sinne von z. B. Ökonomisierung und Bürokratisierung sind dies vor allem Veränderungslinien in der Medizin selbst und im Selbstverständnis von Patienten, Ärzten und Angehörigen der anderen Gesundheitsfachberufe. Die intensive Befassung mit dem Thema ‚Patient-Arzt-Kommunikation‘ auf den vergangenen Deutschen Ärztetagen hat eine ganze Reihe von Konsequenzen aufgezeigt, die aufgrund dieser Veränderungen innerhalb der Ärzteschaft selbst, aber auch mit Blick auf die erforderlichen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen zu ziehen sind.

- 1 Kommunikation und das Selbstverständnis des ärztlichen Berufes
- 2 Bewertungen der Patient-Arzt-Kommunikation
- 3 Problematische Rahmenbedingungen
- 4 Patient-Arzt-Kommunikation im Wandel
 - 4.1 Medizinischer Fortschritt
 - 4.2 Patient-Arzt-Verhältnis
 - 4.3 Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufe im Wandel
- 5 Fazit und Konsequenzen
- 6 Literatur

*Zuerst heile durch das Wort, dann durch die Arznei
und zum Schluss mit dem Messer.*

Paracelsus (1493–1541)

1 Kommunikation und das Selbstverständnis des ärztlichen Berufes

Das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs ist auf das Wohl des Patienten ausgerichtet: ‚Salus aegroti suprema lex‘ – dieser alte lateinische Grundsatz findet im sich im heutigen ärztlichen Gelöbnis unverändert wieder: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“ (MBO-Ä 1997)¹. Tatsächlich gilt bis heute, dass junge Menschen, die das Medizinstudium beginnen, als ein zentrales Motiv den Wunsch angeben, durch ihren Beruf den Kranken helfen zu wollen (Schwarzer & Fabian, 2012; Sönnichsen, Donner-Banzhoff & Baum, 2005). Und wirklich bestätigen Bevölkerungsbefragungen das besondere Vertrauen der Patienten in ihren Arzt² als zentralen Ansprechpartner wenn es um die Frage von Gesundheit und Krankheit geht (Götte et al., 2017; Kornelius, 2016; Kulzer, 2015; Stäbler, 2014).

Aus diesen Ergebnissen sollte jedoch nicht zu vorschnell geschlossen werden, dass dies auch in Zukunft so bleiben muss. Das Berufsbild von Ärzten hat über die Jahrhunderte hinweg immer wieder Wandlungen erfahren. Es ist deswegen keinesfalls selbstverständlich, dass das heute prägende Berufsbild die Tätigkeit von Ärzten auch in einigen Jahrzehnten kennzeichnen wird. Aus den sich sozial und politisch verändernden Umständen im deutschen Gesundheitswesen ergeben sich wichtige Fragen:

- Wie werden Ärzte in der Zukunft arbeiten? Was wird ihren beruflichen Alltag prägen?

.....

1 (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997. In *Deutsches Ärzteblatt* 2015; DOI: 10.3238/arztebl.2015.mbo_daet2015.

2 Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personen- und Berufsbezeichnungen die maskuline Form gewählt.

- Wie werden sie von ihren Patienten und von der Gesellschaft wahrgenommen werden?
- Wird der Arzt der Zukunft noch erster Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten sein, wenn es um Fragen von Gesundheit und Krankheit geht? Oder haben dann andere Berufsgruppen diese Rolle übernommen, während Ärzte als patientenferne Experten erst ins Spiel kommen, wenn die Fragen und Präferenzen des Patienten bereits geklärt sind und nur bestimmte ‚Behandlungsaufträge‘ abzuarbeiten sind?
- Wie wird die Digitalisierung der Medizin den ärztlichen Beruf verändern?
- Werden künftig immer öfter Algorithmen und künstliche Intelligenz die für den Patienten richtige Therapie auswählen?
- Rückt der Arzt durch die Möglichkeiten der Telemedizin weiter vom Patienten weg?
- Oder liegt in der Digitalisierung das Potential für eine neue Qualität in der Patient-Arzt-Beziehung?

Auf all diese Fragen gibt es viele denkbare Antworten und sicherlich gibt es zahlreiche Faktoren, die für die weitere Entwicklung des ärztlichen Berufsbildes bestimmend sein werden. Es dürfte aber unbestritten sein, dass die Frage nach dem ärztlichen Berufsbild untrennbar verbunden ist mit der Frage nach dem Verhältnis von Patienten zu ihren jeweiligen Ärzten. Damit wird die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu einem wesentlichen Schlüssel, nicht nur für die einzelne Behandlungssituation, sondern auch für die weitere Entwicklung des ärztlichen Berufes insgesamt.

Denn im Zentrum jeder Begegnung von Patient und Arzt steht die Kommunikation, unabhängig davon, ob die Beteiligten dies so realisieren oder nicht. ‚Man kann nicht *nicht* kommunizieren‘ – dieses Axiom des österreichischen Kommunikationswissenschaftlers Paul Watzlawick gilt auch im Gesundheitswesen. „Kommunikation ist zentraler Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung“ – so haben es die Delegierten des 117. Deutschen Ärztetages in Düsseldorf in ihren *Düsseldorfer Forderungen zur Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation* ausgedrückt.

Ärzte müssen deswegen die Kommunikation mit ihren Patientinnen und Patienten als Kernelement ihrer Tätigkeit begreifen, das ein gleiches Engagement und die gleiche Professionalität erfordert wie die fachgerechte körperliche Untersuchung oder ein kompliziertes, technikgestütztes Behandlungsverfahren.

Wenn dies geschieht, ist damit ein entscheidender Beitrag zur Sicherheit und zum Erfolg der ärztlichen Behandlung geleistet. Gelingende Kommunikation führt auch zu höherer Zufriedenheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten wie der Ärztinnen und Ärzte (vgl. Mortsiefer et al., 2015). Damit gilt aber auch: Die Stärkung der Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten ist ein wesentlicher, vielleicht sogar der entscheidende Beitrag dazu, das ärztliche Berufsbild auch für die Zukunft so zu gestalten, wie es seit jeher dem Selbstverständnis dieses Berufes entspricht: als empathisches und professionelles Gegenüber für erkrankte Menschen.

2 **Bewertungen der Patient-Arzt-Kommunikation**

Wer sich mit zukünftigen Herausforderungen und Chancen für die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten befassen will, tut gut daran, sich zunächst darüber klar zu werden, wie es aktuell um dieses Thema bestellt ist.

In Debatten um dieses Thema werden teils Einschätzungen oder Erfahrungen eingebracht, die den Gedanken nahelegen, dass Ärzte große Defizite in ihrem Kommunikationsverhalten zeigen würden (vgl. Bartens, 2013). Es ist wichtig, solche Bewertungen ernst zu nehmen, zumal dahinter immer wieder auch ein persönliches Erleben steht. Der Festschrift Kommunikation, die die Ärztekammer Nordrhein zum 117. Deutschen Ärztetag herausgegeben hat, ist deswegen ganz bewusst ein persönlicher Erlebnisbericht der Bestsellerautorin Charlotte Link vorangestellt, in dem sie sehr belastende Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten schildert, die sie in der Begleitung ihrer krebserkrankten Schwester machen musste (vgl. Link, 2015). Solche Berichte machen betroffen, und sie zeigen eines ganz klar: Mislungene Kommunikation – zumal wenn sie Patienten oder Angehörige in einer Schlüsselsituation trifft – kann in ihrer Wirkung andere Begegnungen überstrahlen, in denen die Kommunikation passabel war oder gelungen ist. Charlotte Link schreibt:

Ganz deutlich sei an dieser Stelle gesagt: Wir sind vielen großartigen Ärzten begegnet, denen ich bis heute tief dankbar bin. Solchen, die uns Mut machten. Die uns mit ihrem Einsatz und Können voranbrachten. Die uns höflich behandelten. Die mit meiner Schwester auf Augenhöhe kommunizierten, obwohl sie todkrank war. [...] Wir sind jedoch auch zu vielen Ärzten begegnet, die all dies komplett vermissen ließen: Einsatz und Können. Höflichkeit. Sorgfalt bei der Diagnosestellung. Und vor allem die Empathie [...]. Gerade weil wir auch so guten und menschlich agierenden Ärzten begegnet sind, weiß ich, dass es anders geht. (Link, 2015)

Solche Erfahrungen müssen Veranlassung sein, den Ursachen misslungener Kommunikation sorgfältig nachzugehen und mit Engagement auf Verbesserungen hinzuwirken. Die Ärzteschaft kann und sollte sich solchen Rückmeldungen aber auch deswegen offen und mit professioneller Veränderungsbereitschaft stellen, weil sie einen Berufsstand betreffen, dessen Beziehungs- und Kommunikationsverhalten im Allgemeinen von den Patientinnen und Patienten nach wie vor außerordentlich positiv bewertet wird. Dafür spricht nicht nur, dass der ärztliche Beruf in Umfragen, die nach dem Ansehen in der Bevölkerung fragen, regelmäßig auf einem der obersten Plätze rangiert (vgl. Stüwe, 2013). Auch in Befragungen, die die Kommunikation spezifischer adressieren, zeigen sich positive Resultate:

Im NRW-Gesundheitssurvey aus dem Jahr 2012, einer repräsentativen telefonischen Bevölkerungsumfrage, haben jeweils mindestens 80 Prozent der Befragten angegeben, dass ihr Arzt „meine Sorgen und Ängste berücksichtigt“ hat und „geduldig auf meine Fragen eingegangen“ ist. 84 Prozent der Befragten haben angegeben, dass der Arzt „mir aufmerksam zugehört [hat], unabhängig davon, wie beschäftigt sie bzw. er war“. Etwa 90 Prozent der Befragten berichteten, dass der Arzt „die verordnete Therapie mit mir abgesprochen“ hat und dem Patienten dabei nicht das Gefühl gegeben hat, ihre bzw. seine Zeit zu vergeuden. (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2012).

Auch diese Befragung zeigt jedoch: *Wenn* Patienten Anlass zu Unzufriedenheit oder Beschwerden sehen, ist dies häufig darauf zurückzuführen, dass die Kommunikation nicht gelungen ist. Diese Erfahrung bestätigt sich auch in der Arbeit der Ärztekammer Nordrhein: Hinter Beschwerden über Ärzte, sei es im berufsrechtlichen Sinne oder wegen eines Behandlungsfehlers, steht als Anlass

oder Ursache häufig eine misslungene Kommunikation. Dieser Zusammenhang ist auch an anderer Stelle in der Literatur belegt (Tamblyn et al., 2007).

Deswegen lohnt es sich, auch wenn die große Mehrheit der Ärzte sicherlich für sich in Anspruch nehmen darf, in aller Regel gelingende Patient-Arzt-Beziehungen zu gestalten, künftig sehr viel mehr in eine Stärkung der Patient-Arzt-Kommunikation zu investieren. Dies gilt allerdings nicht nur deswegen, weil jede einzelne misslungene Kommunikation Schaden anrichten kann. Es gilt umso mehr, als eine Reihe von Rahmenbedingungen die Patient-Arzt-Kommunikation heute und in Zukunft in besonderer Weise herausfordert. Einige dieser Rahmenbedingungen sollen im Folgenden in den Blick genommen werden.

3 Problematische Rahmenbedingungen

Zunächst gilt es, einige Entwicklungen anzusprechen, die ein zunehmend schwieriges Umfeld für die Patientenversorgung im Allgemeinen und für die Patient-Arzt-Beziehung im Besonderen schaffen.

Dazu gehört ein Trend, der in der gesundheitspolitischen Diskussion mit dem Begriff der ‚Ökonomisierung‘ beschrieben wird. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme auf den prinzipiellen Unterschied zwischen (erwünschter) Wirtschaftlichkeit und (abzulehnender) Ökonomisierung hingewiesen (vgl. Bundesärztekammer, 2013). Wirtschaftlichkeit bedeutet demnach

eine möglichst effiziente Allokation von Gütern und Dienstleistungen sowie die Ausrichtung auf einen sowohl sparsamen wie auch wirksamen Einsatz vorhandener Mittel. Dazu gehören zum Beispiel die Straffung von organisatorischen Abläufen, der Abbau von Überkapazitäten sowie die Vermeidung von Verschwendung. Das dazu erforderliche ökonomische Wissen hilft dem Akteur, diese Ziele zu erreichen. Angesichts der Begrenztheit der Ressourcen stellt eine so verstandene Wirtschaftlichkeit auch für das ärztliche Handeln einen wichtigen Orientierungspunkt dar, der als solcher zur moralischen Identität des Arztberufes keineswegs im Widerspruch steht. (Bundesärztekammer, 2013)

Ökonomisierung auf der anderen Seite liegt vor,

wenn betriebswirtschaftliche Parameter jenseits ihrer Dienstfunktion für die Verwirklichung originär medizinischer Aufgaben eine zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele gewinnen. Die ökonomische Überformung medizinischer Vollzüge hat viele Gesichter: Sie tritt in der schrittweisen Einschränkung des ärztlichen Entscheidungsspielraumes durch vorgegebene betriebswirtschaftliche Kennziffern ebenso in Erscheinung wie in der damit einhergehenden Verdrängung fachlicher Entscheidungsgründe durch wirtschaftliche Rentabilitätsgesichtspunkte. (Bundesärztekammer, 2013)

Auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wirkt eine Ökonomisierung der Medizin in doppelter Hinsicht negativ:

Einmal gewissermaßen ‚von außen‘, wenn Personalknappheit und Zeitdruck den Raum für eine offene Begegnung immer mehr einschränken. Dazu tragen Vergütungssysteme bei, die die Vergütung an die Erfüllung einer Reihe von ‚nachprüfbaren‘ prozeduralen Parametern knüpfen, wie dies z. B. im DRG-System für die akutstationäre Patientenversorgung der Fall ist. Nimmt der Druck zu, mehr Leistungen in kürzerer Zeit zu erbringen, wird sich die Konzentration auf die Erfüllung der im Vergütungssystem vorgegebenen Parameter richten – zum Nachteil der ‚nicht-funktionalen‘, nicht-messbaren Leistungsbestandteile. Dies trifft vor allem die Zuwendung zum Patienten, z. B. die Zeit dafür, sich am Rande des Stationsalltags für kurze Zeit an ein Krankenbett zu setzen und offen für die Fragen und Erwartungen des Patienten zu sein. Wie wichtig solche – wenn auch kurzen – Momente der Begegnung für die Qualität der Behandlung sein können, wissen Ärzte und Patienten aus zahlreichen Erfahrungen.

Noch gravierender sind aber wohl die Gefährdungen, die eine Ökonomisierung gewissermaßen ‚von innen‘ für das Patient-Arzt-Verhältnis mit sich bringt. Giovanni Maio hat 2012 in einem Beitrag für das Deutsche Ärzteblatt (Maio, 2012) darauf hingewiesen, dass unter den Bedingungen der Ökonomisierung wesentliche ärztliche Grundhaltungen unter Druck geraten – „Wertschätzung für den Patienten“, „Grundhaltung des authentischen Helfenwollens“, „Grundhaltung der Sorgebeziehung zum Kranken“. Gilt „ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell“, ist der Begegnung von Patient und Arzt ihre wesentliche Grundlage