



Hanfried Helmchen

Oft fehlen die Worte zwischen Arzt und Patient

Selbst wenn Patient und Arzt dieselbe Muttersprache haben, sprechen sie doch miteinander unterschiedliche Sprachen. Denn beide sind Experten, aber für verschiedenartige Erfahrungen und unterschiedliches Wissen – der Patient für sein individuelles Leiden, sein Kranksein, der Arzt als Kenner der Krankheit. Verstehen sie einander trotzdem?

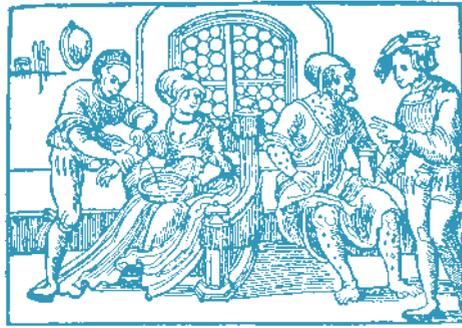
Wörter finden

Der Kranke versucht dem Arzt seine Beschwerden mitzuteilen – im Verhalten, etwa der Gebärde, und vor allem mit Sprache, also Wörtern. Auf dem Weg von dem, was der Kranke unmittelbar erlebt, bis zu dem, was der Arzt zu hören bekommt, unterliegen die Wörter, mit denen der Patient sein Leiden ausdrückt, vielfältigen Einflüssen.

Der Patient muss Wörter für bisher nicht erfahrene, neuartige, unangenehme körperliche oder seelische Erlebnisse finden und berichtet zum Beispiel von ›Schmerzen‹, die er aber kaum näher beschreiben kann. Fragt der Arzt nach, ob dagegen Schmerzmittel helfen (würden), verneint dies der Patient, manchmal sogar erstaunt. Näheres Nachfragen macht deutlich, dass der Patient damit eine ihm bisher unbekannte unangenehme oder quälende leibliche Empfindung meint, für die er nur keinen angemessenen Ausdruck finden konnte. Dies fällt ihm gewiss schwerer, wenn er über einen nur geringen Wortschatz verfügt (vom Ausdruck in einer fremden Sprache ganz zu schweigen) oder wenn er nur geringe Fähigkeiten besitzt, in sich selbst hineinzuspüren und auseinander zu halten, was die Krankheit macht und was er dazu meint. Mancher Patient möchte dies auch gar nicht, zumal wenn er gerade erkrankt und noch unerfahren im Umgang mit seinem Leiden ist. Er kommt als Laie mit einem Problem zum Experten, das dieser für ihn lösen soll. Er unterstellt implizit, dass seine Gedanken und Gefühle, seine Privatangelegenheiten den Arzt nicht zu interessieren hätten, vielleicht nur von der Erkennung

der Krankheit ablenken würden. Das schließt allerdings nicht aus, dass seine Befürchtungen oder seine Vorstellungen von seiner Krankheit das Gesagte beeinflussen können. Auch der Eindruck, den der Arzt und die Untersuchungssituation auf ihn machen, steuert seine Äußerungen. Erlebt er den Arzt als ›Körperarzt‹, wird er sich vielleicht nur auf körperliche Beschwerden beschränken und seelische Bedrückung gar nicht zur Sprache bringen. Zeitnot des Arztes (volles Wartezimmer, Handy, Hektik) wird den Patienten möglicherweise veranlassen, nur Weniges und nicht einmal das Wichtigste zu sagen. Somit wird das, was der Patient tatsächlich erlebt und was er dazu meint, oft nicht ausgesprochen oder in unzutreffenden, mehrdeutigen oder gar irreführenden Wörtern ausgedrückt.

Der Arzt versucht, aus den Angaben des Patienten die den Beschwerden zugrunde liegende Krankheit zu erkennen. Dabei lassen bereits die ersten Eindrücke des Gehörten (und Beobachteten) eine Krankheitsvermutung entstehen, in deren Konzept der Arzt die weiteren Angaben und Befunde des Patienten einordnet. Nicht immer wird er dabei die Krankheitsvermutung kritisch prüfen, vor allem dann nicht, wenn ihm das in seinem Kopf bereits entstandene Krankheitskonzept gar nicht bewusst ist – und somit als Vorurteil wirkt. So kann es passieren, dass das Konzept unreflektiert die Beschreibung des Beobachteten bestimmt, wenn er zum Beispiel eine unangemessen gute Stimmung des Patienten dem Konzept einer Manie entsprechend als »gehoben«, dem Konzept einer Schizophrenie folgend als »läppisch«, oder unter dem Eindruck einer Gehirnerkrankung als »unmotiviert heiter« beschreibt. Der diagnostisch wertende Gehalt dieser eben nicht nur beschreibenden Wörter nimmt dann womöglich weiteren Einfluss auf die Diagnose. Dies mag bei schweren, akuten Erkrankungen mit eindeutiger Symptomatik ohne Bedeutung sein, gewinnt jedoch bei weniger intensiven, untypischen, sich länger hinziehenden Krank-



heiten an Gewicht. Dann könnte es für den Arzt wichtig werden, die diagnostischen Schemata und die zur Befundbeschreibung benutzten Wörter zu reflektieren und auch die eigenen, durch den Patienten in ihm angestoßenen Empfindungen und Gedanken zu prüfen. Denn ein möglicher Weg, der Erlebenswahrheit des Patienten nahe zu kommen und ihn wirklich zu verstehen, besteht in dem Versuch, diese durch Einfühlung in den Patienten hervorgerufenen empathischen Erlebnisse in Worte zu fassen und damit dem Patienten zu helfen, möglichst zutreffende Wörter für seine eigenen Empfindungen und Krankheitserlebnisse zu finden. Einen Zugang dazu eröffnet sich dem Arzt in Selbsterfahrungsgruppen und durch Supervision in der Psychotherapieausbildung. Natürlich soll diese Sprache nicht nur frei von ›fachchinesischen‹ Ausdrücken sein, sondern ›auf Augenhöhe des Patienten spielen, sodass der Patient sie tatsächlich verstehen kann. Gelingt es dem Arzt, auf diese Weise zu erfassen, was der Patient tatsächlich erlebt, dann wird er auch daran seinen diagnostischen Ersteindruck messen – und gelegentlich auch korrigieren. Wenn sich der Patient so verstanden fühlt, ist zugleich auch ein Grund für das notwendige Vertrauensverhältnis gelegt. Eine Hauptklage von Patienten, nicht genügend aufgeklärt worden zu sein, meint ja oft nicht so sehr mangelnde Information, sondern dass der Arzt mit ihnen nicht genug gesprochen, also sie nicht verstanden habe. Diese Klage verwundert kaum angesichts der Tatsache, dass Ärzte heute meist unter großer Zeitnot arbeiten müssen, vielleicht besonders in der operativen Akutmedizin. Auch sind manche Ärzte in der Gesprächsführung und gar in der Mitteilung von ›schlechten‹ Nachrichten nicht besonders geübt oder verstecken sich hinter ›Fachchinesisch‹, um sich vor allzu viel belastenden Gefühlen zu schützen.

Im Gegensatz zum Klinikarzt, der den Patienten bei den heutigen Liegedauern von fünf bis zehn Tagen nur wenige Male sehen kann, hat der Hausarzt eher die Möglichkeit, den Patienten nicht nur länger kennen zu lernen, sondern vor allem auch das Umfeld seiner Sprache, ›sein Milieu‹, Familie und soziale Struktur des Wohnquartiers, aufzunehmen. Der Hausarzt kann besser verstehen, welchen Aspekt aus dem Assoziationshalo eines Wortes der lebensnahen Alltagssprache der Patient meint. Dies kann gerade bei Menschen mit leichteren oder lang dauernden, immer wiederkehrenden oder residualen Krankheitszuständen, die sich vorzugsweise in der Klientel des nieder-

gelassenen Arztes finden, bedeutsam sein. Allerdings steht der Möglichkeit eines Zugangs zu diesen Krankheiten entgegen, dass der Arzt die gelegentlich dicken Erfahrungsschichten über dem Kern der Krankheit kaum noch durchdringen kann. Denn in den Schilderungen der Patienten finden dann nicht mehr nur die unmittelbaren Erlebnisse der Krankheit und des Krankseins Ausdruck, es kommen darin dann auch die zahlreichen Erfahrungen mit Ärzten und vielfältigem Personal medizinischer Einrichtungen zur Geltung, ebenso wie Gespräche mit anderen Kranken. Nicht selten steht dahinter schließlich ein mit angelesenen und auch missverstandenen Fachausdrücken durchsetztes Krankheitskonzept, das der im Laufe der Zeit zum Experten der eigenen Krankheit gewordene Patient, heute zunehmend auch mit Hilfe der Medien, selbst entwickelt hat.

Termini technici

Der lebensnahen, aber mehrdeutigen Alltagssprache des Patienten steht die zunehmende Begriffsgenauigkeit der Medizinsprache gegenüber, deren Wörter zwar als Termini technici eindeutig, aber auch zu arm sind, um die Komplexität und Vieldeutigkeit konkreter Phänomene der Wirklichkeit noch angemessen erfassen zu können. Dieses Verhältnis beider Sprachen zueinander mag an dasjenige zwischen der Sprache der Wissenschaft und der Poesie erinnern. Der Arzt und Dichter Georg Büchner meinte, dass Wissenschaft und Kunst nur unterschiedliche Perspektiven auf das gleiche Subjekt darstellen und es in unterschiedlichen Sprachen beschreiben. Andere Ärzte vertraten die Auffassung, dass Metaphern lebendige Beschreibungen medizinischer Sachverhalte liefern und brauchbare Assoziationen anregen können, was wohl auch Robert Glynn mit seiner Bemerkung zum Ausdruck brachte, dass »ein Arzt eine Art von Dichter sein sollte«; und der Neurologe Oliver Sacks schrieb in seinem Vorwort zu einer Falldarstellung des russischen Psychologen Luria: »... analytical description with a deeply personal empathetic feeling for the subjects« »the syndrome is embedded in a person. And these are conjoined – the syndrome is always related to the person and the person to the syndrome – the personal and the scientific are always, hopefully, fused«. Um diese personale Dimension des Patienten besser verstehen zu können, bieten einige amerikanische Medizinschulen Belletristikurse (oder auch Humanities) für Medizinstudenten an. (Umgekehrt versuchte der Arzt Gottfried Benn in seiner



Lyrik Ausdruck modernen Lebensgefühls mit wissenschaftlich exakter Beschreibung zu verbinden.) Demgegenüber bestand der Arzt und Philosoph John Locke jedoch darauf, beide sprachlichen Modi strikt zu trennen und insbesondere Metaphern (als bildhafte Übertragung von Wörtern aus anderen Bedeutungszusammenhängen) gänzlich zu vermeiden, da sie unzutreffende Gedanken anregen.

Die Verwissenschaftlichung der Sprache mit Schrumpfung der Bedeutungshöfe ihrer Wörter ist wohl eingebettet in eine allgemeinere Entwicklung des Säkulum, die Gottfried Benn einmal als »progressive Cerebralisation« charakterisiert hat und die zu den Schwierigkeiten zwischen Arzt und Patient beiträgt, sich mittels der Sprache zu verständigen. Die heute weit reichenden technischen Möglichkeiten einschließlich von Verfahrens-Algorithmen zur Diagnose einer Krankheit mögen dem jungen Arzt manchmal ein richtiges Gespräch mit dem Patienten überflüssig erscheinen lassen, und für die Diagnostik mancher akuter Erkrankungen ist dies auch weder immer möglich noch notwendig. Bei länger dauernden oder gar chronisch gewordenen Krankheiten sind weiter gehende Gespräche jedoch unverzichtbar, wenn der Arzt nicht nur eine Krankheitsdiagnose stellen, sondern auch das individuell geprägte und in einen bestimmten Kontext eingebundene Kranksein des Patienten – als Voraussetzung einer angemessenen Behandlung – erfassen und verstehen will. Klinische Erfahrungen und Untersuchungen zeigen immer wieder, dass schon allein eine sorgfältig erhobene Krankheitsvorgeschichte (Anamnese) in mehr als der Hälfte der Fälle eine zutreffende Diagnose zu stellen erlaubt. Bisher nicht geprüft ist die Vermutung, dass ein erfahrungsbegründetes, klinisch-empirisches Vorgehen viele durch Algorithmen vorgeschriebene Interventionen für die überwiegende Mehrheit der Krankheitsfälle überflüssig macht. Dies gilt umso mehr, als eine genaue Kenntnis der Krankheitsvorgeschichte den Arzt daran hindert, (vor-)schnell den Patienten nur aus dem Blickwinkel seiner speziellen Fachdisziplin zu sehen.

Offene Fragen

Diese Entwicklung wirft weiter gehende Fragen auf, die ich aus eigener Erfahrung nur stellen, aber mangels Kenntnis (von vielleicht erst noch durchzuführenden Untersuchungen) nicht beantworten kann und worüber ich auch nicht spekulieren will.

Solche von mir vorerst nicht beantwortbare Fragen sind etwa:

- ✘ Hat der Arzt, der heute so vielfältiges Fachwissen vom Was und Wie der Medizin haben muss, noch die Kraft, Fähigkeit und Zeit, vom Wer und Warum des kranken Menschen vor ihm genügend zu erfahren?
- ✘ Behindern die szientistisch-technizistische und die personal-individuelle, eine objektivierende und eine subjektivierende, eine deskriptive und eine hermeneutische Zugangsweise zum Patienten einander oder ergänzen sie sich und damit die ärztlichen Fähigkeiten?
- ✘ Sind beide Zugangsmodi ein und demselben Arzt möglich?
- ✘ Lässt die seit alters her dem Arzt zugehörige Aufgabe und Fähigkeit nach, nicht nur die Krankheit zu behandeln, sondern auch dem Kranken beizustehen, vor allem dann, wenn er die Krankheit nicht besiegen kann?
- ✘ Kann der Arzt unter seinen heutigen Arbeitsbedingungen die dafür notwendige Geduld noch aufbringen?
- ✘ Stillt (deshalb?) mancher Kranke heute sein Bedürfnis nach Verständnis und Trost nicht auch über das intensivierte Gespräch mit anderen Kranken in Selbsthilfegruppen, Patientenvereinigungen und den Chatrooms des Internet?
- ✘ Fallen die Kompetenzen auseinander: der Patient als Experte für das Kranksein und der Arzt als Experte für die Krankheit?

Veränderungen der Sprache als wesentlicher Komponente der Kommunikation sind wohl Indikatoren für einen tief greifenden Wandel des Verhältnisses zwischen Patient und Arzt. Insofern können solche Fragen auch nicht von Medizinern oder irgendeiner anderen Disziplin allein beantwortet werden.

Literatur:

- Green, J.P.: Physicians Practicing Other Occupations, Especially Literature, in: *The Mount Sinai Journal of Medicine* 60, 1993, S. 132–155
Helmchen, H.: Die Arzt-Patienten-Beziehung und der Behandlungsvertrag, in: *Fundamenta Psychiatrica* 12, 1998, S. 121–126
Hjort, P.F.: Is high technology medicine a threat to health care? In: *Ann Med* 24, 1992, S. 145–147