

S. Kriwanek^a
C. Armbruster^a
P. Beckerhinn^a
W. Blauensteier^a
M. Gschwantler^b

^a 1st Department of Surgery and

^b Department of Gastroenterology,
Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria

Patients' Assessment and Recall of Surgical Information after Laparoscopic Cholecystectomy

Key Words

Surgical information
Informed consent
Laparoscopic cholecystectomy

Abstract

Background: While patients' needs for adequate preoperative information are generally recognized, data evaluating the effectiveness of the consultation before laparoscopic cholecystectomy have not been published until today. This prospective study was performed to investigate the success of preoperative information. **Methods:** A combination of oral and written information was given to all patients in two interviews. Information concentrated on indications for surgery, operative procedures, and risks. Patients were asked to answer questionnaires 5 days after the operation. **Results:** From January 1996 to January 1997, 200 patients were interviewed. Ninety-seven percent indicated to wish detailed information. Eighty-four percent indicated a high level of satisfaction with the presented information. While the levels of knowledge concerning indications for surgery and procedures were satisfactory in 85 and 51% respectively, only 30% were able to name at least one risk factor of laparoscopic cholecystectomy. **Conclusion:** This study demonstrated that patients' evaluation of their surgical knowledge and the process by which it was communicated to them did not correspond to their ability to recall this information after surgery.

Introduction

The rapid introduction of laparoscopic cholecystectomy was accompanied by enthusiastic descriptions of the advantages of this minimally invasive technique in public media. Medical reports on operative risks such as injuries to the bile ducts [1-3], however, were only marginally perceived by the general public. Patients can participate in surgical decisions only with complete understanding of all factors relevant to the proposed treatment. Disclosure of

detailed information on risks is particularly essential for consent if patients' estimation of a surgical procedure is biased as in laparoscopic cholecystectomy [4]. Laparoscopic surgeons should be well aware of patients' needs for information [5] and assess effectiveness and patients' satisfaction with the process and results of consultation. This prospective study was performed to investigate the success of preoperative information on laparoscopic cholecystectomy.

KARGER

Fax +41 61 306 12 34
E-Mail karger@karger.ch
www.karger.com

© 1998 S. Karger AG, Basel
0253-4886/98/0156-0669\$15.00/0

Accessible online at:
<http://BioMedNet.com/karger>

S. Kriwanek, MD
1st Department of Surgery, Rudolfstiftung Hospital
Juchgasse 25
A-1030 Vienna (Austria)
Tel. +43 (1) 71165 4101, Fax +43 (1) 71165 4112

Table 1. Criteria for evaluation of recall

| Information given | Good level of information | Acceptable level of information | Insufficient level of information |
|---|--|---|---|
| <i>Main indications for surgery</i> | | | |
| (1) Symptomatic cholecystolithiasis (colics, cholecystitis) | ability to name both main indications | ability to name one main indication | inability to name main indications |
| (2) Avoidance of complications (pancreatitis, jaundice) | | | |
| <i>Principles of operative procedure</i> | | | |
| (1) Formation of pneumoperitoneum | ability to name three steps of procedure | ability to name one or two steps of procedure | inability to name principles of procedure |
| (2) Trocar insertion | | | |
| (3) Dissection of gallbladder | | | |
| (4) Removal of gallbladder through umbilicus | | | |
| <i>Major risks</i> | | | |
| (1) Conversion to open surgery | ability to name three major risks | ability to name one major risk | inability to name any major risk |
| (2) Injury by trocars | | | |
| (3) Intraoperative bleeding | | | |
| (4) Bile duct injury | | | |

Patients and Methods

Information of Patients

Following recommendations by several authors [5-8], a combination of oral and written information was given to all patients. The patients underwent two interviews (on appointment for surgery 4 weeks before operation and after admission to hospital) and were informed by commercially available consultation leaflets (DIOmed). The main topics of leaflets and interviews were indications for removal of the gallbladder, details of the surgical procedure, and operative risks. The possibilities of conversion to open cholecystectomy, injuries during trocar insertion, intraoperative bleeding, and bile duct lesions were emphasized. Leaflets were used as a guide for the discourse and to illustrate operative technique. The patients were asked to take information leaflets home and to read them several times before admission [9]. At the second interview 1 day before surgery, information was repeated, and the patients were encouraged to mention any uncertainties about indications, procedures, and risks in order to achieve optimal levels of knowledge.

Evaluation of Assessment and Recall of Information

Five days after the operation - usually at the first postoperative check in the outpatient clinic - patients were given questionnaires and asked to write the answers in their own words (open-ended format); contrary to other investigations [6], multiple-choice questions were not posed. The answered questionnaires were collected in boxes, in order to ensure anonymity and to preclude interviewer bias.

The questionnaires addressed the desired amount of information on procedures and risks, quality of interviews and leaflets, self-assessment, and recall of surgical knowledge. The patients were asked to classify interviews and leaflets as good, acceptable, or insufficient. The following items were evaluated: clarity of written and oral information, clearness of illustrations, emphasis of risks, atmosphere of interviews, possibility to ask questions and quality of answers, amount and sufficiency of information given, and level of knowledge

Table 2. Patients' assessment and recall of surgical information (in percent)

| | Good | Acceptable | Insufficient |
|-----------------------------------|------|------------|--------------|
| <i>Assessment of information</i> | | | |
| Clarity of information | 74 | 24 | 2 |
| Clearness of illustrations | 75 | 23 | 2 |
| Emphasis of risks | 77 | 20 | 3 |
| Atmosphere of interview | 78 | 19 | 3 |
| Possibility to ask questions | 78 | 17 | 5 |
| Quality of answers | 78 | 20 | 2 |
| Overall estimation of information | 82 | 15 | 3 |
| <i>Results of recall</i> | | | |
| Indications | 60 | 25 | 15 |
| Procedures | 31 | 20 | 49 |
| Risks | 15 | 16 | 69 |

concerning indications, procedures, and risks. In order to investigate recall, the patients were asked to describe indications, principles, and risks of operations performed in their own words. As multiple-choice questions were not given, the patients could only rely on their memory and were not able to choose between given possibilities when reproducing information.

Information of the questionnaires was analyzed by means of a data base program for personal computers (Access®). Criteria for the patients' recall were set up in advance (table 1). Results were classified as good, acceptable, and insufficient according to the amount of information the patients were able to reproduce (table 1). Results of the self-assessment were compared with data presented at recall. Performance of self-assessment was evaluated by calculating positive and negative predictive values and accuracy.

Table 3. Results of self-assessment and recall in 200 patients

| | Good or acceptable results of recall, % | High level of information according to self-assessment, % | Predictive value of self-assessment | | Accuracy of self-assessment |
|-------------------------|---|---|-------------------------------------|----------|-----------------------------|
| | | | positive | negative | |
| Indications for surgery | 85 | 94 | 0.94 | 0.92 | 0.94 |
| Operative procedures | 51 | 60 | 0.8 | 0.92 | 0.85 |
| Operative risks | 30 | 60 | 0.49 | 0.95 | 0.68 |

Results

Patients and Procedures

From January 1996 to January 1997, 200 consecutive elective cholecystectomies were performed in 119 women and 81 men. The patients were 51 years old on average (median 51, interquartile range 40-64, range 16-88 years). Educational status was as follows: elementary school 21%, professional school 49, secondary school 21, university 9%.

In 8 cases (4%), the operations had to be converted to open procedures: four times because of massive adhesions due to recurrent chronic cholecystitis, three times because of unexpected acute phlegmonous cholecystitis, and once due to a lesion of the right hepatic duct. One patient had to be reoperated on for bleeding from the cystic artery on the 1st day after laparoscopic cholecystectomy. Three patients developed minor subcutaneous port site infections at the umbilical incisions. The patients' postoperative hospital stay was 2 days on average (range 1-16). Twelve patients were in hospital longer than 2 days after the operation: 8 due to conversion to open surgery, 1 because of reoperation due to bleeding, and 3 patients prolonged their hospital stay because of pain. These 12 patients answered the questionnaires while they were still in hospital; all other patients (n = 188) during their first postoperative check in the outpatient clinic.

Evaluation of Assessment and Recall of Information

A great majority of the patients (97%) indicated to wish detailed presentation of data on indications, principles of procedures, and risks. However, 17% said that this information could be very alarming. When asked whether they felt satisfied with preoperative consulting, 84% indicated a high level of satisfaction with oral and written information. Twelve percent said too much information had been given; only 4% felt underinformed. Details of assessment of information are presented in table 2. Knowledge presented at recall differed, depending on

items (table 2) and postoperative courses. All patients (n = 9) who underwent open surgery or experienced complications could name these operative risks. However, only 27% of the patients who had undergone uneventful surgery were able to indicate complications when asked 5 days after the operation (table 2). Comparative results of self-assessment and recall are shown in table 3. While positive predictive values of self-assessment concerning indications for surgery and principles of procedures were 94 and 80%, respectively, almost one third (30%) of the patients overestimated their level of information on risks (table 3).

Discussion

Informed consent represents a legal and professional standard for any kind of treatment. It is based on three principal requirements: (1) sufficient information; (2) competence of patients to reason, and (3) patients' voluntary choice and autonomous authorization for the treatment [10, 11]. These requirements are difficult to fulfill. Detailed information given by doctors does not necessarily result in a sufficient uptake of relevant data by patients [6]. Inability to gain patients' attention, limited capacity of short-term memory, and selectivity of recollection impede communication [6, 12]. Extensive discussions of risks often induce feelings of helplessness by making patients aware of the uncertainty of their situation [13]. Therefore, patients tend to retain information supporting the decision to have surgery while suppressing 'bad news' [6]. The claim that a high level of knowledge facilitates decisions may be questioned; surgeons who have to undergo surgery often have great difficulties to choose optimal treatment themselves. Patients' ability to reason is disturbed by the fact that their autonomy is impaired by illness [11, 14]. Decisions whether or not to operate represent critical events for patients but routine situations for doctors, characterizing the inequality be-

tween the two parties involved in consenting to a medical procedure [15]. Interests of patients and doctors differ – sometimes to the extent of conflict – in the process of information. Surgeons have to comply with legal requirements for consent, while patients wish reassuring data on the outcome of treatment and compassionate advice by their doctors. Patients' recall of information after a variety of different operative procedures has been investigated during the last years [7, 8, 14, 16–18]. However, data on laparoscopic cholecystectomy have not been reported until today.

Preoperative information on laparoscopic cholecystectomy is influenced by several factors, increasing patients' bias towards surgery: (1) As symptomatic cholelithiasis is a common disease affecting 3% of the adult population, cholecystectomy represents one of the most frequently performed operations in general surgery [4]. Removal of the gallbladder is generally regarded as a simple and secure procedure with low complication and mortality rates; patients, therefore, tend to neglect information on possible risks. (2) Patients have difficulties to understand that a minimally invasive procedure such as laparoscopic cholecystectomy may be subject to even greater risks and complications than the open operation. (3) Fascinated by technological progress enabling laparoscopic surgery, public reports have concentrated on technical aspects and advantages of these new procedures while ignoring data on risks. (4) Evaluation of laparoscopic cholecystectomy in surgical publications tend to underestimate complications. Data reported by experienced centers indicate relatively low rates of bile duct injuries, while the number of patients referred to centers from outside hospitals for treatment of these injuries increases [4]. Our study confirms reports indicating that patients wish extended information on procedures and risks, but often feel alarmed by description of complications [8, 19]. The patients' satisfaction with the presentation of data was high.

Results of recall correlated with data reported in the literature [6, 8, 10, 14]. While only one third of the patients were able to describe at least one typical complication of the operation they had undergone, 60% felt well informed on risks. However, these results may have been influenced by several factors: (1) the study had no control group; (2) the open-format type of questionnaires led to worse results of recall as compared with those of multiple-choice tests, as patients had to remember risks and could not simply choose between given possibilities; (3) results of recall depended on operative results and postoperative courses – as expected, patients who had to undergo open

surgery or reoperations were able to name these risks –, and (4) the time of testing recall may have played an important role. Hutson and Blaha [17] demonstrated that patients' information is lost within a few days after uneventful surgery. Questioning of patients on the 2nd or 10th postoperative day might have produced different results of our study.

Our concept of repeated, combined oral and written information satisfied patients' needs and achieved adequate levels of knowledge on indications for surgery and procedures in the majority of patients, while patients' awareness of risks was insufficient. A future strategy to obtain better results will be to ask patients to repeat information in their own words at the end of the interview. However, the main dilemma of informed consent is that 'it is not educated consent', as stated by Ingelfinger [20] in 1972, and may probably not be solved by any measure. Nevertheless doctors' awareness of these facts may facilitate communication and improve patients' understanding.

In conclusion, this study demonstrated a high level of patient satisfaction with repeated, combined oral and written information. However, patients overestimated their level of knowledge. Patients' evaluation of their surgical knowledge and the process by which it was communicated to them did not correspond with their ability to recall this information after surgery. Surgeons are advised not to rely in patients' statements when evaluating surgical information.

References

- 1 Davidoff AM, Pappas TN, Murray EA, Hilleren DJ, Johnson RD, Baker ME, Newmann GE, Cotton PB, Meyers WC: Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1992;215:196-202.
- 2 Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC: Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4,292 hospitals and 77,604 cases. *Am J Surg* 1993;165:9-14.
- 3 Way LW: Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1992;215:195.
- 4 NIH Consensus Development Panel on Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy. *JAMA* 1993;269:1018-1024.
- 5 Edwards MH: Satisfying patients' needs for surgical information. *Br J Surg* 1990;77:463-465.
- 6 Herz DA, Looman JE, Lewis SK: Informed consent: Is it a myth? *Neurosurgery* 1992;30:453-458.
- 7 Muss HB, White DR, Michielutte R, Richards F, Cooper R, Williams S, Stuart JJ, Spurr CL: Written informed consent in patients with breast cancer. *Cancer* 1979;43:1549-1556.
- 8 Redden EM, Baker DC, Meisel A: The patient, the plastic surgeon, and informed consent: New Insights into old problems. *Plast Reconstr Surg* 1985;75:270-276.
- 9 Morrow G, Gootnick J, Schmale A: A simple technique for increasing cancer patients' knowledge of informed consent to treatment. *Cancer* 1978;42:793-799.
- 10 Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V: Informed consent - why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med* 1980;302:896-900.
- 11 Little JM, Leeder S: Logic, hermeneutics, and informed consent. *Eur J Surg* 1996;162:3-10.
- 12 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. New York, Norton, 1967.
- 13 Gutheil TG, Bursztajn H, Brodsky A: Malpractice prevention through the sharing of uncertainty. *N Engl J Med* 1984;311:49-51.
- 14 Priluck IA, Robertson DM, Buettner H: What patients recall of the preoperative discussion after retinal detachment surgery. *Am J Ophthalmol* 1979;87:620-623.
- 15 Rennie D: Informed consent by 'well-nigh absent' adults. *N Engl J Med* 1980;302:197-198.
- 16 Dawes PJ, O'Keefe L, Adcock S: Informed consent: The assessment of two structured interview approaches compared to current approach. *J Laryng Otol* 1992;106:420-424.
- 17 Hutson MM, Blaha JD: Patients' recall of preoperative instruction for informed consent for an operation. *J Bone Joint Surg [Am]* 1991;73:160-162.
- 18 Livesley PJ, Rider MA: Joint replacement and patient education. *Int Orthop* 1993;17:34-36.
- 19 Edwards WS, Yahne C: Surgical informed consent: What it is and is not. *Am J Surg* 1987;154:574-578.
- 20 Ingelfinger FJ: Informed (but uneducated) consent. *N Engl J Med* 1972;287:465-466.

Behandlungsaufklärung – Risikoaufklärung - Aufklärungsbögen

Zum Inhalt: Vom "mündigen" zum "findigen" Patienten: Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit der von der Judikatur oftmals vernachlässigten Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Risikoaufklärung, was bei Ärzten Verunsicherung und bei Patienten Begehrlichkeit erwecken kann. Aufgezeigt wird, daß die Rechtsprechung dem Patienten einerseits Mündigkeit, andererseits seinen Erklärungen in Aufklärungsbögen aber Unwirksamkeit zubilligt.

I. Ausgangslage

Der ärztliche Behandlungsvertrag ist ein im Gesetz nicht näher typisiertes Vertragsverhältnis, aufgrund dessen der Arzt dem Patienten eine fachgerechte, dem objektiven Standard des besonderen Faches entsprechende Behandlung, nicht aber einen bestimmten Erfolg schuldet. Die Haftung des Arztes (und allenfalls des Trägers der Krankenanstalt) für den nicht erhofften Behandlungserfolg ist de lege lata Verschuldenshaftung nach den §§ 1293 ff ABGB, dh der Geschädigte trägt grundsätzlich die Beweislast für insb die Rechtswidrigkeit der Handlung und für die Kausalität der ärztlichen Behandlung für den eingetretenen Erfolg.

Es drängt sich allerdings des öfteren der Eindruck auf, daß die Rechtsprechung die Haftung des Arztes deshalb auf mangelnde Aufklärung stützt, um vermeintlich unbillige Prozeßergebnisse zu vermeiden. Dieser Haftungsgrund der mangelhaften Aufklärung entwickelt mitunter merkwürdige Eigendynamik (vgl für die deutsche Lehre: MünchKommRn-Mertens § 823 Rz 424). Das Vorbringen, der behandelnde Arzt hätte nicht ausreichend oder rechtzeitig "aufgeklärt", gehört nahezu zum Standard jeder Arzthaftungsklage. Der Erfolg gibt den klagenden Patienten insofern recht, als der OGH in manchen im Ergebnis durchaus zutreffenden Einzelentscheidungen Kriterien für die ärztliche Aufklärung festschrieb, welche von der Lehre und Rechtsprechung zu Leitsätzen verdichtet und generalisiert wurden.

Zu untersuchen ist einerseits, worüber der Patient aufzuklären ist, andererseits in welcher Form die Aufklärung zu erfolgen hat. Dargelegt wird, daß die bisher von der Judikatur aufgestellten Kriterien nicht undifferenziert insb auf die Behandlungsaufklärung einerseits und die Risikoaufklärung andererseits angewendet werden können.

II. Grundlage der Aufklärungspflicht

Daß ärztliche Eingriffe nur mit Zustimmung des Patienten vorgenommen werden dürfen, stellt langjährige und ständige Rechtsprechung dar¹⁾. Während die ältere Rspr die Aufklärungspflicht des Arztes vorwiegend auf

Bestimmungen des Strafgesetzbuches stützte und den strafrechtlichen Normen über § 1311 ABGB zivilrechtliche Relevanz zuwies, sieht die neuere Rspr die Aufklärungspflicht des Arztes vor allem als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag an²⁾. In dieser E führt der OGH aus, daß der mit dem Arzt oder dem Träger einer Krankenanstalt geschlossene Behandlungsvertrag auch die Pflicht umfaßt, den Patienten über die möglichen Gefahren und schädlichen Folgen der Behandlung zu unterrichten.

Tatsächlich erscheint dieser "zivilrechtliche Ansatz" der Aufklärungspflicht gegenüber dem strafrechtlichen der geeigneteren zu sein. Für die Wirksamkeit der Einwilligung, welche die gehörige Aufklärung voraussetzt, haben Strafrechtslehre und -praxis eigene Grundsätze entwickelt. Die Regeln über zivilrechtliche Rechtsgeschäfte finden prinzipiell keine Anwendung (*Kienapfel*, Grundriß des österr Strafrechts, BT 1, Wien 1978, § 90 Rz 490). Die von den Zivilgerichten entwickelten Aufklärungskriterien und die diesbezügliche Beweislast ließen sich uE mit strafrechtlicher Dogmatik nicht vereinbaren.

Auch § 8 Abs 3 KAG, nach welchem jeder operative Eingriff grundsätzlich nur mit der Zustimmung des Patienten vorgenommen werden darf, ist als Schutzgesetz iSd § 1311 ABGB anzusehen.

Festzuhalten ist daher, daß jeder operative Eingriff die Zustimmung des Patienten erfordert (§ 8 Abs 3 KAG), jede Heilbehandlung nur mit der Zustimmung des Patienten vorgenommen werden darf, widrigenfalls sie eigenmächtig iSd § 110 StGB ist. Eine wirksame Zustimmung des Patienten setzt jedoch ein Mindestmaß an Wissen, wozu der Patient zustimmt, voraus, woraus aber noch nicht zwingend zu schließen wäre, daß dieses Wissen auch durch den behandelnden Arzt zu vermitteln ist. Zivilrechtlich ist die Informationspflicht des Arztes jedoch als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag abzuleiten.

III. Bisherige Rechtsprechung in Österreich

1. Die bisherige Rspr (genauer die aus der Rspr abgeleiteten Leitsätze) schlagen die Informationskriterien für die Behandlungsaufklärung und die Risikoaufklärung gleichsam über einen Leisten. Der Begriff "Aufklärung" wird synonym für sämtliche Informationspflichten des Arztes verwendet, ohne dabei zu unterscheiden zwischen insb folgenden Informationspflichten:

- Information über die Diagnose (Diagnoseaufklärung)
- Information über die Behandlungsmöglichkeiten (Behandlungsaufklärung)

1) Vgl OGH 20.1.1954, 1 Ob 5/54 = KRSIG 608.

2) Ausführlich KRSig 780/Ellenbogenrevision.

- Information über Behandlungsrisiken (Risikoaufklärung)

Im gegenständlichen Beitrag soll ausschließlich die Differenzierung zwischen Behandlungsaufklärung und Risikoaufklärung diskutiert werden.

2. Seit einer Judikaturwende etwa 1980 ist das Maß der ärztlichen Aufklärung als Rechtsfrage zu behandeln³). Nach der Rspr ist die Konsequenz der geforderten, aber nicht ordnungsgemäß erfolgten Aufklärung, daß der Arzt für alle nachteiligen Folgen des Eingriffs haftet, auch wenn nachweislich kein Kunstfehler (kein objektiv sorgfaltswidriges Verhalten) unterlaufen ist, außer er könnte beweisen, daß auch bei ordnungsgemäß erfolgter Aufklärung der Patient in den Eingriff eingewilligt hätte⁴). Im Ergebnis trifft den Arzt, welcher mangelnde Aufklärung zu verantworten hat, eine Erfolgshaftung für die Eingriffsfolgen, welche dogmatisch weder aus dem Gesichtspunkt der Gefahrenerhöhung noch aus dem des Ausgleichsgedankens abzuleiten ist. Das Aufklärungsverschulden des Arztes hat die Gefahr für den Patienten keinesfalls erhöht; es würde dem Wohl des Patienten auch nicht förderlich sein, würde er über möglichst viele an sich unwahrscheinliche Nebenfolgen aufgeklärt werden⁵). Allenfalls könnte uE die den behandelnden Arzt treffende Erfolgshaftung mit dem Verstoß gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten begründet werden.

3. Nachdem soeben veranschaulicht wurde, welche gravierenden Folgen eine nicht ordnungsgemäße Aufklärung für den Arzt haben kann (Erfolgshaftung), sind komprimiert jene Kriterien darzulegen, welche die Rspr für eine ordnungsgemäße Aufklärung fordert:

Für den Umfang der Aufklärung besteht keine generelle verbindliche Norm, die Aufklärung hat sich vielmehr an den Umständen des Einzelfalles zu orientieren (KRSIlg 740), der Umfang der Aufklärungspflicht ist auf den Einzelfall abzustellen⁶).

Die Anforderungen an die ärztliche Aufklärung richten sich in erster Linie nach dem Wohl des Patienten, erst in zweiter Linie hat sich die Aufklärung am Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu orientieren⁷).

Der Umfang der Aufklärung bestimmt sich nach den Operationsrisiken im Einzelfall, der Schwere der potentiellen Folgen⁸) und der besonderen Situation des Patienten, beispielsweise dessen Ängstlichkeit⁹), nach dessen Verständigkeit und seelischer Verfassung¹⁰); bei besonders ängstlichen Menschen ist die Aufklärung auf ein Minimum zu beschränken¹¹). Ist ein Eingriff nicht dringend geboten, müßte er unterbleiben, wenn eine hinreichende Aufklärung etwa wegen der psychischen Verfassung des Patienten kontraindiziert wäre¹²); an-

ders bei unbedingt gebotenen Eingriffen: Die Aufklärung wäre in Grenzfällen gänzlich zu unterlassen.

Bei einem Eingriff an einem Minderjährigen im urteilsfähigen Alter muß sowohl dessen als auch die Zustimmung des sorgeberechtigten gesetzlichen Vertreters vorliegen¹³).

Auf typische Behandlungsrisiken ist unabhängig von der Wahrscheinlichkeit ihrer Verwirklichung hinzuweisen¹⁴). Typizität ist dann gegeben, wenn das Risiko speziell diesem Eingriff anhaftet¹⁵). Wenn auch das Maß der gehörigen Aufklärung eine Rechtsfrage ist, ist jene der Typizität Tatfrage¹⁶). Auch das typische Risiko muß allerdings stets von einer Erheblichkeit und dadurch geeignet sein, die Entscheidung des Patienten zu beeinflussen¹⁷).

Die Aufklärung hat umso umfassender zu sein, je weniger der Eingriff medizinisch indiziert bzw dringlich ist, die Aufklärungspflicht nimmt in dem Maß zu, in welchem die Indikation der Behandlung abnimmt¹⁸); besonders strenge Anforderungen sind zu stellen, wenn der Eingriff nicht unmittelbar der Heilung, sondern (nur) der Diagnose dient¹⁹).

Über ein allgemeines, mit jeder Operation verbundenes und als bekannt vorauszusetzendes Risiko muß der Patient nicht gesondert aufgeklärt werden²⁰).

Der Patient ist über Behandlungsrisiken aufzuklären, auch wenn er von sich aus kein Bedürfnis nach näherer Erläuterung erkennen läßt²¹), gegen seinen Willen darf dem Patienten die Aufklärung jedoch nicht aufgenötigt werden; der Patient kann auch schlüssig auf Aufklärung verzichten²²).

Die Vielzahl der Aufklärungskriterien bringt eine erhebliche Rechtsunsicherheit für den behandelnden Arzt mit sich. Die von der Rspr entwickelten Kriterien gehen fließend ineinander über, sind unscharf und verdichten sich in der ärztlichen Berufspraxis in einem Maß, das sie konfliktfrei nicht mehr angewendet werden können. Dieser Rechtsunsicherheit könnte der Arzt verlässlich nur insofern begegnen, als er den Patienten über alle möglichen, selbst sehr unwahrscheinlichen Risiken der Behandlung aufklärt; diese Vorgangsweise stünde jedoch im Widerspruch zum Wohl des Patienten und im Widerspruch zum Grundsatz, daß die Aufklärung nicht beunruhigen darf.

4. In der Praxis häufig anzutreffen sind Zustimmungserklärungen der Patienten, welche schriftlich abgegeben werden, sowie die Verwendung von Aufklärungsbögen.

Nach der Rspr und herrschenden Lehre können schriftlich eingeholte Zustimmungserklärungen und Aufklärungsbögen das persönliche Gespräch zwischen

3) KRSIlg 678, 730, 769, 790; sa *Reischaiier in Rummel*, ABGB², Rz 26 zu § 1299.

4) KRSIlg 720/Ozontherapie.

5) Vgl MünchKomm-Mertens § 823 Rz 423 b.

6) KRSIlg 662.

7) KRSIlg 678, 707, 769, 782.

8) KRSIlg 739, 639/Erblindung.

9) KRSIlg 782, 769.

10) KRSIlg 740.

11) KRSIlg 678, 707.

12) KRSIlg 720.

13) KRSIlg 705.

14) KRSIlg 693, 730, 754, 780.

15) KRSIlg 780; vgl auch *Pallandt*, Bürgerliches Gesetzbuch⁵⁵, (München 1996), § 823 Rz 47.

16) KRSIlg 707.

17) KRSIlg 780.

18) KRSIlg 699, 707, 720, 769, 776, 780.

19) KRSIlg 699, 754.

20) KRSIlg 779 = RdM 1994/1.

21) KRSIlg 678, 679.

22) KRSIlg 678.

Arzt und Patienten nicht ersetzen²³). Nach dieser Rspr ist eine vom Patienten lediglich schriftlich abgegebene Zustimmungserklärung ohne vorangegangenes ärztliches Aufklärungsgespräch unwirksam. Wie ist diese Rspr mit der so oft betonten Mündigkeit des Patienten vereinbar?

Bestätigt der Patient durch Unterfertigung des Aufklärungsbogens, keine (weiteren) Fragen zu haben, ist diese Erklärung des Patienten vorn Arzt zu respektieren, der Arzt ist in diesem Fall nicht berechtigt, (weitere) Information aufzudrängen. Unterschreibt jedoch der Patient den Aufklärungsbogen, ohne diesen vorher gelesen zu haben, ist dies uE als schlüssiger Verzicht auf (weitere) Aufklärung anzusehen.

Die derzeitige Rspr schützt nicht den "mündigen", sondern den "findigen" Patienten. Sie eröffnet diesem nämlich die Möglichkeit, seiner vor der Behandlung abgegebenen schriftlichen Erklärung durch die Behauptung, es hätte kein persönliches Aufklärungsgespräch stattgefunden, die Rechtswirksamkeit zu nehmen. Die Rspr übergeht damit die Grundgedanken der eigenen Vertragsjudikatur. Nach dieser macht jemand, der eine Urkunde unterschreibt, den durch seine Unterschrift gedeckten Text zum Inhalt seiner Erklärung, auch wenn ihm dieser Text unbekannt war, er ihn nicht verstanden hat oder ihn nicht lesen konnte²⁴). Die Mentalreservation des Patienten beim Unterschreiben der Erklärung richtet sich uE gegen ihn selbst und kann nicht dem Arzt zum Nachteil gereichen. In diesem Zusammenhang ist zudem zu beachten, daß ein Arzt darauf vertrauen darf, daß ein durch Aufklärungsbogen informierter Patient weitere Fragen stellte, wäre er an weiteren Informationen interessiert. Dies läßt sich zwanglos mit der bisherigen Rspr vereinbaren, nach welcher

23) OGH 19.12. 1984, 3 Ob 562/84; RdM 1995115 m Anm *Kopetzki* uWn; OGH 30.1. 1996, 4 Ob 505196 (bislang unveröffentlicht, Autoren am Verfahren beteiligt; *Steiner*, Die ärztliche Aufklärungspflicht nach österreichischem Recht, JBl 1995, 455. vgl auch *MünchKomm-Mertens* § 823 Rz 426ff.

24) Arb 11.138.

der Arzt von sich aus auf den Patienten, welchem kein Aufklärungsbogen zur Verfügung gestellt wurde, mit Informationen zugehen muß.

5. Die Kriterien, welche die Rspr für die ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten formulierte, unterscheiden kaum zwischen jenen Anforderungen, die an die Behandlungsaufklärung, und jenen, die an die Risikoaufklärung des Patienten zu stellen sind.

Unseres Erachtens sind die Anforderungen an den Arzt bei der Behandlungsaufklärung weitergehend als bei der Risikoaufklärung. Dies insb deshalb, weil sich die Aufklärung in erster Linie am Wohl des Patienten und erst in zweiter Linie an seinem Selbstbestimmungsrecht zu orientieren hat, maW die Aufklärung eine "menschliche" zu sein hat. Es stünde dem Wohl des Patienten diametral entgegen, wenn der Arzt ihn über sämtliche möglichen Folgen eines Eingriffs bis hin zu Dauerfolgen und Tod informieren würde, um einem Haftungsrisiko verlässlich zu begegnen. Dem Patientenwohl steht hingegen nicht entgegen, wenn der Arzt dem Patienten in einfacher, verständlicher Weise den beabsichtigten Eingriff darlegt. Die unterschiedlichen Ansprüche der Behandlungsaufklärung einerseits und Risikoaufklärung andererseits gründen daher im wesentlichen auf dem vorrangigen Kriterium des Patientenwohles.

IV. Folgerungen

a) Der Arzt muß auch auf schriftliche Erklärungen eines durch Aufklärungsbögen informierten "mündigen" Patienten vertrauen dürfen; eine allfällige Mentalreservation des Patienten darf nicht zu Lasten des Arztes gehen.

b) Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten fordert eine umfangreiche Behandlungsaufklärung. Das Patientenwohl gebietet meist die Beschränkung der Risikoaufklärung. Die Rechtsprechung sollte daher zwischen Behandlungsaufklärung einerseits und Risikoaufklärung andererseits deutlich unterscheiden.

Gesund in kranker Umgebung*

Falls es Normalsein und Irresein gibt, wie soll man beide unterscheiden? Die Frage ist weder überflüssig noch selbst irrsinnig. So sehr wir auch persönlich davon überzeugt sein mögen, daß wir normal von anormal abgrenzen können, die Beweise sind schlicht nicht zwingend. So liest man beispielsweise oft genug von Mordverfahren, in denen der berühmte Psychiater der Verteidigung und der ebenso berühmte Psychiater der Anklage einander über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten widersprechen. Allgemeiner ausgedrückt: Über Verlässlichkeit, Nutzen und Bedeutung solcher Ausdrücke wie »Normalsein«, »Irresein«, »Geisteskrankheit« und »Schizophrenie« (siehe dazu Anm. 3, 5, 9, 25, 26, 33, 39, 41) gibt es eine Menge widersprüchlicher Befunde. Schließlich erklärte schon 1934 Benedict, Normalität und Anomalität seien nicht allgemeingültig⁸. Was in der einen Kultur als normal angesehen wird, kann in einer anderen als völlig abnorm gelten. Die Unterscheidung von Normalität und Anomalität, die sich in der Psychiatrie traditionellerweise auf das scheinbar objektive Kriterium der »Wirklichkeitsanpassung« eines Individuums stützt, ist demnach vielleicht nicht ganz so exakt, wie man gemeinhin annimmt.

Damit soll die Tatsache nicht angezweifelt werden, daß gewisse Verhaltensweisen von der Norm abweichen oder seltsam sind. Mord weicht von der Norm ab. Das gleiche gilt für Halluzinationen. Solche Fragen zu stellen leugnet auch nicht die Existenz der persönlichen Qual, die oft mit einer »Geisteskrankheit« verbunden ist. Angst und Depressionen exi-

* Ursprünglich veröffentlicht unter dem Titel *On being sane in insane places* in *Science* 179, 19. 1. 1973, 250-258. Aus dem Englischen von Irma Traut Frese, und im Einvernehmen zwischen Verfasser und Herausgeber etwas abgeändert und erweitert.

stieren. Psychisches Leiden existiert. Aber Normalität und Anomalität, geistige Gesundheit und Irresein sowie die Diagnosen, die davon abstammen, sind möglicherweise weniger eindeutig als meist geglaubt. Im Grunde ist die Frage, ob der geistig Gesunde sich vom Kranken unterscheiden läßt (und ob die einzelnen Stufen des Irreseins sich voneinander abgrenzen lassen) einfach: Liegen die hervorstechenden Merkmale, die zur Diagnose führen, in den Patienten selbst oder in der Umgebung, bzw. den Zusammenhängen, in denen Beobachter sie sehen? Von Bleuler über Kretschmer bis zu den Autoren des kürzlich überarbeiteten *Diagnostic and Statistical Manual* (Handbuch für Diagnostik und Statistik) der *American Psychiatric Association* zieht sich die starke Überzeugung, daß Patienten Symptome aufweisen, daß diese Symptome sich in Kategorien einteilen lassen und dementsprechend Geisteskranke von Gesunden zu unterscheiden sind. In jüngerer Zeit wurde diese Überzeugung jedoch in Frage gestellt. Zum Teil auf theoretischen und anthropologischen aber auch auf philosophischen, juristischen und therapeutischen Überlegungen fußend, wuchs die Ansicht, daß eine Aufschlüsselung von Geisteskrankheiten nach psychologischen Gesichtspunkten bestenfalls unnützlich, schlimmstenfalls jedoch überaus schädlich, irreführend und unheilvoll ist. Nach dieser Ansicht existieren psychiatrische Diagnosen nur im Gehirn des Beobachters und sind keine gültige Zusammenfassung von Charakteristika, die der Beobachtete offenbart (siehe dazu Anm. 8, 10, 14, 19, 20, 22, 27, 32, 37, 38, 43, 44).

Man kann die Entscheidung, welche der beiden Vorstellungen »wirklicher« ist, dadurch fördern, daß man normale Menschen (das heißt solche, die nicht an Symptomen einer schweren psychischen Störung leiden und noch nie gelitten haben) in psychiatrische Kliniken einliefert und dann prüft, ob sie als geistig gesund auffallen und, falls ja, wodurch. Würde die geistige Gesundheit solcher Scheinpatienten grundsätzlich entdeckt, wäre das ein glaubhafter Beweis dafür, daß ein geistig gesunder Mensch sich von der geisteskranken Umgebung, in der man ihn vorfindet, abhebt. Normalität (und wahrscheinlich auch Anomalität) ist eindeutig genug, um erkannt zu werden, wo sie auftritt, denn sie ist in der Person selbst begründet. Andererseits kämen, falls die geistige Gesundheit der Scheinpatienten nicht entdeckt würde, auf die Verfechter der traditionellen psychiatrischen Diagnostik ernsthafte Schwierigkeiten zu. Vorausgesetzt, das Personal der Klinik war nicht unfähig, der Scheinpatient benahm sich ebenso normal wie außerhalb der Klinik und es tauchte auch früher nie der Verdacht auf, er gehöre in eine psychiatri-

sche Anstalt, würde ein derartiges unwahrscheinliches Ergebnis die Ansicht stützen, daß eine psychiatrische Diagnose wenig über den Patienten verrät, aber viel über die Wirklichkeit, in der ein Beobachter ihn vorfindet.

Dieser Beitrag beschreibt ein solches Experiment. Acht geistig gesunde Leute verschafften sich heimlich Zugang zu zwölf verschiedenen Kliniken*. Das Verfahren, das zu ihrer Diagnostizierung führte, wird im ersten Teil dieses Artikels beschrieben; der Rest ist einer Beschreibung ihrer Erfahrungen in den psychiatrischen Institutionen gewidmet. Zu wenige Psychiater und Psychologen, sogar unter jenen, die in solchen Kliniken gearbeitet haben, wissen, was ein solches Erlebnis bedeutet. Sie sprechen selten mit früheren Patienten darüber, wahrscheinlich weil sie Informationen von vormaligen Geisteskranken mißtrauen. Jene, die in psychiatrischen Kliniken gearbeitet haben, dürften so gründlich an die Zustände gewöhnt sein, daß sie gegen den Schock dieser Erfahrung unempfindlich sind. Es gab zwar gelegentlich Berichte von Wissenschaftlern, die sich dem Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus ausgesetzt haben (siehe Anm. 4, 7, 13, 21), jedoch blieben sie gewöhnlich nur kurze Zeit in den Kliniken, und oft wußte das Anstaltspersonal Bescheid. Es läßt sich schwer abschätzen, inwieweit sie als Patienten oder als wissenschaftliche Kollegen behandelt wurden. Nichtsdestotrotz waren ihre Berichte über das Innere eines psychiatrischen Krankenhauses wertvoll. Dieser Beitrag erweitert solche Versuche.

Die Scheinpatienten und ihr Umfeld

Die acht Scheinpatienten waren eine gemischte Gruppe. Einer war Psychologiestudent in den Zwanzigern. Die anderen sieben waren älter und »etabliert«. Unter ihnen befanden sich drei Psychologen, ein Pädiater, ein Psychiater, ein Maler und eine Hausfrau. Drei der Scheinpatienten waren Frauen, fünf Männer. Alle benutzten Pseudonyme, damit ihre angeblichen Diagnosen sie später nicht in peinliche Situationen bringen konnten. Diejenigen, die auf dem Gebiet der Nervenheilkunde tätig wa-

* Die Ergebnisse eines neunten Scheinpatienten wurden in diesen Bericht nicht aufgenommen, weil er, obwohl sein Normalsein unentdeckt blieb, Teile seiner persönlichen Vorgeschichte einschließlich Familienstand und Verhältnis zu den Eltern verfälschte. Sein Versuchsverhalten wich damit von dem der anderen Scheinpatienten ab.

ren, gaben andere Berufe an. Sie wollten damit vermeiden, daß das Personal ihnen aus Höflichkeit oder aus Vorsicht als leidenden Kollegen spezielle Aufmerksamkeit widmete.*

Mit Ausnahme von mir selbst (ich war der erste Scheinpatient und meine Anwesenheit war dem Krankenhausverwalter und dem Leitenden Psychologen bekannt – soweit ich sagen kann, ihnen allein) blieb die Anwesenheit der Scheinpatienten und die Art des Forschungsprogramms dem Klinikpersonal verborgen.**

Beim Versuchsaufbau wurde ähnlich variiert. Um die Ergebnisse allgemeingültig zu machen, suchte man Zugang zu ganz verschiedenen Kliniken. Die zwölf Krankenhäuser des Versuchs lagen in fünf verschiedenen Staaten an der Ost- und Westküste der USA. Einige waren alt und schäbig, andere ganz neu. Einige waren auf Forschung ausgerichtet, andere nicht. Einige hatten ein gutes Zahlenverhältnis von Personal zu Patienten, andere waren zu schwach besetzt. Nur eine Klinik war völlig privat. Die anderen erhielten Unterstützung von Staat oder Bund oder, in einem Fall, von einer Universität.

Nachdem der Scheinpatient telefonisch einen Termin mit der Klinik vereinbart hatte, kam er in das Aufnahmebüro und klagte, er habe Stimmen gehört. Gefragt, was die Stimmen sagten, antwortete er, sie seien oft unklar, sagten aber, soweit er verstehen könne, »leer«, »hohl« und »dumpf«. Die Stimmen waren unbekannt und gehörten dem gleichen Geschlecht an wie der Scheinpatient. Man wählte diese Symptome auf

* Über die persönlichen Schwierigkeiten hinaus, die einem Scheinpatienten wahrscheinlich in einer Anstalt widerfahren, gibt es noch rechtliche und gesellschaftliche Probleme, die man bedenken sollte, bevor man die Klinik betritt. So ist es beispielsweise schwierig, wenn nicht unmöglich, kurzfristig wieder entlassen zu werden – ungeachtet eines Gesetzes, das das Gegenteil besagt. Als das Projekt startete, achtete ich nicht auf diese Schwierigkeiten, ebensowenig wie auf persönliche oder situationsbedingte Notfälle, die sich ergeben könnten. Später wurde für jeden teilnehmenden Patienten eine Habeas-corpus-Akte vorbereitet, und ein Rechtsanwalt stand während jeder Hospitalisation abrufbereit. Ich danke John Kaplan und Robert Bartels für juristischen Rat und Beistand in diesen Dingen.

** Wie unerwünscht solche Heimlichkeit auch sein mag, sie ist ein notwendiger erster Schritt, um diese Fragen zu untersuchen. Ohne solche Geheimhaltung gäbe es keinen Weg, um festzustellen, wie gültig diese Erfahrungen waren; auch könnte man nicht wissen, ob irgendwelche gelungenen Entlarvungen dem diagnostischen Scharfsinn des Personals oder der Klatschübermittlung der Klinik zu verdanken wären. Da meine Anliegen von allgemeinem Interesse sind, das über einzelne Krankenhäuser und ihr Personal hinausgeht, habe ich deren Anonymität respektiert und alle Hinweise entfernt, die zu ihrer Identifizierung führen könnten.

Grund ihrer offensichtlichen Ähnlichkeit mit existentiellen Symptomen. Solche Symptome sollen aus schmerzlicher Sorge über das als bedeutungslos empfundene Leben entstehen. Es ist, als sagte sich die halluzinierende Person: »Mein Leben ist hohl und leer.« Die Wahl dieser Symptome wurde auch dadurch bestimmt, daß es in der Literatur keinen einzigen Bericht über eine existentielle Psychose gibt.

Außer dem Vorspiegeln der Symptome und der Verfälschung von Name, Beruf und Arbeitsplatz, wurden keine Veränderungen der Person, der Vorgeschichte oder der anderen Umstände vorgenommen. Die wesentlichen Ereignisse im Leben der Scheinpatienten wurden so dargestellt, wie sie sich wirklich ereignet hatten. Die Beziehungen zu den Eltern und Geschwistern, Ehepartnern und Kindern, Arbeitskollegen und Schulkameraden wurden, mit den vorher erwähnten Ausnahmen, so beschrieben, wie sie waren oder gewesen waren. Enttäuschungen und Ärger wurden ebenso geschildert wie Freuden und Befriedigungen. Diese Tatsachen muß man im Auge behalten. Wenn sie überhaupt einen Einfluß hatten, dann den, daß sie die späteren Ergebnisse zugunsten einer Entlarvung des Normalseins beeinflussten, da keine der Vorgeschichten oder damaligen Verhaltensweisen in irgendeiner Weise ernsthaft pathologisch waren.

Unmittelbar nach der Einweisung auf die psychiatrische Station hörten die Scheinpatienten auf, irgendwelche Symptome der Abnormalität zu simulieren. In einigen Fällen durchlebten sie eine kurze Periode leichter Nervosität und Ängstlichkeit, da keiner von ihnen wirklich glaubte, er würde so leicht eingelassen. Tatsächlich fürchteten alle, sofort als Betrüger entlarvt und großer Peinlichkeit ausgesetzt zu sein. Darüber hinaus hatten viele von ihnen noch nie eine psychiatrische Station gesehen; selbst jene, die es schon hatten, litten aber an echten Ängsten davor, was ihnen passieren könnte. Ihre Nervosität war also der Ungewohntheit des Anstaltslebens durchaus angemessen, und sie klang sehr schnell ab. Abgesehen von dieser kurzfristigen Nervosität benahm sich der Scheinpatient auf der Station genau so, wie er sich »normalerweise« verhalten würde. Er sprach mit Patienten und Personal wie unter üblichen Umständen. Da es auf einer psychiatrischen Station ungewöhnlich wenig zu tun gibt, versuchte er, andere ins Gespräch zu ziehen. Wurde er vom Personal gefragt, wie er sich fühle, erklärte er, es gehe ihm gut, er habe keine Symptome mehr. Er reagierte auf die Anweisungen der Pfleger, befolgte den Aufruf zur Medikamentenausgabe (nahm sie aber nicht ein) und die Instruktionen für den Speisesaal. Neben solchen Aktivitäten,

wie sie ihm auf der Aufnahmestation zur Verfügung standen, verbrachte er seine Zeit damit, alle Beobachtungen über die Station, ihre Patienten und das Personal aufzuschreiben. Anfangs wurden diese Notizen »heimlich« niedergeschrieben. Später aber wurden sie, da bald klar wurde, daß niemand sich besonders darum kümmerte, auf gewöhnlichen Schreibblöcken und in öffentlichen Räumen wie dem Tagesraum verfaßt. Man machte kein Geheimnis aus diesen Aktivitäten.

Der Scheinpatient betrat das Krankenhaus, ganz wie ein echter psychiatrischer Kranker, ohne zu wissen, wann er wieder entlassen werden würde. Jedem von ihnen wurde gesagt, daß er aus eigenen Kräften herauskommen mußte, im wesentlichen dadurch, daß er das Klinikpersonal von seiner geistigen Gesundheit überzeugte. Die psychischen Belastungen im Zusammenhang mit der Hospitalisierung waren beträchtlich, und alle bis auf einen Scheinpatienten wollten fast unmittelbar nach der Aufnahme wieder entlassen werden. Sie wurden infolgedessen nicht nur dazu motiviert, sich normal zu benehmen, sondern auch, sich als Muster an Kooperation zu erweisen. Daß ihr Benehmen in keiner Weise unangenehm war, wurde durch Berichte der Schwestern bestätigt, die man von den meisten Patienten erhalten konnte. Diese Berichte erklärten durchgehend, die Patienten seien »freundlich« und »kooperativ« gewesen und hätten »keine abnormen Anzeichen aufgewiesen«.

Normale sind nicht erkennbar gesund

Trotz ihrer öffentlichen »Zurschaustellung« von geistiger Gesundheit wurde keiner der Scheinpatienten als solcher entlarvt. Zugegeben, außer einem Fall mit der Diagnose Schizophrenie* wurden alle mit der Diagnose Schizophrenie »in Remission« entlassen. Die Bezeichnung »in Remission« sollte man keinesfalls als Formalität abtun, denn zu keiner Zeit während irgendeiner Hospitalisierung wurde die Simulation eines Scheinpatienten irgendwie in Frage gestellt. Auch gibt es keine Hinweise in den Klinikunterlagen, daß der Status der Scheinpatienten verdächtig war. Eher spricht einiges dafür, daß der Scheinpatient, einmal als Schi-

* Interessanterweise liefen elf der zwölf Einweisungen unter der Diagnose Schizophrenie und eine, mit identischen Symptomen, unter der Bezeichnung manisch-depressive Psychose. Diese Diagnose hat eine günstigere Prognose: sie stammt von der einzigen privaten Klinik unseres Versuchs. Über die Zusammenhänge zwischen Gesellschaftsschicht und psychiatrischer Diagnose siehe Anm. 23.

zophrener klassifiziert, mit dieser Bezeichnung behaftet blieb. Falls er entlassen werden sollte, mußte er natürlich »in Remission« sein; aber er war nicht geistig gesund, und er war, nach Ansicht der Anstalt, auch niemals geistig gesund gewesen. Damit war eine offensichtliche menschliche »Wirklichkeit« konstruiert.

Daß die geistige Normalität durchgehend nicht erkannt wurde, läßt sich nicht auf die Qualität der Kliniken schieben. Obwohl unter ihnen beträchtliche Unterschiede bestanden, gelten mehrere als ausgezeichnet. Auch kann man nicht behaupten, daß die Zeit nicht reichte, um die Scheinpatienten zu beobachten. Die Dauer der Hospitalisation reichte von sieben bis zu 52 Tagen, mit einem Durchschnitt von 19 Tagen. Die Scheinpatienten wurden in der Tat nicht besonders sorgfältig beobachtet. Dieses Versäumnis beruht jedoch mit Sicherheit mehr auf den Gepflogenheiten psychiatrischer Kliniken als auf einem Mangel an Gelegenheit.

Schließlich läßt sich auch nicht sagen, daß die geistige Klarheit der Scheinpatienten deshalb nicht erkannt wurde, weil sie sich nicht normal benahmten. Obwohl alle eindeutig unter einer gewissen Spannung standen, konnten ihre täglichen Besucher keine ernstesten Konsequenzen im Verhalten entdecken – und auch die anderen Patienten konnten es nicht. Unter den Patienten war es nicht ungewöhnlich, daß sie die Normalität der Scheinpatienten »herausfanden«. Während der ersten drei Klinikaufenthalte, bei denen man noch genau mitzählte, äußerten 35 von insgesamt 118 Patienten auf der Einweisungsstation diesen Verdacht, einige darunter vehement. »Sie sind nicht verrückt. Sie sind ein Journalist oder ein Professor (in Anspielung auf das ständige Notizenmachen). Sie überprüfen das Krankenhaus.« Während die meisten Patienten sich durch die beharrlichen Beteuerungen des Scheinpatienten beruhigen ließen, er sei krank gewesen, bevor er kam, nun aber wieder wohlauf, glaubten einige weiterhin während des gesamten Krankenhausaufenthalts, daß der Scheinpatient geistig gesund war.* Die Tatsache, daß die Patienten das Normalsein häufig erkannten, das Personal jedoch nicht, wirft wichtige Fragen auf.

* Es ist natürlich möglich, daß Patienten es mit den Diagnosen nicht sehr genau nehmen und infolgedessen dazu neigen, viele Menschen als normal anzusehen, selbst jene, deren Verhalten offensichtlich abwegig ist. Obwohl wir hierüber keine harten Fakten besitzen, hatten wir jedoch den deutlichen Eindruck, daß dies nicht der Fall war. Vielfach wählten Patienten uns nicht nur als Zielscheibe ihrer Aufmerksamkeit aus, sondern begannen auch unser Verhalten und unsere Redeweise zu imitieren.

Daß das Normalsein während des Krankenhausaufenthalts nicht entdeckt wurde, kann daran liegen, daß Ärzte einen starken Hang dazu haben, was die Statistiker den Typ-2-Irrtum nennen³⁸. Das heißt, daß Ärzte eher geneigt sind, eine gesunde Person krank zu nennen (falsch positives Resultat, Typ 2), als eine kranke Person gesund (falsch negatives Resultat, Typ 1). Die Gründe hierfür sind nicht schwer zu finden: Es ist eindeutig gefährlicher, Krankheit zu verkennen als Gesundheit. Besser man irrt auf der Seite der Vorsicht und vermutet Krankheit selbst unter Gesunden.

Was jedoch für die Medizin gilt, paßt nicht unbedingt genauso gut in die Psychiatrie. Medizinische Krankheiten sind zwar bedauerlich, haben aber nicht zwangsläufig üble Folgen. Psychiatrische Diagnosen bringen im Gegensatz dazu persönliches, juristisches und soziales Stigma mit sich (siehe Anm. 15, 16, 17, 24, 28). Es war daher wichtig, festzustellen, ob die Tendenz, Gesunde als Geisteskranke zu diagnostizieren, revidiert werden konnte. An einem Lehr- und Forschungs Krankenhaus, dessen Personal von diesen Ergebnissen gehört hatte, aber bezweifelte, daß ein solcher Irrtum an seiner Klinik passieren konnte, arrangierte man folgendes Experiment. Die Mitarbeiter wurden informiert, daß irgendwann während der folgenden drei Monate einer oder mehrere Scheinpatienten versuchen würden, in das psychiatrische Krankenhaus aufgenommen zu werden. Jedes Mitglied des Stabes wurde gebeten, alle Patienten, die in der Aufnahme oder auf der Station erschienen, nach der Wahrscheinlichkeit, mit der sie Scheinpatienten waren, zu beurteilen. Man benutzte eine Zehn-Punkte-Skala. Die Ziffern 1 und 2 bedeuteten, daß ein Kranker mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Scheinpatient war.

Es kamen Beurteilungen von 193 Patienten, die zur psychiatrischen Behandlung aufgenommen wurden, zustande. Das gesamte Personal, das längeren Kontakt oder wesentliche Verantwortung für den Patienten hatte – Pfleger, Schwestern, Psychiater, Ärzte und Psychologen – wurde um Beurteilungen gebeten. 41 Patienten wurden von mindestens einem Mitglied des Personals mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Scheinpatienten gehalten. 23 wurden von mindestens einem Psychiater für suspekt eingeschätzt. 19 wurden von einem Psychiater und einem weiteren Mitglied des Personals verdächtigt. In Wirklichkeit wurde während dieser Zeit kein einziger wirklicher Scheinpatient (zumindest nicht aus meiner Gruppe) aufgenommen.

Das Experiment ist lehrreich. Es zeigt, daß die Tendenz, Gesunde als Irre zu klassifizieren, sich revidieren läßt, sofern viel auf dem Spiel steht (in

diesem Fall Prestige und diagnostischer Scharfsinn). Aber was ist über jene 19 Leute zu sagen, die von einem Psychiater und einem anderen Mitglied des Personals verdächtigt wurden, »geistig gesund« zu sein? Waren diese Leute wirklich »geistig gesund« oder tendierte das Personal, um einen Typ-2-Irrtum zu vermeiden, eher dazu, Fehler des ersten Typs zu machen – den Verrückten als »geistig gesund« zu bezeichnen? Es gibt keine Möglichkeit, das herauszufinden. Aber eines ist sicher: Jeder diagnostische Vorgang, der sich so leicht schwerwiegenden Irrtümern dieser Art preisgibt, kann nicht sehr zuverlässig sein.

Wie psychodiagnostische Klassifikationen haften

Über die Tendenz hinaus, Gesunde für krank zu erklären – eine Tendenz, die das diagnostische Verhalten bei der Einweisung eher erklärt als nach längerer Beobachtungszeit – sprechen die Befunde für die massive Rolle der Klassifizierung in der psychiatrischen Diagnoseerhebung. Sobald der Scheinpatient einmal als schizophren klassifiziert wurde, kann er nichts tun, um dieses Stigma wieder loszuwerden. Es färbt die Auffassung anderer von ihm und sein eigenes Verhalten tiefgreifend. In einem recht eigentlichen Sinne ist damit also eine Wirklichkeit erschaffen.

Von einem gewissen Standpunkt aus sind diese Befunde kaum überraschend, denn es ist seit langem bekannt, daß Dinge ihre Bedeutung durch den Zusammenhang erhalten, in dem sie vorkommen. Die Gestalt-Psychologie postulierte diese vehement, und Asch¹ wies nach, daß es »zentrale« Persönlichkeitsmerkmale gibt (etwa »warm« im Gegensatz zu »kalt«), die so mächtig sind, daß sie die Bedeutung anderer Informationen einschneidend färben, wenn es darum geht, sich ein Bild von einer bestimmten Persönlichkeit zu machen (siehe Anm. 11, 12, 14, 46). »Geisteskrank«, »schizophren«, »manisch-depressiv« und »verrückt« gehören wahrscheinlich zu den stärksten dieser zentralen Merkmale. Sobald eine Person als abnorm gekennzeichnet ist, werden ihre ganzen übrigen Verhaltensweisen und Charakterzüge durch diese Klassifizierung gefärbt. In der Tat ist die Klassifizierung so mächtig, daß viele der normalen Verhaltensweisen der Scheinpatienten völlig übersehen oder gründlich fehlinterpretiert werden, damit sie in die ein für allemal zurechtgelegte Wirklichkeit passen. Einige Beispiele mögen dies erhellen.

Anfangs wies ich darauf hin, daß in der persönlichen Vorgeschichte und dem damaligen Status der Scheinpatienten nichts geändert wurde außer

Namen, Arbeitsplatz und, falls nötig, Beruf. Im übrigen wurde eine wahrheitsgetreue Beschreibung der Vorgeschichte und der Lebensumstände geliefert. Diese Lebensumstände waren nicht psychotisch. Wie wurden sie mit der Diagnose einer Psychose in Einklang gebracht? Oder wurden die Diagnosen so abgewandelt, daß sie zu den Lebensumständen des Scheinpatienten paßten, wie er sie beschrieb?

Soweit ich erkennen kann, wurden die Diagnosen in keiner Weise durch das relativ normale Leben der Scheinpatienten beeinflußt. Eher ergab sich das Gegenteil: Das Bild von den Lebensumständen wurde ganz durch die Diagnose geformt. Ein deutliches Beispiel einer solchen Konstruktion fand sich im Fall eines Scheinpatienten, der während seiner frühen Kindheit ein enges Verhältnis zu seiner Mutter hatte, seinem Vater aber ziemlich fern stand. Während der Jugendzeit und später wurde sein Vater jedoch zum engen Freund, wogegen das Verhältnis zur Mutter abkühlte. Sein gegenwärtiges Verhältnis zur Ehefrau war in erster Linie warm und eng. Abgesehen von gelegentlichen zornigen Wortwechseln gab es nur minimale Reibereien. Die Kinder wurden nur selten geschlagen. Gewiß ist an solch einer Vorgeschichte nichts besonders Pathologisches. Tatsächlich mögen viele Leser Ähnliches erfahren haben, ohne daß dies verhängnisvolle Konsequenzen hatte. Man beachte jedoch, wie solch eine Geschichte in den psychopathologischen Zusammenhang übersetzt wurde. Das Folgende stammt aus der Zusammenfassung der Fallbeschreibung, die nach der Entlassung des Patienten angefertigt wurde.

Dieser 39jährige Patient [...] hat eine lange Vorgeschichte von starker Ambivalenz in seinen engen Beziehungen schon seit früher Kindheit. Ein warmes Verhältnis zu seiner Mutter kühlt sich während der späteren Jugendzeit ab. Eine kühle Beziehung zu seinem Vater wird als zunehmend intensiv geschildert. Affektive Stabilität fehlt. Seine Versuche, seine Erregbarkeit gegenüber Ehefrau und Kindern zu zügeln, werden durchbrochen von zornigen Ausbrüchen und, im Fall der Kinder, Prügelein. Und obwohl er angibt, mehrere gute Freunde zu haben, fühlt man, daß auch in diese Beziehungen beträchtliche Ambivalenzen eingebettet sind [...].

Die Fakten des Falles wurden vom Personal unabsichtlich verzerrt, um Übereinstimmung mit einer verbreiteten Theorie über den Verlauf einer schizophrenen Reaktion zu erzielen*. In den Beziehungen zu Eltern, Ehepartner oder Freunden war nichts Ambivalentes geschildert worden. Soweit man auf Ambivalenz rückschließen konnte, war sie wahrschein-

* Als Beispiel für eine ähnliche sich selbst erfüllende Prophezeiung, die sich in diesem Fall um das »zentrale« Merkmal der Intelligenz dreht, siehe Anm. 34.

lich nicht stärker als in allen menschlichen Beziehungen. Es stimmt, daß die Beziehungen des Scheinpatienten zu seinen Eltern sich mit der Zeit änderten, aber unter gewöhnlichen Umständen wäre das kaum bemerkenswert – es wäre sogar durchaus zu erwarten. Die Bedeutung, die man seinen Ausführungen unterlegte (also Ambivalenz, Affektinstabilität), wurde eindeutig durch die Diagnose geprägt: Schizophrenie. Wäre bekannt gewesen, daß der Mann »normal« war, hätte man ihnen eine völlig andere Bedeutung zugeschrieben.

Alle Scheinpatienten machten sich öffentlich ausführliche Notizen. Unter gewöhnlichen Umständen hätte solches Verhalten bei Beobachtern Fragen provoziert. Unter den Patienten war das ja auch der Fall. Tatsächlich schien es so sicher, daß die Notizen Verdacht erwecken würden, daß ausgeklügelte Vorsichtsmaßnahmen ergriffen wurden, um sie täglich aus der Station zu schaffen. Die Vorkehrungen erwiesen sich aber als überflüssig. Was noch am ehesten einer Frage des Personals gleichkam, war folgendes Erlebnis: Ein Scheinpatient fragte seinen Arzt, welches Medikament er bekam und schrieb die Antwort nieder. »Sie brauchen das nicht aufschreiben«, wurde ihm freundlich erklärt. »Wenn Sie es sich nicht merken können, fragen Sie mich einfach noch einmal.«

Wenn also die Scheinpatienten nicht danach gefragt wurden, wie interpretierte man ihre Schreibfähigkeit? Die Unterlagen der Schwestern über drei Patienten zeigen, daß sie als Teil des pathologischen Verhaltens gewertet wurden. »Patient ist mit seinen Schreibgewohnheiten beschäftigt«, lautete der tägliche Schwesternbericht über einen der Scheinpatienten, der niemals nach seiner Schreibfähigkeit gefragt wurde. Da der Patient im Krankenhaus ist, muß er psychisch gestört sein. Und weil er gestört ist, muß ständiges Schreiben eine Verhaltensmanifestation dieser Störung sein, vielleicht eine Form des zwanghaften Tuns, das manchmal mit Schizophrenie zusammenhängt.

Ein unausgesprochenes Merkmal psychiatrischer Diagnosen ist, daß sie die Quellen der Geistesverwirrung innerhalb des Individuums suchen und nur selten in der Vielfalt der Reize, die ihn umgeben. Infolgedessen werden Verhaltensweisen, die durch die Umgebung provoziert werden, gewöhnlich fälschlicherweise der Krankheit des Patienten zugeschrieben. So traf eine freundliche Schwester einen Scheinpatienten, wie er die langen Krankenhausgänge auf und ab ging. »Nervös, Mr. X?« fragte sie. »Nein, gelangweilt«, sagte er.

Die Notizen der Scheinpatienten sind voll von Verhaltensweisen der Kranken, die von wohlmeinendem Personal fehlgedeutet wurden. Oft

genug »drehte« ein Patient »durch«, weil er wissentlich oder unwissentlich von jemandem, etwa von einem Pfleger, falsch behandelt wurde. Eine Schwester, die auf der Bildfläche erschien, pflegte dann kaum einmal nur oberflächlich nach dem äußeren Anlaß für das Verhalten des Patienten zu fragen. Sie nahm vielmehr an, der Ausbruch entstamme der Krankheit und nicht der augenblicklichen Auseinandersetzung mit anderen Angestellten. Gelegentlich vermutete das Personal, die Familie des Patienten (insbesondere, wenn diese kürzlich zu Besuch gekommen war) oder andere Patienten hätten den Ausbruch provoziert. Aber niemals kam es vor, daß die Angestellten dachten, jemand unter ihnen oder die Struktur des Krankenhauses habe etwas mit dem Verhalten eines Patienten zu tun. Ein Psychiater deutete auf eine Gruppe Patienten, die eine halbe Stunde vor dem Mittagessen vor dem Eingang der Cafeteria saßen. Einer Gruppe junger Ärzte erklärte er, ein solches Verhalten sei charakteristisch für die oral-fixierte Natur des Syndroms. Es schien ihm nicht in den Sinn zu kommen, daß es in einem psychiatrischen Krankenhaus außer Essen wenig Erwartenswertes gibt.

Eine psychiatrische Klassifizierung erzeugt ihre eigene Wirklichkeit und damit ihre eigenen Wirkungen. Sobald der Eindruck entstanden ist, daß der Patient schizophren ist, geht die Erwartung dahin, daß er weiterhin schizophren bleiben wird. Wenn genügend Zeit verstrichen ist, ohne daß er etwas Verschrobenes getan hat, glaubt man, er sei in Remission und könne entlassen werden. Aber die Klassifizierung haftet über die Entlassung hinaus, mit der uneingestanden Erwartung, daß er sich wieder wie ein Schizophrener benehmen werde. Solche Klassifizierungen, von psychiatrischen Fachleuten ausgeteilt, beeinflussen den Patienten ebenso wie seine Verwandten und Freunde, und es ist nicht verwunderlich, daß die Diagnose auf sie alle wie eine Prophezeiung wirkt, die sich selbst erfüllt. Schließlich akzeptiert der Patient selbst die Diagnose, mit all ihren zusätzlichen Bedeutungen und Erwartungen und verhält sich entsprechend³⁸. Sobald er dies tut, hat auch er sich an diese Konstruktion einer zwischenmenschlichen »Wirklichkeit« angepaßt.

Die Schlußfolgerungen aus diesen Dingen sind recht einfach. Ebenso wie Zigler und Phillips nachgewiesen haben, daß die Symptome von Patienten, denen unterschiedliche Diagnosen gestellt wurden, sich ganz erheblich überschneiden^{38, 47}, greifen auch die Verhaltensweisen von Geisteskranken und Normalen stark ineinander. Der Normale ist nicht ständig »normal«. Wir geraten »ohne vernünftigen Grund« in Wut. Wir sind gelegentlich depressiv oder ängstlich, ebenfalls ohne wirklichen Grund.

Und wir kommen vielleicht mit dem einen oder anderen Menschen nicht gut aus – wiederum ohne daß wir genau sagen könnten, warum. Ähnlich sind Geistesranke nicht ständig verrückt. Tatsächlich hatten die Scheinpazienten, während sie mit ihnen lebten, den Eindruck, daß sie während langer Zeitabschnitte normal waren – daß die wunderlichen Verhaltensweisen, auf denen ihre Diagnose angeblich gründete, nur einen kleinen Teil des gesamten Verhaltens ausmachten. Wenn es nicht sinnvoll ist, daß wir uns auf Grund einer gelegentlichen Depression als permanent depressiv klassifizieren, dann bedarf es besserer Beweise als der derzeit verwendeten, um alle Patienten auf Grund von wunderlichen Verhaltensweisen oder Wahrnehmungen als geisteskrank oder schizophren zu bezeichnen. Wie schon Mischel³⁹ darlegte, scheint es zweckmäßiger, unsere Debatten auf *Verhaltensweisen*, die sie auslösenden Reize und deren Begleiterscheinungen zu begrenzen.

Es ist unklar, warum so extreme Persönlichkeitseinschätzungen, wie »verrückt« oder »geisteskrank«, entstehen. Wenn die Ursprünge und die auslösenden Reize eines Verhaltens unklar oder unbekannt sind oder das Verhalten uns unbeeinflussbar erscheint, ist es begreiflich, daß sie dem Charakter des Betreffenden zugeschrieben werden. Wenn andererseits die Ursprünge und Auslöser bekannt und erklärbar sind, beschränkt sich die Diskussion auf das Verhalten selbst. So kann ich beispielsweise Halluzinationen haben, weil ich schlafe, oder ich kann Halluzinationen haben, weil ich ein bestimmtes Medikament genommen habe. In diesen Fällen werden sie als schlafinduzierte Halluzination oder Träume bzw. als medikamenteninduzierte Halluzinationen bezeichnet. Sind die Auslöser meiner Halluzinationen dagegen unbekannt, spricht man von Verrücktheit oder Schizophrenie – als wäre diese Deutung ebenso erhellend wie die anderen.

Das Erlebnis psychiatrischer Hospitalisation

Der Ausdruck »Geisteskrankheit« ist jüngerer Datums. Er wurde von human gesinnten Leuten geprägt, die den Status der psychisch Gestörten (und das Mitgefühl der Öffentlichkeit ihnen gegenüber) dringend verbessern und sie nicht länger als Hexen und »Verrückte«, sondern physisch Kranken gleichgestellt sehen wollten. Und sie waren zumindest teilweise erfolgreich, denn die Therapie der Geisteskranken hat sich im Verlauf der Jahre beträchtlich gebessert. Aber obwohl die Therapie

Fortschritte machte, muß man bezweifeln, daß die Leute Geisteskranke wirklich genauso sehen wie physisch Kranke. Von einem gebrochenen Bein erholt man sich, aber Geisteskrankheit dauert angeblich lebenslang. Ein gebrochenes Bein bedroht den Beobachter nicht – und ein verrückter Schizophrener? Es gibt zahlreiche Beweise dafür, daß die Einstellung gegenüber Geisteskranken von Furcht, Feindseligkeit, Entfremdung, Mißtrauen und Schrecken gekennzeichnet ist^{36, 37}. Die Geisteskranken sind die Aussätzigen der Gesellschaft.

Daß solche Ansichten die allgemeine Bevölkerung infizieren, ist vielleicht nicht überraschend, nur bestürzend. Daß sie jedoch die Fachleute erfassen – Pfleger, Schwestern, Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter –, die mit den Geisteskranken umgehen und sie behandeln, scheint wesentlich beunruhigender, und zwar einmal, weil solche Einstellungen natürlich schaden, und zum anderen, weil sie unbeabsichtigt sind. Die meisten in der Psychiatrie Tätigen dürften behaupten, daß sie Mitleid mit den Geisteskranken empfinden, daß sie weder abweisend noch feindselig sind. Wahrscheinlicher ist jedoch, daß eine feine Ambivalenz ihre Beziehungen zu den Patienten kennzeichnet, so daß die angegebenen Beweggründe nur Teil ihrer Gesamthaltung darstellen. Negative Einstellungen sind ebenfalls vorhanden und leicht zu entdecken. Sie sollten uns nicht überraschen. Sie sind das natürliche Ergebnis des Stempels, den die Patienten tragen und der Umgebung, in der wir sie finden.

Man betrachte die Struktur des typischen psychiatrischen Krankenhauses. Personal und Patienten sind streng getrennt. Das Personal hat seinen eigenen Bereich, einschließlich Eßräumen, Badezimmern und Konferenzräumen. Die verglasten Arbeitsräume, in denen sich das Personal aufhält, von den Scheinpatienten »Käfig« getauft, dominieren jeden Tagesraum. Der Mitarbeiterstab taucht daraus in erster Linie auf, um Verwaltungsaufgaben zu erfüllen – Medikamente auszugeben, eine Therapie- oder Gruppensitzung zu leiten, einen Patienten zu belehren oder zu tadeln. Im übrigen bleibt das Personal unter sich, fast so als wäre die Krankheit ihrer Schützlinge ansteckend.

Die Trennung zwischen Patienten und Personal geht in der Regel so weit, daß in vier öffentlichen Kliniken, in denen man zu messen versuchte, wie weit beide sich mischen, die »Zeit außerhalb des Personal-Käfigs« als Arbeitsmaß dienen mußte. Zwar galt nicht die gesamte außerhalb des Käfigs verbrachte Zeit dem Umgang mit den Patienten (Pfleger tauchten beispielsweise gelegentlich auf, um im Tagesraum fernzusehen), jedoch

war dies der einzige Weg, um zuverlässige Daten für die Zeitmessung zu erhalten.

Die Pfleger verbrachten durchschnittlich 11,3 % ihrer Zeit (Schwankungsbereich 3 bis 52 %) außerhalb des Käfigs. Diese Zahl umfaßt nicht nur die Zeit für den Umgang mit Patienten, sondern auch jene für Arbeiten wie Wäschelegen, Patienten beim Rasieren überwachen, das Säubern der Station leiten und Patienten zu ihren Tätigkeiten außerhalb der Station schicken. Ein Pfleger, der Zeit damit verbrachte, mit den Patienten zu sprechen oder Spiele mit ihnen zu machen, war ziemlich selten. Wieviel Zeit die Schwestern den Patienten widmeten, ließ sich nicht in Prozenten fassen, da sie sich zu kurz außerhalb des Käfigs aufhielten. Statt dessen zählten wir, wie oft sie außerhalb des Käfigs erschienen. Im Durchschnitt tauchten die Tagesschwester 11,5mal pro Schicht aus dem Käfig auf, einschließlich der Male, in denen sie die Station ganz verließen (Schwankungsbereich vier- bis 39mal). Die Schwestern der Spät- und Nachtschicht waren sogar noch weniger vorhanden. Sie tauchten im Durchschnitt 9,4mal pro Schicht (Schwankungsbereich vier- bis 41mal) auf. Über die Schwestern der Frühschicht, die gewöhnlich nach Mitternacht kamen und um acht Uhr morgens gingen, fehlen die Angaben, da die Patienten während des größten Teils dieser Zeit schliefen.

Ärzte, insbesondere Psychiater, standen sogar noch weniger zur Verfügung. Man sah sie nur selten auf den Stationen. Normalerweise bekam man sie nur zu Gesicht, wenn sie ankamen und weggingen. Die übrige Zeit verbrachten sie in ihren Büros oder dem Käfig. Durchschnittlich tauchten Ärzte 6,7mal pro Tag (Schwankungsbereich ein- bis 17mal) auf der Station auf. Es erwies sich als schwierig, hier exakte Angaben zu machen, da die Dienstzeit der Ärzte ihnen oft gestattete, zu verschiedenen Zeiten zu kommen und zu gehen.

Über die hierarchische Organisation psychiatrischer Kliniken wurde schon früher berichtet⁴². Dennoch ist es die versteckte Bedeutung dieser Art Organisation wert, nochmals hervorgehoben zu werden. Wer die größte Macht besitzt, hat am wenigsten mit den Patienten zu tun, und wer am wenigsten Macht hat, ist am meisten mit ihnen beschäftigt. Man sollte sich jedoch ins Gedächtnis rufen, daß ein rollen-adäquates Verhalten im wesentlichen durch Beobachtung anderer erworben wird, wobei die Mächtigsten den stärksten Einfluß haben. Folgerichtig ist es verständlich, daß Pfleger nicht nur mehr Zeit mit den Patienten verbringen als sämtliche anderen Mitglieder des Personals – das verlangt ihre Stellung in der Hierarchie –, sondern daß sie auch, da sie vom Verhalten

ihrer Vorgesetzten lernen, so wenig Zeit mit den Patienten verbringen wie sie nur können. Pfleger sieht man meist im Käfig – dort halten sich ihre Vorbilder auf, dort tut sich etwas, dort sitzt die Macht.

Ich wende mich nun einem anderen Teil der Studien zu, der sich mit der Reaktion des Personals auf einen vom Patienten ausgehenden Kontakt beschäftigt. Es ist seit langem bekannt, daß die Zeit, die jemand mit einem anderen verbringt, als Hinweis dafür gelten kann, wie wichtig dieser Mensch ihm ist. Wenn er Augenkontakt sucht und aufrechterhält, darf man glauben, daß er die Fragen und Nöte des anderen beachtet. Wenn er innehält, um zu plaudern oder sogar stehenbleibt, um mit ihm zu sprechen, kann man daraus des weiteren schließen, daß er ihn als Person ernst nimmt. In vier Kliniken wandten sich die Scheinpatienten mit einer Bitte in folgender Form an ein Mitglied des Personals: »Entschuldigen Sie bitte, Herr (oder Dr. oder Frau) X, können Sie mir sagen, wann ich für den Gartenbesuch in Frage komme?« (oder »... wann ich auf der Mitarbeiterkonferenz vorgestellt werde?« oder »... wann ich wohl entlassen werde?«). Während der Inhalt der Frage variierte, je nachdem, welches Ziel geeignet schien und welche Bedürfnisse der Scheinpatient (offenbar) hatte, stellte die Form jeweils eine höfliche und wesentliche Bitte um Information dar. Man achtete darauf, daß ein bestimmtes Mitglied des Personals nur einmal täglich angesprochen wurde, damit niemand Verdacht schöpfte oder gereizt wurde. Bei der Analyse der Ergebnisse ist zu beachten, daß das Verhalten der Scheinpatienten weder ungewöhnlich noch unangenehm war. Man konnte mit ihnen durchaus eine vernünftige Konversation führen.

Die Ergebnisse dieser Versuche sind in Tabelle 1 aufgeführt, wobei die Angaben für Ärzte (Spalte 1) und für Schwestern und Pfleger (Spalte 2) getrennt registriert wurden. Kleinere Unterschiede innerhalb der vier Kliniken gingen völlig unter angesichts des Maßes, in dem das Personal es vermied, auf die Kontakte, die von den Patienten geknüpft wurden, einzugehen. Mit Abstand die häufigste Reaktion war entweder eine kurze Beantwortung der Frage, »im Weitergehen« mit abgewandtem Kopf hingeworfen, oder überhaupt keine Antwort.

Die Begegnung lief häufig in folgender eigenartiger Form ab: (Scheinpatient) »Entschuldigen Sie bitte, Dr. X., können Sie mir sagen, wann ich für den Gartenbesuch in Frage komme?« (Arzt) »Guten Morgen, Dave. Wie geht es Ihnen heute?« (Geht weiter, ohne eine Antwort abzuwarten.)

Es ist aufschlußreich, diese Ergebnisse mit jenen zu vergleichen, die man

kürzlich an der Stanford-Universität ermittelte. Große und hervorragende Universitäten stehen im Ruf, daß ihr Lehrkörper meist so beschäftigt ist, daß er für die Studenten keine Zeit hat. Für unseren Vergleich näherte sich eine junge Dame einem einzelnen Fakultätsmitglied, das zielbewußt zu einer Konferenz oder Vorlesung zu gehen schien, und stellte folgende sechs Fragen.

- 1) »Entschuldigen Sie bitte, können Sie mir den Weg zum Dekanat zeigen?« (an der Medizinischen Fakultät »... zum Klinischen Forschungszentrum?«)
- 2) »Können Sie mir sagen, wo die Houston-Stiftung ist?« (Es gibt keine solche Stiftung in der Stanford-Universität.)
- 3) »Lehren Sie hier?«
- 4) »Wie inskribiert man sich?«
- 5) »Ist es schwierig, hineinzukommen?«
- 6) »Gibt es eine finanzielle Unterstützung?«

Ohne Ausnahme, wie in Tabelle 1 (Spalte 3) zu sehen, wurden alle Fragen beantwortet. Gleichgültig, in welcher Eile die Antwortenden waren, hielten nicht nur alle Augenkontakt, sondern blieben stehen, um zu sprechen. Viele der Gefragten machten sogar einen Umweg, um den Weg zu zeigen oder die Fragestellerin zum gesuchten Büro zu bringen, um herauszufinden wo die »Houston-Stiftung« ist oder um die Möglichkeiten der Universitätszulassung zu besprechen.

Ähnliche Ergebnisse, die ebenfalls in Tabelle 1 (Spalten 4, 5 und 6) aufgeführt sind, erhielt man im Krankenhaus. Auch hier hatte die junge Dame sechs Fragen vorbereitet. Nach der ersten Frage bemerkte sie allerdings zu 18 ihrer Gesprächspartner (Spalte 4), »ich suche einen Psychiater«, und zu 15 anderen (Spalte 5), »ich suche einen Internisten.« Bei zehn weiteren fügte sie keine zusätzlichen Erläuterungen hinzu (Spalte 6). Das allgemeine Maß an kooperativen Antworten war in diesen Universitätsgruppen wesentlich höher als für die Scheinpatienten in den psychiatrischen Kliniken. Dennoch zeichnen sich innerhalb der medizinischen Fakultät Unterschiede ab. Sobald die junge Dame andeutete, daß sie einen Psychiater suchte, erhielt sie weniger Unterstützung als für die Suche nach einem Internisten.

Tabelle 1. Von den Scheinpatienten veranlaßte Kontaktaufnahme zu Psychiatern, Schwestern und Pflegern im Vergleich zur Kontaktaufnahme mit anderen Gruppen

| Kontaktaufnahme | Psychiatrische Kliniken | | | Universitäts- gelände (außer Medizin) | | Klinikzentrum der Universität | | |
|---|-------------------------|-------------------------------------|-------------------|---|--|---|-----|-----|
| | (1) Psychiater | (2) Schwestern und Pfleger | (3) Lehrkörper | Ärzte | | | | |
| | | | | (4) »Suche ei- nen Psych- later« | (5) »Suche ei- nen Inter- nisten« | (6) Keine wei- teren Erläu- terungen | | |
| Reaktionen | | | | | | | | |
| Geht mit abgewen- detem Kopf weiter (%) | 71 | 88 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nimmt Augenkontakt auf (%) | 23 | 10 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hält kurz inne und plaudert (%) | 2 | 2 | 0 | 11 | 0 | 0 | 10 | 10 |
| Bleibt stehen und plaudert (%) | 4 | 0,5 | 100 | 78 | 100 | 100 | 90 | 90 |
| Durchschnittliche Zahl der beantworteten Fragen (von 6) | + | + | 6 | 3,8 | 4,8 | 4,5 | 4,5 | 4,5 |
| Antwortende (Nr.) | 13 | 47 | 14 | 18 | 15 | 10 | 10 | 10 |
| Versuche (Nr.) | 185 | 1283 | 14 | 18 | 15 | 10 | 10 | 10 |

+ Diese sechs Fragen wurden in den psychiatrischen Kliniken nicht gestellt.

Machtlosigkeit und Entpersönlichung

Augenkontakt und verbale Kommunikation spiegeln Interesse und Entfaltung der Persönlichkeit wider; das Fehlen von beidem bedeutet Desinteresse und Entpersönlichung. Was ich bislang an Ergebnissen aufgezeigt habe, wird den vielen Zwischenfällen nicht gerecht, die sich täglich in Sachen Persönlichkeitszerstörung und Desinteresse anhäuften. Ich besitze Aufzeichnungen von Patienten, die vom Personal geschlagen wurden, weil sie sich erdreistet hatten, verbalen Kontakt aufzunehmen. Während meiner eigenen Erfahrung wurde beispielsweise ein Patient in Gegenwart anderer Kranker geschlagen, weil er sich einem Pfleger genähert und zu ihm gesagt hatte, »ich mag Sie«. Gelegentlich schien die Strafe, die Patienten wegen eines Verstoßes zugemessen wurde, derart unmäßig, daß selbst die radikalste Auslegung des psychiatrischen Kanons sie nicht gerechtfertigt hätte. Dennoch schien sie unbeanstandet durchzugehen. Zornesausbrüche waren gang und gäbe. Ein Patient, der den Appell zum Medikamentenabholen überhört hatte, wurde tüchtig heruntergeputzt. Der Morgenpfleger weckte die Patienten gern mit den Worten »Los, los, ihr Schlappschwänze, raus aus dem Bett!« Weder Erzählungen noch »harte« Fakten können das überwältigende Gefühl der Ohnmacht vermitteln, das einen Menschen überkommt, der ständig der Persönlichkeitszerstörung eines psychiatrischen Krankenhauses ausgesetzt ist. Es spielt kaum eine Rolle, um welches psychiatrische Krankenhaus es sich handelt. Die ausgezeichneten öffentlichen und die eleganten Privatkliniken waren in dieser Beziehung besser als die ländlichen und schäbigen Anstalten. Aber wiederum muß gesagt werden, daß die Merkmale, die den psychiatrischen Kliniken gemeinsam waren, die scheinbaren Unterschiede bei weitem überdeckten. Ohnmacht zeigte sich überall. Infolge seiner psychiatrischen Einweisung wird der Patient vieler gesetzlicher Rechte beraubt⁴⁵. Auf Grund seiner psychiatrischen Klassifizierung verliert er an Glaubwürdigkeit. Seine Bewegungsfreiheit wird eingengt. Er kann nicht Kontakt zum Personal aufnehmen, sondern darf nur auf dessen Annäherungen antworten. Persönliche Privatsphären gibt es kaum. Die Räume und das Eigentum der Patienten können von jedem Mitglied des Personals aus welchem Grund auch immer betreten, bzw. durchsucht werden. Seine persönliche Vorgeschichte und seine Ängste sind für jeden zugänglich, der die Krankenmappe lesen möchte, ohne Rücksicht darauf, ob er therapeutisch etwas mit ihm zu tun hat (oft einschließlich irgendwelcher frei-

williger Helfer und anderer Volontäre). Seine persönliche Hygiene und sein Stuhlgang werden häufig überwacht. Die Toiletten haben manchmal keine Türen.

Zeitweise nahm die Entpersönlichung solche Formen an, daß die Scheinpatienten das Gefühl hatten, unsichtbar oder zumindest jeglicher Beachtung unwürdig zu sein. Nach der Aufnahme wurde ich ebenso wie andere Scheinpatienten in einem halböffentlichen Raum der körperlichen Erstuntersuchung unterzogen. Andere Mitglieder des Personals erledigten darin ihre Angelegenheiten, als wären wir nicht vorhanden.

Auf der Station setzten Pfleger die Patienten Beschimpfungen und gelegentlich schwerwiegenden körperlichen Mißhandlungen aus, während andere Patienten zusahen. Einige der Beobachter (die Scheinpatienten) schrieben alles mit. Die Mißhandlungen wurden jedoch sofort eingestellt, wenn andere Angehörige des Personals hinzukamen. Klinikangestellte sind glaubwürdige Zeugen – Patienten nicht.

In Gegenwart einer ganzen Station starrer Männer knöpfte eine Schwester ihre Uniform auf, um ihren Büstenhalter zurechtzurücken. Man hatte nicht das Gefühl, daß sie verführerisch sein wollte. Es war eher so, als bemerkte sie uns nicht. Es kam auch vor, daß eine Gruppe von Klinikangestellten im Tagesraum auf einen Patienten deutete und eine lebhafte Diskussion über ihn begann, als wäre er nicht anwesend.

Ein einleuchtendes Beispiel für Entpersönlichung und Nichtsehenwollen betraf die Medikamente. Alles in allem erhielten die Scheinpatienten fast 2100 Tabletten, einschließlich Elavil, Stelazin, Compazin und Thorazin, um nur einige zu nennen. (Daß eine solche Vielfalt an Medikamenten Patienten mit den gleichen Symptomen verabreicht wurde, ist schon allein erwähnenswert.) Nur zwei wurden geschluckt. Den Rest steckten wir entweder in die Tasche oder spülten ihn in die Toilette. Das taten nicht nur die Scheinpatienten. Ich besitze keine exakten Unterlagen darüber, wie viele Patienten ihre Medikationen ablehnten. Die Scheinpatienten fanden jedoch häufig Medikamente anderer Patienten in der Toilette, wenn sie ihre eigenen dort wegwarfen. Solange die Patienten sich kooperativ zeigten, ging ihr Verhalten ebenso wie das der Scheinpatienten in dieser Angelegenheit wie in anderen wesentlichen Dingen unbeanstandet durch.

Die Scheinpatienten reagierten auf solchen Persönlichkeitsverlust intensiv. Obwohl sie als teilnehmende Beobachter in die Klinik gekommen waren und sich voll bewußt waren, daß sie »nicht dazu gehörten«, fanden sie sich dennoch in dem Prozeß des Persönlichkeitsschwunds gefan-

gen und bekämpften ihn. Einige Beispiele: Ein Psychologiestudent bat seine Frau, ihm seine Lehrbücher in die Klinik zu bringen, damit er sein »Studienpensum nachholen könne« – und dies angesichts der ausgeklügelten Vorsichtsmaßnahmen, mit denen er seine berufliche Verbindung verbergen wollte. Dem gleichen Studenten, der relativ lange geübt hatte, um in die Klinik hineinzukommen und der sich von dieser Erfahrung viel versprach, »fiel ein«, daß am Wochenende irgendwelche langweiligen Rennen stattfanden, die er hatte sehen wollen, und er bestand darauf, bis zu diesem Termin entlassen zu werden. Ein anderer Scheinpatient versuchte eine Liebschaft mit einer Schwester anzufangen. Anschließend erklärte er dem Klinikpersonal, er bemühe sich um Aufnahme in die Psychologische Fakultät und würde sehr wahrscheinlich angenommen, da einer der Professoren zu seinen täglichen Besuchern gehöre. Derselbe Mann begann Psychotherapie mit anderen Patienten zu treiben – alles nur, um in einer unpersönlichen Wirklichkeit zur Person zu werden.

Die Quellen der Entpersönlichung

Wo liegen die Gründe für den Abbau der Persönlichkeit? Zwei habe ich bereits erwähnt. Einmal ist es die Einstellung, die wir alle den Geisteskranken gegenüber haben – einschließlich jenen, die sie behandeln –, eine Einstellung, die von Furcht, Mißtrauen und Horror-Erwartungen auf der einen Seite und wohlmeinenden Absichten auf der anderen Seite gekennzeichnet ist. Unsere Ambivalenz führt, in diesem Fall wie in anderen, zur Ächtung.

Zweitens, und nicht ganz unabhängig davon, begünstigt die hierarchische Struktur des psychiatrischen Krankenhauses die Entpersönlichung. Diejenigen an der Spitze haben mit den Patienten am wenigsten zu tun, und ihr Verhalten beeinflußt die übrigen Mitarbeiter. Der durchschnittliche Kontakt zu Psychiatern, Psychologen, jungen Ärzten in der Ausbildung und Ärzten reichte von 3,9 bis 25,1 Minuten pro Tag. Insgesamt betrug er im Durchschnitt 6,8 Minuten (ermittelt an sechs Scheinpatienten während 129 Tagen Klinikaufenthalts). In diesem Durchschnittswert inbegriffen sind die Zeit für das Einweisungsgespräch, die Stationstreffen in Anwesenheit eines erfahrenen Klinikmitarbeiters, die Gruppen- und Einzeltherapie-Sitzungen, die Treffen, in denen die Fälle vorgestellt wurden sowie die Entlassungsgespräche. Es ist offensichtlich, daß die Patienten nicht viel Zeit mit persönlichem Kontakt zu den Ärzten ver-

bringen. Und die Ärzte dienen als Vorbilder für Schwestern und Pfleger. Es gibt wahrscheinlich noch andere Gründe. Psychiatrische Institutionen stecken derzeit in einer ernstesten finanziellen Klemme. Überall herrscht Personalmangel, und die Zeit des Personals kostet viel Geld. Irgendetwas muß zurückstehen, und dieses Irgendetwas ist der Kontakt zu den Patienten. Dennoch – obwohl die finanziellen Engpässe tatsächlich existieren, kann man sie auch überschätzen. Ich habe den Eindruck, daß die psychischen Kräfte, die zum Persönlichkeitsabbau führen, wesentlich stärker sind als die fiskalischen und daß eine Erhöhung des Personalbestandes die Betreuung der Patienten in dieser Hinsicht nicht entsprechend verbessern würde. Die Zahl der Personalbesprechungen und der enorme Aufwand an Buchführung über die Patienten wurden beispielsweise nicht so drastisch eingeschränkt wie der Kontakt zu den Patienten. Es gibt Prioritäten, selbst wenn die Zeiten schwer sind. Kontakt zu den Patienten besitzt im herkömmlichen psychiatrischen Krankenhaus keine besondere Priorität, und daran sind nicht finanzielle Probleme schuld. Eher können das Entpersönlichung und Ächtung sein.

Auch daß man sich schwergewichtig auf psychotrope Medikation stützt, trägt stillschweigend zur Entpersönlichung bei. Das Personal gewinnt dadurch die Überzeugung, es werde eine Behandlung durchgeführt und weitere Kommunikation mit den Patienten sei nicht nötig. Aber selbst hier ist die Rolle der psychotropen Pharmaka mit Vorsicht zu interpretieren. Wenn die Patienten eher mächtig als machtlos wären, wenn sie mehr als interessante Individuen denn als diagnostische Fälle gesehen würden, wenn sie gesellschaftlichen Status besäßen statt als Aussätzige der Gesellschaft zu gelten, wenn ihre Ängste voll und ganz unsere Sympathien und Interessen hätten, würden wir dann nicht den Kontakt zu ihnen *suchen*, obwohl Medikamente zur Verfügung stehen – vielleicht, weil wir es gern täten?

Die Konsequenzen von Brandmarkung und Entpersönlichung

Wann immer das Verhältnis von dem, was wir wissen, zu dem, was wir wissen sollten, sich dem Punkt Null nähert, neigen wir dazu, »Wissen« zu erfinden und anzunehmen, daß wir mehr davon besitzen als tatsächlich der Fall ist. Wir scheinen nicht anerkennen zu können, daß wir etwas schlicht nicht wissen. Das Bedürfnis nach Diagnose und Heilung von Verhaltens- und emotionalen Problemen ist enorm groß. Aber an-

statt zuzugeben, daß wir gerade erst beginnen, sie zu verstehen, stemmeln wir die Patienten weiterhin als »schizophren«, »manisch-depressiv« und »irrsinnig« ab, als hätten wir in diesen Worten den Kern des Verständnisses eingeschlossen. In Wirklichkeit wissen wir seit langem, daß Diagnosen häufig weder sinnvoll noch zuverlässig sind. Dennoch benutzen wir sie weiter. Wir wissen jetzt, daß wir Geisteskrankheit nicht von Normalität unterscheiden können. Es ist deprimierend, wenn man bedenkt, wie diese Information genutzt wird.

Es ist nicht nur deprimierend, sondern erschreckend. Wie viele Menschen in unseren psychiatrischen Institutionen, fragt man sich, sind geistig gesund, werden aber nicht als solche erkannt? Wie viele wurden unnötigerweise ihrer Bürgerrechte beraubt, ihres Wahlrechts, ihrer Fahrerlaubnis und des Rechts, ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln? Wie viele haben Geisteskrankheit vorgetäuscht, um die strafrechtlichen Konsequenzen ihres Verhaltens zu vermeiden und, umgekehrt, wie viele, die fälschlicherweise als geisteskrank gelten, würden sich lieber einer Gerichtsverhandlung stellen, als endlos in einer psychiatrischen Klinik leben? Wie viele wurden durch wohlgemeinte, aber dennoch falsche Diagnosen stigmatisiert? Was den letzten Punkt angeht, sollte man nochmals daran denken, daß ein »Typ-2-Irrtum« bei einer psychiatrischen Diagnose nicht die gleichen Folgen hat wie bei einer medizinischen Diagnose. Die Diagnose eines Karzinoms ist, falls sie sich als Irrtum erweist, Grund zum Feiern. Psychiatrische Diagnosen werden jedoch selten als Irrtum erkannt. Das Stigma haftet, Zeichen der immerwährenden Unzulänglichkeit.

Und schließlich, wie viele Patienten könnten außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses »normal« sein, aber darin irrsinnig erscheinen – nicht weil die Verrücktheit in ihnen steckt, wie man meinen möchte, sondern weil sie auf eine groteske Umgebung reagieren, eine Umgebung, die es möglicherweise nur in Institutionen für unterprivilegierte Menschen gibt. Goffman¹⁹ bezeichnet den Anpassungsprozeß an solche Institutionen als »Erniedrigung«, ein passender Ausdruck, der den Vorgang der Entpersönlichung, wie ich ihn hier geschildert habe, einschließt. Und obwohl man nicht sagen kann, ob die Reaktionen der Scheinpatienten auf diese Vorgänge typisch für alle Insassen sind – immerhin waren sie alle keine echten Patienten –, ist es schwer zu glauben, daß diese Anpassungsprozesse an eine psychiatrische Anstalt nützliche Verhaltens- und Reaktionsweisen für das Leben »draußen« liefern.

Zusammenfassung und Schlußfolgerung

Es ist offenkundig, daß man in psychiatrischen Kliniken Gesunde nicht von Geisteskranken unterscheiden kann. Die Anstalt selbst erschafft eine besondere Wirklichkeit, in der die Bedeutung von Verhaltensweisen leicht falsch verstanden wird. Die Folgen für die Patienten, die in solch einer Umgebung untergebracht sind – die Machtlosigkeit, Entpersönlichung, Abgeschiedenheit, Demütigung und Selbstabwertung – dürften ohne Zweifel therapiefreundlich sein.

Ich verstehe auch jetzt noch von diesem Problem nicht genug, um Lösungen zu erkennen. Aber zweierlei scheint hoffnungsvoll. Einmal, daß immer mehr kommunale Psychiatrie-Einrichtungen, Zentren zur Krisenbewältigung, die Selbstverwirklichungsschulen und Verhaltenstherapiezentren entstehen. Obwohl letztere noch genug mit eigenen Problemen zu kämpfen haben, tendieren sie offensichtlich dazu, psychiatrische Klassifizierungen zu vermeiden, sich auf spezifische Probleme und Verhaltensweisen zu konzentrieren und den einzelnen in einer relativ unschädlichen Umgebung zu belassen. Mit Sicherheit wird unsere Einstellung diesen Unglücklichen gegenüber um so weniger verzerrt, je mehr wir davon Abstand nehmen, sie in Irrenhäuser zu schicken. (Das Risiko einer verzerrten Einstellung scheint mir ständig vorhanden, da wir gegenüber dem Verhalten und der Ausdrucksweise eines Menschen wesentlich empfindlicher sind als gegenüber den feinen damit zusammenhängenden Reizen, die sie oft begünstigen. Es geht hier um ein Problem der Größenordnung. Und die Größe der Verzerrung ist, wie ich bewiesen habe, in einer Extremsituation wie es das psychiatrische Krankenhaus darstellt, extrem hoch.)

Das Zweite, das sich als aussichtsreich erweisen könnte, betrifft die Notwendigkeit, die Empfindlichkeit derer, die auf dem Gebiet der Psychiatrie arbeiten und forschen, gegenüber der Catch-22-Position* zu schärfen. Einigen dieser praktisch und forschend Tätigen dürfte bereits Lesematerial über dieses Gebiet helfen. Für andere könnte es ungeheuer nützlich sein, den Schock eines Aufenthalts in der Nervenklinik direkt zu erleben. Auf jeden Fall wird es sowohl die Behandlung erleichtern, als

* Anm. d. Hrsg.: Eine Anspielung auf Joseph Hellers Roman *Catch-22* (deutsche Ausgabe *Der IRS-Haken*, S. Fischer, Frankfurt 1964) und der darin geschilderten unhaltbaren Situation, in der jemandem nur zwei Möglichkeiten offenstehen, die sich aber gegenseitig unmöglich machen.

auch das Verständnis vertiefen, wenn man die Sozial-Psychologie solcher totalitärer Institutionen weiter erforscht.

Ebenso wie die anderen Scheinpatienten reagierte ich auf die psychiatrische Umgebung eindeutig negativ. Wir maßen uns nicht an, die subjektiven Erfahrungen der echten Patienten zu beschreiben. Sie können anders als die unseren gewesen sein, vor allem infolge der Zeitdauer und dem notwendigen Anpassungsprozeß an die Umgebung. Aber wir können und wollen über die relativ objektiven Merkmale der Therapie in der Klinik sprechen. Es wäre ein Fehler, und zwar ein sehr bedauerlicher, würde man annehmen, daß das, was uns passierte, aus Bosheit oder Dummheit des Personals geschah. Ganz im Gegenteil, wir sind überzeugt davon, daß das Leute waren, die sich wirklich interessierten, die engagiert und ungewöhnlich intelligent waren. Wo sie versagten, was sie gelegentlich in peinlicher Weise taten, sollte man dies Versagen besser der Wirklichkeit zuschreiben, in der auch sie sich befanden, und nicht persönlicher Gefühllosigkeit. Ihre Vorstellungen und Verhaltensweisen wurden mehr durch die Situation, weniger durch böartigen Charakter bestimmt. In einer wohlwollenderen Umgebung, einer Umgebung, die weniger einer globalen Diagnose verhaftet gewesen wäre, hätten ihre Verhaltensweisen wie auch ihre Bewertungen möglicherweise wohlwollender und wirksamer ausfallen können.

Literatur

- 1 Asch, Solomon E.: *Social Psychology*. Prentice Hall, New York 1952.
- 2 Asch, Solomon E.: »Forming impressions of personality«. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 41, 1946, 258.
- 3 Ash, P.: »The reliability of psychiatric diagnoses«. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 44, 1949, 272.
- 4 Barry, A.: *Bellevue is a State of Mind*. Harcourt, Brace, Jovanovici, New York 1971.
- 5 Beck, A. T.: »Reliability of psychiatric diagnoses: I. A critique of systematic studies.« *American Journal of Psychiatry* 119, 1962, 210–216.
- 6 Becker, H.: *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Free Press, New York 1963.
- 7 Belknap, E.: *Human Problems of a State Mental Hospital*. McGraw-Hill, New York 1956.
- 8 Benedict, R.: »Anthropology and the abnormal«. *Journal of General Psychology* 10, 1934, 59–82.
- 9 Boisen, A. T.: »Types of dementia praecox – a study in psychiatric classification«. *Psychiatry* 2, 1938, 233–236.
- 10 Braginsky, B. M., Braginsky, D. D., und Ring, K.: *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort*. Holt, Rinehart & Winston, New York 1969.

- 11 Bruner, J. S., Shapiro, D., und Tagiuri, R., in *Person Perception und Interpersonal Behavior*. Tagiuri, R., und L. Petrullo (Hrsg.). Stanford University Press, Stanford 1958, S. 277-288.
- 12 Bruner, J. S., und Tagiuri, R., in *Handbook of Social Psychology*, G. Lindzey (Hrsg.). Addison-Wesley, Cambridge (Mass.) 1954, Bd. 2, S. 634-654.
- 13 Caudill, W., et al.: »Social structure and interaction processes on a psychiatric ward«. *American Journal of Orthopsychiatry* 22, 1952, 334.
- 14 Crocetti, G. M., und Lemkau, P. V.: »On rejection of the mentally ill«. *American Sociological Review* 30, 1965, 577.
- 15 Cumming, John und Elaine: »On the stigma of mental illness«. *Community Mental Health Journal* 1, 1965, 135-143.
- 16 Farina, A., und Ring, K.: »The influence of perceived mental illness on interpersonal relations«. *Journal of Abnormal Psychology* 70, 1965, 47.
- 17 Freeman, H. G., und Simmons, O. G.: *The Mental Patient Comes Home*. Wiley, New York 1963.
- 18 Freudenberg, R. K., und Robertson, J. P.: »Symptoms in relation to psychiatric diagnosis and treatment«. *Archives of Neurology and Psychiatry* 76, 1956, 14-22.
- 19 Goffman, Erving: *Asylums*. Doubleday, Garden City (New York) 1961.
- 20 Goffman, Erving: *Wir alle spielen Theater*. Piper, München 1969.
- 21 Goldman, A. R., et al.: »On posing as mental patients: Reminiscences and recommendations«. *Professional Psychology* 1, 1970, 427.
- 22 Gove, W. R.: »Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation«. *American Sociological Review* 35, 1970, 873.
- 23 Hollingshead, A., und Redlich, F. C.: *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. Wiley, New York 1958.
- 24 Johannsen, W. J.: »Attitudes toward mental patients: a review of empirical research«. *Mental Hygiene* 53, 1969, 218.
- 25 Kreitman, N.: »The reliability of psychiatric assessment: an analysis«. *Journal of Mental Science* 107, 1961, 887-908.
- 26 Kreitman, N., et al.: »Reliability of psychiatric diagnosis«. *Journal of Mental Science* 107, 1961, 876-886.
- 27 Laing, Ronald D.: *The Divided Self*. Quadrangle, Chicago 1960.
- 28 Linsky, Arnold S.: »Who shall be excluded? The influence of personal attributes in community reaction to the mentally ill«. *Social Psychiatry* 5, 1970, 166-171.
- 29 Mensh, I. N., und Wishner, J.: »Asch on »forming impressions on personality: Further evidence«. *Journal of Personality* 16, 1947, 188.
- 30 Mischel, Walter: *Personality and Assessment*. Wiley, New York 1968.
- 31 Nunnally, J. C.: *Popular Conceptions of Mental Health*. Rinehart & Winston, New York 1961.
- 32 Phillips, D. L.: »Rejections: A possible consequence of seeking help for mental disorder«. *American Sociological Review* 28, 1963, 963.
- 33 Phillips, L., und Draguns, J. G.: »Classification of behavior disorders«. *Annual Review of Psychology* 22, 1971, 447-482.
- 34 Rosenthal, Robert, und Jacobson, Lenore: *Pygmalion im Unterricht*. Beltz, Weinheim 1976.
- 35 Sarbin, Theodore R.: »On the futility of the proposition that some people should be labelled »mentally ill«. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 31, 1967, 447-453.
- 36 Sarbin, Theodore R., und Mancuso, J. C.: »Failure of a moral enterprise: Attitudes of the public toward mental illness«. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 35, 1970, 159-179.
- 37 Sarbin, Theodore R.: »Schizophrenia is a myth, born of metaphor, meaningless«. *Psychology Today* 6, 1972, 18.

- 38 Scheff, T. J.: *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Doubleday, Garden City (New York) 1961.
- 39 Schmitt, H. O., und Fonda, C. P.: »The reliability of psychiatric diagnosis: A new look«. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 52, 1956, 262.
- 40 Schur, E.: »Reactions to deviance: A critical assessment«. *American Journal of Sociology* 75, 1969, 309.
- 41 Seeman, W.: »Psychiatric diagnosis: An investigation of interperson reliability after didactic instruction«. *Journal of Nervous and Mental Disease* 118, 1953, 541-544.
- 42 Stanton, A. H., und Schwartz, M. S.: *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. Basic Books, New York 1954.
- 43 Szasz, Thomas S.: *Law, Liberty and Psychiatry*. Macmillan, New York 1963.
- 44 Szasz, Thomas S.: *Geisteskrankheit - Ein moderner Mythos?* Walter, Olten und Freiburg i. Br. 1937.
- 45 Wexler, D. B., und Scoville, S. E.: »The administration of psychiatric justice: Theory and practice in Arizona«. *Arizona Law Review* 13, 1971, 1.
- 46 Wishner, J.: »Reanalysis of »Impressions of personality«. *Psychology Review* 67, 1960, 96.
- 47 Zigler, E., und Phillips, L.: »Psychiatric diagnosis and symptomatology«. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 63, 1961, 69.

Tab. 5.2 Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung im Krankenhaus mit besonderem Bezug zu Pflegeberufen.

| | |
|--|---|
| Gestaltung von Arbeitsinhalten | Tätigkeitsgestaltung anhand der Zielgrößen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum, Bedeutung der Arbeitsaufgabe, Anreiz zur Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, Abwechslungsreichtum |
| Bezahlung | Neue Tarifmodelle, die stärker nach Qualifikation und Berufserfahrung bzw. klinischer Erfahrung differenzieren; außertarifliche Entgeltgestaltung; Fort- und Weiterbildungszulagen |
| Beruflicher Aufstieg | Differenziertere und breitere Laufbahngestaltung (z.B. Modelle in USA und Australien) mit mehr Aufstiegschancen; Ausweitung des Spektrums der Fachpflegekräfte und entsprechend professioneller Aus- bzw. Weiterbildung |
| Interprofessionelle Teamarbeit | Teilautonome Gruppenarbeit; Stationskonferenzen; Fallbesprechungen; Qualitätszirkel |
| Führungsstil und Anerkennungskultur | Abbau direkter und Förderung partizipativer Führungsstile; Festlegung von Zielen und Verantwortlichkeiten; sachgerechte Rückmeldung; Förderung von Vertrauen und Respekt; explizite Anerkennungsleistungen |

Zusammenfassung

Zusammenfassend haben die Ausführungen dieses Abschnitts gezeigt, wie wichtig die Krankenpflege als Berufsgruppe im medizinischen Versorgungssystem ist, welche Belastungen und Risiken mit der Berufsarbeit verbunden sind, jedoch auch welche Verbesserungen möglich und dringend erforderlich erscheinen.

5.3 Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung

5.3.1 Information und Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung

„Ärzte erkennen im Allgemeinen nicht, dass verletzende Worte nachhaltig Schmerzen auslösen und zum Auftreten einer Erkrankung beitragen können ... Krankheit ist demütigend und nagt am Selbstwertgefühl. Sie macht die Patienten ganz besonders verwundbar gegenüber den Worten eines Arztes, von dem ihre Gesundheit ... abhängt“ (Lown 2002).

Sprache ist das zentrale Element der **Arzt-Patient-Beziehung**. Anamneseerhebung, Erkundung der Befindlichkeit, Mitteilung von Information über die Krankheit und ihre Behandlung (Aufklärungspflicht), Beratung, Motivation zur Mitarbeit, Aussprechen von Trost und Mitgefühl – dies sind wesentliche ärztliche Aufgaben, deren Erfüllung von der Bereitschaft und Befähigung zur Kommunikation mit Patienten abhängt. Sowohl die Form bisheriger Arbeitsorganisation wie auch die durchschnittliche Ausbildung von Ärzten lassen diesbezüglich deutliche Defizite erkennen.

Asymmetrische Beziehung

Aus soziologischer Sicht ist die Arzt-Patient-Interaktion aus folgenden Gründen eine **strukturell asymmetrische soziale Beziehung**:

- Unterschiedliche Wissensverteilung führt dazu, dass der Arzt in der Regel Experte, der Patient in der Regel Laie ist. Die daraus resultierenden Informations- und Handlungsmöglichkeiten geben dem Arzt **Expertenmacht**.
- Unterschiedliche soziale Rollen bedingen, dass der Arzt gesellschaftliche **Definitionsmacht** hat (Diagnosestellung, Krankenschreibung, Recht zur Behandlung etc.), während der Patient als Hilfesuchender die Verpflichtung zur Inanspruchnahme des Arztes und zur Befolgung ärztlicher Anordnungen besitzt (Krankenrolle).
- Funktional-spezifische Kompetenz und Imperative des instrumentellen Handelns (Technik) geben dem Arzt in der konkreten Interaktionssituation **Steuerungsmacht**: Definition von Beginn (Wartezeiten), Verlauf und Ende des Kontakts, Recht auf Initiativen, Unterbrechungen etc. Steuerungsmacht schließt auch das Aussprechen von Sanktionen (Sanktionsmacht) sowie das Gewähren oder Vorenthalten besonderer Vergünstigungen (z.B. zeitlicher Aufwand pro Patient) mit ein.

Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht konstituieren eine prinzipiell ungleichrangige (asymmetrische) Beziehung. Der Begriff **Macht** wird hier im soziologischen Sinne gebraucht; er bezeichnet die erhöhte Chance des Arztes, einerseits Quellen der Unsicherheit des Gegenübers zu kontrollieren, andererseits knappe, erstrebte Güter (ärztliche Dienstleistungen) unterschiedlich zu gewähren.

Es gibt zusätzliche Bedingungen, die diese Asymmetrie verschärfen oder abmildern können. Zu den wichtigsten, die soziale Asymmetrie moderierenden Faktoren gehören die organisatorisch-institutionellen Rahmenbedingungen der Arzt-Patient-Beziehung

sowie die sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Merkmale von Patienten.

Der organisatorisch-institutionelle Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung

Steuerungsmacht des Arztes

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass die freie Arztpraxis einen geringeren Spielraum für soziale Asymmetrie zulässt als das Krankenhaus. In der **ambulanten Versorgung** haben Patienten in der Regel mehr Wahlmöglichkeiten und Verhandlungsmacht (Behandlungsabbruch, Arztwechsel) als im Krankenhaus. Darüber hinaus gilt aber auch: Je stärker die Konkurrenz unter den Ärzten um einen Stamm von Patienten, desto größer sind deren Einflusschancen zumindest auf die Steuerungsmacht des Arztes. Je mehr die ambulanten ärztlichen Dienste unter finanziellen Wettbewerbsbedingungen organisiert sind (wie z.B. in den privatwirtschaftlich geführten Health Maintenance Organizations, HMO; s. Kap. 6), desto ausgeprägter ist die Klientenzentrierung der Ärzte. Das Prinzip der individuellen **Wahlfreiheit** ärztlicher Dienstleistungen garantiert diese Klientenzentrierung so weitgehend, dass Standortwahl der Praxis, Sprechzeiten und Bereitschaft des Arztes zur sozialen Anpassung an ‚seine‘ Umgebung dadurch beeinflusst sind. Dies gilt umso mehr, je geringer der Spezialisierungsgrad des Arztes ist. Allerdings begrenzt die in einigen Ländern wachsende Zahl von Gruppenpraxen die Einflusschancen des Patienten gegenüber dem einzelnen Arzt, sodass die soeben getroffenen Aussagen in erster Linie für die klassische Solo-Praxis gelten.

Eine umfangreiche empirische Studie zur Arzt-Patient-Beziehung primärärztlicher Einrichtungen der Krankenkassen in Israel zeigt, dass die von Kassen fest angestellten Allgemeinärzte als Reaktion auf die Begrenzung ihrer beruflichen Autonomie eine unpersonliche Dienstleistungsmentalität entwickeln, in der beispielsweise affektive Bedürfnisse der Patienten gering bewertet werden.

Geringeres persönliches Engagement führt zu erhöhter Unzufriedenheit bei Patienten, mithin zu vermehrter Inanspruchnahme anderer Ärzte innerhalb des Systems. Dadurch wird die allgemeine Arbeitslast der Ärzte erhöht, und die beschriebenen Distanzierungstechniken verstärken sich (Ben-Sira 1988).

Patientenrolle im Krankenhaus

Strukturell begrenzt sind Einflusschancen von Patienten im **Krankenhaus**; aufgrund ihres eingeschränkten Gesundheitszustandes werden Kranke umfangreichen Reglementierungen, Vereinnahmungen unterworfen und in ihrem Handlungsspielraum in zweifacher Sicht eingeschränkt. Zum einen haben Krankenhäuser die Aufgabe, diagnostische und therapeutische Programme nach Maßgabe der individuellen Problemstellungen ihrer Patienten zu realisieren. Diese Aufgabe erfordert eine arbeitsteilig durchorganisierte Betriebsstruktur, in der sowohl Routineabläufe als auch Notfallsituationen bewältigt werden können.

Organisationszwänge

Aus diesen **Organisationszwängen** und Handlungsimperativen resultieren typische Zumutungen an den Krankenhauspatienten, so vor allem:

- ständige Erreichbarkeit, d.h. begrenzte Rückzugschancen
- Störbarkeit zu jeder Tages- und Nachtzeit
- Wartezeiten
- kurzfristige Umdispositionen (z.B. Verlegungen, Entlassungen)
- Unterbrechung begonnener diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen
- fehlende Wahlmöglichkeit des betreuenden Personals; Personalwechsel nach Dienstplänen
- begrenzte Einflussnahme auf Handlungsprogramme selbst unter untypischen, außergewöhnlichen Umständen.

Zum ändern ergibt sich die Aufgabe des Krankenhauses aus seinem Pflege- und Versorgungsanspruch. Patienten sind, in unterschiedlichem Ausmaß, an der eigenständigen

gen Befriedigung ihrer lebensnotwendigen Bedürfnisse gehindert. Die **Delegation** dieser **Bedürfnisbefriedigung** an das Pflegepersonal erfolgt um den Preis einer Fügsamkeit in die vorgegebene Anstaltsordnung: „Die Ordnungen einer Anstalt erheben den Anspruch zu gelten für jeden, auf den bestimmte Merkmale (hier der Patientenstatus, J. S.) zutreffen. Sie sind also in ganz spezifischem Sinne ‚oktroizierte Ordnungen‘“ (Weber 1964).

Zu den **Merkmalen** dieser für das **Krankenhaus** typischen **Ordnung** gehören:

- Definition eines kollektiven, verbindlichen Tagesablaufes
- Standardisierung von Verfahrensweisen (Routinebildung)
- Typisierung von Personen (Patienten-Kategorien)
- relative Unpersönlichkeit von Beziehungsformen
- fehlende Intimität.

Beide Aufgaben der Institution Krankenhaus – Primat medizinischer Handlungsprogramme und Sicherstellung persönlicher Versorgungsbedürfnisse – tragen in sich verstärkender Weise zur Verfestigung der **Abhängigkeit der Patienten** von der Organisation, zur Ungleichheit zwischen Personal und Patienten und zur Randständigkeit des formalen Patientenstatus in der Organisation bei (vgl. Rohde 1974, Siegrist 1978). So konnte gezeigt werden, dass es beträchtliche Unterschiede in der **sozialen Asymmetrie** zwischen Personal und Patienten gibt: Je größer ein Krankenhaus, je höher sein Technisierungsgrad, je begrenzter die Personalpläne, je geringer die Möglichkeiten privater Wahlleistungen, desto stärker sind tendenziell asymmetrische Beziehungen ausgeprägt.

Besonders kritisch wird die soziale Asymmetrie in Krankenanstalten, die zugleich gesellschaftliche Kontrollfunktionen über abweichendes Verhalten übernehmen: in psychiatrischen Kliniken. Soziale Kontrolle und Auswirkungen auf die Identität der Insassen sind am Beispiel der psychiatrischen

Klinik der 1950er und 1960er Jahre in den USA sehr ausführlich untersucht worden (Cockerham 1998). Der Soziologe Erving Goffman (1972) hat in diesem Zusammenhang von dem Eintritt des Patienten in eine ‚**totale Institution**‘ gesprochen.

Totale Institution

Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass die Schranken, die normalerweise die drei Lebensbereiche (des Schlafens, des Spielens, des Arbeitens) voneinander trennen, aufgehoben sind, wobei folgende Merkmale von Bedeutung sind:

- „Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt
- Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen
- Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorherbestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben
- Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen“ (Goffman 1972).

Sicherlich ist diese Analyse in der modernen Krankenhauspsychiatrie höchstens in Teilaspekten zutreffend, jedoch verdeutlicht sie den möglichen Kontrollspielraum der Medizin über die von ihr abhängigen Kranken.

Der soziokulturelle Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung

Nicht nur die stichwortartig erwähnten unterschiedlichen organisatorisch-institutionellen Bedingungen ärztlicher Arbeit, son-

dern auch **soziokulturelle Merkmale der Patienten** beeinflussen die Gestalt der Arzt-Patient-Beziehung. Zwar sollen die ärztlichen Rollenerwartungen der Kollektivitätsorientierung, der affektiven Neutralität und der funktional-spezifischen Kompetenz verhindern, dass soziokulturelle Patientenmerkmale die Arzt-Patient-Beziehung beeinflussen, aber medizinsoziologische Untersuchungen haben übereinstimmend folgende Tatsachen dokumentiert.

Sprachcodes

Ärzte verwenden im Allgemeinen einen **elaborierten Sprachcode** (s. Kap. 4); Patienten, die diesen Sprachcode nicht beherrschen, erfahren im Durchschnitt mehr Erwartungs-enttäuschungen bei der Inanspruchnahme des Arztes; ihnen gelingt es weniger gut, ihre Absichten und Informationsbedürfnisse sprachlich angemessen zu artikulieren: Mit sinkender sozialer Schichtzugehörigkeit verringern sich Dauer der Konsultation und Zahl der ungefragt und freiwillig gegebenen Informationen von Seiten des Arztes. Je niedriger der soziale Status, desto geringer ist die Chance, dass Patienten von sich aus Fragen stellen und Erwartungen äußern.

Ärzte sind eher geneigt, Diagnosen mit negativen sozialen Wirkungen bei Patienten mit geringem sozioökonomischem Status zu stellen als bei höherrangigen Personen: In einer heute klassischen Studie haben Hollingshead und Redlich nachgewiesen, dass „eine signifikante Beziehung besteht zwischen Schichtzugehörigkeit und Art der Diagnose, die der Psychiater dem Patienten stellt. Antisoziale Manifestationen und Reaktionen der Unreife konzentrieren sich in den unteren Schichten III und V, während phobische und Angstreaktionen in Schicht IV vorzufinden sind. Charakterneurosen treten gehäuft in Schicht I und II auf; in den Schichten IV und V sind sie relativ selten zu finden. Je höher die soziale Schicht, desto eher treten affektive Psychosen auf ... Nur 5% der Schichten I und II werden als organisch gestört eingestuft, gegenüber

16% der Schicht V“ (Hollingshead & Redlich 1958).

Nicht nur die soziale Schichtzugehörigkeit, sondern auch ethnische Unterschiede und Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Sprachgemeinschaften können ungünstige Voraussetzungen für die Arzt-Patient-Beziehung bilden und damit die soziale Asymmetrie verstärken.

Informationsbedürfnisse und -defizite

Zu den einschneidendsten Begrenzungen des Patienten und zugleich zu den wichtigsten Mitteln der Steuerungsmacht des Arztes gehört die **ungleiche Informationsverteilung**. Dies gilt in ganz besonderem Maße im Krankenhaus, wo Erkrankungen in der Regel schwerer und Abhängigkeiten des Patienten größer sind. Informationen zu bekommen, kann für den Patienten drei unterschiedliche, analytisch zu trennende Bedeutungen haben.

Bedeutung der Information

- Der kognitive Aspekt von Information „dient der Orientierung, der Fähigkeit, die durch Krankheit veränderte Lage zu verstehen, zu interpretieren und schließlich zu akzeptieren; hierzu rechnen wir auch jene Wirkungen, die Angst zu vermindern vermögen“ (Raspe & Siegrist 1978).
- Der emotionale Aspekt „dient der Unterstützung des Patienten in dem psychisch belastenden, labilen Stadium der Hospitalisierung durch die für seine Pflege verantwortlichen Personen; Trost, Mitteilung, Anteil- und Rücksichtnahme, Aufmunterung, ja oft bereits Bereitschaft zur Aufmerksamkeit von Seiten eines überlasteten Personals können als Beispiele des emotionalen Gehalts der Mitteilung von Information betrachtet werden“ (Raspe & Siegrist 1978).
- Der pragmatische Aspekt von Information betont die praktischen Konsequenzen be-

züglich. Handlungen und Verhaltensweisen (Gesundheits- und Krankheitsverhalten, Compliance etc.).

Alle drei Aspekte unterstreichen die hohe Bedeutung der Information für Patienten, die sich im Krankenhaus in einer Situation blockierter Mobilität und fehlender Kontrolle über wichtige Ressourcen befinden: Bettlägerige Patienten sind von weiten Bereichen sozialen Handelns und sozialer Expressivität ausgeschlossen. Damit sind sie vor allem auf eine psychische Bewältigung ihrer Probleme verwiesen; um so wichtiger wird für sie der Umgang mit dem hauptsächlich verbleibenden Interaktionsmittel, der Sprache.

Von besonderem Gewicht ist im Krankenhaus die kognitive Komponente der Information (schwerere Krankheit, intensivere Diagnostik). Daher stellen sich folgende **Fragen**: Wie sieht die Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus aus? Gibt es hohe Informationsbedürfnisse bei Patienten, und wie werden sie geäußert? Worüber informieren Ärzte ihre Patienten am ehesten, und wie groß sind die Informationslücken selbst am Ende des Krankenhausaufenthaltes? Welches sind die Folgen von Informationsdefiziten bei Patienten, und wie ist es zu erklären, dass diese Defizite in so großem Umfang immer wieder auftreten? Auf diese Fragen lassen sich heute aufgrund intensiver krankenhauses- und patientensoziologischer Untersuchungen aus mehreren Ländern empirisch fundierte Antworten geben (Raspe 1983).

Informationsbedürfnis

Ausprägung von Informationsbedürfnissen:

Vier Fünftel aller Krankenhauspatienten zeigen ausgeprägte Informationsbedürfnisse im Krankenhaus. Dabei stehen die Verringerung von Unsicherheit (selbst im bedrohlichen Fall), die Beruhigung, die Möglichkeit zur Zukunftsplanung und schließlich der Rechtsanspruch des mündigen Bürgers (Selbstbestimmungsaufklärung) im Vordergrund. Informationsbedürfnisse richten sich

auf das Wissen über Krankheitsursachen, auf Prognose, Diagnose und Behandlung sowie auf weitere Folgen für die Lebensführung. Ein Fünftel der Krankenhauspatienten äußert jeweils keine Informationsbedürfnisse bzw. wehrt diese ab. Zwar sind in dieser Minderheit mehr schwer und infaust Erkrankte zu finden, aber daraus darf nicht der Umkehrschluss gezogen werden, Schwerkranke hätten geringere Informationsbedürfnisse. Bisher ist es nicht gelungen, diese Subgruppe von Patienten, die nichts wissen will, persönlichkeitspsychologisch oder soziodemographisch näher zu charakterisieren.

Artikulation von Informationsbedürfnissen:

Der Arzt kann nicht davon ausgehen, dass Patienten, die von sich aus keine Fragen stellen, nichts wissen wollen; es gibt latente Informationsbedürfnisse, deren Artikulation aus soziokulturellen (Sprachcodes), psychologischen (Hemmungen) oder organisatorischen (Zeitdruck) Gründen schwer fällt. Etwa 60% der 200 Patienten einer Studie, die von ihrem Arzt Informationen über den weiteren Verlauf der Krankheit wünschen, haben diese – zum Untersuchungszeitpunkt – noch nicht äußern und/oder erhalten können. Selbst am Ende des Krankenhausaufenthaltes bestehen bei einem Drittel aller Patienten noch hohe Informationsbedürfnisse über die Krankheit.

Umfang des Informationsdefizits:

Gemessen am jeweils vorhandenen ärztlichen Wissen einerseits und an den ausgeprägten Informationsbedürfnissen über die eigene Erkrankung andererseits, erfahren Patienten die ungleiche Wissensverteilung in Form von Aufklärungsdefiziten. Zur Ermittlung von Aufklärungsdefiziten sind in der empirischen Sozialforschung neben Verfahren der Zufriedenheitsmessung Vergleiche von Patientenwissen und von verfügbarem Expertenwissen (z.B. anhand von Krankenakten) vorgenommen worden. Nach verschiedenen detaillierten Studien kann gefolgert werden, dass nur knapp die Hälfte un-

ausgewählter Kollektive von Krankenhauspatienten ein gutes Wissen über die Diagnose ihrer Krankheit hat und nur ein gutes Drittel über die Therapiemaßnahmen gut Bescheid weiß. Je schwerer die Krankheit, je ungünstiger die Prognose, desto größer ist das Aufklärungsdefizit. Selbst wenn man Einflussfaktoren wie Vergessen und mangelnde Auffassungsgabe berücksichtigt, bleibt die Tatsache bestehen, dass ein beachtlicher Teil von Patienten im Verlauf und am Ende eines Krankenhausaufenthaltes deutliche Informationsdefizite aufweist.

Folgen des Aufklärungsdefizits

Patienten mit geringen Möglichkeiten, ihre durch die Krankheit entstandene kritische Situation anhand von Information zu bearbeiten, dadurch eine Selbstregulation ihrer Emotionen vorzunehmen und ihre Zukunft gegebenenfalls neu zu strukturieren, weisen eine signifikant schlechtere subjektive Befindlichkeit und ein höheres Maß an Angst auf. Informationsdefizite gehen auch einher mit höheren physiologischen Stressreaktionen. Dies ist in einer Vielzahl experimenteller und klinischer Studien dokumentiert worden (Raspe 1983). Schmerzmittelverbrauch, postoperative Komplikationsrate und Komplikationen während schwieriger diagnostischer Eingriffe sind deutlich geringer, wenn vorher eine ausführliche, vom Arzt persönlich vorgetragene Informierung erfolgte. Die **Compliance** (Bereitschaft, ärztliche Ratschläge, insbesondere Anordnungen zur medikamentösen Therapie zu befolgen) wird in einer persönlichen, informationsreichen und motivierenden Arzt-Patient-Beziehung ebenfalls wesentlich verbessert. **Non-Compliance** ist also nicht allein ein Problem des Patienten, sondern ein **Problem der Arzt-Patient-Beziehung!**

Inhalte von Aufklärungsgesprächen

Ärzte ziehen es vor, Patienten in erster Linie über diagnostische und therapeutische Maßnahmen, in geringerem Maße über die Dia-

gnose selbst und nur in relativ seltenen Fällen über die Prognose einer Krankheit vollständig aufzuklären. Die Einschränkung von Aufklärungsabsichten ist bei jungen Medizinstudenten, aber auch beim Pflegepersonal wesentlich geringer. Gegenüber Medizinstudenten und Pflegepersonal schätzen Ärzte im Allgemeinen auch die Informationsbedürfnisse ihrer Patienten als geringer ein, und sie sind weniger gut in der Lage, die Inhalte der Aufklärungswünsche von Patienten richtig wahrzunehmen. Aus der **Perspektivendifferenz** zwischen Krankenhausarzt und Patient lässt sich auch erklären, dass die patientenseitig hohen Informationsbedürfnisse über den poststationären Bereich von Ärzten kaum wahrgenommen und angesprochen werden.

In der beruflichen Sozialisation erworbene Einstellungen und Handlungsrouninen, aber auch arbeitsorganisatorische Zwänge des Krankenhauses sind somit maßgeblich am Zustandekommen einer restriktiven Informationspolitik von Ärzten gegenüber Patienten beteiligt. Nirgends wird dies augenfälliger als bei der Analyse jener Arbeitsaufgabe, die hauptsächlich der Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten dienen soll – der ärztlichen Visite.

5.3.2 Das Gespräch während der Visite

Vermutlich ist kein Aspekt ärztlichen Handelns bisher so intensiv analysiert worden wie die Untersuchung des Gesprächs während klinischer Visiten. Allein in der Bundesrepublik Deutschland ist die Zahl der Forschungsarbeiten zum Thema seit dem Beginn der Visitenforschung im Jahre 1970 nur noch schwer zu überschauen (Köhle & Raspe 1982, Raspe 1983, Siegrist 1978). Auch aus Österreich, Großbritannien und USA liegen neue, wichtige Forschungen vor. Es ist daher unmöglich, die Vielfalt gegenwärtiger Kenntnisse angemessen darzustellen. Dieser Abschnitt untersucht die folgenden Fragen:

- Wie verläuft das Gespräch zwischen Arzt und Patient während der durchschnittlichen Stationsarztvisite im Krankenhaus?
- Wie gehen Ärzte mit problematischen und belastenden Patientenfragen um?
- Gibt es Möglichkeiten, die soziale Asymmetrie zwischen Arzt und Patient in der Visite gezielt zu verringern?

Visitenkommunikation

Gesprächsverlauf

Die tägliche Arztvisite dauert pro Patient durchschnittlich drei bis vier Minuten. Gut die Hälfte aller Sätze, die in dieser Zeit geäußert werden, stammen vom Arzt, ein Viertel von der Krankenschwester, ein weiteres Viertel vom Patienten. Die meisten Gesprächsinitiativen gehen vom Arzt aus; pro Visite stellt der Patient lediglich ein bis zwei Fragen. Über seine Krankheit bringt der Patient während der Visite überwiegend als Dritter etwas in Erfahrung: 60% aller Sätze, die Informationen über seine Krankheit enthalten, werden zwischen Arzt und Schwester (oder zwischen zwei Ärzten) ausgetauscht, sind also nur ‚implizit‘ an den Patienten gerichtet.

Diese **fragmentierte Kommunikation** ergibt sich in erster Linie daraus, dass die Visite eine strukturell überladene Arbeitsaufgabe darstellt, da in ihr im Prinzip körperliche Untersuchung, Inspektion, Kontrolle des Therapieplanes, Einleitung und Überwachung diagnostischer Maßnahmen, Organisationsabsprachen und Informationsaustausch mit dem Pflegepersonal sowie Gespräch mit dem Patienten zu integrieren sind. Es ist nachvollziehbar, dass unter dem gegebenen Zeitdruck – ein durchschnittlicher ärztlicher Arbeitstag auf einer internistischen Station ist in Abb. 5.4 dargestellt – am ehesten beim Gespräch mit dem Patienten gespart wird. Es ist auch zu erwarten, dass angesichts der Vielfalt und Komplexität ärztlicher Aufgaben und angesichts des dominierenden Einflusses eines naturwissenschaftlich-instrumentellen Krankheitsverständnis-

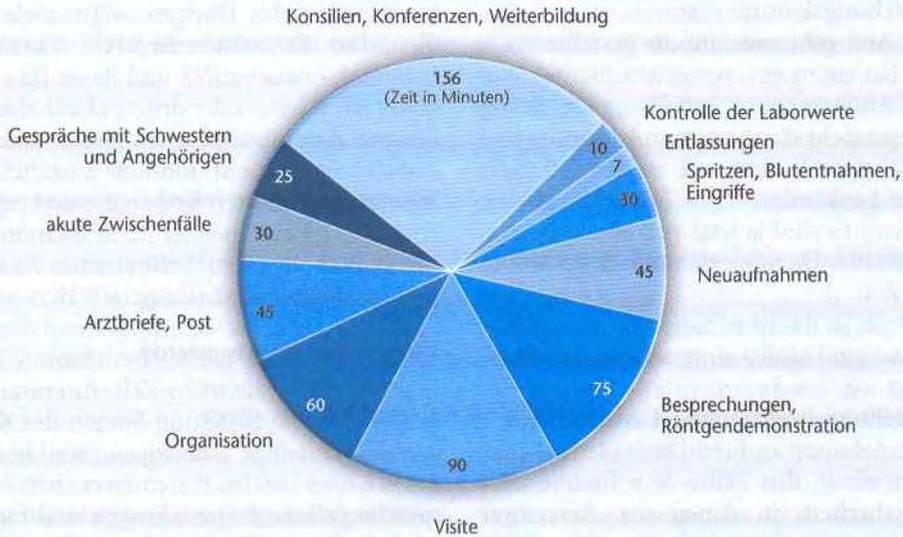


Abb. 5.4 Arbeitstag eines internistischen Arztes im Krankenhaus (nach Stössel 1981).

ses Strategien der kommunikativen Entlastung verfolgt werden, deren Folgen vor allem die Patienten zu spüren bekommen.

Ausweichstrategien Problematische Patientenfragen

Strategien der kommunikativen Entlastung, des Ausweichens der Ärzte vor emotional belastenden Fragen sind insbesondere in kritischen Gesprächsphasen während der Visiten, bei schwer oder infaust erkrankten Patienten zu erwarten. Entsprechend ihrem herkömmlichen Rollenverständnis müssen Ärzte in solchen Situationen versuchen, eigene Affekte zu neutralisieren und die Unsicherheit zu verbergen, zugleich kritische Informationen zurückzuhalten, ohne jedoch dadurch mit ihrer Expertenrolle in Konflikt zu geraten.

Anhand von Tonbandaufnahmen von über 400 Arzt-Patient-Kontakten bei Visiten konnten wir zeigen, dass unter diesen schwierigen Umständen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine der folgenden vier ausweichenden Kommunikationsstrategien erfolgt – Ausweichstrategien, die auch als

asymmetrische Verbalhandlungen bezeichnet werden (Siegrist 1978):

- **Nichtbeachten, Übergehen der Patienteninitiative:**

Dieser Reaktionstyp ist im Akutkrankenhaus selten, da er einen Verstoß gegen die Normen des Gesprächs darstellt. Gegenüber rangniedrigen und älteren Patienten gelangt er jedoch gelegentlich zur Anwendung (in ca. 5% aller beobachteten asymmetrischen Verbalhandlungen).

- **Adressaten- oder Themenwechsel:**

Anstelle einer Reaktion auf die gestellte Frage erfolgt von Seiten des Arztes eine konkurrierende Initiative (Themenwechsel im Rahmen des vom Arzt dominierten Gesprächs) oder ein Adressatenwechsel durch Ansprechen der Schwester, wie im folgenden Beispiel verdeutlicht:

Ältere Patientin mit Verdacht auf Kolonkarzinom

Patientin: Ist das Blut gut?

Arzt: Wie bitte?

Patientin: Das Blut!

Arzt (zur Schwester): Ja, wir kommen nicht drum herum, am Montag den Magen zu röntgen.

• **Beziehungskommentar:**

Der Arzt geht zwar auf die gestellte Frage des Patienten ein, verschiebt hierbei aber die Antwort vom Inhalts- zum Beziehungsaspekt der Kommunikation:

30-jähriger Patient mit zweitem Rezidiv einer Leukämie

Patient: Es sind ja jetzt vier Wochen, dass ich da bin. Da muss sich schon was tun in der Zeit ...

Arzt: Ja, ja, das ist es halt. Sie sagen immer ‚muss‘ und ‚soll‘, sind aber mehr überzeugt wie wir davon.

• **Mitteilung funktionaler Unsicherheit:**

In Anlehnung an Fred Davis (1972) sprechen wir in den Fällen von funktionaler Unsicherheit, in denen der Arzt zwar über den Krankheitsbefund voll im Bilde ist, dem Patienten gegenüber jedoch vorgibt, die schlüssigen Informationen noch nicht zu besitzen: 66-jähriger Patient mit metastasierendem Magenkarzinom

Patient: Ist schon sicher, was ist?

Arzt: Und äh, ich habe dem Kollegen Dr. ...

Patient: Noch nicht?

Arzt: Äh, mit dem Doktor noch nicht gesprochen, gell.

Auf den untersuchten internistischen und chirurgischen Krankenstationen waren neun von zehn festgehaltenen Arztreaktionen auf kritische und belastende Fragen von schwerkranken Patienten einem dieser vier Reaktionstypen zuzuordnen. Nur vergleichsweise selten ließen Ärzte sich ehrlich und engagiert auf die drängenden Fragen der Patienten ein.

Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation

Selbstbestimmungsaufklärung

Wichtig ist, dass die **Selbstbestimmungsaufklärung** des Patienten sicherlich nicht bedeuten kann, dem schwerkranken Menschen durch eine schonungslose Informierung Hoffnung und Lebenswillen zu zerstören. Aufklärung ist stets ein stufenförmiger Prozess, der ein behutsames Vortasten des Arz-

tes erfordert. Im Übrigen zeigen viele Studien, dass die meisten an Krebs erkrankten Patienten (zwischen 73 und 88%) ihre Diagnose aus zweiter oder dritter Hand ohnehin kennen, dass eine Mehrheit dieser Patienten Aufklärung wünscht und dass auch bei umfassend informierten Krebspatienten psychische Komplikationen (z.B. Selbstmordneigung) nicht in dem befürchteten Ausmaß zu verzeichnen sind (Raspe 1983).

Verringerung der Asymmetrie

Wie können Ärzte mehr Zeit, Interesse und Energie für die Nöte und Sorgen der Krankenhauspatienten aufbringen, wie können ihnen besser auf den Patienten zentrierte Gespräche gelingen? Diese Fragen sind hierzulande nicht nur theoretisch, sondern bereits praktisch beantwortet worden, und zwar durch die wegweisenden Neuerungen eines Modellvorhabens, das in den 1970er Jahren große Aufmerksamkeit gefunden hat: das sog. Ulmer Stationsmodell (Köhle 1986). Auf einer **psychosomatischen Modellstation** der internistischen Abteilung einer Universitätsklinik wurde die Arbeitsorganisation so umstrukturiert, dass wesentlich mehr Zeit für die tägliche Visite zur Verfügung stand und dass die Visite selbst in eine Vor- und Nachbesprechung außerhalb des Krankenzimmers sowie ein Gespräch mit dem Kranken aufgegliedert wurde, das ausschließlich ein jeweils vorher bestimmter Arzt führte. Zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und klinischen Psychologen auf Station entwickelte sich eine intensive Kooperation, die auch auf andere Tätigkeiten ausstrahlte. Die Modell-Ärzte befanden sich selbst in psychotherapeutischer Zusatzausbildung.

Während der gesamten Erprobungszeit stellten sie sich externer wissenschaftlicher **Begleitforschung**, wodurch der Neuerungsprozess kontinuierlich optimiert werden konnte. Dem Modell lagen jedoch nicht nur arbeitsorganisatorische und kommunikationssoziologische Neuerungen zu Grunde, im Zentrum stand vielmehr eine psycho-

somatische Theorie von Krankheit und Kranksein, die andere Akzente setzte als die ausschließlich naturwissenschaftliche Organmedizin.

Auf der Handlungsebene erreichte die Modellstation in kurzer Zeit:

- eine **Ausweitung der Visitendauer** von durchschnittlich vier auf durchschnittlich zehn Minuten pro Patient
- eine sehr weitgehende **Zentrierung des ärztlichen Gesprächs** auf den Patienten
- ein Zurückdrängen der impliziten Informierung des Patienten, d.h. eine weitgehend initiative, **direkte Weitergabe krankheitsbezogener Information** an den Patienten
- eine **Verringerung asymmetrischer Verbalhandlungen** auf kritische Fragen schwerkranker Patienten (gegenüber ca. 90% asymmetrischer Verbalhandlungen auf herkömmlichen Stationen nur noch 15% entsprechender Ausweichstrategien auf der Modellstation).

Aus Abb. 5.5 geht zusammenfassend hervor, welche weitreichenden Änderungen der Kommunikationsstruktur zwischen Arzt und Patient während der Visite durch die im Ulmer Modell praktizierte Umgestaltung erreicht werden können.

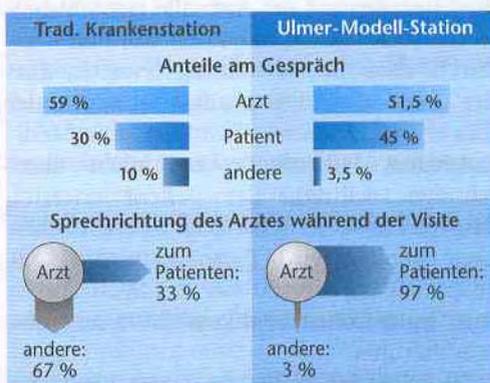


Abb. 5.5 Unterschiede der Kommunikation zwischen Arzt und Patient bei der Visite: Verglichen wurden eine internistisch-psychosomatische Modellstation (Ulmer Modell) und eine herkömmliche internistische Station (nach Stössel 1981).

Bei den systematischen, in ihrer Bedeutung kaum zu überschätzenden Bemühungen um eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation stellen die Grundprinzipien der Gesprächstherapie wichtige Zielkriterien dar. Sie sind nachfolgend dargestellt.

• Empathie:

Der Arzt soll versuchen, sich in den Gesprächspartner einzufühlen, seine Gefühle und Wahrnehmungen zu vergegenwärtigen; hierzu gehört auch die Fähigkeit, Motive für das Schweigen bei Patienten zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren (z.B. kann das Schweigen des Patienten durch eine verletzende Äußerung des Arztes zustande kommen oder dadurch, dass der Patient durch ein starkes Gefühl überwältigt wird).

• Zuhören:

Wie ein weltberühmter Kliniker sagt: „Zuhören können ist das komplizierteste und schwierigste aller Instrumente im Repertoire eines Arztes. Man muss ein aktiver Zuhörer sein, um unausgesprochene Probleme wahrnehmen zu können“ (Lown 2002).

• Wertschätzung:

Wie jede zwischenmenschliche Beziehung soll auch die Art der Arzt-Patient-Beziehung auf gegenseitiger Achtung beruhen. Jeder Patient hat primär einen Anspruch darauf, mit seinem Anliegen ernst genommen zu werden. Ärztliche Vorurteile oder persönliche Aversionen, die gegen die Rollennormen affektiver Neutralität und universalistischer Einstellung verstoßen, sollen nicht wirksam werden.

• Echtheit:

In der Arzt-Patient-Beziehung soll für Heuchelei, Zweideutigkeit und Vorspielen falscher Gefühle kein Platz sein. Bei aller gebotenen Rücksichtnahme sollen Mitteilungen echt sein, d.h.

vom Arzt auch in ihren Konsequenzen verantwortet werden können. Dies verlangt, dass Worte vom Arzt sorgfältig gewählt werden und dass er dabei stets das Wohlergehen des Patienten vor Augen hat.

• **Transparenz und Konsistenz:**

Die mitgeteilte Information soll verständlich, d.h. dem jeweiligen Auffassungsvermögen des Gesprächspartners angemessen sein; hierzu gehört auch das Bemühen, soweit möglich, widersprüchliche Mitteilungen zu vermeiden, d.h. eine hohe Konsistenz der verbalen (sowie der nonverbalen) Botschaften zu erreichen.

Aus diesen Zielkriterien lassen sich konkrete Hinweise auf eine patientenzentrierte ärztliche Kommunikation ableiten. Zu ihnen zählen:

- verständlich und wahrheitsgetreu informieren
- auf Patientenfragen eingehen, gegebenenfalls Rückfragen stellen
- Unterbrechungen und Adressatenwechsel vermeiden
- suggestive Fragen und entwertende Aussagen unterlassen
- unrealistische Versprechungen vermeiden
- Patienten wo immer möglich positiv bekräftigen und unterstützen.

Neben einer patientenzentrierten Information und Kommunikation, neben der Qualität ärztlicher Behandlung und der begleitenden sozio-emotionalen Unterstützung tauchen jedoch auch Konflikte in der Arzt-Patient-Beziehung auf. Schließlich geht es um Fragen der Einbeziehung von Patienten in das Kernprogramm ärztlichen Handelns, die klinischen Entscheidungen (Diagnostik, Therapie, Aufnahme und Entlassung, Überweisung, Krankschreibung etc.). Diese Aspekte werden nachfolgend erörtert.

5.3.3 Konflikte in der Arzt-Patient-Beziehung

Unter einem **Konflikt** versteht man das Aufeinandertreffen nicht vereinbarter Erwartungen in einer Handlungssituation. Dabei sind intrapersonelle von interpersonellen Konflikten zu unterscheiden.

Konfliktarten

Intrapersonelle Konflikte spielen sich im Innern des Individuums ab (psychische Konflikte). Die häufigste, sozial induzierte Form intrapersoneller Konflikte ist der **Entscheidungskonflikt**. Er ist in Situationen gegeben, in denen zwei alternative, sich wechselseitig ausschließende Erwartungen bestehen, zwischen denen der Handelnde wählen muss. Aus soziologischer Sicht stellen **Rollenkonflikte** die wichtigste Form von Entscheidungskonflikten in Interaktionen dar. Dabei werden Intra-Rollenkonflikte und Inter-Rollenkonflikte unterschieden.

Intra-Rollenkonflikte entstehen überall dort, wo widersprüchliche normative Erwartungen von jeweiligen Normsendern an ein und denselben Rollenträger gerichtet werden. Bezogen auf die Arztrolle entsteht beispielsweise ein Intra-Rollenkonflikt dadurch, dass die Verwaltung erwartet, dass der Arzt seine Dienstzeiten einhält oder dass er ein bestimmtes Kontingent an Medikamenten, Hilfsmitteln etc. nicht überschreitet, während der Patient erwartet, dass ihm in seiner schwierigen persönlichen Lage geholfen wird. Personal- und Mittelknappheit ist somit ein häufiger Anlass von Intra-Rollenkonflikten in Dienstleistungsberufen.

Da jeder Mensch Träger unterschiedlicher Rollen ist, entstehen Konflikte oft dadurch, dass zwei oder mehrere Normsender Erwartungen an eine Person stellen, die nicht vereinbar sind. Diese Situation wird mit dem Begriff **Inter-Rollenkonflikt** bezeichnet.

Der bedeutsamste Inter-Rollenkonflikt ergibt sich aus unvereinbaren Erwartungen an die beiden Rollen ‚Berufstätiger‘ und ‚Elternteil‘ bzw. ‚Partner‘. Inter-Rollenkonflikte manifestieren sich besonders häufig in einem als ungerecht oder belastend empfundenen Zeitmanagement (z.B. Vernachlässigen von Kindern in Folge beruflicher Beanspruchung).

Intra- und Inter-Rollenkonflikte stellen für die betroffene Person eine emotionale Belastung dar, sie können eine chronische Stressbelastung (Rollenstress) induzieren.

Ärztliche Rollenkonflikte

Oft geben Rollenkonflikte Anlass zu **interpersonellen Konflikten**, d.h. zu Störungen und Spannungen in sozialen Beziehungen. Die wichtigste Form interpersoneller Konflikte bildet der **Interessenkonflikt**. Er tritt überall dort auf, wo gleichgerichtete Wünsche um ein knappes Gut konkurrieren (sog. **Verteilungskonflikt**).

Im Fall des erwähnten Inter-Rollenkonfliktes zwischen Berufstätigkeit und Eltern- bzw. Partnerrolle besteht ein knappes Gut beispielsweise in der gewährten zeitlichen Zuwendung. Im Fall des Intra-Rollenkonflikts können Verteilungskonflikte z.B. auf ungünstige Personalverteilungsschlüssel im Krankenhaus zurückgeführt werden.

Von Verteilungskonflikten gehen in mikrosozialen Interaktionen ebenso wie in makrosozialen Entwicklungen die weitreichendsten Bedrohungen gesellschaftlicher Ordnung aus.

Interpersonelle Konflikte in Form von Interessenkonflikten können neben Verteilungskonflikten auch die Form sog. **Zielkonflikte** annehmen. Ein Zielkonflikt ist gegeben, wenn ein Interessengegensatz zwischen zwei Personen nicht auf ungleiche Verteilung, sondern auf **unterschiedliche Wertpräferenz** zurückgeführt wird. Beispiel eines Zielkonflikts in Form eines Intra-Rollenkon-

flikts in der Arzt-Patient-Beziehung ist die Sterbehilfe: Der todkranke Patient erwartet, dass der Arzt ihm hilft, unerträgliche Schmerzen zu vermeiden. Der Arzt verweigert die Hilfe, weil seine Wertpräferenz lautet: „Unter allen Umständen Leben erhalten!“

Bei allen Formen sozialer Konflikte ist stets darauf zu achten, inwieweit es durch eine bestimmte soziale Konstellation zu Konflikten kommt (**strukturinduzierte Konflikte**) oder ob ein auffälliges Verhalten der beteiligten Person bzw. Personen (z.B. soziopathische Persönlichkeitsstörungen) Konflikte hervorruft (**verhaltensinduzierte Konflikte**).

Latente Konflikte

Schließlich ist der Grad der Sichtbarkeit von Konflikten von Bedeutung. Hier sind die **offenen Konflikte**, in denen Widersprüche sichtbar und hörbar ausgetragen werden, von **latenten Konflikten** zu unterscheiden, in denen bestehende Konflikte verborgen gehalten werden, sei es aus Angst, Rücksichtnahme, aus strategischen oder anderen Erwägungen. Latente Konflikte sind in strukturell asymmetrischen Beziehungen häufiger zu erwarten als in symmetrischen. Oft äußern sie sich in Form **umgeleiteter Konflikte** in Situationen zwischen den Interaktionspartnern, die mit dem eigentlichen Konfliktanlass nichts zu tun haben.

In der Arzt-Patient-Beziehung sind häufiger **latente interpersonelle Konflikte** zu erwarten, die strukturinduziert sind und die auf die in dieser Beziehung wirksamen Rollennormen gerichtet sind. Viele der im vorhergehenden Abschnitt genannten Beispiele der Arzt-Patient-Kommunikation lassen sich als latente Konflikte interpretieren, bei denen Erwartungsenttäuschungen auf Seiten der Patienten (Informationsbedürfnis) nicht thematisiert werden.

Schulung von Interaktions- und Kommunikationskompetenz in der ärztlichen Ausbildung trägt dazu bei, diese latenten

Konflikte zu erkennen und zu verhindern.

Neben latenten Konflikten sind **offene interpersonelle Konflikte** in der Arzt-Patient-Beziehung zu erwarten, so z.B., wenn Ärzte mit unangemessenen Erwartungen, Forderungen von Seiten der Patienten konfrontiert werden oder wenn ärztliche Kompetenz von Patienten in Zweifel gezogen wird. Ein besonders aktuelles Thema bilden in diesem Zusammenhang Konflikte, die sich zwischen gut informierten Patienten (z.B. Internet-Recherchen, Schulung in Selbsthilfegruppen) und Ärzten ergeben können. Auf diesen Aspekt soll nachfolgend kurz eingegangen werden.

Das Internet als Konfliktquelle der Arzt-Patient-Beziehung

Auf das Problem mangelnder Informierung und damit einhergehender mangelnder Zufriedenheit von Patienten mit der Arzt-Patient-Beziehung wurde bereits hingewiesen. Auch nach neuen Umfragen gilt nach wie vor, dass für ein Drittel bis beinahe die Hälfte aller Patienten die Zeit beim Arzt nicht ausreicht, um über alles, was im Zusammenhang mit einer Erkrankung wichtig erscheint, zu sprechen. Ebenso kritisch wird die Erreichbarkeit des Arztes eingeschätzt, wenn dringend Informationsbedarf besteht. Daher ist verständlich, dass Patienten sich vermehrt **anderen Informationsquellen** zuwenden.

Mit dem **Internet** sind hier neuartige Möglichkeiten gegeben, Informationen schnell, gezielt, auf aktuellem Stand und auf bequeme Weise zu beschaffen. **Wichtige Motive**, medizinische Informationen über das Internet einzuholen, sind:

- Suche nach Informationen, die vom Arzt nicht zu bekommen sind
- Suche nach weiterführenden Erklärungen zu Informationen, die vom Arzt gegeben worden sind
- Suche nach Auflösung von Widersprüchen zwischen verschiedenen, dem Patienten bisher gegebenen Informationen

- Überprüfen der vom Arzt gegebenen Informationen (Validierung, Qualitätskontrolle).

Allerdings bestehen auch Gefahren, wenn Patienten sich zu sehr oder ausschließlich auf Internet-Informationen verlassen. Oft ist die Qualität der gegebenen Information nicht genügend abgesichert. Ferner ist es manchmal schwierig, zwischen seriöser Informierung und Werbung zu unterscheiden.

Aus einer virtuellen Rivalität zwischen Arzt und Internet können Konflikte entstehen, v.a. dann, wenn Patienten in ihren Therapiewünschen durch Vorgaben aus dem Internet bestimmt werden. Neue Untersuchungen zeigen, dass Ärzte zwar bereit sind, von Patienten mitgebrachte Informationen zu überprüfen, jedoch nur selten sich dazu bewegen lassen, ihre eigenen Entscheidungen im Lichte von Internet-Information zu revidieren (Tautz 2002).

Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation

Die Konflikthaftigkeit dieser Situation wird besonders bei Patienten deutlich, die als chronisch Kranke zu ‚Experten‘ ihrer Krankheit geworden sind und den Arzt mit einem Spezialwissen konfrontieren, oft genug angereichert durch neueste Empfehlungen von Online-Selbsthilfegruppen. Diese neuartige Wissensverteilung verändert die Arzt-Patient-Beziehung in Richtung höherer Symmetrie. Zunehmend stellen Patienten den Ärzten kritische Fragen, erwarten, therapeutische Entscheidungen ‚von gleich zu gleich‘ zu diskutieren und treffen auf dieser Basis auch vermehrt Entscheidungen über den Abbruch ihrer Beziehung zum Arzt.

Die Ärzteschaft kann jedoch diese Herausforderung nutzen, um Stärken und Schwächen dieses neuen Informationsmediums in eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation einzubeziehen. Im Vordergrund steht die Aufgabe, Patienten bei der Suche nach Information zur Behandlung und Bewältigung ihrer Krankheit zu unterstützen und bei Entscheidungen zu beraten. Eine **nützliche Kriterienliste zur Beurtei-**

lung der Qualität von Gesundheitsinformation ist nachfolgend dargestellt (nach Dierks 2001).

Gute Gesundheitsinformationen sollten:

- klare Ziele definieren
- für den Nutzer relevant sein
- ihre Informationsquellen klar benennen
- ihre Aktualität (z.B. Veröffentlichungsdatum) dokumentieren
- ausgewogen und unbeeinflusst sein
- weiterführende Informationsquellen aufführen
- auf Bereiche von Unsicherheit gegenwärtigen Wissens hinweisen
- die Wirkungsweise eines Behandlungsverfahrens beschreiben
- Nutzen und Risiken eines Behandlungsverfahrens beschreiben
- die Folgen einer Nicht-Behandlung beschreiben
- verdeutlichen, dass mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren existieren könnte
- eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) unterstützen.

Entscheidungskonflikte in der Arzt-Patient-Beziehung sind in Form ärztlicher Intra-Rollenkonflikte besonders häufig und besonders belastend. Dabei kann es sich, beispielsweise im Bereich der Intensivmedizin, auch um Zielkonflikte handeln, bei denen die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Wertmaxime anliegt, die zu lebensverlängernden Maßnahmen oder zu deren Abbruch führt. Häufiger jedoch geht es um **Verteilungskonflikte** angesichts knapper Ressourcen.

Verteilungskonflikte

In allen Gesundheitssystemen, die implizit oder explizit mit einer **Rationierung** medizinischer Leistungen und Güter umgehen,

stellen sich entsprechende Konflikte. Es ist daher nur konsequent, dass der medizinethische Diskurs schwerpunktmäßig die Verteilungsgerechtigkeit thematisiert. Verteilungsentscheidungen bedürfen einer **Legitimierung**, sowohl aus der Perspektive der Verantwortung tragenden Experten wie auch der Betroffenen, deren Individualrechte bis zum Äußersten eingeschränkt werden.

In hoch entwickelten Gesundheitssystemen (z.B. Deutschland) sind Menschen selten durch persönliche Einschränkungen in ihrem Überleben konkret und unmittelbar betroffen. Häufiger jedoch ist, dass die Knappheit medizinischer Leistungen und Güter mittelbare Folgen für die Sterblichkeit besitzt, indem Risikokollektive nicht vollständig oder rechtzeitig behandelt werden können. Zugangs- bzw. **Zuteilungskriterien** zu Wartelisten bei lebensrettenden Organspenden und Transplantationen stellen ein erstrangiges Beispiel entsprechender ärztlicher Allokationsentscheidungen und aus ihnen resultierender Konflikte dar. Zur Bewältigung des damit für den einzelnen Arzt entstehenden Problemdrucks hat sich die Praxis der **kollektiven Beratung** (ärztliche Konsilien) und der Orientierung an konsensual vereinbarten Ausschluss- bzw. Priorisierungskriterien durchgesetzt.

5.3.4 Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Beziehung

Shared-Decision-Making

Klinische Entscheidungen über diagnostische Maßnahmen, Diagnosen vorliegender Erkrankungen sowie Maßnahmen zu deren Behandlung bilden einen **Kernbestandteil ärztlicher Arbeit**. Sie werden in Form von Beurteilungen krankheits- bzw. patientenbezogener Informationen durch den Arzt getroffen. Expertenwissen und klinische Erfahrungen sollen dabei den Ermessensspielraum (Unsicherheit, Fehleranfälligkeit) eingrenzen. Klinische Entscheidungsfindung unterliegt vielfältigen, teilweise auch nicht-

medizinischen Einflüssen. Sie bildet daher einen wichtigen Gegenstand medizinsoziologischer Forschung.

Da die Lebensumstände von Patienten durch ärztliche Entscheidungen unter Umständen nachhaltig betroffen werden, sind Ärzte verpflichtet, Patienten in diesen Prozess einzubeziehen. In welchem Umfang bzw. unter welchen Bedingungen dies möglich und erforderlich ist und welche Folgen dies für die Behandlungsqualität und die Gesundheit hat, sind zentrale Fragen, mit denen sich das Gebiet Shared-Decision-Making befasst.

Shared-Decision-Making bedeutet die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bezüglich Diagnostik, Diagnosenstellung und Therapie einer beim Patienten vorliegenden Erkrankung auf der Basis gegenseitig bereitgestellter Information. Ihr Ziel ist ein Einverständnis beider Teilnehmer bezüglich der Entscheidung sowie bezüglich ihrer Bereitschaft, die Entscheidung aktiv umzusetzen.

Formen der Entscheidungsfindung

Shared-Decision-Making bildet eine von drei idealtypisch unterscheidbaren Formen der Entscheidungsfindung. Sie deckt gewissermaßen das Mittelfeld zwischen den beiden Extremen ‚paternalistische Arztentscheidung‘ und ‚informierte Patientenentscheidung‘ (informed choice) ab.

• **Paternalistische Entscheidung:**

Der Arzt legt fest, was er bezüglich Diagnostik, Diagnose und Therapie für richtig hält, ohne den Patienten in diesen Prozess systematisch einzubinden. Letzterer bleibt größtenteils passiver Empfänger ärztlicher Urteile und Empfehlungen. Informationsaustausch sowie die Kontrolle über Information und Entscheidung verlaufen asymmetrisch.

• **Informierte Patientenentscheidung:**

Der Arzt stellt dem Patienten alle aus seiner Sicht notwendigen Informationen zur

Verfügung, auf deren Basis sodann der Patient eine eigenverantwortliche Entscheidung trifft (in der Regel bei Therapiemaßnahmen; gelegentlich jedoch auch bei diagnostischen Maßnahmen, z.B. pränatales Screening). Informationsaustausch und Kontrolle über Information verlaufen weniger asymmetrisch als im Falle der paternalistischen Entscheidung. Die Kontrolle über die Entscheidung hängt wesentlich vom Patienten ab.

Welche Form der Entscheidungsfindung zur Anwendung gelangt, hängt von folgenden Bedingungen ab: 1. von der zu behandelnden Krankheit bzw. dem Krankheitszustand des Patienten; 2. von der Motivation und den Fähigkeiten des Arztes, d.h. Bedingungen, die im Prozess der beruflichen Sozialisation beeinflusst werden können, sowie 3. von bestimmten soziodemographischen und psychosozialen Patientenmerkmalen.

Art der Krankheit bzw. Krankheitszustand

Es versteht sich von selbst, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung in Notfallsituationen oder bei nur begrenzt ansprechbaren Patienten erschwert ist. Die Diagnosestellung durch den Arzt ist in der Regel ebenfalls nicht Gegenstand gemeinsamer Entscheidungsfindung. Auch wird diese beim Vorliegen eindeutiger diagnostischer und therapeutischer Entscheidungspfade ebenso eingeschränkt wie in allen Situationen, in denen sie vom Patienten als eine zusätzliche Belastung und Erschwernis empfunden wird.

Hauptanwendungsgebiet von Shared Decision Making sind **Therapieentscheidungen bei chronischen Erkrankungen**, bei denen Behandlungsalternativen mit unterschiedlichem Nutzen und unterschiedlichen Risiken vorliegen.

Beispiele finden sich bei therapierbaren onkologischen Erkrankungen (z.B. Mammakarzinom), bei Diabetes- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gastrointestinalen Er-

krankungen, ebenso bei therapierbaren neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen.

Berufliche Sozialisation

Aufgrund der strukturellen Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung liegt es häufig im Ermessen des Arztes, ob und in welchem Umfang gemeinsame Entscheidungsfindung angeregt und praktiziert wird. Ärzte mit geringer Motivation zu bzw. geringer Vorerfahrung in **patientenzentrierter Gesprächsführung und Behandlung**, Ärzte mit starkem Kontrollbedürfnis oder hoher Unsicherheit sowie Ärzte, die im Prozess der beruflichen Sozialisation durch Modell-Lernen nach paternalistischem Muster beeinflusst worden sind, sind in geringerem Maße bereit, Shared-Decision-Making zu praktizieren.

Extreme Arbeitsbelastungen und ökonomische Zwänge können diese Bereitschaft ebenfalls negativ beeinflussen. Schließlich ist der Behandlungskontext bedeutsam. In einer auf Kontinuität angelegten Behandlungssituation (niedergelassener Arzt, Stationsarzt) und in einer dyadischen Interaktion sind die Voraussetzungen günstiger als bei rasch wechselnder Verantwortung für die Behandlung oder bei Therapien, die durch ein größeres Team erfolgen.

Patientenmerkmale

Ältere Patientinnen und Patienten sowie Kranke mit niedrigem Bildungsniveau und begrenzter Sprachkompetenz sind in der Regel schwerer zu gemeinsamer Entscheidungsfindung zu bewegen als jüngere und besser ausgebildete. Soziokulturelle Normen (Arzt als Autoritätsperson, Geringschätzung von Autonomiebedürfnissen, fatalistische Einstellung) erschweren den Prozess ebenso wie bestimmte psychische Eigenschaften (z.B. Verleugnungsneigung von Patienten, Verantwortungsscheu, Angst vor Folgen mitgetroffener Entscheidungen). Wie beim Aufklärungsgespräch muss der Arzt auch bei der Einbeziehung von Patienten in klinische Entscheidungen Befähigung und Bereit-

schaft vom Patienten vorab sorgfältig erkunden.

Nutzen

Bei der Beurteilung des Nutzens gemeinsamer Entscheidungsfindung, d.h. der Vorteile gegenüber anderen Entscheidungsformen, sind verschiedene Kriterien in Betracht zu ziehen. An erster Stelle stehen Behandlungserfolg, Wirksamkeit und Nutzwert. Der **Behandlungserfolg** wird an der Verbesserung des Krankheitszustandes (z.B. Vermeiden von Rezidiven) gemessen. Er wird, abgesehen von so genannten Spontanverläufen, von der Wirksamkeit einer Therapiemaßnahme bestimmt.

Ein weiteres wichtiges Kriterium bildet die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** von Patienten (s. Kap. 3). Eine größere Zahl von Studien belegt die verbesserte Lebensqualität bei Beteiligung von Patienten an klinischen Entscheidungen (Scheibler & Pfaff 2003). Folgende Aspekte der Lebensqualität sind hierbei von besonderer Bedeutung: Verringerung von Schmerzen, Verringerung von Angst und Hilflosigkeit, Erhöhung von Selbstvertrauen und Zufriedenheit.

Während die **Wirksamkeit (efficacy)** einer Therapie durch die Entscheidungsform nur begrenzt beeinflusst werden dürfte, verhält sich dies jedoch beim Nutzwert (efficiency) anders.

Der **Nutzwert (efficiency)** einer Therapie ergibt sich aus dem Produkt von Wirksamkeit und Therapietreue (compliance bzw. adherence). Er beschreibt somit den unter Alltagsbedingungen zu erwartenden Effekt einer Therapie.

So kann ein Medikament beispielsweise in neun von zehn Fällen wirksam sein, aber nur von der Hälfte der Patienten regelmäßig eingenommen werden (Nutzwert 45%). Shared-Decision-Making trägt über verbesserte Compliance zu einer Erhöhung des Nutzwerts von Therapiemaßnahmen bei.

Kontrollgefühl

Aus der Stresstheorie ist die zentrale Bedeutung von Erfahrungen bedrohter Kontrolle bekannt (s. Kap. 2). Der Ausbruch einer chronischen Krankheit bedroht die personale Kontrolle in vielfältiger Weise. So werden nicht nur Handlungsspielräume eingeschränkt, sondern eventuell auch Zukunftsperspektiven bedroht. Das Verfügen über Information und die Freiheit, Entscheidungen zu treffen, bilden zwei wesentliche Quellen der Stärkung von Gefühlen personaler Kontrolle bei vorliegender Hilflosigkeit infolge von Krankheit. Informations- und Mitbestimmungsbedürfnisse besitzen daher eine gemeinsame Wurzel und sind auch empirisch eng korreliert. Vielleicht liegt der größte Nutzen von Shared-Decision-Making in der **Erhöhung von Kontrollgefühlen** bei Patienten in Situationen potentieller Hilflosigkeit. Über die durch personale Kontrollgefühle vermittelten Wirkungen auf mentale und somatische Prozesse unter Bedingungen partizipativer Therapie ist bisher wenig bekannt.

Ethische Aspekte

Argumente zugunsten einer verstärkten Anwendung von Shared-Decision-Making können aus sachlichen (pragmatischen) Gründen oder aus Überzeugungsgründen (normativ) erfolgen. Eine pragmatische Begründung verweist auf bereits dokumentierte günstigere Effekte im Sinne der Überlegenheit von Nutzenkriterien bei entsprechendem Vorgehen. Demgegenüber betont das normative Argument den hohen Wert des **Selbstbestimmungsrechts** von Patienten als Personen, d.h. als Subjekte, nicht Objekte der Behandlung. Diese hohe Bewertung des Selbstbestimmungsrechts ergibt sich aus einer in mehrfacher Sicht prekären, d.h. durch Unsicherheit gekennzeichneten Lage von Patienten in der asymmetrischen Arzt-Patient-Beziehung.

Diese **mehrfache Unsicherheit** betrifft erstens die eigene biographische Situation

infolge einer aufgetretenen Krankheit (Beinträchtigung, Schmerz, evtl. Bedrohung von Zukunftsperspektiven), zweitens das unvollständige Wissen bezüglich Diagnose, Therapie und Prognose der eigenen Erkrankung, über das der Patient verfügt, drittens die objektive Ungewissheit bezüglich des Erfolgs einzuleitender Therapiemaßnahmen (stochastische Ungewissheit), und schließlich viertens die Unsicherheit darüber, ob der dem Arzt gewährte Vertrauensvorschuss gerechtfertigt ist. Dieser kumulativen Verunsicherung muss, aus normativer Sicht, durch partizipatives ärztliches Handeln entgegen gewirkt werden. Besonders gravierend wirkt sich die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung im Fall von Behandlungsfehlern aus.

Behandlungsfehler

Als Behandlungsfehler wird eine nicht angemessene, z.B. nicht sorgfältige, nicht richtige, nicht zeitgerechte Behandlung durch den Arzt bezeichnet. Behandlungsfehler können sich sowohl auf bestimmte Handlungen als auch auf bestimmte Versäumnisse, Unterlassungen beziehen.

Das Spektrum von Behandlungsfehlern ist im Einzelnen allerdings schwer einzugrenzen, da das Beurteilungskriterium eines ‚vorherrschenden einheitlichen Standards medizinischer Wissenschaft und Erfahrung‘ nicht bei allen Krankheitsbildern bzw. Therapiemaßnahmen eindeutig vorgegeben ist. Dennoch zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass ärztliche Behandlungsfehler keine Seltenheit darstellen. So wird beispielsweise in amerikanischen Krankenhäusern der Anteil medizinischer Behandlungsfehler an der Gesamtzahl aufgetretener unerwünschter Ereignisse (adverse events) auf 25–30% geschätzt. Dabei stehen nicht angemessene Arzneimittelverordnungen neben Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen im Vordergrund. Andere Studien weisen auf die Bedeutung unrichtiger oder verspäteter

Diagnosenstellung hin. Ferner ist aus Analysen im ambulanten Bereich bekannt, dass bis zu 80% dokumentierter Behandlungsfehler auf sog. **Prozessfehler** zurückgeführt werden können (Koordinations- und Kommunikationsmängel, fehlende Standardisierung von Arbeitsabläufen, technische Mängel etc.) und damit im Prinzip vermeidbar sind (Wiesener 2004).

Einflüsse auf klinische Entscheidungsfindung

Die traditionelle Analyse klinischer Entscheidungsfindung konzentriert sich auf formale Wahrscheinlichkeitsüberlegungen und die Anwendung von Algorithmen, mit deren Hilfe klinische Informationen in diagnostische und therapeutische Festlegungen überführt werden. Neuere Untersuchungen berücksichtigen kognitionspsychologische Erkenntnisse zur Urteilsbildung bei Unsicherheit (s. Kap. 3). Erst in jüngster Zeit sind medizinsoziologische Forschungen zu **sozialen Determinanten ärztlicher Entscheidungen** durchgeführt worden. Sie zeigen, dass das Idealbild eines rational abwägenden, ausschließlich die sorgfältig und umfassend erhobenen Patientendaten berücksichtigenden Entscheidungshandelns korrigiert werden muss, da sowohl der Behandlungskontext als auch spezifische Merkmale auf Seiten der Patienten wie der Ärzte dieses Handeln beeinflussen (s. auch Kap. 5.1).

Patientenmerkmale

Geschlecht, Alter, sozialer Status und ethnische Zugehörigkeit bilden die grundlegenden Merkmale, welche ärztliche Entscheidungen über (teilweise unbewusst ablaufende) Typisierungsprozesse sowie über soziokulturelle Einstellungen und Vorurteile beeinflussen können.

- **Geschlecht:** Obwohl Frauen im Durchschnitt mehr Symptome als Männer ver-

spüren, häufiger krank sind und häufiger den Arzt aufsuchen, können bestimmte ärztliche Entscheidungen durch **geschlechtsspezifische Orientierungsmuster** zum Nachteil von Frauen ausfallen. Verschiedene Untersuchungen in den USA haben beispielsweise gezeigt, dass Frauen mit typischen Beschwerden einer manifesten koronaren Herzkrankheit weniger intensive kardiologische Diagnostik (z.B. Angiographie) und weniger therapeutische Interventionen (z.B. Koronardilatation, Bypassoperation) erhalten als Männer (McKinlay 1996). Diese Ergebnisse sind allerdings in umfangreichen Untersuchungen in Europa bislang nicht bestätigt worden. Andere Beispiele beziehen sich auf die häufigere Verschreibung von Beruhigungsmitteln und stimmungsaufhellenden Medikamenten bei Frauen.

- **Alter:** Nach verschiedenen Studien werden älteren Patienten bei vergleichbarem Krankheitsbefund häufiger blutdrucksenkende und schmerzlindernde Medikamente verordnet als jüngeren. Andererseits ist die durchschnittliche Zeit, die Ärzte für die Konsultation aufwenden, bei älteren Patienten kürzer als bei jüngeren, auch bei Berücksichtigung von Art und Schwere der Erkrankung (Clark 1991). Während früher therapeutischer Pessimismus bei verschiedenen Alterskrankheiten vorherrschte, ändern sich gegenwärtig ärztliche Einstellungen gegenüber den Krankheiten des höheren Lebensalters im Sinne einer aktiven, Lebenszeit und Lebensqualität steigernden Orientierung.
- **Sozialer Status:** Bereits die klassische Untersuchung von Hollingshead und Redlich (1958) hat gezeigt, dass die Diagnosenstellung schichtspezifisch variieren kann. So wurden Mitglieder niedriger Sozialschichten bei Vorliegen psychischer Störungen häufiger als schwer und prognostisch ungünstig erkrankt eingestuft als Patienten aus höheren Schichten. Ferner wurden sie, vermutlich infolge sozialer Distanz und Verwendung unterschiedlicher

Sprachstile (s. Kap. 4), seltener zur Psychotherapie überwiesen.

- **Ethnische Zugehörigkeit:** Sprach- und Verständigungsprobleme wirken sich ebenso wie bestimmte Stereotype auf ärztliches Handeln bei Patienten unterschiedlicher ethnischer Herkunft aus. So wurde selbst bei Kontrolle von Versicherterstatus, Geschlecht, Alter, Einkommen und Schweregrad der Erkrankung bei schwarzen Patienten mit koronarer Herzkrankheit eine Indikation zu Bypassoperationen deutlich seltener als bei weißen Patienten gestellt (Clark 1991). In Deutschland werden, etwa im Vergleich zu skandinavischen Ländern und den Niederlanden, Dolmetscher-Dienste bei Anamnese, Diagnostik und Therapie fremdsprachiger Patienten seltener in Anspruch genommen.

Arztmerkmale

- **Spezialisierung:** Zweifellos wirkt sich der Grad ärztlicher Spezialisierung auf Wahl und Umfang diagnostischer Maßnahmen, Diagnosenstellung und Therapieentscheidungen aus. Ausführlich ist dies z.B. bezüglich der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen (v.a. Depressionen) im Vergleich zwischen Hausärzten und Psychiatern belegt worden (Gaebel & Müller-Spahn 2002). Intensive Diagnostik geht allerdings nicht unbedingt mit verbesserter Diagnosenstellung und angemesseneren Therapieentscheidungen einher, so etwa bei somatoformen Störungen. Hausärzte haben öfters als Gebietsärzte einen umfassenden Einblick in die Lebensumstände ihrer Patienten und sind eher zum aufmerksamen Zuhören bereit. Diese Erfahrungen können bei der Diagnosenstellung (v.a. Feststellung von Komorbidität) von Vorteil sein.
- **Berufsdauer:** Die Dauer der Berufstätigkeit (und damit Berufserfahrung) spielt eine wichtige Rolle bei ärztlichen Entscheidungen. Sie wirkt sich in einigen

Aspekten positiv, in anderen negativ aus. Positiv zu bewerten ist der klinische Erfahrungsreichtum, der zu größerer Sicherheit ärztlichen Handelns beiträgt. So können unnötige diagnostische Maßnahmen vermieden und Fehldiagnosen seltener gestellt werden. Andererseits besteht die Gefahr, dass sich bestimmte Routinen und Standards der Patientenbehandlung einschleichen, die unreflektiert übernommen werden, ohne möglicherweise den aktuellen Problemstellungen gerecht zu werden. So ist beispielsweise gezeigt worden, dass ältere Ärzte weniger Zeit aufwenden als jüngere, um gesundheitsförderliches Verhalten von Patienten zu fördern. Interessant ist andererseits, dass Ärzte mit längerer Berufserfahrung ältere Patienten eher korrekt diagnostizieren als dies bei jüngeren Ärzten der Fall ist (s.u.).

In einer **experimentellen Studie** sollten Ärzte unterschiedlichen Alters auf der Basis von gezeigten Videos, in denen Schauspieler Patienten mit Leitsymptomen einer Depression darstellten, zutreffende Diagnosen und entsprechende Therapieempfehlungen geben (McKinlay 2002). Wie Abb. 5.6 zeigt, fanden sich deutliche Interaktionseffekte bezüglich der Rate zutreffender ärztlicher Diagnosen: Ältere Ärzte diagnostizierten ältere Patienten sowie Patientinnen häufiger korrekt als jüngere Ärzte, während jüngere Ärzte jüngere und männliche Patienten häufiger korrekt klassifizierten.

Behandlungskontext

Forschungen über den Einfluss von Behandlungskontexten auf klinische Entscheidungsfindung stehen erst am Anfang. Zwar ist bekannt, dass in Gruppenpraxen – und neuerdings in Arztnetzwerken – Entscheidungshilfen in Form von Leitlinien (s. Kap. 6) eher befolgt werden als in Einzelpraxen, jedoch stehen gegenwärtig quantifizierbare Befunde zu einzelnen Krankheitsbildern noch aus. Nicht nur kollegialer Austausch und kollegiale Kontrolle, sondern auch administrative Kontrollen und Intensität

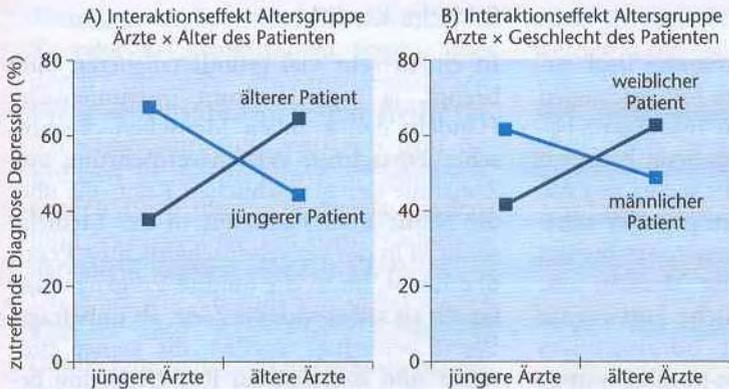


Abb. 5.6 Ergebnisse von Interaktionseffekten einer experimentellen Studie: Einfluss der Berufsdauer von Ärzten (Altersgruppe) sowie von Patientenmerkmalen auf korrekte Diagnosenstellung (hier Depression) (N = 128 Ärzte) (nach McKinlay 2002).

des Qualitätsmanagements von Praxen und Kliniken dürften sich auf die **Qualität von Entscheidungsprozessen** auswirken. Schließlich sind ökonomische Zwänge (Budgetierung und andere Formen der Rationierung) in ihrer Bedeutung für diagnostische und therapeutische Entscheidungen kaum zu überschätzen. Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn ärztliches Handeln bei gleichen Krankheitsbildern in unterschiedlichen Systemen medizinischer Versorgung vergleichend analysiert wird.

Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die Ausführungen, dass klinische Entscheidungsfindung ein wichtiges Thema medizinsoziologischer Forschung bildet, deren Erkenntnisse zur Optimierung ärztlichen Handelns unmittelbar beitragen können.

5.3.5 Das Dilemma zwischen instrumentellem und kommunikativem Handeln

Schwerpunkt der bisherigen Ausführungen zu einer Soziologie der **Arzt-Patient-Beziehung** bildeten sprachliche Kommunikation und Interaktion sowie die Erörterung von Konflikten und klinischer Entscheidungsfindung. Dabei wurde ein Thema vernachlässigt,

das in der modernen, hochspezialisierten und technisierten Medizin immer wichtiger wird: die Einflüsse, die von **instrumentellem Handeln** des Arztes auf Patienten ausgehen.

Instrumentelles Handeln

Instrumentell heißt ein Handeln, das in seinem Ablauf am Einsatz technischer Geräte oder Apparaturen orientiert und von diesem Einsatz wesentlich bestimmt wird. Instrumentelles Handeln zeichnet sich durch hohe **Zweckrationalität**, in der Regel auch durch hohe Qualifikationsanforderungen an den Ausübenden, sowie durch tendenziell hohe Manipulation des Objektes aus, zu dem der Patient durch die angewandten Verfahren gemacht wird.

Der **Ausbreitung instrumentellen Handelns** liegt der allgemeinere evolutionäre Trend der Modernisierung zu Grunde. Ein steigender Grad der Technisierung ist in allen Bereichen der Biomedizin zu erwarten, und in Zukunft werden voraussichtlich Mensch-Maschine-Interaktionen nicht nur in der Diagnostik und Therapie, sondern bereits bei der Unterstützung ärztlicher Entscheidungen und bei der Informationskombination, die das Expertenwissen optimieren soll, eine maßgebende Rolle spielen.

Künstliche Intelligenz

Diese zuletzt getroffene Prognose liegt zumindest nahe, wenn neueste Entwicklungen im Bereich der **künstlichen Intelligenz** berücksichtigt werden. Gegenwärtig befinden wir uns in einer Ära des Übergangs von datenprozessierenden zu wissensgenerierenden Digitalcomputern: Expertensysteme breiten sich seit zehn Jahren in der Medizin aus, und es gibt bereits beachtliche Fortschritte in der Verarbeitung von Informationen aus der natürlichen Sprache durch Computer. E. A. Feigenbaum, einer der Pioniere der Entwicklung von Expertensystemen, sagt folgende Entwicklung der Interaktion zwischen Mensch und Maschine (Computer) voraus: „Wir werden hochgradig fließende Dialoge in natürlicher Sprache erleben, die so weit reichen, wie das jeweils im Computersystem gespeicherte Grundwissen entwickelt ist, darüber hinaus werden interaktive Zeichensysteme mit substantiellen Erleichterungen zur Anwendung gelangen, und natürliche Konversation zwischen Mensch und Computer wird die Ausschöpfung des gemeinsam geteilten Wissens optimieren“ (Feigenbaum 1986).

Mensch-Maschine-Interaktionen werden in der ärztlichen Diagnostik und Therapie voraussichtlich weiter an Bedeutung gewinnen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang Expansion neuer bildgebender Verfahren, ambulantes Monitoring, Invasivdiagnostik, therapeutische Implantate (Kunstherz?), Fortschritte der Intensivmedizin, Hämodialyse etc.

Die **interaktive Asymmetrie** in der Arzt-Patient-Beziehung wird durch das Vorherrschende instrumentellen Handelns **verstärkt**: Eingegengter Spielraum für Kommunikation, Vereinnahmung des Patienten durch die Technik (vgl. die Angstzustände von Patienten im Computertomographen), Dominanz von Anweisung und Kontrolle und hohe Konzentration auf Seiten des Arztes (mehrgleisige Aufmerksamkeit) kennzeichnen den Arbeitsprozess in zunehmendem Maße.

Ethische Konflikte

In einem sehr viel grundsätzlicheren Sinn beengt, ja sogar bedroht instrumentelles Handeln den kranken Menschen. Technischer Fortschritt, Wissensvermehrung und Zunahme der menschlichen Kontrolle über die Natur sind, nicht nur in der Medizin, sondern in der verwissenschaftlichten Praxis überhaupt, bis in die jüngste Vergangenheit hinein als selbstevidente Ziele, als unbefragte Werte betrachtet worden, die keiner ethischen und moralischen Rechtfertigung bedurften.

Dabei wirft die konsequente Anwendung von technischem Wissen und Können gerade beim kranken Menschen schwerwiegende **ethische Probleme** auf: Wo sollen biomedizinische Prozeduren im Grenzbereich zwischen Leben und Tod eingesetzt oder abgebrochen werden? Wo wird durch Transplantationstechnische und hormonelle Interventionen die personale Identität des kranken Menschen verletzt? Nach welchen Kriterien sollen lebensnotwendige, aber zugleich begrenzte therapeutische Mittel eingesetzt werden? Wie weit darf die neuropharmakologische Beeinflussung von Emotionen, Motivationen und Kognitionen des kranken Menschen gehen?

Verantwortungsethik

Die zunehmende **Steuerung** und Kontrolle **natürlicher Prozesse** durch den Menschen führt jedoch zu ethischen Konflikten nicht nur in Bezug auf kranke Menschen. Im Dienste erweiterter Therapie und Präventionsmöglichkeiten genetisch bedingter Krankheiten haben Entwicklungen eingesetzt, die eine unabsehbare kausale Reichweite in die Zukunft haben können, speziell im Bereich der Gentechnologie, des **Bio-Engineering** und der Reproduktionsbiologie. Zu diesen Entwicklungen zählen in erster Linie:

- Die Auswahl des Geschlechts durch physikochemische oder immunologische

Trennung von Spermien, die entweder ein X- oder Y-Chromosomen tragen, oder durch extensive In-vitro-Befruchtung. Die gesellschaftlichen Folgen freier Geschlechtsbestimmung sind von dem Soziologen Etzioni in einem aufsehenerregenden Buch über „Die zweite Erschaffung des Menschen“ mit allem Nachdruck dargestellt worden (Etzioni 1977).

- Die genetische Veränderung menschlicher Körper- und Keimzellen. Somatische Gentherapie wird bereits heute in Einzelfällen praktiziert; sie besteht in der Einpflanzung eines normalen Gens (z.B. durch extrakorporale gentechnische Manipulation) anstelle eines defekten Gens (Beispiel: Übertragung eines Beta-Hämoglobins in das Knochenmark). Verallgemeinert kann man sagen, dass in der somatischen Gentherapie die DNA anstelle von Medikamenten, biologischen Substanzen oder operativen Eingriffen als therapeutisches Mittel eingesetzt wird. Demgegenüber wird mit der genetischen Manipulation der befruchteten Eizelle potentiell das Genom einer Spezies verändert, mit all den unabsehbaren Folgen für nachfolgende Generationen.

Auch andere Entwicklungen, wie beispielsweise die Veränderung natürlicher Konzentrationsverhältnisse oder biologischer Wirkungsspektren körpereigener Substanzen durch die moderne Pharmakologie, oder die Anwendung verfeinerter biochemischer Testmethoden und genetischer Konstitutionsanalysen bei beruflichen Auswahlverfahren, verdeutlichen, wie fragwürdig und gefährlich die Steuerung natürlicher Prozesse durch biotechnologische Prozeduren werden kann (zur Ethik in den Neurowissenschaften s. Fedrowitz 1994).

Wie der Philosoph Hans Jonas betont, benötigen wir heute dringend eine neuartige **Verantwortungsethik**, um auf diese Weise die skizzierten Gefahren wirksamer abweisen zu können (Jonas 1979). Die Frage, ob das instrumentelle Handeln an der vordersten Front biowissenschaftlicher und biotechni-

scher Errungenschaften noch eingebunden werden kann in ein kommunikatives, die Verantwortung gegenüber dem Menschen als Gattungswesen garantierendes Handeln muss offen bleiben. Auch in der Medizin ist dieses Dilemma weitgehend ungelöst.

Zitierte Literatur

- Ben-Sira, Z. (1988): *Politics and Primary Medical Care. Dehumanization and Overutilization.* Brookfield, Avebury Aldershot.
- Buddeberg, C. (2004): *Psychosoziale Medizin.* Berlin, Springer.
- Clark, J. A., Potter, D. A. & McKinlay, J. B. (1991): Bringing social structure back into clinical decision making. *Social Science & Medicine* 32: 853–866.
- Coburn, D. & Willis, E. (2000): The medical profession – knowledge, power, and autonomy. In: Albrecht, G., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw S. (eds.): *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 377–393). London, Sage.
- Cockerham, W. C. (1998): *Medical Sociology.* London, Prentice Hall.
- Davis, F. (1972): *Illness, Interaction, and the Self.* Belmont, Wadsworth.
- Dierks, M. L. & Schwartz, F. W. (2001): Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation* (S. 290–306). Bern, Huber.
- Ebbinghaus, A. & Dörner, K. (Hrsg.) (2001): *Ver-nichten und Heilen. Der Nürnberger Ärztekongress und seine Folgen.* Berlin, Aufbau.
- Ebert, M. (2003): *Talcott Parsons – Seine theoretischen Instrumente in der medizinsoziologischen Analyse der Arzt-Patient-Beziehung.* Aachen, Shaker.
- Engels, F. (1920): *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*, 6. Auflage. Berlin, Dietz.
- Etzioni, A. (1977): *Die zweite Erschaffung des Menschen.* Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Fedrowitz, J., Matejovski, D. & Kaiser, G. (Hrsg.) (1994): *Neuroworlds.* Frankfurt, Campus.
- Feigenbaum, A. (1986): *The library of the future.* Birmingham, Aston University (unpublished paper).
- Foucault, M. (1973): *Die Geburt der Klinik.* München, Hanser.

Pragmatische Axiome – ein Definitionsversuch

2.1 Einleitung

Die im 1. Kapitel gezogenen Schlußfolgerungen haben ganz allgemein die Anwendbarkeit vieler herkömmlicher Begriffe der Psychiatrie auf das von uns gewählte Begriffssystem in Frage gestellt und dabei offensichtlich wenig übrig gelassen, worauf sich eine Untersuchung der Pragmatik der menschlichen Kommunikation gründen könnte. Wir möchten im folgenden zeigen, daß dem nicht so ist. Dazu wird es allerdings notwendig sein, mit den einfachsten Eigenschaften der Kommunikation zu beginnen, die im Bereich des Zwischenmenschlichen wirksam sind. Ob diese Grundeigenschaften wirklich als Axiome des von uns postulierten pragmatischen Kalküls angesprochen werden dürfen, ist beim gegenwärtigen Stand unseres Wissens eine offene Frage. In diesem Sinne handelt das vorliegende Kapitel also von provisorischen Formulierungen, die weder Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Endgültigkeit erheben können. Ihrer theoretischen Schwäche können wir aber ihre praktische Nützlichkeit gegenüberstellen.

2.2 Die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren

2.21 Bisher haben wir den Ausdruck «Kommunikation» in zwei verschiedenen Bedeutungen verwendet: als allgemeine Bezeichnung eines Wissensgebietes und als Name für eine noch nicht näher begrenzte Verhaltensseinheit. Für den pragmatischen Aspekt der menschlichen Kommunikationstheorie werden wir einfach den Ausdruck «Kommunikation» beibehalten. Die zweite Bedeutung dagegen bedarf einer Unter- teilung. Eine einzelne Kommunikation heißt Mitteilung (*message*) oder, sofern keine Verwechslung möglich ist, *eine* Kommunikation. Ein wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren

Personen wird als *Interaktion* bezeichnet. (Dem an genauerer Quantifizierung interessierten Leser können wir nur sagen, daß eine Interaktion mehr als eine einzelne Mitteilung, aber nicht unbegrenzt ist.) In den Kapiteln 4 bis 7 sollen schließlich *Strukturen von Interaktionen* (*patterns of interaction*) beschrieben werden, die noch komplexere Einheiten menschlicher Kommunikation darstellen.

Es muß ferner daran erinnert werden, daß das «Material» jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z. B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes umfaßt – kurz, Verhalten jeder Art.

2.22 Verhalten hat vor allem eine Eigenschaft, die so grundlegend ist, daß sie oft übersehen wird: Verhalten hat kein Gegenteil, oder um dieselbe Tatsache noch simpler auszudrücken: Man kann sich nicht *nicht* verhalten. Wenn man also akzeptiert, daß alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation¹ Mitteilungscharakter hat, d. h. Kommunikation ist, so folgt daraus, daß man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht *nicht* kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht *nicht* auf diese Kommunikationen reagieren und kommunizieren damit selbst. Es muß betont werden, daß Nichtbeachtung oder Schweigen seitens des anderen dem eben Gesagten nicht widerspricht. Der Mann im überfüllten Wartesaal, der vor sich auf den Boden starrt oder mit geschlossenen Augen dasitzt, teilt den anderen mit, daß er weder sprechen noch angesprochen werden will, und gewöhnlich reagieren seine Nachbarn richtig darauf, indem sie ihn in Ruhe lassen. Dies ist nicht weniger ein Kommunikationsaustausch als ein angeregtes Gespräch².

¹ Hierzu wäre noch zu bemerken, daß man Dialoge auch in seiner Phantasie (also mit seinen Introjekten) haben kann, mit seinen Halluzinationen [15] oder mit seiner Existenz (vgl. Abschnitt 8.3). Möglicherweise gehorchen diese inneren Kommunikationsabläufe denselben Regeln, denen die zwischenmenschliche Kommunikation unterworfen ist; solche objektiv unbeobachtbare Phänomene liegen aber außerhalb unseres Definitionsrahmens.

² Luft [97] hat in diesem Zusammenhang hochinteressante Untersuchungen darüber ausgeführt, was er «soziale Reizeinschränkung» (*social stimulus depri-*

Man kann auch nicht sagen, daß Kommunikation nur dann stattfindet, wenn sie absichtlich, bewußt und erfolgreich ist, d. h., wenn gegenseitiges Verständnis zustande kommt. Die Frage, ob eine empfangene Mitteilung der ausgesandten entspricht, gehört, so wichtig sie an sich ist, nicht hierher: Letzten Endes könnte sie ja nur auf der Grundlage spezifisch introspektiver oder subjektiver Angaben beantwortet werden – also einer Form von Daten, die (wie schon mehrfach betont) in einer auf beobachtbarem Verhalten beruhenden Kommunikationstheorie unberücksichtigt gelassen werden müssen.

2.23 Die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren, ist eine Tatsache von mehr als nur theoretischem Interesse. Sie ist z. B. ein wesentlicher Teil des schizophrenen Dilemmas. Wenn schizophrenes Verhalten unabhängig von ätiologischen Überlegungen beobachtet wird, so hat es den Anschein, als versuche der Patient, *nicht zu kommunizieren*. Da aber selbst Unsinn, Schweigen, Absonderung, Regungslosigkeit (Haltungsschweigen) oder irgendeine andere Form der Verneinung oder Vermeidung von Kommunikation selbst eine Kommunikation ist, steht der Schizophrene vor der fast unmöglichen Aufgabe, jede Mitteilung zu vermeiden und gleichzeitig zu verneinen, daß sein Verneinen selbst eine Mitteilung ist (vgl. Abschnitt 6.444). Das Verständnis dieses grundsätzlichen Dilemmas ist ein Schlüssel zu so manchen Erscheinungsformen schizophrener Kommunikation, die sonst unverständlich bleiben würden. Da jede Kommunikation, wie noch gezeigt werden soll, eine

vation») nennt. Er ließ zwei einander unbekannte Personen in einem Zimmer Platz nehmen, so daß sie sich gegenseitig sahen, und wies sie an, nicht miteinander zu sprechen oder in irgendeiner Weise zu kommunizieren. Die anschließenden Befragungen ergaben, daß die Versuchspersonen diese Situation als große Belastung empfunden hatten. Jeder von ihnen hatte, so führt Luft aus, ... vor sich den anderen Menschen und dessen ununterbrochenes, wenn auch stark eingeschränktes Verhalten. Unserer Ansicht nach findet in dieser Situation eine wirkliche zwischenmenschliche Auseinandersetzung statt, und nur ein Teil dieser Auseinandersetzung dürfte sich bewußt abspielen. So z. B., wie reagiert der andere auf die eigene Gegenwart und die kleinen Ausdrucksbewegungen, die man ihm gegenüber zeigt? Findet ein fragender Blick eine Antwort, oder wird er kalt abgewiesen? Verrät die Körperhaltung des anderen Spannung und damit Unbehagen über die Konfrontierung? Wird er zusehends entspannter und drückt damit Wohlwollen aus, oder behandelt er einen, als existierte man gar nicht? Diese und viele andere Verhaltensformen lassen sich beobachten ...

Stellungnahme bedeutet und der jeweilige Sender damit *seine* Definition der Beziehung zwischen sich und dem Empfänger zum Ausdruck bringt, darf angenommen werden, daß der Schizophrene eben diese Stellungnahme dadurch zu vermeiden trachtet, daß er versucht, nicht zu kommunizieren. Ob dies in einem kausalen Sinn sein Grund ist, bleibt natürlich unbeweisbar; daß es die Wirkung schizophrener Verhaltens ist, soll in Abschnitt 3.2 behandelt werden.

2.24 Aus dem oben Gesagten ergibt sich ein metakommunikatives Axiom: *Man kann nicht nicht kommunizieren.*

2.3 Die Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation

2.31 Wenn man untersucht, *was* jede Mitteilung enthält, so erweist sich ihr Inhalt vor allem als Information. Dabei ist es gleichgültig, ob diese Information wahr oder falsch, gültig oder ungültig oder unentscheidbar ist. Gleichzeitig aber enthält jede Mitteilung einen weiteren Aspekt, der viel weniger augenfällig, doch ebenso wichtig ist – nämlich einen Hinweis darauf, wie ihr Sender sie vom Empfänger verstanden haben möchte. Sie definiert also, wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht, und ist in diesem Sinn seine persönliche Stellungnahme zum anderen. Wir finden somit in jeder Kommunikation einen *Inhalts- und einen Beziehungsaspekt*.

Einige Beispiele mögen zum besseren Verständnis dieser Aspekte beitragen. In abstrakter Form sind sie die Grundlage folgender Denkaufgabe:

Ein Mann wird von zwei Wachen in einem Raum gefangengehalten, der zwei Ausgänge hat. Beide Türen sind geschlossen, aber nur eine ist zugesperrt. Der Gefangene weiß ferner, daß einer seiner Wächter stets die Wahrheit sagt, der andere dagegen immer lügt. Welcher der beiden aber der Lügner ist, weiß er nicht. Seine Aufgabe, von deren Lösung seine Freilassung abhängt, besteht darin, durch eine *einzig* Frage an *einen* der beiden Wächter herauszufinden, welche der beiden Türen nicht versperrt ist³.

³ Lösung: Der Mann deutet auf eine Tür und fragt eine der Wachen (wobei es gleichgültig ist, auf welche Tür er zeigt und welche Wache er fragt): «Wenn ich Ihren Kameraden fragen würde, ob diese Tür offen ist, was würde er sagen?» Lauter die Antwort «nein», so ist diese Tür offen, wenn «ja», so ist sie zugesperrt.

Das Bemerkenswerte an dieser unwahrscheinlichen Geschichte ist nicht nur, daß eine Gleichung mit zwei Unbekannten (die Türen und die Wachen) mit Hilfe eines einfachen Entscheidungsverfahrens elegant gelöst wird, sondern auch, daß diese Lösung ausschließlich unter Berücksichtigung des Inhalts- und des Beziehungsaspektes aller menschlicher Kommunikation möglich ist. Der Gefangene besitzt zwei grundsätzlich verschiedene Arten von Information. Die eine betrifft unpersonliche Objekte (die Türen) und wäre für die Lösung ausreichend, wenn der Gefangene die Türen selbst untersuchen könnte. Da dies nicht der Fall ist, muß er die zweite ihm zur Verfügung stehende Information einbeziehen, nämlich die über die Wachen und die typische Art und Weise, mit der diese mit anderen Menschen kommunizieren, d. h. wahrheitsgetreu oder lügnerisch. Der Gefangene leitet also den objektiven Zustand der Türen über das Medium der spezifischen Beziehungsform zwischen sich und den Wachen ab, d. h., er verwendet *Objektinformation* (die Türen und deren Offen- oder Geschlossenheit) und *Information über diese Information* (die für die Wachen typischen zwischenmenschlichen Beziehungsformen).

Nehmen wir nun denselben Sachverhalt in einem lebensnaheren Beispiel: Wenn Frau A auf Frau B's Halskette deutet und fragt: «Sind das echte Perlen?», so ist der Inhalt ihrer Frage ein Ersuchen um Information über ein Objekt. Gleichzeitig aber definiert sie damit auch – und kann es nicht *nicht* tun – ihre Beziehung zu Frau B. Die Art, wie sie fragt (der Ton ihrer Stimme, ihr Gesichtsausdruck, der Kontext usw.), wird entweder wohlwollende Freundlichkeit, Neid, Bewunderung oder irgendeine andere Einstellung zu Frau B ausdrücken. B kann ihrerseits nun diese Beziehungsdefinition akzeptieren, ablehnen oder eine andere Definition geben, aber sie kann unter keinen Umständen – nicht einmal durch Schweigen – nicht auf A's Kommunikation antworten. Für unsere Überlegungen wichtig ist die Tatsache, daß dieser Aspekt der Interaktion zwischen den beiden nichts mit der Echtheit von Perlen zu tun hat (oder überhaupt mit Perlen), sondern mit den gegenseitigen Definitionen ihrer Beziehung, mögen sie sich auch weiter über Perlen unterhalten.

Oder betrachten wir kurz die folgenden beiden Mitteilungen: «Es ist wichtig, die Kupplung langsam und weich zu betätigen» und «Laß das

Kupplungspedal einfach aus, das tut dem Getriebe sehr gut». Beide Mitteilungen haben ungefähr denselben Informationsinhalt (Inhaltsaspekt), definieren aber offensichtlich zwei grundverschiedene Beziehungen zwischen Fahrlehrer und Schüler.

Um Mißverständnisse hinsichtlich des eben Gesagten zu vermeiden, muß klargestellt werden, daß Beziehungen verhältnismäßig selten bewußt und ausdrücklich definiert werden. Im allgemeinen ist es so, daß die Definition der Beziehung um so mehr in den Hintergrund rückt, je spontaner und «gesunder» die Beziehung ist, während «kranke» (d. h. konfliktreiche) Beziehungen u. a. durch wechselseitiges Ringen um ihre Definition gekennzeichnet sind, wobei der Inhaltsaspekt fast völlig an Bedeutung verliert.

2.32 Lange bevor Verhaltenswissenschaftler diese Aspekte der menschlichen Kommunikation zu untersuchen begannen, waren die Konstrukteure von Elektronenrechnern bereits demselben Problem begegnet. Will man nämlich mit einem solchen künstlichen Organismus kommunizieren, so müssen die Mitteilungen sowohl Daten als auch Instruktionen enthalten. Wenn z. B. zwei Zahlen multipliziert werden sollen, so braucht der Computer eine Eingabe, die sowohl die beiden Zahlen enthält (also die Daten) als auch Information über diese Information, nämlich die Instruktion «multiplizieren».

Die logische Relation zwischen diesen beiden Arten von Information ist für unsere Betrachtungen von Wichtigkeit. Im Sinne der logischen Typenlehre gehört Information über Information einem höheren logischen Typus an als die Daten. Es handelt sich dabei um *Metainformation*, und jede Vermischung dieser Art von Information mit den Daten würde sinnlose Resultate ergeben.

2.33 In der menschlichen Kommunikation besteht dieselbe Relation zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekt: Der Inhaltsaspekt vermittelt die «Daten», der Beziehungsaspekt weist an, wie diese Daten aufzufassen sind.

Da der Beziehungsaspekt eine Kommunikation über eine Kommunikation darstellt, ist unschwer zu erkennen, daß er mit dem im 1. Kapitel definierten Begriff der Metakommunikation identisch ist. Dort wurde dieser Ausdruck für den Begriffsrahmen unserer Untersuchung und für die Sprache verwendet, die der Kommunikationsforscher ge-

brauchen muß, wenn er mit anderen über Kommunikation kommunizieren will. Nun sehen wir, daß nicht nur er, sondern grundsätzlich jedermann Metakommunikationen verwenden muß. Die Fähigkeit zur Metakommunikation ist nicht nur eine *Conditio sine qua non* aller erfolgreichen Kommunikation, sie ist überdies für jeden Menschen eng mit dem enormen Problem hinlänglichen Bewußtseins seiner selbst und der anderen verknüpft. Dieser Punkt soll in Abschnitt 3.3 näher behandelt werden; hier wollen wir zur Illustration des eben Gesagten nur darauf verweisen, daß sprachliche Mitteilungen geformt werden können, denen eine eindeutige metakommunikative Verstehensanweisung fehlt. Wie Cherry [32, S. 169] gezeigt hat, kann der Satz «Glauben Sie, daß das genügt?» fünf verschiedene Bedeutungen haben, je nachdem welches Wort betont wird – eine Verstehensanweisung, die in der geschriebenen Sprache meist fehlt. Mehrdeutige Verstehensanweisungen sind aber nicht die einzigen Komplikationen, die ihren Grund in der hierarchischen Struktur der Kommunikationen haben. Ein Schild mit der Aufschrift «Bitte, dieses Schild nicht beachten!» und die im 6. Kapitel behandelten Kommunikationsformen beruhen auf einer Vermengung von Kommunikation und Metakommunikation und führen damit zu Beziehungsproblemen, die ihrer Struktur nach den bekannten Paradoxien der Logik gleichen.

2.34 Vorläufig wollen wir das oben Gesagte zu einem weiteren Axiom unseres hypothetischen Kalküls zusammenfassen: *Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, daß letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist*⁴.

⁴ In diesem Definitionsversuch nehmen wir etwas arbiträr an, daß der Beziehungsaspekt den Inhalt determiniert oder subsumiert, obwohl es logisch ebenso richtig wäre, zu sagen, daß eine Klasse (Menge) von ihren Elementen – und daher die Beziehung vom Inhaltsaspekt – bestimmt wird. Da unser Hauptinteresse aber die metakommunikativen Aspekte der Pragmatik und weniger die Eigenschaften des Informationsaustausches sind, ziehen wir die oben genannte Formulierung vor.

2.4 Die Interpunktion von Ereignisfolgen

2.41 Als nächste grundlegende Eigenschaft der Kommunikation wollen wir Interaktionen untersuchen, also die Phänomene des Mitteilungsaustausches zwischen Kommunikationsteilnehmern. Dem unvoreingenommenen Beobachter erscheint eine Folge von Kommunikationen *als ein ununterbrochener Austausch von Mitteilungen*. Jeder Teilnehmer an dieser Interaktion muß ihr jedoch unvermeidlich eine Struktur zugrunde legen, die Bateson und Jackson in Analogie zu Whorf [160] die «Interpunktion von Ereignisfolgen» genannt haben. Sie führen aus:

Der Reiz-Reaktions-Psychologe beschränkt seine Aufmerksamkeit gewöhnlich auf wechselseitige Verhaltensketten, die so kurz sind, daß er ein Ereignis als Reiz, ein anderes als Verstärkung und das, was das Versuchstier zwischen diesen beiden Ereignissen tut, als Reaktion bezeichnen kann. Innerhalb dieses eng begrenzten Ablaufs ist es möglich, von der «Psychologie» des Versuchstiers zu sprechen. Im Gegensatz dazu sind die Abläufe, mit denen wir es zu tun haben, viel länger und unterscheiden sich durch die Tatsache, daß in ihnen jedes Ereignis gleichzeitig Reiz, Reaktion und Verstärkung ist. Ein bestimmtes Verhalten von *A* ist insofern ein Reiz, als ihm ein bestimmtes Verhalten von *B* folgt und diesem wiederum ein bestimmtes Verhalten von *A*. Doch *A*'s Verhalten ist insofern auch eine Reaktion, als es zwischen zwei Verhaltensformen von *B* eingebettet ist. Ähnlich ist das Verhalten von *B* außerdem auch eine Verstärkung, da es auf ein Verhalten von *B* folgt. Die hier vorliegende Interaktion ist also eine Kette von triadischen Gliedern, von denen jedes einzelne eine Folge von Reiz, Reaktion und Verstärkung ist. Wir können jede beliebige Trias dieser Kette für sich als ein einzelnes Reiz-Reaktions-Lernexperiment ansehen.

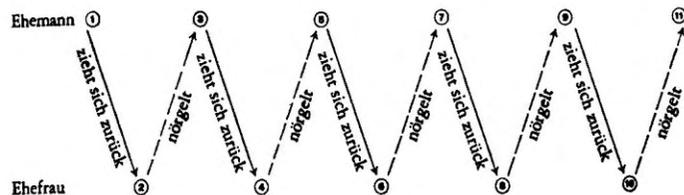
Wenn wir die üblichen Lernexperimente in dieser Sicht betrachten, so bemerken wir sofort, daß ihre Wiederholungen zu einer Differenzierung der Beziehung zwischen den beiden daran teilnehmenden Organismen führen – dem Versuchsleiter und seinem Subjekt. Der Versuchsablauf wird so interpunktiert, daß es immer der Versuchsleiter zu sein scheint, der den «Reiz» und die «Verstärkung» liefert, während die «Reaktionen» vom Versuchstier kommen. Diese Worte sind hier absichtlich in Anführungszeichen gesetzt, da die Definition der Rollen in Wirklichkeit nur durch die Bereitwilligkeit der Teilnehmer entsteht, diese Interpunktionsform anzunehmen. Die «Wirklichkeit» der Rollendefinitionen hat denselben Wirklichkeitsgrad wie eine Fledermaus auf einer Rorschachtafel – ein mehr oder weniger überdeterminiertes Resultat des Wahrnehmungsprozesses. Die Versuchsrate, die sagte: «Ich habe meinen Versuchsleiter so abgerichtet, daß er jedesmal, wenn ich den Hebel drücke, mir zu fressen gibt», weigerte sich, die Interpunktion anzunehmen, die der Versuchsleiter ihr aufzuzwingen versuchte.

Dennoch trifft es zu, daß in langen Verhaltensketten die daran beteiligten Organismen – besonders, wenn es sich um Personen handelt – den Ablauf so zu interpunktieren pflegen, daß es tatsächlich aussieht, als habe der eine oder

der andere die Initiative, als sei er dominant, abhängig oder dergleichen. Mit anderen Worten, sie stellen zwischen sich Beziehungsstrukturen her (über die sie Übereinstimmung erreichen oder auch nicht), und diese Strukturen sind praktisch Regeln für wechselseitige Verhaltensverstärkungen. Während Ratten zu nett sind, um Regeln auf den Kopf zu stellen, sind es manche psychiatrischen Patienten nicht und traumatisieren so den Therapeuten [19, S. 273 f.].

Ob die Interpunktion gut oder schlecht ist, steht hier nicht zur Debatte, da es ohne weiteres klar sein sollte, daß sie Verhalten *organisiert* und daher ein wesentlicher Bestandteil jeder menschlichen Beziehung ist. So bringt z. B. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur auch ganz bestimmte, ihr eigene Interpunktionsweisen mit sich, die zur Regulierung dessen dienen, was – aus welchen Gründen auch immer – als «richtiges» Verhalten betrachtet wird. (Die im 1. Kapitel erwähnte Diskrepanz im Paarungsverhalten der Engländer und Amerikaner bietet hierfür ein Beispiel.) Nimmt man diese Überlegungen in einem noch weiteren Sinn, so wird die Relativität aller Rollen offensichtlich; so werden bestimmte Verhaltensweisen einem sogenannten «Führertypus» zugeschrieben, gewisse andere dagegen dem Typus der «Geführten», obwohl es bei einigem Nachdenken schwer sein dürfte, zu entscheiden, was hier zuerst kommt und was aus dem einen «Typus» ohne dem anderen würde.

2.42 Diskrepanzen auf dem Gebiet der Interpunktion sind die Wurzel vieler Beziehungskonflikte. Ein oft zu beobachtendes Eheproblem besteht z. B. darin, daß der Mann eine im wesentlichen passiv-zurückgezogene Haltung an den Tag legt, während seine Frau zu übertriebenem Nörgeln neigt. Im gemeinsamen Interview beschreibt der Mann seine Haltung typischerweise als einzig mögliche *Verteidigung gegen* ihr Nörgeln, während dies für sie eine krasse und absichtliche Entstellung dessen ist, was in ihrer Ehe «wirklich» vorgeht: daß nämlich der einzige *Grund für* ihre Kritik seine Absonderung von ihr ist. Im wesentlichen erweisen sich ihre Streitereien als monotones Hin und Her der gegenseitigen Vorwürfe und Selbstverteidigungen: «Ich meide dich, weil du nörgelst» und «Ich nörgle, weil du mich meidest». Diese Form der Interaktion wurde in Abschnitt 1.65 kurz erwähnt. Graphisch dargestellt, wobei der Anfangspunkt (den eine wirkliche Beziehung auf Grund ihrer Kreisförmigkeit nicht hat) willkürlich gewählt ist, sieht diese Interaktion so aus:



Wie man sieht, nimmt der Mann nur die Triaden 2-3-4, 4-5-6, 6-7-8 usw. wahr, in denen sein Verhalten (die ausgezogenen Pfeile) «nur» die Reaktion auf ihr Verhalten (die gestrichelten Pfeile) ist. Sie dagegen sieht es genau umgekehrt: Sie interpunktiert die Kommunikationsabläufe auf der Basis der Triaden 1-2-3, 3-4-5, 5-6-7 usw. und nimmt ihr Verhalten nur als Reaktion auf, aber nicht als Ursache für die Haltung ihres Mannes wahr.

In der gemeinsamen Psychotherapie von Ehepaaren kann man oft nur darüber staunen, welch weitgehende Unstimmigkeiten über viele Einzelheiten gemeinsamer Erlebnisse zwischen den beiden Partnern herrschen können, so daß manchmal der Eindruck entsteht, als lebten sie in zwei verschiedenen Welten. Und doch liegt ihr Problem hauptsächlich in der schon mehrfach erwähnten Unfähigkeit, über ihre individuellen Definitionen der Beziehung zu metakommunizieren. Dies macht ihre Interaktion zu einer Ja-nein-ja-nein-ja-nein-Oszillation, die theoretisch ad infinitum andauern kann, praktisch aber fast unweigerlich zu den typischen gegenseitigen Vorwürfen von Böswilligkeit oder Verrücktheit führt.

Internationale Beziehungen haben nur zu oft dieselbe Struktur; so schreibt z. B. Joad in seiner Analyse über das Wettrüsten zwischen den Großmächten:

... wenn, wie behauptet wird, die Vorbereitung auf den Krieg das beste Mittel zur Erhaltung des Friedens ist, so ist es keineswegs klar, weshalb dann alle Nationen im Rüsten anderer Nationen eine Bedrohung des Friedens sehen. Aber eben dies sehen sie darin, und infolgedessen fühlen sie sich veranlaßt, durch eigene Aufrüstung jene Rüstungen zu übertreffen, durch die sie sich bedroht fühlen... Diese Aufrüstung bedeutet umgekehrt eine Bedrohung für Nation A, deren angeblich defensive Rüstungen sie ursprünglich auslösten, und dient nun Nation A zum Vorwand, sich zum Schutz gegen diese Bedrohung noch stärker zu bewaffnen. Diese zusätzlichen Aufrüstungen aber werden von den Nachbarstaaten ihrerseits als Bedrohung aufgefaßt usw.... [76, S. 69].

2.43 Auch für das Phänomen der Interpunktion besteht eine mathematische Analogie: der Begriff der «unendlichen oszillierenden Reihen». Während der Ausdruck selbst erst viel später aufkam, wurden Reihen dieser Art zum erstenmal von dem österreichischen Priester Bernard Bolzano kurz vor seinem Tod im Jahre 1848 studiert, als er sich anscheinend gründlich mit dem Problem der Unendlichkeit auseinandersetzen suchte. Seine Gedanken wurden posthum in einem kleinen Buch mit dem Titel Paradoxien des Unendlichen [27] veröffentlicht, das zu den klassischen Werken des mathematischen Schrifttums zählt. Bolzano untersucht darin verschiedene mathematische Reihen, von denen die einfachste vielleicht die folgende ist:

$$R = a - a + a - a + a - a + a - a + a - \dots$$

Für unsere Zwecke läßt sich diese Reihe als ein Kommunikationsablauf betrachten, der aus der abwechselnden Behauptung und Verneinung der Mitteilung a besteht. Wie Bolzano gezeigt hat, kann diese Reihe auf drei verschiedene Arten gegliedert oder – wie wir sagen würden – interpunktiert werden⁵. Daraus ergeben sich aber drei verschiedene Werte, eine Tatsache, die verschiedene Mathematiker, einschließlich Leibniz, bestützte. Leider läßt sich die von Bolzano ausgearbeitete Lösung dieser mathematischen Trugschlüsse nicht auch auf das entsprechende Kommunikationsdilemma anwenden. Laut Bateson [17] ergibt sich hier das Dilemma aus der falschen Interpunktion der Reihe, näm-

⁵ Die erste dieser drei verschiedenen Gliederungen («Interpunktionen») ist:

$$\begin{aligned} R &= (a - a) + (a - a) + (a - a) + (a - a) + \dots \\ &= 0 + 0 + 0 + \dots \\ &= 0 \end{aligned}$$

Die zweite mögliche Gliederung ist:

$$\begin{aligned} R &= a - (a - a) - (a - a) - (a - a) - \dots \\ &= a - 0 - 0 - 0 - \dots \\ &= a \end{aligned}$$

Und schließlich ist noch die folgende Gliederung möglich:

$$R = a - (a - a + a - a + a - a + a - \dots)$$

und da die Elemente zwischen den Klammern nichts anderes sind als die Reihe selbst, so scheint daraus zu folgen, daß

$$R = a - R; \quad 2R = a; \quad R = \frac{a}{2} \quad [27, \text{S. 49 f.}]$$

lich aus der Annahme, sie habe einen Anfang. Rein historisch hat sie natürlich einen Anfang, doch ist dieser Ausgangspunkt meist allen Partnern längst nicht mehr erinnerlich. (Man vergleiche hierzu das Koestler-Zitat in Abschnitt 3.31.)

2.44 Aus dem oben Gesagten läßt sich ein drittes metakommunikatives Axiom formulieren: *Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.*

2.5 Digitale und analoge Kommunikation

2.51 Im Nervensystem werden Signale grundsätzlich auf zwei verschiedene Arten übermittelt: durch die Neuronen mit dem ihnen eigenen Alles-oder-nichts-Charakter ihrer Entladungen und durch die Aktivität der innersekretorischen Drüsen, die Hormone als Informationsträger in den Blutkreislauf einführen. Bekanntlich existieren diese beiden intraorganismischen Kommunikationsformen nicht nur nebeneinander, sondern ergänzen und durchdringen einander in oft sehr komplexer Form.

Dieselben beiden grundsätzlichen Kommunikationsmodalitäten finden sich auch in künstlichen Organismen⁶. Es gibt Elektronenrechner, in denen das Alles-oder-nichts-Prinzip von Elektronenröhren oder Transistoren verwendet wird und die *Digitalrechner* heißen, weil sie insofern wirkliche Rechenmaschinen sind, als sie mit Zahlen (englisch *digits*) arbeiten. In diesen Rechnern werden sowohl die Daten als auch

⁶ Interessanterweise scheint die Elektronik diese beiden Modalitäten unabhängig davon entwickelt zu haben, was den Physiologen damals bereits bekannt war. Diese Tatsache stellt ein gutes Beispiel für die von Von Bertalanffy [24] postulierte eigene Gesetzmäßigkeit komplexer Systeme dar, die sich unabhängig von dem Wesen des Systems auf verschiedenen Stufen (z. B. der atomaren, molekularen, zellularen, organismischen, persönlichen, gesellschaftlichen usw.) nachweisen läßt. Auf einer interdisziplinären Tagung von Wissenschaftlern, die sich für Rückkopplungsphänomene interessierten, soll dem großen Histologen von Bonin das Schaltschema eines elektronischen Leseautomaten gezeigt worden sein, worauf er bemerkte: «Aber das ist ja ein Schema der dritten Schicht der Sehirinde.» Die Wahrheit dieser Geschichte ist nicht verbürgt, aber sie hat ihre Berechtigung im Sinne des italienischen Sprichworts: «*Se non è vero, è ben trovato*» («Wenn es nicht wahr ist, ist es wenigstens gut erfunden»).

die Instruktionen in Form von Zahlen verarbeitet, wobei oft nur eine rein willkürliche Entsprechung zwischen einer bestimmten Information und der ihr zugeordneten Zahl besteht. Mit anderen Worten, diese Zahlen sind willkürlich festgelegte Kodifizierungen, die ebenso wenig Ähnlichkeit mit den Daten zu haben brauchen wie Telephonnummern mit Fernsprechteilnehmern. Neben den Digitalrechnern gibt es noch eine andere Art von Maschinen, die reale positive physische Größen in ihren Operationen verwenden und die eine Analogie der Daten darstellen. Diese sogenannten Analogierechner arbeiten z. B. mit den Drehungen von Rotoren, Differentialgetrieben, Kurvenkörpern und natürlich vor allem mit der Stärke und Spannung elektrischer Ströme.

2.52 Auf dem Gebiet der menschlichen Kommunikation liegen die Dinge nicht wesentlich anders. Es gibt zwei grundsätzlich verschiedene Weisen, in denen Objekte dargestellt und damit zum Gegenstand von Kommunikation werden können. Sie lassen sich entweder durch eine Analogie (z. B. eine Zeichnung) ausdrücken oder durch einen Namen. Diese beiden Ausdrucksmöglichkeiten entsprechenden den oben erwähnten analogen und digitalen Kommunikationsformen in natürlichen und künstlichen Organismen. Namen sind Worte, deren Beziehung zu dem damit ausgedrückten Gegenstand eine rein zufällige oder willkürliche ist. Es gibt letztlich keinen zwingenden Grund, weshalb die fünf Buchstaben k, a, t, z und e in dieser Reihenfolge ein bestimmtes Tier benennen sollen – es besteht lediglich ein semantisches Übereinkommen für diese Beziehung zwischen Wort und Objekt (*designatum*), aber außerhalb dieses Übereinkommens ergibt sich keinerlei weitere Beziehung, mit Ausnahme der sogenannten onomatopoeischen Wörter. Wie Bateson und Jackson feststellen, «hat die Zahl fünf nichts besonders Fünffartiges an sich und das Wort ‚Tisch‘ nichts besonders Tischähnliches» [19, S. 271].

In der analogen Kommunikation dagegen finden wir etwas besonders Dingartiges in dem zur Kennzeichnung des Dings verwendeten Ausdruck; schließlich liegt es ja im Wesen einer Analogie, daß sie eine grundsätzliche Ähnlichkeitsbeziehung zu dem Gegenstand hat, für den sie steht. Der Unterschied zwischen digitaler und analoger Kommunikation wird vielleicht etwas klarer, wenn man sich vor Augen hält, daß bloßes Hören einer unbekanntem Sprache, z. B. im Radio, niemals

zum Verstehen dieser Sprache führen kann, während sich oft recht weitgehende Informationen relativ leicht aus der Beobachtung von Zeichensprachen und allgemeinen Ausdrucksgebärden ableiten lassen, selbst wenn die sie verwendende Person einer fremden Kultur angehört. Analoge Kommunikation hat ihre Wurzeln offensichtlich in viel archaischeren Entwicklungsperioden und besitzt daher eine weitaus allgemeinere Gültigkeit als die viel jüngere und abstraktere digitale Kommunikationsweise.

2.53 Nur im menschlichen Bereich finden beide Kommunikationsformen Anwendung⁷. Die volle Bedeutung dieser Tatsache ist derzeit nur ungenügend geklärt, kann aber kaum überbetont werden. Es besteht kein Zweifel, daß die meisten, wenn nicht alle menschlichen Errungenschaften ohne die Entwicklung digitaler Kommunikation undenkbar wären. Dies gilt ganz besonders für die Übermittlung von Wissen von einer Person zur anderen und von einer Generation zur nächsten. Andererseits aber gibt es ein weites Gebiet, auf dem wir uns fast ausschließlich nur der analogen Kommunikationsformen bedienen, die wir von unseren tierischen Vorfahren übernommen haben. Dies ist das Gebiet der *Beziehung*. Im Anschluß an Tinbergen [148] und Lorenz [95] konnte Bateson [8] nachweisen, daß Vokalisierung, Ausdrucksbewegungen und Stimmungssignale von Tieren analoge Kommunikationen darstellen, die nicht denotative Aussagen sind (und daher nicht auf Dinge verweisen, wie das in der digitalen Kommunikation der Fall ist), sondern vielmehr die Beziehung zu anderen Tieren definieren. Wenn ich – um eines der von Bateson angeführten Beispiele zu verwenden – den Kühlschrank öffne und meine Katze herbeikommt, sich an meine Beine schmiegt und miaut, so bedeutet das nicht: «Ich will Milch!» (wie es ein Mensch ausdrücken würde), sondern appelliert an eine ganz bestimmte Beziehungsform zwischen ihr und mir, nämlich: «Sei meine Mutter!», da dieses Verhalten nur zwischen Jungtieren und ihren Eltern, aber nicht zwischen erwachsenen Tieren vorkommt. Tierbesitzer sind oft überzeugt, daß ihre Tiere die menschliche Sprache «verstehen». Was das Tier versteht, ist offensichtlich nicht die Bedeutung der Worte, son-

⁷ Die Annahme, daß auch Wale und Delphine außer der analogen zusätzlich digitale Kommunikationen verwenden, wird durch neuere Forschungsergebnisse mehr und mehr in Zweifel gestellt.

dern die zahlreichen Analogiekommunikationen, die im Ton der Sprache und der sie begleitenden Gestik enthalten sind. Überall, wo die Beziehung zum zentralen Thema der Kommunikation wird, erweist sich die digitale Kommunikation als fast bedeutungslos. Das ist nicht nur, wie wir eben sahen, zwischen Mensch und Tier der Fall, sondern in zahllosen Situationen des menschlichen Lebens, z. B. in Liebesbeziehungen, Empathie, Feindschaft, Sorge und vor allem im Umgang mit sehr kleinen Kindern oder schwer gestörten Patienten. Kindern, Narren und Tieren wird ja seit alters eine besondere Intuition für die Aufrichtigkeit oder Falschheit menschlicher Haltungen zugeschrieben; denn es ist leicht, etwas mit Worten zu beteuern, aber schwer, eine Unaufrichtigkeit auch analogisch glaubhaft zu kommunizieren. Eine Geste oder eine Miene sagt uns mehr darüber, wie ein anderer über uns denkt, als hundert Worte⁸.

Wenn wir uns nun erinnern, daß jede Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt hat, so wird deutlich, daß die digitalen und die analogen Kommunikationsweisen nicht nur nebeneinander bestehen, sondern sich in jeder Mitteilung gegenseitig ergänzen. Wir dürfen ferner vermuten, daß der Inhaltsaspekt digital übermittelt wird, der Beziehungsaspekt dagegen vorwiegend analoger Natur ist.

⁸ Die auf den Bahnen der Analogiekommunikation übermittelten Beziehungsdefinitionen und ihre pragmatischen Auswirkungen auf Sender und Empfänger werden in Abschnitt 3.3 ausführlich behandelt. An dieser Stelle scheint es uns indessen unerlässlich, wenigstens in ganz großen Zügen auf die bahnbrechenden Forschungsergebnisse Robert Rosenthals und seiner Mitarbeiter an der Harvard-Universität einzugehen. Rosenthals Untersuchungen betreffen den Einfluß der Erwartungen des Versuchsleiters auf den Ausgang psychologischer Experimente und die offensichtlich rein analoge, außerbewußte Kommunikation dieser Erwartungen. Seine Untersuchungen haben einen kuriosen Vorläufer in der psychologischen Literatur, den Rosenthal [124, S. 137 f.] ausführlich würdigt. Es handelt sich um den Klugen Hans, das Pferd des Herrn von Osten, das vor etwa sechzig Jahren durch seine verblüffenden Kopfrechenleistungen Berühmtheit erlangte. Der Kluge Hans klopfte die Lösung jeder an ihn entweder von seinem stets anwesenden Herrn oder einer anderen Person gestellten Rechenaufgabe mit seinem Huf auf den Boden. Der deutsche Psychologe Pfungst, den die rührende Annahme eines Pferdegenies nicht befriedigte, sagte sich sehr richtig, daß Herr von Osten, dessen Ehrlichkeit außer Frage stand, seinem Pferd irgendwie signalisieren mußte, wann es oft genug geklopft hatte und daher aufhören sollte. Pfungst gelang schließlich der Nachweis, daß das Pferd nicht zu klopfen begann, bevor ihm sein Herr nicht erwartungsvoll auf den Huf sah, und daß von Osten

2.54 In diesem Sachverhalt liegt die pragmatische Bedeutung gewisser Unterschiede zwischen den beiden Modalitäten, die wir jetzt näher untersuchen wollen. Zu diesem Zweck ist es notwendig, nochmals auf diese Modalitäten in künstlichen Kommunikationssystemen zurückzugreifen.

Die Leistung, Genauigkeit und Vielseitigkeit der beiden Arten von Elektronenrechnern – den digitalen und den analogen – ist sehr verschieden. Die von den Analogierechnern anstelle der wirklichen Größen verwendeten Analogien können nie mehr als Annäherungswerte sein, und die dadurch verursachten Ungenauigkeiten werden im Laufe der Rechenoperation meist noch vergrößert. Zahnräder, Getriebe und andere Übertragungen können niemals fehlerlos funktionieren, und selbst jene Rechner, die heutzutage ausschließlich mit elektrischen Strömen, Widerständen, Rheostaten und dergleichen arbeiten, unterliegen praktisch unkontrollierbaren Schwankungen. Vom Digitalrechner ließe sich andererseits sagen, daß er mit perfekter Genauigkeit arbeitete, wenn in ihm der Raum für die Speicherung von Zahlen nicht unweigerlich beschränkt wäre, so daß es notwendig wird, jene Zahlen auf- oder abzurunden, deren Stellenwert den für die Zahlenspeicherung verfügbaren Raum überschreitet. Wer mit einem Rechenschieber (dem klassischen Beispiel eines Analogierechners) umgehen kann, weiß, daß er nur annähernde Resultate erwarten darf, während jede Bürorechenmaschine

beim Erreichen der richtigen Zahl seinen Kopf fast unmerklich hob und nach oben blickte. Die nie ausbleibende Verblüffung und der Stolz seines Herrn dürften für den Klugen Hans höchst wirksame Verhaltensverstärkungen gewesen sein. Wie tief von Osten seinerseits mit seinem Pferd gefühlsmäßig verbunden gewesen sein muß, erhellt daraus, daß er bald nach Abklärung des Sachverhalts buchstäblich an gebrochenem Herzen gestorben sein soll.

In seinen eigenen Arbeiten replizierte Rosenthal dieses Phänomen sowohl mit Tieren als auch mit Menschen. Er konnte unter anderem nachweisen, daß Laborratten, von denen die Versuchsleiter annahmen, daß es sich um besonders intelligente Tiere handelte, wesentlich bessere Lernleistungen erzielten als Tiere derselben Gattung unter identischen Versuchsbedingungen, wenn den Versuchsleitern vorher glaubhaft gemacht wurde, daß es sich um «dumme» Tiere handle. Geradezu beunruhigend sind Rosenthals Versuche mit Menschen, da auch hier subtilste, jedoch höchst wirkungsvolle Kommunikationen mitspielen, deren Übermittlung Sendern wie Empfängern zwar nicht bewußt ist, das Verhalten der Empfänger aber nachdrücklich beeinflußt. Die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Erziehung, die Dynamik des Familienlebens und anderer menschlicher Beziehungen, besonders auch für die Psychotherapie, sind noch nicht abzusehen.

genaue Resultate liefert, solange die Zahlen das Maximum der Stellenwerte nicht überschreiten, für die die Maschine gebaut ist.

Abgesehen von seiner Präzision, hat der Digitalrechner den unschätzbaren Vorteil, daß er nicht nur eine arithmetische, sondern auch eine logische Maschine ist. McCulloch und Pitts [99] haben gezeigt, daß die sechzehn Wahrheitsfunktionen des logischen Kalküls (und damit die Elemente aller logischen Denkvorgänge) durch Kombinationen von Alles-oder-nichts-Impulsen dargestellt werden können, so daß z. B. die Summierung von zwei Impulsen dem logischen «und», die gegenseitige Ausschließlichkeit zweier Impulse dem logischen «oder», ein Impuls, der die Entladung eines Schaltelements blockiert, dem logischen «nicht» entspricht usw. Da die Analogierechner mit tatsächlichen, positiven Größen arbeiten, ist es äußerst schwierig, wenn nicht unmöglich, ähnliche logische Operationen durchzuführen, da sich besonders das Prinzip der Negation infolge des Fehlens negativer Größen einer direkten analogen Darstellung entzieht.

Einige dieser Charakteristika sind auch in der menschlichen Kommunikation anzutreffen. Digitales Mitteilungsmaterial ist weitaus komplexer, vielseitiger und abstrakter als analoges. Vor allem finden wir in der Analogiekommunikation nichts, das sich mit der logischen Syntax der digitalen Sprache vergleichen ließe. Dies bedeutet, daß die Analogiesprache so grundlegende Sinnelemente wie «wenn – dann», «entweder – oder» und viele andere nicht besitzt und daß ferner der Ausdruck abstrakter Begriffe in ihr so schwierig oder unmöglich ist wie in der primitiven Bilderschrift, in der jeder Begriff nur durch eine Abbildung dargestellt werden kann. Außerdem teilt die Analogiekommunikation mit den Analogierechnern das Fehlen der einfachen Negation, d. h. eines Ausdrucks für «nicht».

Um dies näher darzulegen, sei daran erinnert, daß es Tränen des Schmerzes und Tränen der Freude gibt, daß die geballte Faust Drohung oder Selbstbeherrschung bedeuten, ein Lächeln Sympathie oder Verachtung ausdrücken, Zurückhaltung als Takt oder Gleichgültigkeit ausgelegt werden kann. Und es fragt sich, ob nicht vielleicht alle analogen Mitteilungen diese merkwürdige Doppelbedeutung haben, die uns an Freuds *Gegensinn der Urworte* gemahnt. Analogiekommunikationen enthalten keine Hinweise darauf, welche von zwei widersprüchlichen

Bedeutungen gemeint ist, noch irgendwelche andere Hinweise, die eine klare Unterscheidung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erlauben⁹. Diese Unterscheidungen müssen vom Kommunikationsempfänger mehr oder weniger intuitiv beige-steuert werden, während sie in digitaler Kommunikation direkt enthalten sind. Dafür aber besitzt, wie wir noch sehen werden, die digitale Kommunikation ihrerseits kein ausreichendes Vokabular zur klaren Definition von Beziehungen.

Für uns Menschen, sei es in unserer Rolle als Sender oder Empfänger von Kommunikationen, bringt diese ständige Notwendigkeit, von der einen in die andere «Sprache» zu «übersetzen», merkwürdige Probleme mit sich, die in Abschnitt 3.5 näher behandelt werden sollen. Die Notwendigkeit des Übersetzens besteht in beiden Richtungen. Nicht nur bringt jede Übersetzung vom Digitalen ins Analoge einen wesentlichen Verlust von Information mit sich (vgl. Abschnitt 3.55), sondern auch der umgekehrte Prozeß, d. h. jede sprachliche (also digitale) Auseinandersetzung über eine menschliche Beziehung, ist deswegen überaus schwierig, weil sie eine Digitalisierung praktisch rein analoger Phänomene erfordert. Und schließlich kann man sich unschwer vorstellen, daß zusätzliche Probleme dort auftauchen werden, wo die beiden Modalitäten sich überlagern, wie Haley dies in seinem ausgezeichneten Kapitel über Ehetherapie formuliert hat:

Wenn ein Mann und eine Frau sich entscheiden, ihre Beziehung durch Heirat zu legalisieren, so werfen sie damit eine Frage auf, die sie für die Dauer ihrer Ehe beschäftigen wird: Behalten sie die Ehebeziehung bei, weil sie es wollen oder weil sie müssen [56, S. 119]?

Mit anderen Worten, wenn zum vorwiegend analogen Teil ihrer vorhehlichen Beziehung eine Digitalisierung (der Ehekontrakt) hinzutritt,

⁹ Dem Leser dürfte die Ähnlichkeit zwischen den analogen und digitalen Kommunikationsweisen und den psychoanalytischen Begriffen der *primären* und *sekundären Prozesse* nicht entgangen sein. Wenn man Freuds Beschreibung des Es vom intrapsychischen in den zwischenmenschlichen Bezugsrahmen überträgt, wird sie praktisch zu einer Definition der Analogiekommunikation:

Für die Vorgänge im Es gelten die logischen Denkgesetze nicht, vor allem nicht der Satz des Widerspruchs. Gegensätzliche Regungen bestehen nebeneinander, ohne einander aufzuheben oder sich von einander abzuziehen . . .

Es gibt im Es nichts, was man der Negation gleichstellen könnte, auch nimmt man mit Überraschung die Ausnahme vom Satz der Philosophen wahr, daß Raum und Zeit notwendige Formen unserer seelischen Akte seien [47, S. 103 f.].

wird eine eindeutige Definition ihrer Beziehung äußerst problematisch¹⁰.

2.55 Zusammenfassend ergibt sich als viertes metakommunikatives Axiom: *Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für eindeutige Kommunikationen erforderliche logische Syntax.*

2.6 Symmetrische und komplementäre Interaktionen

2.61 Im Jahre 1935 berichtete Bateson [6] über ein Beziehungsphänomen, das er während seines Aufenthalts bei den Jatmuls auf Neuguinea beobachtet hatte, und in seinem ein Jahr später veröffentlichten Buch *Naven* referierte er darüber in größerem Rahmen. Er nannte dieses Phänomen *Schismogenese* und definierte es als einen durch die Wechselbeziehungen zwischen Individuen verursachten Differenzierungsprozeß der Normen individuellen Verhaltens. Im Jahre 1939 wandte Richardson [121] diesen Begriff auf seine Analysen über Krieg und Außenpolitik an, und seit 1952 haben Bateson und andere die Nützlichkeit dieses Begriffs auf dem Gebiet der psychiatrischen Forschung dargelegt (vgl. 152, S. 7 ff., ferner 136). Diesen Begriff, dessen heuristischer Wert sich also nicht auf Einzeldisziplinen beschränkt, beschreibt Bateson in seinem Buch *Naven* wie folgt:

Wenn sich unsere Untersuchungen mit den Reaktionen eines Individuums auf die Reaktionen anderer Individuen befassen, so wird offensichtlich, daß sich die Beziehung zwischen zwei Individuen im Laufe der Zeit auch ohne Einflüsse von außen verändert. Dabei müssen wir nicht nur A's Reaktionen auf B's Verhalten in Betracht ziehen, sondern darüber hinaus deren Einfluß auf B's Verhalten und die Wirkung, die dieses wiederum auf A hat.

Es ist ohne weiteres klar, daß viele Beziehungssysteme, die sich entweder aus

¹⁰ Aus demselben Grund scheint die Annahme durchaus sinnvoll, daß die Endgültigkeit einer Ehescheidung gefühlsmäßig viel eindrucksvoller empfunden würde, wenn man die gewöhnlich sehr trockene und banale Aushändigung des Scheidungsdekrets durch irgendeine Form von analogem Scheidungsritual (ähnlich der Hochzeitszeremonie) ergänzte.

Individuen oder aus Gruppen zusammensetzen, eine Tendenz zu fortschreitender Veränderung haben. Wenn z. B. das Verhalten des Individuums A in der betreffenden Kultur für dominant gilt und als kulturbedingtes Verhalten von B darauf Unterwerfung erwartet wird, so ist es wahrscheinlich, daß diese Unterwerfung ein weiteres Dominanzverhalten auslöst, das seinerseits weitere Unterwerfung erfordert. Wir haben es also mit einer potentiellen Progression zu tun, und wenn nicht andere Faktoren mitspielen und diesem Übermaß an Dominanz und Unterwerfung Grenzen setzen, so muß A unweigerlich immer dominanter und B immer unterwürfiger werden. Diese Progression wird eintreten, gleichgültig ob A und B Einzelindividuen oder Mitglieder komplementärer Gruppen sind.

Progressive Veränderungen dieser Art kann man als *komplementäre Schismogenese* bezeichnen. Es gibt aber noch eine zweite Beziehungsform zwischen Individuen oder Gruppen, die den Keim zu progressiver Veränderung in sich trägt. Wenn z. B. Prahlen das kulturbedingte Verhalten einer Gruppe ist und die andere Gruppe darauf ebenfalls mit Prahlen antwortet, so kann sich daraus ein Wettstreit entwickeln, in dem Prahlen zu mehr Prahlen führt und so fort. Diese Form von fortschreitender Änderung kann *symmetrische Schismogenese* genannt werden [10, S. 176 f.].

2.62 Die beiden so beschriebenen Beziehungsformen werden heute allgemein als symmetrische und komplementäre Interaktion bezeichnet. Sie stehen für Beziehungen, die entweder auf Gleichheit oder auf Unterschiedlichkeit beruhen. Im ersten Fall ist das Verhalten der beiden Partner sozusagen spiegelbildlich und ihre Interaktion daher *symmetrisch*. Dabei ist es gleichgültig, worin dieses Verhalten im Einzelfall besteht, da die Partner sowohl in Stärke wie Schwäche, Härte wie Güte und jedem anderen Verhalten ebenbürtig sein können. Im zweiten Fall dagegen ergänzt das Verhalten des einen Partners das des anderen, wodurch sich eine grundsätzlich andere Art von verhaltensmäßiger Gestalt ergibt, die *komplementär* ist. Symmetrische Beziehungen zeichnen sich also durch Streben nach Gleichheit und Verminderung von Unterschieden zwischen den Partnern aus, während komplementäre Interaktionen auf sich gegenseitig ergänzenden Unterschiedlichkeiten basieren.

In der komplementären Beziehung gibt es zwei verschiedene Positionen: Ein Partner nimmt die sogenannte superiore, primäre Stellung ein, der andere die entsprechende inferiore, sekundäre. Diese Begriffe dürfen jedoch nicht mit «stark» und «schwach», «gut» und «schlecht» oder ähnlichen Gegensatzpaaren verquickt werden. Komplementäre Beziehungen beruhen auf gesellschaftlichen oder kulturellen Kontexten (wie z. B. im Fall von Mutter und Kind, Arzt und Patient, Lehrer und

Schüler), oder sie können die idiosynkratische Beziehungsform einer ganz bestimmten Dyas sein. In beiden Fällen muß jedoch die ineinander verzahnte Natur der Beziehung hervorgehoben werden, wobei unterschiedliche, aber einander ergänzenden Verhaltensweisen sich gegenseitig auslösen. Es ist nicht etwa so, daß ein Partner dem anderen eine komplementäre Beziehung aufzwingt; vielmehr verhalten sich beide in einer Weise, die das bestimmte Verhalten des anderen voraussetzt, es gleichzeitig aber auch bedingt. Im Sinne von Abschnitt 2.3 kann man sagen, daß sich die beiderseitigen Beziehungsdefinitionen einander entsprechen.

2.63 Rein theoretisch könnte man allerdings eine dritte Beziehungsform postulieren, nämlich die der Metakomplementarität, in der Partner *A* den Partner *B* die superiore Position einnehmen *läßt* oder ihn sogar dazu *zwingt*. In ähnlicher Weise ließe sich auch von Pseudosymmetrie sprechen, wenn *A* seinem Partner eine symmetrische Beziehung einzunehmen gestattet oder ihm eine solche aufzwingt. Die Nützlichkeit derartiger terminologischer Verfeinerungen ist aber fraglich – besonders, wenn wir uns an den Unterschied erinnern, der zwischen der reinen Beobachtung verhaltensmäßiger Redundanzen und den ihnen zugeschriebenen Gründen oder Mythologien (vgl. Abschnitt 1.4) besteht. Mit anderen Worten, wir beschränken unsere Aufmerksamkeit darauf, *wie* sich die beiden Partner verhalten, ohne darauf einzugehen, *warum* sie sich (unserer oder ihrer eigenen Meinung nach) so verhalten.

2.64 Aus dem oben Gesagten postulieren wir ein fünftes Axiom: *Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.*

2.7 Zusammenfassung

In bezug auf die oben erwähnten Axiome möchten wir nochmals folgendes betonen: Erstens sollte es klar sein, daß diese Axiome nicht mehr als versuchsweise getroffene Formulierungen sein können. Zweitens sind sie insofern heterogen, als sie von Beobachtungen sehr verschiedenen Abstraktionsgrades abgeleitet sind. Ihr gemeinsamer Nenner ist

also nicht ihr Ursprung, sondern die ihnen allen eigene pragmatische Bedeutung, die ihrerseits nicht monadischer, sondern zwischenmenschlicher Natur ist. So macht die Unmöglichkeit, *nicht* zu kommunizieren, alle Zwei-oder-mehr-Personen-Situationen zu zwischenpersönlichen, kommunikativen; der Beziehungsaspekt solcher Kommunikationen umreißt diesen Umstand noch enger. Die pragmatische zwischenmenschliche Bedeutung der digitalen und analogen Kommunikationsmodalitäten liegt nicht nur in ihrer weitgehenden Isomorphie mit dem Inhalts- und Beziehungsaspekt jeder Mitteilung, sondern darüber hinaus in der unvermeidlichen, aber wichtigen Doppeldeutigkeit, mit der sich Sender wie Empfänger beim Übersetzen von der einen in die andere Modalität auseinandersetzen haben. Der Begriff der Interpunktion beruht auf einer Weiterentwicklung des klassischen Aktion-Reaktion-Modells und seiner Anpassung an die Wechselseitigkeit menschlicher Beziehungen. Und schließlich kommen die Begriffe der Symmetrie und der Komplementarität am nächsten an den mathematischen Begriff der Funktion heran, da die Positionen der Partner nur Variable mit einer unbegrenzten Anzahl von Werten darstellen, deren Sinn nicht absolut ist, sondern sich nur aus der gegenseitigen Beziehung ergibt.