

Matthias Kettner, Matthias Kraska

Universität Witten/Herdecke www.uni-wh.de, Fakultät für Kulturreflexion

Korrespondenzadressen: Kettner@uni-wh.de Matthias.Kraska@uni-wh.de

'Kommunikatives Handeln' – eine realistische Neuinterpretation

Dreißig Jahre nach der "Theorie des kommunikativen Handelns" darf man sagen, dass der Begriff des kommunikativen Handelns "der Zentralbegriff von Habermas' Gesamtwerk"¹ geblieben ist - das ist die gute Nachricht. Andererseits muss aber auch gesagt werden, dass der Begriff weder theoretisch in wünschenswertem Maß geklärt noch empirisch-hermeneutisch für die kritische Analyse von Interaktionsformen wirklich fruchtbar gemacht werden konnte.

Habermas hatte seinerzeit seinen Begriff des "kommunikativen" Handelns im Absprung von Max Webers Begriff des "sozialen" Handelns gewonnen – womit Weber allgemein ein "sinnhaft am Verhalten des andern orientiertes eignes Verhalten" meint.² Webers einleuchtender Begriffsbestimmung zufolge handeln Personen sozial (statt nicht-sozial), sofern ihre sinnhaft verständliche performative Einstellung am sinnhaft verständlich orientierten Verhalten von anderen Personen orientiert ist, seien diese anderen Personen reale oder vorgestellte, einzeln individuell bestimmte oder unbestimmt viele andere Personen. (Als "performativ" wird terminologisch diejenige Einstellung, die Personen als Teilnehmer an anerkannten sozialen Praktiken zu diesen Praktiken haben, insofern sie an ihnen ernsthaft teilnehmen wollen, bezeichnet, im Unterschied etwa zu "theoretischen", "beobachtenden", "objektivierenden" oder "spielerischen" Einstellungen, die sie einnehmen, insofern sie etwas anderes in und mit diesen Praktiken wollen.)

Wir meinen, es ist an der Zeit, zu Max Weber zurückzugehen, freilich ohne hinter Habermas zurückzufallen. Denn Habermas' ursprüngliche Einsicht muss bewahrt werden. Sie besteht in folgendem: Habermas hebt als "kommunikativ" aus dem unüberschaubar breiten Formenspektrum des sozialen Handelns genau solche Interaktionen hervor, in denen alle Interaktionsteilnehmer ihre je eigenen Handlungspläne mit Mitteln koordinieren, die es nur gibt dank einer existenziell wichtigen Gebrauchsweise von Sprache, nämlich des *konsensschaffenden* Gebrauchs von Sprache.

¹ S. 332 in Cristina Lafont: Kommunikatives Handeln. In Hauke Brunkhorst, Regina Kreide, Cristina Lafont (Hg.): Habermas Handbuch. Stuttgart 2009, S. 332-336.

² Max Weber: Wirtschaft und Gesellschaft. Erster Teil, Kapitel I. „Soziologische Grundbegriffe“. Tübingen 1922 u.ö. Der Text der "Soziologischen Grundbegriffe" ist unter <http://www.textlog.de/7298.html> digitalisiert.

Unser Ausdruck 'konsensschaffend' soll Habermas' Unterscheidung zwischen einem "einverständnisorientierten" und einem "verständigungsorientierten" Sprachgebrauch³ zusammenfassen. Von "kommunikativem Handeln" will Habermas "dann sprechen, wenn Akteure ihre Handlungspläne über sprachliche Verständigung, also in der Weise miteinander koordinieren, dass sie dazu die illokutionären Bindungskräfte von Sprechakten nutzen."⁴ Natürlich lässt sich auch mit anderen Mitteln und auf andere Weise Ordnung in Interaktionen hineinbringen. Wenn aber sprachliche Verständigung das Mittel ist, und die Weise, wie es gebraucht wird, auf die Nutzung *illokutionärer Bindungskräfte* von Sprechakten eingeschränkt ist, dann wird eine erzielte Handlungskoordination, sofern sie tatsächlich so gewonnen wird, bestimmte Eigenschaften haben, die sie von anders (z.B. durch die Imitation von Rollenvorbildern) erzielter und gewonnener Handlungskoordination unterscheidet. Sprechakte sind, als Handlungen, nach der Seite der Absichten der Handelnden und nach der Seite der Wirkungen, die sie in der sozial konstituierten Realität hervorrufen können, unabsehbar mannigfaltig. Die Sprechakttheorie hat unter dem Stichwort des Illokutionären (bei ihrem Begründer John Austin⁵) im Unterschied zum Perlokutionären und Lokutionären) den Aspekt hervorgehoben, dass kultivierte Sprecher normalerweise über ein als geteilt unterstelltes Handlungswissen von den ihnen konventionalisiert verfügbaren Redehandlungstypen verfügen, das ihnen erlaubt, normative Erwartungen an die Ausführung solcher Handlungen zu haben, *wie diese sich verstehen lassen sollten* (im Unterschied dazu, wie ein Vorkommnis de facto ausgeführt und verstanden wird, werden kann oder muss), und die Ausführungen solcher Handlungen an den, der betreffenden Redehandlungstypusbedeutung eingeschriebenen, normativen Erwartungen zu messen. In der universalpragmatischen Phase der Entwicklung seines Theorieprogramms hat Habermas diesen Aspekt (der illokutionären Bindungskräfte von Sprechakten) verallgemeinert und das Illokutionäre in der menschlichen Rede neu beschrieben als die menschentypische Orientierung an – kritisierbaren, also der Deckung durch gute Gründe bedürftigen – "Geltungsansprüchen", unter denen (angeblich) genau drei Arten (plus die allgemeine Voraussetzung der Sinn-Verständlichkeit) deshalb hervorragen, weil sie für *jeden* Sprechakt relevant und in diesem Sinne "universal" sind (nämlich die Geltungsansprüche der Wahrheit, der Wahrhaftigkeit und der normativen Richtigkeit).

Ein Handeln, dessen Koordinationsbedarf *wesentlich* durch die Nutzung der illokutionären

³ Siehe S. 116-121 in Habermas: Rationalität der Verständigung. Sprechakttheoretische Erläuterungen zum Begriff der kommunikativen Rationalität. In ders.: Wahrheit und Rechtfertigung. Philosophische Aufsätze. Frankfurt 1999, S.102-136.

⁴ Habermas op. cit., S. 122.

⁵ Zur Theoriegeschichte der Sprechakttheorie siehe *Speech Acts, Meaning, and Intentions: Critical Approaches to the Philosophy of John R. Searle*, hg. von Armin Burkhard, Berlin 1990.

Bindungskräfte von Sprechakten befriedigt wird (statt wesentlich aus der Nutzung *anderer* Koordinationsressourcen mit *anderen* Eigenschaften, etwa von Geld und Macht in der Funktion von generalisierten Medien, die Verhaltensrestriktionen und Verhaltensanreize setzen) – also kommunikatives Handeln im vollen Sinne –, zeichnet sich dadurch aus, dass alle in es einbezogenen Akteure versuchen, "das eigene Tun und Lassen an Gründen zu orientieren, die von den Interaktionspartnern potentiell geteilt werden können".⁶

Unglücklicherweise erhebt Habermas das kommunikative Handeln zu einem Realtypus und setzt ihm dichotom den Realtypus des sogenannten "strategischen Handelns" entgegen. Letzteres definiert Habermas durch das Merkmal, dass "die Beteiligten ihre Handlungspläne über reziproke Einflussnahmen miteinander koordinieren".⁷

Wären kommunikatives und strategisches Handeln wirklich zwei distinkte Realtypen des Handelns und zudem in dieser Zweiheit erschöpfend für "soziales" Handeln, dann müsste sich jedes Vorkommnis sozialen Handelns entweder als kommunikatives oder als strategisches Handeln begreifen lassen. Mit Bezug auf soziales Handeln wäre ein Drittes ebenso ausgeschlossen wie ein Sowohl-als-Auch.

Wäre kommunikatives Handeln wirklich so einverständnis- oder zumindest verständigungsorientiert, wie es Habermas' Begriffsbildung zufolge zu sein hätte, dann müssten die normativen Erwartungen kommunikativ handelnder Personen, einfach weil sie kommunikativ handeln, auch bereits moralisch-normative Erwartungen im Sinne der Diskursethik enthalten.⁸

Wir sehen schwere Probleme erstens in Habermas' Realtypenstatusannahme, zweitens in der Dichotomisierung, und drittens in einer hintergründigen moralischen Aufladung des Begriffs, dem droht, statt zum Grundbegriff einer allgemeinen Handlungstheorie vielmehr zum Grundbegriff einer Guthandlungstheorie zu werden. Natürlich können wir diese Probleme im Rahmen des vorliegenden Sektionsbeitrags nicht genauer entwickeln.

Wir finden Webers Annahme von Idealtypen, die zwar *analytisch* (=für bestimmte epistemische Zwecke innerhalb der Praxis der Theoriekonstruktion) scharf zu unterscheiden, deren *Realisierungen* aber konkret zusammenbestehen können, realistischer, in dem Sinne, dass sie näher an reale Interaktionspraxis herankommt und interessante Aufschlüsse über diese ergibt. Weber

⁶ Für diese prägnante Kurzformel kommunikativen Handelns siehe S.166 in Axel Honneth: *Das Recht der Freiheit. Grundriß einer demokratischen Sittlichkeit*. Frankfurt 2011.

⁷ Habermas op. cit. S. 122.

⁸ Karl-Otto Apel hat gegen Habermas wiederholt deutlich gemacht, dass diese Auffassung nur im Hinblick auf eine sehr voraussetzungsreiche und spezielle Form kommunikativen Handelns begründet werden kann, nämlich mit Bezug auf kommunikatives Handeln innerhalb von

konnte sagen (mit Blick auf seine Reihe idealtypischer Bestimmungsgründe sozialen Handelns), Habermas jedoch kann nicht sagen (mit Blick auf seine zwei Realtypen):

"Sehr selten ist (...) soziales Handeln, nur in der einen oder der anderen Art orientiert. Ebenso sind diese Arten der Orientierung natürlich in gar keiner Weise erschöpfende Klassifikationen der Arten der Orientierung des Handelns, sondern für soziologische Zwecke geschaffene, begrifflich reine Typen, denen sich das reale Handeln mehr oder minder annähert oder aus denen es – noch häufiger – gemischt ist."⁹

Habermas' ursprüngliche Einsicht, dass wir unter gewissen Umständen so zwanglos miteinander *handeln* und zu unseren *Handlungszielen* kommen können, wie wir unter gewissen Umständen zwanglos miteinander *reden* und zu *Richtigkeitsüberzeugungen über gute Gründe* kommen können, wollen wir mit Hilfe der folgenden neuen idealtypischen Definition kommunikativen Handelns aufheben:

Eine Interaktion (=laufende soziale Handlung mit mindestens 2 Beteiligten bzw. Mitspielern) ist eine allseitig kommunikative Interaktion, wenn alle Beteiligten ihre Handlungssituation so begreifen, dass sie voneinander erwarten dürfen und deshalb darauf vertrauen: dass 1. jeder die Handlungsgründe der anderen lesen kann und 2. jeder genug kommunikative Macht hat, Handlungsgründe zu hinterfragen, falls dieses Vertrauen irritiert wird.

Macht überhaupt lässt sich nicht auf einseitige aktive Kontrolle, Unterdrückung, Verhinderung (und einseitige passive Unterwerfung) reduzieren. Aus dem Blick geriete so die Produktivität von Macht. (Soviel Foucault muss sein.) Macht ist allerdings der notorisch unklare Begriff eines vieldeutigen und vielfältigen Grundphänomens in der menschentypischen Lebensform.¹⁰

Was Handlungsgründe sind (aber natürlich nicht, was Handlungen sind!), lässt sich kurz so sagen:

x ist ein Grund G genau dann, wenn man durch Anführen von x ernsthaft auf eine Warum-Frage antworten kann, warum Akteure so handeln, wie sie handeln.

argumentativen Diskursen.

⁹ Weber, "Soziologische Grundbegriffe", <http://www.textlog.de/7298.html>

¹⁰ Heinrich Popitz: *Phänomene der Macht*. Tübingen ²1992. Vittorio Hösle: *Moral und Politik*. München 1997, S. 390-543. Steven Lukes: *Power - A Radical View*. London ²2005. - Um sich dem Machtpotential in der medizinischen Kommunikation überhaupt, spezifisch aber dem aus Asymmetrien in der Arzt-Patient-Kommunikation entspringenden Machtpotential analytisch zu nähern, wie wir dies im zweiten Teil unserer kurzen vorliegenden Ausführungen tun, muss man über einen geklärten Machtbegriff verfügen. Der Linguist und Medizinethiker Tim Peters stellt zum Forschungsstand fest, dass "Machtkonzepte in den linguistischen Gebieten, wo man sie erwarten könnte, wie zum Beispiel in der Soziolinguistik oder in der Gesprächsanalyse, kaum berücksichtigt werden" (Tim Peters, *Macht im Kommunikationsgefälle*. Berlin 2008, S. 18).

Zur Infrastruktur von Handlungsgründen gehören mindestens drei Bezüge. Handlungsgründe haben (1) einen *faktischen* Bezug auf die Tatsachen, die in den Gründen supponiert sind, (2) einen *affektiven* Bezug zur konkreten Person, die die Gründe sich zu eigen gemacht hat, und (3) einen *kommunitären* Bezug zu gemeinschaftlich anerkannten Normen in relevanten Wir-Gruppen, deren Mitglieder einander als Beurteiler der betreffenden Gründe ernst nehmen.

Handlungsgründe so zu begreifen¹¹ hat den Vorteil, dass man einen fruchtbaren Begriff "kommunikativer Macht" und spezieller dann auch "diskursiver Macht" anschließen kann. Um diese beiden Machtformen zu definieren:

Kommunikative Macht ist die Macht, die Richtigkeitsüberzeugungen, in denen sich die Autorität von für gut gehaltenen Handlungsgründen verkörpert, durch Kommunikation (gleich welcher Form von Kommunikation) zu verändern – somit die betreffenden Gründe selber zu verändern und somit auch dasjenige Verhalten, das wir mit diesen Gründen anerkenntbar rationalisieren.¹²

Diskursive Macht lässt sich dann als eine besondere, nämlich über Argumentationspraktiken (=Geltung beanspruchende Urteilspraktiken über die Gründe, aus denen Geltung beansprucht werden darf) laufende Besonderung kommunikativer Macht begreifen, nämlich als

die Macht, Richtigkeitsüberzeugungen, in denen sich die Autorität von für gut gehaltenen Handlungs- und *Bewertungsgründen* verkörpert, durch Argumentieren zu verändern – somit die betreffenden Gründe selber zu verändern und somit auch dasjenige Verhalten, das wir¹³ mit diesen Gründen anerkenntbar rationalisieren.

Wir möchten nun vor dem Hintergrund unseres Interesses an der handlungstheoretischen Durchdringung der Erforschung wirklicher sozialer Interaktionen (die Sprechhandlungen bzw. sprachliche Verständigungsaktionen ebenso wie Nichtsprechhandlungen, keine Rede involvierende Handlungen einbeziehen), z.B. wirklicher Arzt-Patient-Interaktionen, einen weiteren Meilenstein

¹¹ Matthias Kettner: Was macht gute Gründe zu guten Gründen? In: Peter Janich (Hg.): *Naturalismus und Menschenbild. Deutsches Jahrbuch Philosophie*, Band 1, Hamburg 2009, S. 257-275.

¹² Dieser Zusammenhang von Gründen und der Veränderung begründbarer Optionen des Erlebens und Verhaltens lässt sich konvergent aus verschiedenen philosophischen Konzeptionen der menschlichen Handlungsfähigkeit ableiten. Eine subtil ausgearbeitete neuere Konzeption finden sich bei Joseph Raz: "Explaining Normativity: On Rationality and the Justification of Reason" sowie in "Explaining Normativity: Reason and the Will", beide in: ders. *Engaging Reason. On the Theory of Value and Action*. Oxford 2001, S. 67-89 und 90-117.

¹³ Die Wir-Gruppe, auf die in beiden Machtdefinitionen Bezug genommen wird, muss nicht per se

einer zukünftigen realistischen Theorie kommunikativer Interaktion einführen. Wir möchten nämlich behaupten, dass realen Verständigungsaktionen in der Regel eine asymmetrisch verfasste Grundsituation vorausgeht. Egal welcher "Weltbezug" (wie es in Habermas' universal- und später formalpragmatischen Modell heißt) in einem Sprechakt in den Vordergrund gerückt wird – sei es in konstativen Sprechakten der Bezug zur objektiven, in regulativen Sprechakten der Bezug zur sozialen, in expressiven Sprechakten der Bezug zu subjektiven Welten – Verständigungsaktionen finden immer zwischen Handelnden statt, die sich in ihrem Handeln so aufeinander beziehen, dass sie diese Aktionen jederzeit *in Frage stellen könnten*, und das Stellen der Frage setzt eine Asymmetrie voraus und eröffnet eine neue.

Bemerkenswert sind die vielen Interaktionsformen, in denen die Berechtigung zu Fragen nach expliziten Handlungsgründen entweder keinem oder nur einigen der Beteiligten zukommt, also ungleich verteilt ist. Gerade in Formen ritueller, aber auch in Formen professionalisierter Interaktion werden oft bestimmte Möglichkeiten, Fragen zu stellen oder in Frage zu stellen, Experten zugeordnet, beispielsweise bei liturgischen oder – wie in unserem folgenden Beispiel – medizinischen Fragen. Die Ungleichverteilung kommunikativer Macht ist besonders groß im sozialisatorischen Handeln von Eltern und Kindern.

In der allseits kommunikativen Interaktion kann die Frage als ständig mitlaufende Möglichkeit im Hintergrund bleiben, oder aber (mit bestimmten guten Gründen) aktualisiert werden, dann aber auch unter Umständen vom Gefragten abgelehnt werden. Letzteres gefährdet die Fortsetzung der Interaktion. Ihre Fortführung bedarf daher stets der Stabilisierung.

So halten wir es für sinnvoll, die kommunikationsphilosophische Annahme zu machen, dass die Möglichkeit des Scheiterns (in dem einfachen Sinne eines Abbruchs bzw. der Nichtfortsetzung der betreffenden Interaktion) ein konstitutives Moment für das Zustandekommen allseits kommunikativer Interaktion ist. Aber das Scheitern im einfachen Sinne des Nicht-Fortsetzens von bzw. des Ausstiegs durch Abbruch einer laufenden Interaktion ist scharf zu unterscheiden von einer Bewertung dieses Verlaufs, die auf *andere* Möglichkeiten des Scheiterns Bezug nimmt. Mit Blick auf die uns interessierende Praxis der klinischen Interaktionen könnte *eine* andere und praktisch bedeutsame Möglichkeit des Scheiterns darin bestehen, dass eine Kommunikation/Interaktion zu einer psychischen Traumatisierung des Patienten führt.

Als "Asymmetrie" definieren wir Differenz jedweder Art zwischen Interaktionsbeteiligten, die de facto zu einer Ungleichstellung kommunikativer Macht führt. Für die Untersuchung realer Interaktionen sollten wir den Bereich dessen, was alles sich auf welchem Wege auch immer als eine

die universelle, alle rationalen Wesen umfassende Wir-Gruppe sein.

Asymmetrie auswirken kann, als eine empirische, also erfahrungsoffene Frage behandeln.

Unser *Asymmetrie-Kompensationsmodell von Kommunikation* basiert nun auf der folgenden Annahme: Jede Asymmetrie, also Ungleichstellung in puncto kommunikative Macht, stellt auf jeweils bestimmte Art einerseits eine Gefährdung von Kommunikation dar. Andererseits gilt für jede Asymmetrie aber auch, dass sie als solche zu bestimmten Kommunikationsaktionen anreizt, insofern die jeweils bestimmte Art von Asymmetrie auch auf jeweils bestimmte Möglichkeiten ihrer Kompensation hinweist.

Wir können vorläufig die folgenden Formen von Asymmetrien unterscheiden: Akzidentielle, formative und gebahnte Asymmetrien. Akzidentielle Asymmetrien können sich mannigfaltig situativ ausdrücken, z.B. in Mimik, Gestik, Tonfall. Formative und gebahnte Asymmetrien sind durch die Interaktionsform vorweg schon oder durch bestimmte Handlungssequenzen in ihr *erwartbare* Asymmetrien. Z.B. darf innerhalb der Praxis ärztlicher Krankenbehandlung, wie wir sie als den Normalfall kulturell kennen, der Kranke vorweg schon ein fundierteres medizinisches Wissen beim Arzt erwarten.

1. Es gibt also die formative Asymmetrie der auf der Arztseite konzentrierten Expertise. Sie beruht auf Differenzen im Rahmen eines spezialisierten Könnens und Wissens (know how und know that).
2. Es gibt zudem die formative Asymmetrie des nur auf der Arztseite gegebenen Professionsstatus. Dieser Status beruht auf Legitimationserwerb innerhalb des Gesundheitssystems.
3. Interessant ist auch die formative Asymmetrie der körperlichen und geistigen Verfassung von Arzt und Patient. Diesbezügliche Differenzen von Gesundheit/Krankheit liegen nicht unmittelbar vor, sondern sind durch die einseitige Zumessung durch eine der beteiligten Personen, nämlich durch den Arzt vermittelt. Der Arzt ist Herr über die Diagnosen.
4. Einflussreich ist auch die formative Asymmetrie der legitimierte Grenzüberschreitungen, z.B. in den in ärztlichen Untersuchungspraktiken. Diesbezügliche Differenzen gehen bis hin zur Kopplung der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit an die Rollen von Arzt und Patient.

In der Regel, das zeigt die Erfahrung, gilt: Bestimmte Asymmetrien lassen sich für bestimmte Handlungsabsichten kompensieren, sofern ein Interesse an ihrer Kompensierung besteht. Aber sie lassen sich auch *als* Asymmetrien anders nutzen, z.B. zum Erreichen von solchen Handlungsabsichten, die für den Akteur spezifisch auf Gründen beruhen, die mindestens einige der in die Erfolgsaussicht der Handlungsabsichten eines Akteurs einbezogenen Anderen *nicht* ihrerseits als *durchgängig gute* Gründe bewerten würden, wenn sie diese Gründe kennen und bewerten

könnten. Nach diesem Muster lassen sich die von Habermas so genannten "strategischen" Aktionen und Sprechakte rekonstruieren.

Veranschaulichung an einem ärztlichen Indikationsgespräch

Wir beziehen unsere Ausführungen nun auf ein audioprotokolliertes Indikationsgespräch, um unsere Hypothesen anschaulicher zu machen.¹⁴ Die folgenden Textausschnitte zeigen ein genau transkribiertes Gespräch zwischen einem unfallchirurgischen Assistenzarzt (A) und einem Patienten (P) mit Hüftschmerzen. Nach der Begrüßung erkundigt sich A bei B nach dessen vorbestehendem Prostatakarzinom. Die Passagen, auf die wir abstellen, haben wir kursiviert.

A: Beim Urologen warn Sie auch schon mal gewesen?

P: Jahaa,

A: Prostata(... [unverständlich]) gemacht worden,

P: ja

A: was hat die denn ergeben?

P: Das wird jedes Vierteljahr wiederholt

A: Warum denn?

P: Hja, warum wohl; um das zu stoppen.

A: Was zu stoppen.

P: Das Karzinom zu stoppen.

A: Sie haben n Prostatakarzinom:

P: Jaa.

A: Das ist für mich ne wichtige Information; okeh, emm, wie weit ist das denn fortgeschritten?

P: Chbin Laie, das kann ich Ihnen nich sagen; jedes Vierteljahr wird s Pe der PeEsA Wert gemessen und je nachdem trifft der Professor seine Anordnungen.

A: Wann warn Sie denn das letzte Mal bei den Urologen?

P: Das letzte Mal war ich vor zwei Monaten oder a vor einem Monat ungefähr

A: Und wie sah das PeEs A aus

¹⁴ Wir danken Thomas Loer für die Überlassung des Transkripts, das im Rahmen eines von der Jackstädt-Stiftung geförderten Forschungsprojekts "Standardisierung und Individualisierung in der Klinik" angefertigt wurde. Siehe Thomas Loer : Standardisierung und Fallorientierung in der Arzt/Patient-Interaktion im Krankenhaus. In: Matthias Kettner, Peter Koslowski (Hg.): *Wirtschaftsethik in der Medizin. Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit?* München 2011, S.

P: eins Komma drei zwo

A: eins Komma drei zwo, ist leicht erhöht, ne,

P: ja

A: und was hat der Professor Luth dazu gesagt? (1")

P: Was hat der gesagt?

A: Wie {... [unverständlich]}

P: Dafür bin ich ja} nun nich hier

A: nee, nee is richtig, aber man muss ja auch den ganzen Patienten und gerade eben nicht immer nur auf die Hüfte gucken, weil dann übersieht man die Hälfte, ganz wichtig, weil äh man darf ja auch nicht vergessen, dass auch n Prostatakarzinom Schmerzen in der Hüfte verursachen kann. Nich muss aber kann. Ds natürlich etwas, woran wir auch denken müssen, ne; Deswegen frag ich Sie, was der Professor Luth dazu gesagt hat, hat der gesagt, das is okeh?

P: Wenn der Pe EsS A Wert angestiegen ist, bekomm ich eine Depot-Spritze und Tabletten\...

Wie können wir vorgehen, um aus Analysen wirklicher Interaktionen eine realistische Theorie kommunikativer Interaktion konstruieren?

(1) Auf einer *grundlegenden* Theorie-Ebene sind die asymmetriebedingten Möglichkeiten des Scheiterns der Arzt/Patient-Interaktion zu thematisieren. Positiv formuliert bedeutet dies, die Umstände zu untersuchen, unter denen Arzt/Patient-Interaktionen wahrscheinlich fortgesetzt werden oder abbrechen. Angelpunkt für solche Untersuchungen sind Nachweise, ob und wie kommunikativ wirksame Asymmetrien ausgeprägt sind und ob und wie Kompensationsmechanismen ausgeprägt sind.

In unserem Beispiel geht die anfängliche Verteilung der Rollen mit der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben einher. Die Eröffnung und Bestimmung der Themen obliegt dem Arzt. Der Arzt erkundigt sich relativ rasch nach einem Prostata-Karzinom. Ein solches geht in fortgeschrittenen Stadien häufig mit Knochenmetastasen einher, die zu Hüftschmerzen führen können. Dieses Wissen steht dem Arzt zu Verfügung, aber nicht notwendig auch dem Patienten. Dieses Unverständnis zeigt der Patient, wo er sich beschwert, dass er wegen seiner Hüftschmerzen und nicht seiner Prostata gekommen sei. Für die Fortsetzung ist keine beliebige Reaktion des Arztes möglich, es folgt eine Rechtfertigung des Arztes für seine Fragen, indem er unterstreicht, dass es auf den "ganzen Patienten" ankomme. Das Rechtfertigungsbemühen des Arztes scheint dem Patienten hier aber

nicht zu genügen.

Im Hinblick auf das Expertenwissen, eine der vorhin schon benannten *formativen* Asymmetrien im Patient/Arzt-Wirkbündnis, kann man beobachten, dass diese Asymmetrie unter Umständen durch Bereitstellung von Informationen, oder aber auch durch absichtliche Manipulation von Informationen, kompensiert wird. Letzteres kann z.B. durch das Vorenthalten bestimmter Informationen erfolgen, etwa durch Bagatellisierung oder Ausklammerung bestimmter absehbarer Nebenwirkungen einer Therapie, wenn deren Kenntnis den Patienten verunsichern und zum Abbruch der (aus der Sicht des Arztes) für ihn medizinisch alternativenlosen nötigen Behandlung führen könnte. Eine Kompensation durch Bereitstellung von Wissen ist dabei keine *vollständige* Aufhebung einer Asymmetrie: Sie erfolgt ja im Rahmen eines ärztlicherseits aufbereiteten Wissens und somit in puncto Verteilung kommunikativer Macht selektiv, sie bleibt insofern Teil der zugrunde liegenden Asymmetrie. Weiterhin ist die Beteiligung des Patienten an Entscheidungsprozessen in unterschiedlicher Tiefe eine Form der Kompensation, die ärztliche Maßnahmen legitimieren kann.

Folgen wir dem Gespräch weiter:

A: Also ich denke wir brauchen auf jeden Fall, wenn Sie wieder Schmerzen in der Hüfte haben, ne aktuelle Röntgenbildgebung, das ist wichtig, dass wir erst mal ein äh

P: ja, dann holn Se sich doch das Bild ran mit der Röntgenaufnahme

A: Genau, aber aktuell heißt von heute, nicht von vor drei Monaten; das alte Bild kann ich mir angucken, aber das neue Bild wäre (...) [unverständlich] **wenn Sie jetzt aber wieder neue Schmerzen haben, kann das sein dass das aktuelle Bild wieder anders aussieht als das von damals und deshalb müssen wir heute noch mal röntgen, wenn sie einverstanden sind;**

P: Nein, da möchte ich erst mit Herrn Herr Oberarzt sprechen

A: Okay, wir könn das auch äh, wir könn das auch so machen, dass wir den Doktor Vogelweide noch zu Ihnen reinschicken, aber das aktuelle Röntgenbild (...) [unverständlich] wie gesagt schon **eine sinnvolle Sache, Herr Bauer.**

P: Aber nicht, wenn es erst vor so kurzer Zeit gemacht worden ist.

Hier sehen wir einen weiteren Versuch des Assistenzarztes, den Patienten vom Sinn einer erneuten Röntgenaufnahme zu überzeugen, die der Patient zurückweist. Mehr noch in dem vorliegenden Gesprächsauschnitt, stellt der Patient selbst die Expertise des Assistenzarztes in Frage, indem er meint, eine solche Maßnahme in einer derart engen Zeitfolge könne seines Erachtens nicht sinnvoll sein. Weiterhin fordert der Patient, den Oberarzt zu sprechen, was gleichfalls als Infragestellung der Kompetenz des Assistenzarztes verstanden werden kann. Der Arzt erläutert in dieser Situation seine

eigenen Beweggründe nicht näher. Die Interaktion droht von Seiten des Patienten abgebrochen zu werden, was auch durch das Aufstehen des Patienten szenisch unterstrichen wird.

P: Ich möchte das nicht schon wieder gemacht haben

A: Okay, dann kann ich das verstehen (1") ja?

P: Ja

A: Gut. Setzen Sie sich doch äh hin. Em, was erwarten Sie denn von uns? Was sind Ihre Erwartungen?

P: Meine Erwartung ist, dass der Oberarzt Doktor Vogelweise mir wieder Tabletten verschreibt;

A: ah ja, okay;

P: denn das hat er damals, als das schon mal aufgetreten ist und das

A: und das hat Ihnen gut geholfen?

P: das hat mir geholfen, ja.

A: Ja gut.

Nachdem die Interaktion zu scheitern droht, reagiert der Assistenzarzt auf diese Situation, indem er dem Patienten zunächst versichert, seine Belange zu verstehen. Weiterhin erfragt er explizit die Erwartungen des Patienten, die dieser auch konkret angeben kann. Der Assistenzarzt stimmt dann im Folgenden der vom Patienten vorgeschlagenen Vorgehensweise zu. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle eine weitere hintergründige Asymmetrie, die vom Patienten ins Spiel gebracht wird: die hierarchische Verortung des Assistenzarztes unter einem Oberarzt. Dieser Bezug scheint die Machtverhältnisse so neu zu ordnen, so dass der Assistenzarzt den Behandlungsvorstellungen des Patienten zustimmt, trotz anfänglicher Widersprüche und gegen besseres Wissen. Wir sehen hier, wie die Haltung des Arztes von den geäußerten Erwartungen des Patienten abhängig ist. Dies bedeutet aber auch, dass diese nicht stabil sind, sondern, wie sich hier zeigt, in der Interaktion wechseln. Die wechselnde Anpassung der Haltung dient anscheinend der Stabilisierung der Interaktion.

(2) Hier können wir eine *mittlere Ebene* der Theorie einführen, auf der Kompensationsmechanismen hinsichtlich ihrer Sinnerzeugung analysiert werden. Zum einen können sie innerhalb einer sozialen Handlung zweiseitig ("partizipativ") Sinn erzeugen, zum anderen aber auch nur einseitig ("nicht-partizipativ"). Schließlich können bestimmte Asymmetrien auch dafür genutzt werden, Interaktionssituationen dadurch aufrecht zu erhalten, dass die Fortführung *einseitig forciert* wird – in der Regel durch den Arzt. Im betrachteten Beispiel gelingt dies nicht, wegen des Oberarzts im Hintergrund, an den der Patient appelliert.

Auf der mittleren Theorieebene muss auch eine wichtige Funktion kommunikativer Macht expliziert werden: Kommunikative Macht steht häufig im Dienst der Routinisierung und Beschleunigung zweckmäßiger Verläufe bzw. funktionaler Prozesse und nutzt hierfür ebenso bestehende Asymmetrien aus, wie sie neue schafft oder andere schon bestehende verstärkt. Zum Beispiel werden Patienten vor operativen Eingriffen in einem rechtlich vorgegebenen Rahmen umfassend über die Risiken und orientierend über das Verfahren aufgeklärt. Der Arzt ist dabei verpflichtet, auch auf seltene aber gravierende Nebenwirkungen hinzuweisen, die den Patienten im hohen Maße verunsichern können. Zur Vereinfachung wird dann oftmals vom aufklärenden Arzt auf die "eigene Erfahrung" verwiesen, dass solche Nebenwirkungen "vernachlässigbar gering" auftreten. Die Kompensation dieser Asymmetrie der klinischen Erfahrung erfolgt dann meistens durch das Einverständnis des Patienten zum vorgeschlagenen Eingriff, was letztendlich mehr einen Vertrauensbeweis in die behauptete Erfahrung des Arztes, als in den tatsächlichen Nachvollzug darstellt.

Wir können aus Zeitgründen hier nicht weiter dem Patienten zum Oberarzt folgen. Rein von den Informationen her gesehen kommt im weiteren Verlauf der Interaktion vom Oberarzt nichts Neues ins Spiel, es wird nicht auf die Möglichkeit von Knochenmetastasen eingegangen, noch sonst im medizinischen Sinne offen argumentiert. Trotzdem gelingt es im weiteren Verlauf dem Oberarzt, den Patienten dazu zu bringen, sich röntgen zu lassen.

Man ahnt, dass der *Oberarzt* hier nicht austauschbar ist. Das gleiche Gespräch wäre mit dem Assistenzarzt ablehnend verlaufen, womöglich auch gescheitert. Wir haben hier ein Beispiel davon, wie die Personen die "inneren" und "äußeren" Umstände (wie Vertrautheit, hierarchische Ordnung, professionalisiert-persönliche Zuwendung) in ihrer Kommunikation so aufgreifen, dass sie die vorhandenen Differenzen, die sich in Asymmetrien kommunikativer Macht ausdrücken, aufgreifen und zugleich so verschieben, dass die Asymmetrien kommunikativer Macht sich in sich selbst kompensieren – ohne dass die real vorhandenen Asymmetrien (auch die der kommunikativen Macht) real entfallen, oder dass fingiert werden müsste, sie entfielen.

(3) Abschließend sei auf eine dritte, im Unterschied zu den ersten beiden Theorie-Ebenen rein normative Ebene hinweisen. Hier sollen *Bewertungen* von spezifischen Mustern der Arzt/Patient-Interaktion vorgenommen werden können. Die Unterscheidung "Abbruch oder Fortsetzung der Kommunikation und Interaktion", die auf den ersten beiden Theorieebenen zentral ist, ist ja erst der Anfang einer Bewertung unter diversen Gelingensbedingungen, nicht schon die ganze Bewertung. Entscheidend für ein Gelingen jenseits der bloßen Fortsetzung der therapeutischen Interaktion sind Qualitäten der Arzt/Patient-Kommunikation. Denn die Erfahrung lehrt, dass ärztliche Intervention

je andere Wirkungen entfalten je nach dem, unter welchen Verhältnissen kommunikativer Macht sie erfolgen. Die Arzt/Patient-Kommunikation, die ihrerseits ein Ausdruck diverser Machtverhältnisse ist, kann diese Verhältnisse zugleich auch mehr oder weniger reflexiv steuern. Hierin liegt die, wenn man so will, dialektische Produktivität kommunikativer Macht.