

**Kommunikation in der Medizin.
Vom Verschweigen der Diagnose bis zur Solidarität in der Wahrheit der
Situation**

Dietrich v. Engelhardt (Lübeck)

I. Kontext

Der Mensch spricht mit sich und mit anderen Menschen, mit gesunden, kranken und sterbenden wie ebenfalls mit verstorbenen und noch ungeborenen Menschen; er spricht mit der Natur, mit Steinen, Pflanzen und Tieren; er spricht mit Personen in der Literatur und den Künsten; er spricht auch mit Heiligen, mit guten und bösen Geistern, mit Engeln und mit Gott.

Rede und Antwort werden jeweils unterschiedlich ausfallen; jede Kommunikation hat ihren spezifischen Charakter, ihre besonderen Möglichkeiten und Grenzen, ihre Chancen und Risiken. Stets bedeutet Kommunikation aber eine wechselseitige Verbindung im Medium der Sprache – verbal wie nonverbal, in Gestik und Mimik, in Gedanken, als Schweigen, als reine Anwesenheit.

Medizin ist substantiell auf Kommunikation angewiesen, in der Beziehung zwischen Arzt, Pflegekraft und Patient, zwischen Patient und Angehörigen, in der Diagnostik und Therapie, in der Forschung mit gesunden und kranken Personen. Aufklärung, Einwilligung, Verschwiegenheit, Beratung, Beistand und Begleitung sind Stichworte für besondere Situationen und Anforderungen.

Krankheitsbegriff, Therapieziel und Arzt-Patienten-Beziehung mit entsprechenden Folgen für die Kommunikation hängen zusammen. Wenn unter Krankheit eine defekte Maschine verstanden wird, legt sich als Therapieziel die Reparatur einer Maschine sowie eine Arzt-Patienten-Beziehung als Beziehung eines Technikers zur Maschine nahe. Wenn Krankheit aber das Leiden eines Menschen mit Bewußtsein, Sprache und sozialen Beziehungen bedeutet, dann muss das Therapieziel die Bereiche des Sozialen, des Individuellen, des Geistigen umfassen, dann muss auch

die Beziehung zwischen Arzt und Patient einen personalen und kommunikativen Charakter annehmen.

II. Historie

Seit der Antike steht die Medizin vor einer Alternative, die sich auch auf die Kommunikation auswirkt: der Forderung „das Wohl des Kranken ist das oberste Gesetz“ („salus aegroti suprema lex“) steht die Forderung „der Wille des Kranken ist das oberste Gesetz“ („voluntas aegroti suprema lex“) gegenüber. Ebenso tiefgreifend wirken sich die drei Arzttypen der Philosophen Plato und Aristoteles, die bis in die Gegenwart ihre Bedeutung nicht verloren haben, auf die Kommunikation aus: Der Sklavenarzt gibt, wie Plato erläutert, „eigenmächtig wie ein Tyrann“ ohne jede Erläuterung seine therapeutischen Anweisungen. Der Arzt für Freie erklärt dem Kranken dagegen die Krankheit und Therapie, lernt sogar vom Kranken, bezieht in das Gespräch auch die Angehörigen ein und „verordnet ihm nicht eher etwas, bis er ihn irgendwie davon überzeugt hat“ (*Nomoi*, 720 c-d). Der 1957 geprägte Ausdruck „informed consent“ kommt als Begriff zwar noch nicht, der Sache nach aber wohl bereits in der Antike vor. Der Arzt als medizinisch gebildeter Laie schließlich soll sich nach Aristoteles selbst für seine Gesundheit und Krankheit verantwortlich fühlen; „wir schreiben solchen Kennern nicht minder ein Urteil als den Wissenden, den Fachmännern“ (*Politik*, 3. Buch, 11. Kapitel, 1282). Für den antiken Arzt, der sich dem hippokratischen Eid verpflichtet hat, sind aktive Euthanasie und Abtreibung unmöglich; religiöse Bindung, Respekt vor körperlich-sittlicher Integrität des Kranken und Verschwiegenheit sollen sein Verhalten bestimmen.

Im christlichen Mittelalter werden Gesundheit, Krankheit und Therapie auf das Jenseits bezogen; diese Orientierung gilt auch für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Hinter jedem Kranken steht die Figur der „Passio Christi“, hinter jedem Arzt die Figur des „Christus Medicus“. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient gewinnt ihre Wahrheit und Tiefe erst in dieser Perspektive, sie bezieht sich auf diese beiden Seiten Gottes, auf den leidenden und den heilenden Christus. Christliche Caritas geht über antike Philanthropie hinaus, ist nicht nur Liebe in Wort und Tat zum kranken Mitmenschen, sondern begegnet im Kontakt mit dem Kranken zugleich

Christus und weiß sich selbst in Christus aufgehoben. Ein bedrückendes Beispiel enttäuschender Zuwendung ist Hiobs Verspottung durch seine Frau, die Georges de la Tour auf einem Gemälde von 1644 wiedergegeben hat: „Und seine Frau sprach zu ihm: Hältst du noch fest an deiner Frömmigkeit? Sage Gott ab und stirb.“ (*Hiob*, 2,9)

Im Übergang von Gesundheit zu Krankheit und Krankheit zu Gesundheit antizipiert und realisiert der gläubige Mensch als Individuum den heilsgeschichtlichen Verlauf vom Paradies über das irdische Leben zur Auferstehung. Tugenden und Werke der Barmherzigkeit leiten in diesem Geist Arzt wie Patient. Sterbebegleitung wird gefordert, Tötung des Sterbenden dagegen strikt ausgeschlossen. Zu wesentlichen geistigen Werken der Barmherzigkeit gehören: „Unwissende beraten“ und „Verzweifelte trösten“. Lebenskunst („ars vivendi“) schließt Krankheitskunst („ars aegrotandi“) und Sterbekunst (ars moriendi) ein.

Neuzeit heißt Säkularisierung, Individualisierung und Naturalisierung. Die Bindung an Empirie und Objektivität bringt eindrucksvolle diagnostische und therapeutische Erfolge hervor, trägt zur Verlängerung des Lebens bei, zieht aber zugleich Verluste an Kommunikation sowie sozialer, psychologischer und geistiger Orientierung nach sich. Säkularisierung meint Verweltlichung des Paradieses: ewige Schönheit, Jugend und Gesundheit sollen mit Hilfe der Naturwissenschaften und Medizin bereits im Diesseits erreicht werden. *Der Jungbrunnen* (1546) von Lukas Cranach gibt diese Hoffnung auf eindrucksvolle Weise wieder, die auch die Menschen der Gegenwart verfolgen.

Der Arzt entwickelt sich zunehmend zum Wissenschaftler und Techniker, nicht selten verdrängt, wo es nicht angebracht ist, Paternalismus die Partnerschaft, Apparate die Humanität, Aktion das Mitgefühl. Erneut werden aber seit einigen Jahrzehnten wieder Forderungen nach Beachtung der Anthropologie und Soziologie, der Psychologie und Ethik nicht nur erhoben, sondern in der Medizin auch aufgegriffen und gesetzlich oder standesrechtlich abgesichert. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin sind im Medizinstudium in Deutschland obligatorisch für alle Studierenden mit Vorlesungen, Kursen und Prüfung vorgeschrieben.

Verabsolutierungen eines bestimmten Typs der Beziehung zwischen Arzt und Patient und eines bestimmten Sprachstils werden der medizinischen Wirklichkeit allerdings nicht gerecht. Arztfigur und Arzt-Patienten-Beziehung hängen auch auf der kommunikativen Ebene stets von der jeweils spezifischen medizinischen Disziplin ab. Anordnung, Sachlichkeit und Neutralität können in bestimmten Situationen sinnvoll und sogar notwendig sein, in anderen Situationen kommt es dagegen wesentlich auf Empathie an. Paternalismus ist keineswegs grundsätzlich unangebracht, zwischen Arzt und Patient besteht anthropologisch eine grundsätzliche Asymmetrie, die keine Wertdifferenz bedeutet. Nach Viktor von Weizsäcker (*Der Arzt und der Kranke*, 1926) setzt sich die Medizin aus zwei Entsprechungen zusammen: eine sachliche Entsprechung (Krankheit und Therapie) und eine personale Entsprechung (Patient und Arzt).

Grundlegend sollte aber bei aller Differenzierung in der Sprache und im Stil die anthropologische Figur eines Menschen in Not und eines Menschen als Helfer leitend sein, immer wieder müssen Objektivität und Subjektivität, Befund und Befinden, naturwissenschaftliches Erklären und geisteswissenschaftliches Verstehen miteinander verbunden werden. Evidenz heißt keineswegs nur empirischer Nachweis, sondern ebenso unmittelbare Einsicht; beiden Formen der Evidenz sind keine Alternative, sondern bestimmen nebeneinander die klinische Wirklichkeit in Diagnostik und Therapie.

III. Situationen – Dimensionen

Krankheit ist nie nur eine biologische, sondern immer auch eine psychische, soziale und geistige Erscheinung. Krankheit ist im übrigen stets ein Seins- und zugleich Werturteil; Krankheiten werden nicht nur festgestellt, sondern ebenso bewertet. Wer einem Kranken eine Diagnose mitteilt, darf diese normative Seite nicht übersehen; der Kranke ist im allgemeinen weniger an der Krankheit selbst als an ihrer Bedeutung für sein Leben, seinen Beruf, seine sozialen Kontakte interessiert; hinter dem diagnostischen und ätiologischen Interesse steht für den Kranken nur zu oft sehr viel stärker das prognostische Interesse, die Frage nach dem Überleben.

Fremdübereinstimmung heißt ebenfalls noch nicht, dass über die identischen Themen (= Objektübereinstimmung) gesprochen wurde.

Ebenso lassen sich nach diesem Schema vier Sprachtypen unterscheiden: 1. Wissenschaftssprache: Vorstellungen < – > Vorstellungen, 2. Befehlssprache: Wille < – > Wille, 3. emotionale Sprache: Gefühl < – > Gefühl und 4. Alltagssprache: Vorstellungen, Wille, Gefühl < – > Vorstellungen, Wille, Gefühl.

Alle Sprachtypen kommen in der Medizin vor und haben ihre jeweilige Berechtigung, meist bestehen die Unterschiede in den diagnostisch-therapeutischen Situationen nur in einer abweichenden Akzentuierung.

Die Sprache der Medizin bezieht sich auf Klinik, Praxis, Lehre und Forschung, verwirklicht sich im Kontakt des Arztes mit dem Kranken und seinen Angehörigen, mit den Pflegekräften und Kollegen, mit Studierenden, mit der Öffentlichkeit und Politik, erfolgt mündlich und schriftlich, elaboriert und restringiert, muss zu Fragen anregen, wird aus Zuhören und Schweigen bestehen.

Die Sprache mit dem Patienten kann nicht Fachsprache sein, die Aufklärung in der Therapie und bei Forschungsprojekten muss laiengerecht erfolgen. Die Kommunikation im OP wird und muss dagegen von Fachjargon geprägt und auch anordnend sein. Wieder anders muss die Kommunikation mit der Öffentlichkeit und Politik ausfallen. Einige Beispiele sollen im folgenden der Konkretisierung dienen.

Aufklärung besteht aus sachlichen, psychologischen und ethisch-juristischen Dimensionen. Aufklärung geht über diagnostische Information hinaus. Aufklärung bezieht sich auf Diagnose, Ätiologie, Therapie, Prognose und sozialpsychologische Folgen für das Leben sowie das Selbst- und Weltbild des Kranken. Ohne Aufklärung und Zustimmung stellt jede diagnostische Untersuchung und therapeutische Handlung eine Körperverletzung dar; analog kann in der Psychotherapie bei fehlender aufgeklärter Zustimmung von personaler Verletzung oder Persönlichkeitsverletzung (ital. „lesione personale“) gesprochen werden.

Aufklärung kann als eine Treppe verstanden werden, die vom Verschweigen der Diagnose, was nicht Lüge bedeuten darf, zur Solidarität in der Wahrheit der Situation hinaufführt; wie weit auf dieser Treppe der Aufklärung aufgestiegen wird, sollte der Patient, soweit er dazu in der Lage ist, entscheiden.

Zugleich gibt es Ausnahmen oder Einschränkungen der Aufklärungspflicht. Kein Patient muss gegen seinen Willen aufgeklärt werden, wobei auch hier wieder Ausnahmen von der Ausnahme zu beachten sind, z.B. bei ansteckenden oder die Mitwelt wie ebenfalls den Kranken selbst gefährdende Krankheiten.

Der Kranke wendet sich in seiner Kommunikation an Ärzte und Pflegepersonen, an andere Kranke und vor allem auch an seine Angehörigen, Freunde und Kollegen, er drückt seine Empfindungen, Vorstellungen und Willensakte aus, für sich selbst und kommunikativ in den erwähnten Dimensionen der Selbstübereinstimmung, der Fremdübereinstimmung sowie Objektübereinstimmung. Die Kommunikation kann vollständig oder in Teilmomenten gelingen oder misslingen; Korrekturen sind aber möglich.

Die sprachliche Wiedergabe der Schmerzen und des Leidens durch den Kranken folgt den Kategorien von Ort und Zeit, Qualität und Quantität und ist notwendigerweise subjektiv. Empfindung, Ausdruck, Bewertung, Verhalten, Behandlung, soziale Reaktion und kultureller Kontext sind die entscheidenden Aspekte des Schmerzes, treffen aber im Prinzip für alle Krankheiten zu, für den Krebspatienten wie den depressiven Kranken. Die Schwierigkeiten oder Grenzen, über Schmerzen zu sprechen, hat der französische Chirurg René Leriche eindrucksvoll beschrieben: „Alles am Schmerz ist subjektiv, nichts meßbar. Was wir nicht persönlich empfunden haben, können wir uns kaum vorstellen, und was uns die Leidenden sagen, richtet sich nur an unsere Einbildungskraft.“ (*Chirurgie des Schmerzes*, 1958). Ohne empathische Phantasie ist medizinische Kommunikation nicht möglich; Therapeuten können nicht alle Krankheiten, Schmerzen und Gefühle ihrer Kranken selbst erlebt haben.

Das kranke Kind hat es besonders schwer in seiner Kommunikation mit Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen wie bereits in der Suche nach einem angemessenen

Selbsta Ausdruck. Der russische Schriftsteller F.M. Dostojewskij stellt mit Recht fest: „Es hat mich oft stutzig gemacht, wie schlecht Erwachsene Kinder verstehen, selbst Väter und Mütter ihre eigenen Kinder.“ (*Der Idiot*, 1963) Malen und Schreiben können eine große Hilfe sein; nicht selten können sich kranke und sterbende Kinder besser mit Bildern, Gedichten und selbsterfundene Geschichten ausdrücken als direkt mit ihren eigenen Worten. In einem Brief von Chris an seine Mutter, der von der Ärztin Elisabeth Kübler-Ross zitiert wird, heißt es: „Ich weiß, daß ich in den Himmel komme, und ich weiß, daß ich Dich sehen werde, wenn Du stirbst. Ich möchte, daß Du im Gebet immer an mich denkst und mit mir sprichst. Ich möchte Dich nicht immer weinen sehen... Du hast die schlimmen und die guten Zeiten mit mir durchgestanden, und das werde ich nie vergessen. Ich liebe Dich sehr, Mami.“ (*Kinder und Tod*, 1984)

Die humangenetische Beratung kann sich in diagnostischer Information nicht erschöpfen, muss der Selbstentscheidung des Probanden dienen, darf nicht zur ärztlichen Empfehlung oder Anordnung werden; darin liegt die Gratwanderung der Beratung: Die Ratsuchenden müssen beraten und zugleich zur eigenen Entscheidung angeregt werden, mit deren Folgen sie und nicht die Humangenetiker leben müssen. Begrüßung, Aufwärmphase, Klärung der Anliegen, Information über Vorgeschichte und Werteorientierung, Familienanamnese, Vermittlung und Erörterung der diagnostischen Ergebnisse sowie Abschluss gliedern sinnvoll den Verlauf der humangenetischen Beratung, wobei von einer Phase zu einer früheren Phase auch noch einmal zurückgekehrt werden kann. (Baitsch, Helmut, u. Maria Reif: *Genetische Beratung*, 1986) Im Prinzip verlangt die humangenetische Beratung, da weitere Angehörige von den Ergebnissen der Untersuchung betroffen sein können, eine entsprechende Aufklärung vor der Aufklärung.

Erklären und Verstehen gelten als Methodendualismus in der Psychiatrie - Erklären als Methode der Naturwissenschaften, Verstehen als Methode der Geisteswissenschaften. Das Verstehen – mit entsprechenden Folgen für die Kommunikation - kann nach dem Psychiater und Philosophen Karl Jaspers in statisches, genetisches, geistiges, existentielles und metaphysisches Verstehen untergliedert werden. (*Allgemeine Psychopathologie*, 1913, ⁹1973). Die für die Therapie notwendige und auch grundsätzlich bestehende Distanz gegenüber dem

Realitätsgehalt der Halluzinationen und Wahnvorstellungen macht bei aller Empathie eine Objektübereinstimmung zwischen Patient und Arzt in dieser Disziplin prinzipiell unmöglich. Die Authentizität des Psychiaters hängt von der Bewältigung dieses Dilemmas ab: Empathie und Respekt vor der Subjektivität des Kranken und zugleich Ablehnung des objektiven oder ontologischen Realitätsgehaltes dieser subjektiven Inhalte. Authentizität muss im übrigen mit Selbstkritik verbunden werden, die nicht nur theoretische Einsicht bleiben, sondern zu konkreten Korrekturen der Haltung und des Verhaltens führen sollte.

Eine besondere Herausforderung für die Kommunikation in der Medizin liegt schließlich in der Euthanasie in ihren unterschiedlichen Formen zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand. Der äußeren Euthanasie als aktive, passive, direkte oder indirekte Euthanasie sowie ärztlich assistierter Suizid steht die innere Euthanasie als seelisch-geistige Vorbereitung auf Sterben und Tod und vor allem als Begleitung des Sterbenden gegenüber; jeweils abweichend stellen sich die Bedingungen der Kommunikation, die Information und Zustimmung, die verbale und nonverbale Zuwendung, die Begleitung und Anwesenheit, das Schweigen, die Wahrheit. Die Grenzen der Kommunikation mit dem Sterbenden können selbst noch zu Momenten der Kommunikation werden, die mit dem Tod auch nicht enden muss: in der Erinnerung, im Gespräch mit Verwandten, Freunden und Bekannten lebt der Verstorbene weiter.

Kommunikation zwischen den betroffenen Menschen in der Medizin sollte schließlich den Reichtum der Kultur aufgreifen. Jedes Wort, das gesprochen, jedes Bild, das betrachtet, jedes Musikstück, das gehört wird, hat einen überindividuellen Sinn. Kommunikation verlangt nach einem wissenden Umgang mit dem geistigen Bedeutungsraum der Sprache, in die Arzt, Pflegekraft, Kranker und Angehörige als Sprechende eingebunden sind. Neben der physischen Objektivität (Natur) gibt es die geistige Objektivität (Kultur) wie neben der physischen Subjektivität (Leib) auch die geistige Subjektivität (Seele). Musik, Malerei und Literatur können mit ihren Darstellungen und Deutungen, mit ihren Symbolen und Ideen im Sprechen über Krankheit, Schmerzen, Sterben und Tod anregen und unterstützen. Kultur ist immanente Transzendenz oder diesseitige Überzeitlichkeit, die in die jenseitige Überzeitlichkeit, die transzendente Transzendenz übergehen kann.

Kommunikation in der Medizin besteht, um die Beobachtungen und Überlegungen dieses knappen Beitrages zu resümieren, vor allem aus den folgenden Dimensionen:

- 1) Empathie und freundliches Klima
- 2) Authentizität und Selbstkritik
- 3) verbale und nonverbale Fähigkeiten, zugleich zu Fragen anregen, zuhören und schweigen können
- 4) Sach- und Situationswissen
- 5) Menschenkenntnis
- 6) kulturelle Bildung
- 7) Phantasie
- 8) Beachtung des geistigen Bedeutungsraum der Sprache

IV. Ausblick

Medizin ist ohne Kommunikation undenkbar. Kommunikation bezieht sich auf alle Personen, die in der Medizin behandelt werden und tätig sind; zu ihnen gehören auch die Angehörigen und Freunde der Kranken wie ebenfalls Psychologen, Sozialarbeiter, medizinisch-technische Assistentinnen etc.

Entscheidend für die Kommunikation in der Medizin ist die Differenz der Disziplinen und Situationen, die Differenz auch der Altersstufen, der Bildung und Interessen, der Sprachfähigkeiten und Bewusstseinszustände. Weiterhin gelten die antiken Wendungen des Wohls (*salus*) und Willens (*voluntas*) des Kranken als Leitorientierungen für das medizinische Denken, Wissen und Handeln; sie zu verbinden, sollte oberstes Ziel sein.

Kommunikation ergibt sich gewiss nicht von selbst, sondern muss und kann gelehrt und gelernt werden, wenngleich unterschiedliche Begabungen nicht zu bezweifeln sind. Empathie und Phantasie sind nicht jedem Menschen in gleichem Maße gegeben und möglich. Empathie meint das Sichhineinversetzen nicht nur in die Gefühle, sondern auch Vorstellungen und Wünsche des Kranken – vor allem

gegenwartsbezogen, aber ebenso vergangenheits- und zukunftsbezogen (aktuelle, retrospektive und prospektive Empathie). Empathie ist nicht Sympathie oder Antipathie, kann nur partielle Partizipation sein, darf nicht zur Identifizierung mit dem Kranken werden. Phantasie muss weit gespannt sein und zugleich auf den einzelnen Kranken gerichtet werden. Es kommt in der Kommunikation sowohl auf die Weite des Horizonts als auch die Wärme des Herzens an. Francisco de Goya hat auf einem *Selbstbild* (1820), das ihn als Kranken in den Armen seines Arztes und Freundes Arrieta zeigt, diese mitmenschliche und geistige Zuwendung auf beispielhafte Weise dargestellt.

Kommunikation in der Medizin ist schließlich ein Spiegel der Gesellschaft und Kultur. Für die Arzt-Patienten-Beziehung kann nicht ohne weiteres verlangt werden, was im normalen Leben nicht gegeben ist. Verbesserungen der Kommunikation machen deshalb Initiativen in der familiären Erziehung, in der schulischen und beruflichen Ausbildung, in den Medien und der Politik notwendig. Die Medizin sollte sich aber auch nicht vollständig vom sozialkulturellen Kontext abhängig machen, sie kann vielmehr im Sinne eines Wortes von Karl Jaspers als Vorbild der allgemeinen Kommunikationskultur wirken: „Der Arzt ist weder Techniker noch Heiland, sondern Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem anderen, im anderen und sich selbst die Würde und die Freiheit zum Sein bringend und als Maßstab anerkennend.“ (Philosophie, Bd.1, 1932, ⁴1973)