

V. Sprach- und kommunikationstheoretische Grundlagen der Arzt-Patient-Kommunikation

1. Die diskursanalytische Bedeutung der Sprechakttheorie

"Kommunizieren heißt, in einer bestimmten Weise handeln." (Meggel: 1979: 13)

Zu jeder sprachlichen Kommunikation gehören sprachliche Akte, wie z.B. Fragen und Antworten. Sie sind die grundlegenden und kleinsten Einheiten der sprachlichen Kommunikation. Die von Austin entwickelte und von John Searle fortgeführte Sprechakttheorie stellt den Handlungscharakter sprachlicher Äußerungen dar und gilt als Instrumentarium für die Analyse kommunikativer Interaktion. Sprechakt-Kategorien untersuchen das, was mit einer Äußerung vollzogen wird, im Gegensatz zu dem, was gesagt wird. Die Unterscheidung zwischen der kommunikativen Funktion einer Äußerung (illokutionären Akt) und ihrer Wirkung auf den Hörer (perlokutionärer Akt) ist für die Analyse des Arzt-Patient-Gesprächs von großem Wert.

Der Vollzug jedes illokutionären Aktes impliziert für den Sprecher, dass die Einleitungsbedingungen des Aktes erfüllt sind. Wenn jemand z.B. eine Aussage macht, impliziert das, dass er sie belegen kann. Der Sprecher kann, indem er verschiedene Äußerungen macht, die gleichen illokutionären Akte vollziehen (vgl. ebenda 41). So wird zum Beispiel der Satz „Könnten Sie das für mich tun?“ nicht als Frage, trotz seiner interrogativen Form, geäußert, sondern als höfliche Redewendung für eine Aufforderung verwendet. Die Vorstellung unterschiedlicher illokutionärer Akte schließt nach Searle mehrere ganz verschiedene Unterscheidungsprinzipien ein:

1. Ziel oder Zweck des Aktes (unter diesem Gesichtspunkt unterscheiden sich z. B. Aussage und Frage)
2. relative Position von Sender und Hörer (Aufforderung versus Befehl)
3. Grad der eingegangenen Verpflichtung (Ausdruck der Intention versus Versprechen)
4. verschiedene Möglichkeiten, einen psychischen Zustand auszudrücken (Versprechen, Ausdruck einer Absicht gegenüber einer Aussage, Ausdruck des Glaubens)
5. verschiedene Arten, in denen sich eine Äußerung auf den übrigen Teil des Gesprächs bezieht (Unterschied zwischen Antworten und Einwänden auf Gesagtes)

Searle lehnt sich in seiner Beschreibung von Kommunikation an Grice an. Grice hat versucht, eine allgemeine Definition des Kommunikationsversuches zu geben. Kommunikatives Handeln i.w.S. bedeutet, dass jemand etwas mit einer bestimmten Absicht tut.

Der Kommunikationsversuch wird dann verstanden, wenn der Hörer die Absicht des Sprechers erkennt, versteht, welches Ziel er mit dieser Handlung verfolgt, und gilt nur dann als erfolgreich, wenn er von der Person, an die er gerichtet ist, verstanden wird (vgl. Meggle 1979: 61). Hierbei ist es wichtig zu unterscheiden, was jemand mit dem Gesagten meint, und dem, was es in der betreffenden Sprache bedeutet, also die Trennung nach Searle zwischen illokutionärem und perlokutionärem Akt.

Grice hat diesen Unterschied am deutlichsten herausgearbeitet. Kooperationsbereitschaft und Rationalität auf Seiten des Adressaten sind Grundvoraussetzungen für erfolgreiche Kommunikation. Für Grice ist sprachliches Handeln rationales Handeln. Es liegt im Bestreben des Rezipienten (Hörer), das Sprachverhalten des Kommunikators (Sprecher) als rationales Verhalten zu interpretieren. Das Prinzip der Kooperationsbereitschaft hat Grice durch eine Reihe spezieller Maximen ergänzt, die für den Informationsaustausch im Gespräch besondere Geltung haben (vgl. ebenda: 356):

I Maximen der Quantität

1. Mach deinen Gesprächsbeitrag so informativ wie möglich.
2. Mach deinen Gesprächsbeitrag nicht informativer als nötig.

II Maximen der Qualität

1. Versuche Behauptungen so zu formulieren, dass sie wahr sind.
2. Behaupte nichts, wofür du keine hinreichenden Belege hast.

III Maxime der Relation

Sage nur Relevantes.

IV Maximen der Modalität

1. Vermeide Unklarheit.
2. Vermeide Mehrdeutigkeit.
3. Vermeide Weitschweifigkeit.
4. Vermeide Ungeordnetheit.

Die von Grice aufgestellten Konversationsprinzipien spielen eine besondere Rolle in Situationen, in denen der Sprecher etwas anderes meint als es gemeinhin nach den kommunikativen Konventionen zu verstehen ist, wie z.B. bei der Verwendung von Ironie. Besteht also bei einer sprachlichen Äußerung eine Diskrepanz zwischen Sagen (wörtlicher Bedeutung) und Meinen (pragmatisch bestimmbar Sprachgebrauch), sind eine oder mehrere Gesprächsmaximen verletzt worden. Es ist nun die Aufgabe des Rezipienten, die Gesprächsandeutungen durch „räsonnierendes Verstehen“ aus der wörtlichen Bedeutung herauszulesen, um so den wahren Kommunikationszweck zu ermitteln (vgl. ebenda: 357 ff.). Diese Fertigkeit ist für die Interpretation von Patientenaussagen von besonderer Bedeutung.

Die Struktur von Sprechakten ist mitunter charakteristisch für ganze Diskursarten (vgl. Wunderlich in Grewendorf 1979: 287). Jeder Redebeitrag (*turn*) wird als Sprechakt gezählt, soweit er nicht mehr als die Äußerung eines Satzes umfasst. Mit dem Begriff des **move** wird die Funktion eines Sprechaktes für den Ablauf des Diskurses charakterisiert. Die Frage ist ein typisch initiativer Sprechakt. Sprechakte wie Antwort, Rückfrage, Bestätigung sind reaktive Züge.

Besonders wichtig für die Diskursanalyse ist das Kriterium der Initiativität eines Sprechaktes, daneben auch die jeweilige Reichweite einer Initiative, d.h. die Feststellung wie lange die initiative Kraft des Sprechaktes erhalten bleibt. Dialoge können nur durch initiative Züge beider Teilnehmer ausgebaut werden; äußert einer der Teilnehmer nur reaktive Züge, kommt der Dialog schnell zum Erliegen.

Ein **Sprechakt-Sequenzmuster** ist eine konventionell geordnete Abfolge von Sprechakten. Besonders prominente Sprechakt-Sequenzmuster sind die *adjacency pairs* wie Frage-Antwort. Es gibt in diesem Bereich unterschiedliche Grade der Konventionalität und auch mehr oder weniger institutionalisierte⁶ Muster.

Eine **komplexe Sprechereinheit** besteht aus mehr als einem Sprechakt eines Teilnehmers. Typische komplexe Sprechereinheiten sind die Erzählung, die Argumentation und die Beschreibung. Sie haben normalerweise einen Anfang, einen variablen Mittelteil und einen Abschluss.

Die **Diskursart** charakterisiert einen Diskurs wie z.B. die Wegauskunft oder das Interview als Ganzes. Die Struktur einer Diskursart hängt von der interaktiv zu bewältigenden Aufgabe, von der Struktur der Erfahrungen, der sozialen Beziehung der Teilnehmer und der institutionellen Ausprägung ab (vgl. ebenda: 290).

Eine allgemeine Beschreibung der Arzt-Patient Interaktion unter diskursanalytischen Gesichtspunkten zeigt, dass die Gesprächsrollen von Arzt und Patient im Gespräch stark institutionalisiert sind. Der Arzt kann durch die Dominanz seiner Initiativen seinen Handlungsplan ungestört verfolgen und im Rahmen der Diagnosefindung das Gespräch so steuern, dass der Patient nur reaktive Züge äußert.

Der von Els Oksaar eingeführte „kommunikative Akt“ stellt eine sinnvolle Ergänzung zum Sprechakt nach Searle für die Beschreibung des Arzt-Patient-Gesprächs dar.

Es sind selten Einzelfaktoren, sondern meistens externe und interne, mit den Verhaltensweisen der Gesprächspartner zusammenhängende Faktorenbündel, die die Beziehung und das Gespräch zwischen Arzt und Patient beeinflussen. (Oksaar 1988: 184)

⁶ "institutionalisiert" bedeutet, dass die Teilnehmer nach festen Erwartungsnormen handeln (Haferlach 194: 64).

Der kommunikative Akt nach Oksaar ist im Gegensatz zum einseitig sprecherbezogenen Sprechakt sowohl sender- als auch sprecherbezogen und erfasst den gesamten Aktionsrahmen, in dem die Sprechhandlung stattfindet. Hierzu zählen alle Interaktionen mit verbalen, parasprachlichen⁷ und nonverbalen⁸ (kinesischen) Mitteln. Der kommunikative Akt ist eingebettet in die Situation, zu der z.B. Zeitpunkt, Raum, Art des Gesprächs, Alter der Gesprächspartner, aber auch externe Faktoren gehören, die auf die Gestaltung des Gesprächs einwirken.

Zur besseren Strukturierung der Sprachverwendung unterscheidet Oksaar bei der Analyse kommunikativer Akte zwei wichtige Dimensionen.

Die **linguistische Variation der sozialen Dimension** (IVsD) liegt vor, wenn ein Arzt seine Ausdrucksweise bei ein und demselben Thema je nach Alter, Geschlecht, sozialer Gruppe sowie Bekanntschaftsgrad des Patienten variiert. Beispiel: „Es ist der Blinddarm“ oder „Es scheint sich um eine Appendizitis zu handeln“.

Wenn nun die Äußerung „Es scheint sich um eine Appendizitis zu handeln“ von Patienten verschiedener Alters- oder Berufsgruppen unterschiedlich interpretiert oder überhaupt nicht verstanden wird, liegt eine **soziale Variation der linguistischen Dimension** (sVID) vor.

Diese beiden Dimensionen haben entscheidende Auswirkungen auf das Gespräch und auf die sich daraus entwickelnde Beziehung zwischen Arzt und Patient. Das Problem der Non-Compliance lässt sich im Wesentlichen auf diese beiden Dimensionen zurückführen. Wenn der Arzt den Patienten nicht richtig versteht, weil er dessen kulturell oder schichtbedingte Sprache nicht zu entschlüsseln weiß (sVID), wird der Arzt das eigentliche Problem des Patienten nicht richtig erkennen, und der Patient wird sich unverstanden fühlen.

Die ärztliche Nicht-Berücksichtigung der IVsD (der Arzt wählt keine adressatenspezifische, dem Patienten angepasste Sprache) führt in der Folge dazu, dass der Patient den Arzt nicht versteht, seine Anweisungen nicht richtig befolgt und sich non-compliant verhält. Der Arzt ist nicht mehr in der Lage, das Verstehen des Patienten (sVID des Patienten) zu steuern. Die ärztlichen Ratschläge und Anordnungen zielen ins Leere.

Kenntnisse diskursanalytischer Phänomene sind für die ärztliche Praxis unerlässlich. Die Unterscheidung zwischen der kommunikativen Funktion einer Äußerung und ihrer Wirkung auf den Hörer ist sowohl für die Interpretation von Patientenaussagen als auch für die Wahl einer adäquaten Patientensprache von großer Bedeutung.

⁷ Das paralinguistische System umfasst Nebengeräusche, Nebenlaute und Stimmqualitäten.

⁸ Zur nonverbalen Kommunikation zählen Mimik, Gestik und Körpermotorik.

2. Der Problembereich Fachsprache / Laiensprache

Die Problematik Fachsprache - Laiensprache ist in vielen Fällen die Ursache, wenn es zu Verständigungsschwierigkeiten in der Interaktion zwischen Arzt und Patient kommt.

Die Fachsprache der Medizin mit ihren vielfältigen Anwendungsbereichen wie Lehre, Forschung, Krankenbetreuung etc., mit ihrer festen Bindung an traditionell verankerte Rollenbilder, mit ihrem historisch begründeten, extensiven Fachwortschatz ist geradezu paradigmatisch für den fachsprachlichen Problembereich (vgl. Löning 1985).

Hierarchie, Expertendominanz (Machtausübung von Fachleuten über Laien), asymmetrische, teilweise autoritäre zwischenmenschliche Beziehungen sind die Probleme fachsprachlich dominierter sozialer Bereiche.

Fachsprache wird von fachlich kompetenten Schreibern bzw. Sprechern gebraucht, um sich mit Fachleuten desselben Faches, mit Vertretern anderer Disziplinen oder auch mit Laien über fachliche Sachverhalte zu verständigen. Sie umfasst die Gesamtheit der dabei verwendeten sprachlichen Mittel und weist charakteristische Besonderheiten auf allen sprachlichen Ebenen auf (vgl. ebenda: 22). Fachsprachliche Kommunikation zeichnet sich nicht nur durch sprachliche Merkmale wie z.B. Fachtermini aus, sondern weist bestimmte Handlungsmuster auf. Neben sprachlichen Merkmalen gibt es spezifische Muster und Strategien der Gesprächsführung, die erst unter Einbeziehung pragmatischer und handlungstheoretischer Kategorien sichtbar werden (vgl. ebenda: 14 ff).

Die Hauptfunktionen der medizinischen Fachsprache liegen in der Erfüllung innerfachlicher Kommunikation (z.B. Gespräche zwischen Arzt und Patient, Arbeitsbesprechung unter Ärzten). Des Weiteren muss sie eine sinnvolle interdisziplinäre Verständigung ermöglichen und eine Beziehung zur Öffentlichkeit herstellen. Denn durch die potentielle Betroffenheit jedes Individuums als zukünftiger Patient unterliegt sie dem Interessendruck der Öffentlichkeit. Dies führt zu einer erhöhten Sensibilität gegenüber unverständlichen Fachausdrücken und rollenbedingten Verhaltensweisen (vgl. ebenda: 11).

Die Fachterminologie dient der reibungslosen und ökonomischen Kommunikation zwischen Fachleuten. Fachtermini werden als „Denkeinheiten der Wissensspeicherung und -verarbeitung“ bezeichnet (vgl. Löning 1985). Der Versuch der Umsetzung dieser Begriffe in gemeinsprachliche Ausdrücke bereitet allerdings erhebliche Schwierigkeiten, und es kommt zu Verständigungsbarrieren zwischen Arzt und Patient. Dies belastet die Beziehung schwerwiegend. Der oft zitierte Vorwurf der arroganten Statuswahrung hat hier seine Ursachen.

Eine Analyse der medizinischen Fachsprache unter pragmatischen Aspekten hat zu Tage gefördert, dass die Motive für den Gebrauch von Fachsprache zwischen Fach-

mann und Laie ganz anderer Natur sein können und sich von den eigentlichen fachsprachlichen Funktionen sehr weit entfernen (vgl. ebenda: 31).

Die Gründe für die Verwendung einer abstrakten, abgehobenen, mit Fachtermini angeereicherten Sprache sind vielfältig. Der Sender schafft emotionale Distanz zum Gesagten. Diese Art des Ausdrucks kann als ein versteckter Hinweis auf Fachkompetenz und Expertentum gedacht sein oder soll Unsicherheit und mangelnde Erfahrung verbergen (vgl. Schneider 1987: 69-70).

In der Geschichte lassen sich hierfür schon früh Beispiele finden. So empfahl der im Mittelalter bekannte Arzt Arnoldus von Vilanova seinen Kollegen, ihre Unkenntnis hinter einer imponierenden Sprache zu verbergen. Das Rezept, sich hinter Fremdwörtern zu verstecken, kann verschiedene Motive haben. Der Arzt kann z.B. einen schwer verständlichen Ausdruck auswählen, weil er nicht sicher ist, welche Reaktion die Wahrheit hervorrufen könnte. Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die die Wahrheit lieber durch ein Fremdwort erfahren möchten, da die Konnotationen nicht so eindringlich sind wie bei einem einheimischen Wort (vgl. Oksaar 1988: 171).

Eine ich-ferne, selbstverbergende, sachliche und unpersönliche Sprache, kurz eine sterile Art von Kommunikation, garantiert in einem Kontext, wo die Aufrechterhaltung einer Rolle im Vordergrund steht und alles Persönliche als störend empfunden wird, Sicherheit und zumindest scheinbare Reibungslosigkeit (vgl. Schulz von Thun: 1981).

Fachsprache zeichnet sich nicht nur durch sprachliche Merkmale aus, sondern weist bestimmte Handlungsmuster auf, die von ihrer eigentlichen Funktion, der ökonomischen Verständigung über fachliche Sachverhalte, sehr weit entfernt sein können. Hierarchie, Expertendominanz von Fachleuten über Laien sowie autoritäre zwischenmenschliche Beziehungen sind die Folge und beeinträchtigen die Verständigung zwischen Arzt und Patient.

3. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Sprachverhalten

Unterschiede im Kommunikationsverhalten zwischen Ärzten und Ärztinnen werden in der Regel mit einem unterschiedlichen Kommunikationsstil der Genera begründet.

Ein typisch weiblicher Kommunikationsstil wird als höflich, korrekt, kooperativ, beziehungsorientiert, personenbezogen und harmoniebestrebt beschrieben (vgl. Trömel-Plötz 1984, Holmes 1996, Schmidt 1998). In der Frauensprache finden sich häufig abschwächende Mechanismen wie die Verwendung des Konjunktivs, des Konditionals, der Partikel oder der Frageform, die den Inhalt der Aussage abschwächen (vgl. Trömel-Plötz 1984: 50). Ein typisch männlicher Kommunikationsstil wird aufgrund bestimmter Eigenschaften und Verhaltensweisen als aggressiv, konfrontativ, selbst-bezogen, statusorientiert, sachbezogen und dominant charakterisiert (vgl. A. Schmidt 1998: 11).

In den frühen Arbeiten zum Sprachverhalten von Männern und Frauen, deren bekanntester Vertreter Jespersen (1925) ist, wurde die Frauensprache von der Männersprache als abweichend beschrieben und als minderwertig eingestuft.

Die Einsicht, dass das für Frauen und Männer typische Sprachverhalten zugleich auch Ausdruck des Unterschieds der gesellschaftlichen Rollen und der damit verbundenen Macht ist (vgl. Trömel-Plötz 1984: 51), setzte erst mit der Entwicklung eines allgemeinen Bewusstseins für die unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionen der Geschlechter und die damit verbundene Benachteiligung der Frauen Ende der sechziger Jahre im Zuge der aufkommenden Frauenbewegung ein (vgl. Schmidt 1998: 11). Bis dahin wurden positive weibliche Redeeigenschaften im Kontext gemischt-geschlechtlicher Gespräche, in denen Männer dominierten, übersehen, da sie an der männlichen Norm für erfolgreiches Sprechen gemessen wurden.

Die feministischen Linguistinnen überprüften die Logik der vorherrschenden Bewertung weiblicher konversationeller Kompetenz und machten die positiven Eigenschaften des weiblichen Redens sichtbar (vgl. Trömel-Plötz 1996: 11). Arbeiten, die sich auf den zeitlichen und sequentiellen Kontext von Gesprächen konzentrieren, demonstrieren die konversationelle Kompetenz von Frauen (vgl. West 1996: 194).

Die neuseeländische Linguistin Janet Holmes bezeichnet die Art und Weise, wie Frauen kommunizieren, als eine unterstützende Sprechweise und spricht Frauen eine interaktionale Reife zu. Im Gegensatz zu Männern, die nur auf einer Ebene, der referentiellen Informationsebene, kommunizieren können, verfügen Frauen über eine konversationelle Kompetenz, die sie nach Holmes „als eindeutig rücksichtsvollere Sprecherinnen“ auszeichnet. Ihre Fähigkeit, Bedeutungen auf mehreren Ebenen wahrzunehmen, d.h.

sowohl auf der referentiellen als auch auf der affektiven Ebene reagieren zu können, lässt sie die Bedürfnisse anderer erkennen und schützen.

Die Betonung von Gleichheit im Gespräch hat weitreichende Implikationen für die Qualität von Diskussionen, die Vertiefung und Erweiterung von Themen und die Weiterentwicklung von Ideen. Die positive Bedeutung der unterstützenden Sprechweise für den Informationsfluss und die Gesprächsatmosphäre wird nicht nur in Politik, Diplomatie und im Gerichtssaal, deren vorrangiges Medium die Sprache ist, hoch bewertet. In vielen beruflichen Gesprächssituationen kommt Frauen diese konversationelle Kompetenz zugute (vgl. Holmes 1996: 27, 66). Resultat der Forschungsergebnisse: Frauen verfolgen durch Reden ein anderes Ziel als Männer und erreichen ein anderes Ergebnis, nämlich Solidarität und Verständigung (vgl. Trömel-Plötz 1996, Holmes 1996: 80).

Die Einschätzung der Situationsadäquatheit von Kommunikationsverhalten erweist sich bei der Bewertung konversationeller Kompetenz als sehr viel aussagekräftiger als eine Sichtweise, die entweder „Frauensprache“ oder „Männersprache“ als Standard interaktioneller Kompetenz postuliert und andersgeschlechtliches Verhalten negativ bewertet (vgl. C. Schmidt 1988: 24, vgl. West 1996: 174ff, vgl. Trömel-Plötz 1996: 51).

Trömel-Plötz spricht von einem weiblichen und einem männlichen Register, das je nach Situation von den Sprechern gezogen wird. Auch Männer beherrschen das weibliche Register und müssen es in bestimmten Situationen ziehen. Sie hat die Eigenschaften weiblichen Redens mit ihren Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis untersucht und geht von der Hypothese aus, dass bestimmte weibliche Kommunikationseigenschaften therapeutisch relevant sind (1996: 27, 108).

Candace West hat die konversationelle Kompetenz von Frauen am Beispiel von Ärztinnen untersucht. Sie wählt für ihre Definition interaktioneller Kompetenz einen pragmatischen Ansatz und bezieht in ihre Untersuchung den Kontext mit ein, in dem eine Kommunikationshandlung stattfindet.

Kompetenz in der Interaktion bedeutet, „in einem Gespräch funktional adäquat zu sein oder genügend konversationelles Wissen, Urteilsvermögen, Geschick oder Kraft zu haben“ (175). In Anlehnung an Goffman müssen kompetente Sprecher zur Erfüllung der Anforderungen an ein Gespräch ein System von konversationellen Praktiken, Konventionen und Prozeduren beherrschen. Sie müssen Aktivitäten wie das Eröffnen und Schließen von Konversationen, den Austausch von Redebeiträgen, den Übergang von einem Thema zum anderen koordinieren. Des Weiteren müssen sie ihre Rollen als Sprecher und Hörer austauschen können. Sie müssen sowohl als Sprecher so lange und so oft wie nötig fungieren als auch als Hörer den Sprechenden ihre Aufmerksamkeit signalisieren können.

In ihrer Untersuchung über die Fähigkeit von Frauen, diesen Anforderungen in gemischtgeschlechtlichen Gesprächen nachzukommen, kommt West zu folgendem Ergebnis: Frauen leisteten viel mehr kommunikative Arbeit im Gespräch als Männer (181). Durch fortlaufendes aufmerksames Zuhören (Monitorreaktionen, Rückmeldeaktivitäten) ermöglichten sie einen konstanten Informationsfluss, während Männer als Hörer infolge verzögerter Reaktionen Unaufmerksamkeit oder Desinteresse an dem Gesagten signalisierten. Bei der Koordinierung von Themenübergängen zeigten die Frauen beträchtliches Geschick, einen glatten Übergang zwischen Themen herzustellen. Sie konnten Themen abschließen und neue Themen einführen, während Männer, und zwar nur sie, durch einseitige Themenwechsel abrupte Brüche in den Fluß der Gespräche brachten. Von allen konversationellen Anforderungen, die Goffman an eine Interaktion stellt, ist die Aufrechterhaltung von höflicher Übereinstimmung die wohl komplexeste. Höflichkeit wird bezeichnenderweise als eine individuelle Eigenschaft gesehen und nicht als Ergebnis interaktioneller Anstrengung. Während man von Frauen Höflichkeit und Korrektheit erwartet, wird rüpelhaftes Verhalten bei einem Mann nachsichtig übersehen. Die gesellschaftlich normativen Vorschriften für angemessenes weibliches und männliches Verhalten liefern keine Basis, um weibliche Kompetenz bei der Aufrechterhaltung von höflicher Übereinstimmung zu beurteilen.

West bezieht sich deshalb in ihrer Untersuchung auf eine von Marjorie Harness Goodwin erstellte Konversationsanalyse über den Gebrauch von Direktiva unter afro-amerikanischen Mädchen und Jungen, da Direktiva eine alternative Bewertungsbasis bieten. Goodwin fand heraus, dass Mädchen und Jungen Direktiva, d.h. Sprechakte, mit denen der Sprecher versucht, jemand anderen dazu zu bewegen, etwas zu tun, in dramatisch unterschiedlichen Weisen verwenden, um ihre Spiele zu organisieren. Jungen benutzten Direktiva in Form von Befehlen, um den untergeordneten Status der Angesprochenen zu betonen. Die Mädchen hingegen verwendeten Direktiva, die die Unterschiede unter den Gesprächsteilnehmerinnen verringerten. Die Mädchen luden andere ein, mitzuspielen und stellten gleichzeitig symmetrische Beziehungen unter den Gesprächsteilnehmern her. Die Formulierung der Direktiva im fortlaufenden Gespräch hatte einen wichtigen Einfluss darauf, wie auf sie in den anschließenden Beiträgen reagiert wurde. Wenn Jungen den Befehlen nicht nachkamen, formulierten sie Nichtbefolgung oft als verstärkte Erwidern. Wenn aber die Mädchen die Vorschläge von anderen Mädchen nicht befolgten, machten sie Gegenvorschläge und stellten somit keine hierarchischen Beziehungen her, da Vorschläge mit einem Gegenvorschlag beantwortet werden können.

Durch die unterschiedliche Art und Weise, wie Mädchen und Jungen bei ähnlichen Aktivitäten reden, stellen sie eine unterschiedliche soziale Organisation der Konversation her, die bei Mädchen eher als Aufrechterhaltung von höflicher Übereinstimmung beschrieben werden kann (vgl. ebenda: 190).

In der Arzt-Patient-Interaktion spielt die Formulierung der an die Patienten gerichteten ärztlichen Direktiva eine alles entscheidende Rolle, da die Patientenreaktionen auf ärztliche Direktiva über Leben und Tod entscheiden können. Die Weigerungen von Patienten, ärztliche Direktiva zu befolgen, sind beunruhigend hoch. Nach Schätzungen folgen 20 - 80% der Patienten den Ratschlägen ihrer Ärzte nicht (ebenda: 191).

West stellte 1990 bei der Analyse ärztlicher Direktiva fest, dass Ärzte „am häufigsten „unhöfliche“ Formen verwendeten, die die Unterschiede zwischen ihnen und den Patienten betonten und hierarchische Arzt-Patient-Beziehungen etablierten“. Männliche Ärzte reagierten auf die Anliegen ihrer Patienten, indem sie Anordnungen erteilten (Legen Sie sich hin! Lassen Sie das!). „Durch diese Mittel stellen sie asymmetrische Beziehungen her, in denen die Patienten keine andere Wahl haben, als zu tun, wie sie geheißen werden.“ (192)

Im Gegensatz dazu gebrauchten die Ärztinnen in der Studie von West die meiste Zeit „höfliche“ Direktiva wie Vorschläge. Dadurch verringerten sie die Standesunterschiede zwischen sich und ihren Patienten und betonten ihre Verbundenheit miteinander.

Im Hinblick auf die Compliance der Patienten bestimmte die Form der verwendeten ärztlichen Direktiva die Befolungsrate. So ergaben die Imperative der Ärzte nur in 47% aller Fälle einwilligende Reaktionen, das sind weniger als die Hälfte. In der Regel wurde eine Anweisung umso weniger befolgt, je unhöflicher sie formuliert war. Diese Regel traf auch auf Ärztinnen zu. Ihre Vorschläge für gemeinsames Handeln bekamen in 67% der Fälle einwilligende Reaktionen. Da weibliche Mediziner öfter als ihre männlichen Kollegen „höfliche“ Direktiva benutzten, war bei ihnen die Befolungsrate höher: 67% im Vergleich zu 47%. West stellt weiter fest, dass die „Höflichkeit“ nicht auf Kosten der Potenz ging. Im Gegenteil, der Gebrauch von abgemilderten Direktiva war bei den Ärztinnen effektiver und erfolgreicher im Hinblick auf die Compliance der Patienten als der Gebrauch von verstärkten Formen bei den Ärzten (vgl. ebenda 193).

Im ärztlichen Kommunikationsverhalten zeigt sich die konversationelle Kompetenz von Frauen darin, dass sie den Ablauf der Beiträge unter den Sprechenden organisieren, glatte Themenübergänge produzieren, eine höfliche Übereinstimmung aufrechterhalten, und die Befolgung ihrer Direktiva erreichen (194).

4. Die pragmatische Wirkung von Kommunikation

Bislang haben sich die Ausführungen zur interpersonellen Kommunikation vornehmlich auf linguistische Aspekte konzentriert, d.h. sprachliche Gesichtspunkte wurden in den Vordergrund der Betrachtungen gestellt. Im folgenden Abschnitt soll dieser Rahmen erweitert und Kommunikation, insbesondere die zwischen Arzt und Patient, in einem größeren Gesamtzusammenhang betrachten werden.

Auch wenn die Sprache das für den Menschen allein typische und am höchsten entwickelte Kommunikationsmedium darstellt, vollzieht sich Kommunikation nicht ausschließlich auf der verbalen Ebene. Das gesprochene Wort und das gehörte Wort sind immer auch mit parasprachlicher Information verbunden. Paralinguistische Phänomene wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit, oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen liefern wichtige Informationen. Das Spektrum körpergebundener Ausdrucksmöglichkeiten ist breit gefächert. Mimik, Gestik, Tonfall, Körperhaltung, Kleidung etc. ergänzen und qualifizieren das Gesagte (vgl. Burkart 1983: 69).

Die nonverbale Dimension erfüllt in der zwischenmenschlichen Verständigung eine entscheidende kommunikative Funktion, weil sie meist unbewusst abläuft und damit eine größere Authentizität besitzt als gesprochene Worte. Der Stimmtone allein vermittelt schon wichtige Informationen über den Sprecher, identifiziert einen ungeduldigen oder einen gestressten Arzt, einen schüchternen oder angsterfüllten Patienten (vgl. Oksaar 1988: 174).

In der ärztlichen Untersuchung übernehmen neben dem dominierenden Gehör- und Gesichtssinn die Nahsinne wie Geruchs-, Berührungs-, Temperatur- und Geschmacksinn wichtige zusätzliche Kommunikationsfunktionen. So sind Gerüche unter Umständen wichtige Indikatoren für bestimmte Krankheiten (vgl. Speierer 1985: 8).

Zur Klärung des Begriffs kann man **Kommunikation** nach Maletzke ganz allgemein als Prozess der Bedeutungsvermittlung zwischen Lebewesen beschreiben. Bei dieser Sichtweise ist der soziale Charakter von Kommunikation bereits deutlich zu erkennen, demzufolge Kommunikation als soziales Verhalten verstanden wird (vgl. Burkart 1984: 14).

Der Mensch kann sich nicht bloß verhalten, sondern er ist in der Lage, willentlich und zielorientiert zu handeln. Der kommunikativ Handelnde verfolgt ein Kommunikationsziel. Er will Verständigung über die mitgeteilten Bedeutungsinhalte zwischen sich und seinem Kommunikationspartner herstellen (vgl. ebenda 24). Menschliche Kommunikation wird als soziales Handeln beschrieben. Handeln bezeichnet ein Verhalten, welches bewusst und zielgerichtet abläuft.

Ist dieses Handeln in seinem Ablauf auf andere Menschen bezogen, spricht man von sozialem Handeln. Der Handlungsbegriff hebt den eingangs bereits erwähnten intentionalen Charakter von Kommunikation hervor. Damit Kommunikation überhaupt stattfinden kann, ist es notwendig, dass zwei Personen zueinander in Beziehung treten – sozialwissenschaftlich gesprochen: dass sie interagieren (vgl. ebenda: 22). Übertragen auf die Kommunikationssituation bedeutet dies:

Der Sender übermittelt dem Empfänger eine Nachricht. Der Empfänger reagiert darauf, wird dadurch zum Sender und umgekehrt, und beide nehmen aufeinander Einfluss. Der Prozess der Wechselbeziehung bzw. Wechselwirkung wird als **Interaktion** bezeichnet.

Menschen beeinflussen einander durch ihr Verhalten. Dies trifft für alle sozialen Interaktionen zu und ist auf das Prinzip der **Reziprozität** zurückzuführen, das auch in der Arzt-Patient Beziehung wirksam ist. Dieses Prinzip besagt, dass Ärzte und Patienten ihren Werten und Erwartungen entsprechend die Angemessenheit des Verhaltens des anderen kontinuierlich bewerten und darauf mit einem Verhalten reagieren, das dem des Gegenüber angepasst ist oder ihm zusteht. Ist der Patient beispielsweise mit seinem Arzt nicht zufrieden, wird er entsprechend reagieren. Dies kann sich darin ausdrücken, dass er sich non-compliant verhält, die Rechnung nicht bezahlt oder den Arzt wechselt. Ist er zufrieden, wird er ihn belohnen, sei es durch genaues Befolgen seiner Ratschläge oder durch ein Geschenk zu Weihnachten. Positive Aussagen oder ein freundlicher Gesichtsausdruck des Arztes werden demzufolge dieselben Verhaltensmuster im Patienten auslösen. Eine warme Begrüßung des Arztes wird der Patient mit einem guten Gefühl erwidern, das sich in einem Lächeln ausdrückt.

Reziprozität ist auch bei oberflächlich gesehen sehr unterschiedlichem Verhalten festzustellen. So wird ein kompetenter Arzt von den Patienten als freundlich eingeschätzt. Freundlichkeit an sich wird aber nicht mit Kompetenz gleichgesetzt, außer der Arzt zeigt wirkliche Kompetenz (vgl. Roter 1992).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass Ärzte in ihrem Verhalten durch das Benehmen, die Aussagen, das Interesse oder die Haltung ihrer Patienten beeinflusst werden. Im Extremfall wird ein gereizter, unfreundlicher Patient mit Sicherheit nicht dieselbe Behandlung erhalten wie ein Patient, der sich freundlich oder zumindest konstruktiv verhält. Das bedeutet also, dass die Erwartungen des Patienten, wie der Arzt ihn behandeln wird, sich erfüllen werden, weil die Erwartung des Patienten sein Verhalten formt und dieses durch reziprokes Verhalten des Arztes dem Patienten zurückgegeben wird (Roter 1992: 15 ff.).

Arzt und Patient sollten sich das Wirkungsprinzip der Reziprozität immer wieder verdeutlichen, um ihr Verhalten im gemeinsamen Gespräch so steuern zu können, dass beide sich gegenseitig positiv beeinflussen.

Erst wenn zwei Menschen ihre kommunikativen Handlungen aufeinander richten (Interaktion), kann sich Kommunikation vollziehen. Soziale Interaktion ist zwar die Voraussetzung für Kommunikation, garantiert aber allein noch nicht deren Erfolg, der nach Grice erst erreicht ist, wenn der Empfänger die Intention, mit der der Sender die Kommunikationshandlung gesetzt hat, erkennt und versteht, was der Sender meint.

In diesem Zusammenhang ist es also wichtig, zwischen bloßer Interaktion und Kommunikation klar zu unterscheiden. Während Interaktion nur den wechselseitigen Austausch von Mitteilungen kennzeichnet, kommt es bei erfolgreicher Kommunikation auf den Vollzug der Verständigung über Bedeutungsinhalte an. Kommunikation wird als ein wechselseitig stattfindender Prozess der vollzogenen Bedeutungsvermittlung begriffen (vgl. Burkart 1984: 24).

Watzlawick et al. wählen einen kommunikationspsychologischen Ansatz zur Definition von Kommunikation und beschäftigen sich mit den pragmatischen (verhaltensmäßigen) Wirkungen von Kommunikation. „Pragmatik gründet sich auf die beobachtbaren Wechselwirkungen menschlicher Beziehungen.“ Watzlawick und seine Kollegen vertreten die Ansicht, dass alles Verhalten Kommunikation ist (vgl. Watzlawick et al. 1969: 51ff.). Aus der plausiblen Erkenntnis abgeleitet, dass Verhalten kein Gegenteil hat („Mann kann sich nicht *nicht* verhalten.“) und jedes Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungsscharakter hat, gelangen sie zu der Aufstellung ihres bekannten Axioms „Man kann nicht *nicht* kommunizieren“. Jegliches Handeln oder Nichthandeln stellt eine Form von Kommunikation dar und beeinflusst andere, die ihrerseits nicht *nicht* auf diese Kommunikation reagieren können und damit selbst kommunizieren. Selbst die Vermeidung von Kommunikation durch Nicht-beachtung oder Schweigen widerspreche dem Gesagten nicht.

Die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren, ist eine Tatsache, die auch in der Arzt-Patient-Beziehung zum Tragen kommt. Nimmt der Arzt beispielsweise eine Patientenfrage nicht zur Kenntnis, weil er sich auf die Untersuchung konzentriert oder mit dem Eintragen in die Krankenakte beschäftigt ist, so gibt er trotzdem indirekt eine Stellungnahme ab, die den Patienten zu vielerlei Mutmaßungen über das ärztliche Verhalten anregt und mitunter zu einer Fehlinterpretation seines Gesundheitszustandes führt, weil er glaubt, der Arzt verschweige ihm etwas.

Nach Watzlawick et al. enthält jede Mitteilung nicht nur eine inhaltliche Information, sondern gleichzeitig auch einen Hinweis darauf, wie ihr Sender sie vom Empfänger ver-

standen 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“ (Watzlawick 1969: 53). Der Beziehungsaspekt bestimmt den Inhaltsaspekt und ist daher eine Metakommunikation, die meist nonverbal erfolgt (ebenda: 56).

Auch wenn sich der Inhalt des ärztlichen Gesprächs eher auf die Sachebene bezieht, so können auf der Beziehungsebene wichtige Informationen auf dem Wege der nonverbalen Kommunikation übermittelt werden. In diesem Zusammenhang sind zwei spezifische Arten von Fähigkeiten im ärztlichen Kommunikationsverhalten besonders hervorzuheben, zum einen das Vermögen, Emotionen durch nonverbales Verhalten wie Gesichtsausdruck, Stimme etc. zum Ausdruck zu bringen, zum anderen die Fähigkeit, das nonverbale Verhalten anderer zu entschlüsseln. Diese Fähigkeiten sind dauerhafte Qualitäten einer Person, die sich messen lassen.

Roter zufolge unterscheiden sich Ärzte diesbezüglich in ihrer kommunikativen Gewandtheit. Die Genauigkeit, mit der Ärzte die körpersprachlich ausgesendeten Emotionen entschlüsseln, gilt als signifikante Vorhersage, wie zufrieden die Patienten mit der Arzt-Patient Beziehung sind. "Physicians who could read body movement cues more accurately had more effective personal relationships with their patients." (Roter 1992: 70) Auch die Fähigkeit, intendierte Emotionen nonverbal auszudrücken steht mit der Patientenzufriedenheit in Verbindung. Ärzte, die darin geschickt sind, haben laut Roters Studie mehr Patienten und diese sind zufriedener.

Der Austausch von Informationen hat sowohl kognitive als auch emotionale Bedeutung. Die Mitteilungen des Patienten enthalten neben sachlichen (Herzschmerzen) auch persönliche (Angst) und beziehungsgerichtete Informationen (Vertrauen in den Arzt) (vgl. Speierer 1985: 11). Karl Bühler unterscheidet in seinem Kommunikationsmodell (1934) eine Darstellungs-, Ausdrucks- und Apellfunktion der Sprache. Nach Watzlawick (1969) hat jede Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt. Schulz von Thun (1981: 13, 30) hat diese Theorien unter Verwendung des Nachrichtenmodells von Shannon und Weaver kombiniert und ein eigenes Kommunikationsmodell zur Beschreibung und Erklärung sozialer Interaktion entworfen. Er hat damit ein Modell von heuristischem Wert konstruiert, das Bortz (vgl. Bortz 1995: 338) als ein gelungenes Beispiel für die Integration von Theorien bezeichnet und dessen Vorteil Schultz von Thun darin sieht, „dass es die Vielfalt möglicher Kommunikationsstörungen und -probleme besser einzuordnen gestattet und den Blick öffnet für verschiedene Trainingsziele zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit“ (Schultz von Thun 1981: 30).

Schulz von Thun geht von der Nachricht als kleinster Einheit der Kommunikation aus und betrachtet sie unter vier Aspekten (Nachrichten-Quadrat). Jede Nachricht enthält vier Botschaften: Selbstoffenbarung, Sachinhalt, Beziehungshinweis und Appell. Kommunikationspsychologische Probleme in der alltäglichen Interaktion lassen sich dem Autor zufolge auf diese vier Aspekte zurückführen.

Zunächst enthält die Nachricht eine **Sachinformation**. Gleichzeitig offenbart jede Nachricht auch etwas über den Sender selbst. Unter **Selbstoffenbarung** versteht Schulz von Thun sowohl die gewollte Selbstdarstellung als auch die unfreiwillige Selbstenthüllung. Aus der Nachricht geht ferner hervor, wie der Sender zum Empfänger steht, was er von ihm hält und wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht (**Beziehungsbotschaft**). Mit der Nachricht will der Sender Einfluss auf den Empfänger nehmen, ihn veranlassen, bestimmte Dinge zu tun, zu unterlassen, zu denken oder zu fühlen (**Appellfunktion**).

Botschaften können in der Nachricht implizit oder explizit ausgedrückt werden. Für implizite Botschaften wird oft der nonverbale Kanal benutzt.

Der Sender kommuniziert immer auf zwei Ebenen gleichzeitig: auf der Mitteilungsebene und auf der Meta-Ebene. Indem jemand etwas sagt, qualifiziert er das Gesagte auch. Mitteilungen können durch den Kontext, durch die Art der Formulierung, durch Körperbewegungen (Mimik und Gestik) oder durch den Tonfall qualifiziert werden und geben dann Hinweise darauf, wie die sprachlichen Anteile der Nachricht gemeint sind (vgl. Schulz von Thun 1981: 33, 36 ff.).

Wenn die nonverbalen Signale einer Nachricht im Widerspruch zu der sprachlich übermittelten Aussage stehen, spricht man von **Inkongruenz**. Inkongruente Nachrichten sind für den Empfänger verwirrend. Sie haben den Vorteil, dass der Sender sich nicht ganz festlegt, wie seine Mitteilung zu verstehen ist. Sie sind mitunter auch ein Zeichen dafür, dass der Sender sich unklar über seine Gefühle ist.

Goffman (1959) weist darauf hin, dass das meist unbewusste nonverbale Verhalten größere Authentizität besitzt und bei inkongruenten Nachrichten besonders zu beachten ist. Da Körpersprache grundsätzlich mehrdeutig ist, sollte ihre Interpretation nur in Zusammenhang mit dem gesamten Verhaltensmuster erfolgen (vgl. Geisler 1987: 135).

Ein Beispiel: der Patient sagt: „Ach woher, ich habe doch keine Angst vor der Untersuchung“ (vokaler Kanal), dabei zittern dem Patienten die Hände (visuell gestischer Kanal), sie sind kalt (thermal Kanal), er ist schweißgebadet (visueller u. olfaktorischer Kanal). Speierer 1985:18

Inkongruente Kommunikation ist für den Empfänger zunächst einmal unverständlich. Erst die Möglichkeit der Metakommunikation, d.h. darüber zu sprechen, klärt die Situation.

Unter **Metakommunikation** wird die Verständigung über Kommunikation verstanden. Der Empfänger kann sie nutzen, indem er inkongruente Nachrichten durch Nachfragen zu klären versucht.

Da alle vier Seiten der Nachricht immer gleichzeitig bei der Kommunikation wirksam sind, muss der kommunikationsfähige Sender sie sozusagen alle beherrschen. So nützt es z.B. wenig, sachlich Recht zu haben, wenn man die Beziehungsseite vernachlässigt, indem man einen falschen Ton anschlägt.

Betrachtet man das Nachrichten-Quadrat aus der Sicht des Empfängers, benötigt dieser theoretisch gesehen ein Ohr für jede Seite der empfangenen Nachricht. Je nachdem, welches seiner vier Ohren er auf Empfang geschaltet hat, wird er die Nachricht anders bewerten und das Gespräch einen unterschiedlichen Verlauf nehmen. Oft ist dem Empfänger gar nicht bewusst, dass er dadurch die Weichen für das zwischenmenschliche Geschehen stellt (vgl. Schultz von Thun 1981: 44).

Eine einseitige Spezialisierung beim Empfänger kann bedeuten, dass dieser vornehmlich die Sachebene einer Nachricht betrachtet. Dies ist verhängnisvoll, wenn das eigentliche Problem auf der zwischenmenschlichen Ebene liegt. Der umgekehrte Fall tritt ein, wenn die Beziehungsseite zu sehr in den Blickpunkt rückt und der Empfänger beziehungsneutrale Nachrichten als eine Stellungnahme zu seiner Person interpretiert.

In der Gesprächstherapie gilt das "Selbstoffenbarungs-Ohr" als wichtige Kommunikationsfertigkeit. Durch aktives Zuhören versucht der Therapeut, sich in die Gefühls- und Gedankenwelt des Senders nicht-wertend einzufühlen (Empathie), indem er die in den Sachaussagen des Senders verborgenen Gefühlsinhalte zu entschlüsseln versucht (vgl. Schultz von Thun 1981: 57). Die Fähigkeit des Arztes zur Empathie ist eine Grundvoraussetzung für die Kommunikation mit seinen Patienten.

Wie wir gesehen haben, kann der Empfänger dadurch, „dass er seine vier Ohren in unterschiedlich starkem Maße auf Empfang schaltet“, die Botschaft ganz anders interpretieren. Zudem hängt die **Dekodierung** (das Entschlüsseln der Nachricht) von seinen Erwartungen, Befürchtungen, Vorerfahrungen - kurzum: von seiner ganzen Person ab. Empfangsfehler können verschiedene Ursachen haben. Verständigungsfehler liegen besonders nahe, wenn Sender und Empfänger aus verschiedenen Sprachmilieus stammen. Schichtspezifische Sprachgewohnheiten behindern in hohem Maße die Kommunikation zwischen Arzt und Patient (vgl. ebenda: 63 ff.).

Ein weiteres Problem ist das Bild, das der Empfänger von sich selbst hat (Selbstbild), und das Bild, das der Sender vom Empfänger hat (Fremdbild)⁹. Jemand, der ein negati-

⁹ Dissoziationen von Selbst- und Fremdbild als Ursache von Kommunikationsstörungen und sozialer Distanz in der Arzt-Patient-Beziehung werden in Kapitel VI. auf Seite 56 eingehender behandelt.

ves Selbstkonzept hat, neigt dazu, auch akzeptierende und harmlose Botschaften so auszulegen, dass sie sein negatives Selbstbild bestätigen. Ein negatives Selbstbild verschafft seinem Besitzer immer wieder negative Erfahrungen, die dieses Selbstkonzept bestätigen und stabilisieren. Ein Beispiel ist der Patient, der als Kassenpatient eine schlechtere Behandlung erwartet.

Das Bild, das der Empfänger vom Sender hat, gründet sich oft auf eine relativ geringe Informationsbasis. Aufgrund der Kleidung, des Geschlechts, des Alters, der Sprache und einiger anderer Lebensumstände neigt der Empfänger dazu, das unvollständige Bild zu ergänzen. Hier spielen stereotype Bilder und in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen eine entscheidende Rolle. Diese Vorurteile kommen auch in der Arzt-Patient-Kommunikation zum Tragen.

Ein weiterer Aspekt der Dekodierung ist die innere Reaktion des Empfängers auf die erhaltene Nachricht. Der Empfänger trägt zu einem guten Teil die Verantwortung für seine Reaktion auf das Gesagte. Er wählt aus den Mitteilungen des Senders bevorzugt das aus, was seinem Wissen, seinen Vorstellungen, Erwartungen, Stereotypen (gefühlsmäßige Einstellungen) entspricht. Dies korrespondiert mit der von Festinger aufgestellten *Theorie der Kognitiven Dissonanz*, die besagt, dass der Mensch in seinem kognitiven System Widerspruchsfreiheit anstrebt. Aus dem Wahrgenommenen leitet er Hypothesen ab, die einerseits die Wahrnehmungsbreite einengen, andererseits die Wahrnehmung für das, was den Hypothesen entspricht, schärfen (vgl. Speierer 1985: 21). Dieser Vorgang wird als Akzentuierung bezeichnet.

Implizite Persönlichkeits-, Beziehungs- und Krankheitstheorien sind die Grundlagen der Hypothesen, mit denen Arzt und Patient ihr Gespräch beginnen. Sie leiten Wahrnehmung und Urteil und werden nur allzu leicht zu Unrecht nach Art der „sich selbst erfüllenden Prophezeiungen“ bestätigt. Dies kann bei einer krankheitsorientierten Einstellung auf Seiten des Arztes dazu führen, dass dieser seinen Blick auf Krankheitssymptome richtet und die persönlichen Umstände der Krankheit unberücksichtigt lässt und sich der Patient als Person vernachlässigt fühlt.

In eine ähnliche Richtung weist die behandlungsorientierte Einstellung auf Seiten des Patienten. Dieser erwartet vorzugsweise eine medikamentöse Behandlung: Erhält er diese nicht, fühlt er sich unverstanden und wechselt möglicherweise den Arzt. Folgen dieser Einstellung können auf der Sachebene zu Gefälligkeitsbehandlungen und Placebothérapien auf Seiten des Arztes und zur Aufrechterhaltung falscher Vorstellungen über seinen Zustand auf Seiten des Patienten mit der Gefahr iatrogenen Fixierung (der Glaube, dass Hilfe nur durch ärztliches Eingreifen zu erwarten ist) führen (vgl. ebenda: 24).

Krankheitstheorien des Patienten, die im Widerspruch zu ärztlichen Ratschlägen stehen, müssen im gemeinsamen Gespräch aufgedeckt und geklärt werden (Metakommunikation). Hat der Patient aber den Arzt als dominant, herablassend und kurz angebunden erlebt, wird er sich nicht trauen, ihn diesbezüglich zu fragen (25).

Die Rückmeldung (**Feedback**) ist ein wichtiges psychologisches Steuerungselement in der Arzt-Patient-Kommunikation. Negatives ärztliches Feedback, wie abrupter Adressantenwechsel, ungenaue Mitteilungen, die Unsicherheit ausdrücken, Nichtbeachtung oder Übergehen von Fragen, Verschieben der Antwort auf einen Nebenaspekt der Frage, Floskeln, ironische Bemerkungen und Einschüchterungen, tragen entscheidend dazu bei, dass Patienten sich passiv verhalten und zögern, Fragen zu stellen (vgl. ebenda 27).

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Ein zentraler Faktor ist der Arzt selber. Sein Wissen und seine Haltung entscheiden darüber, welchen Platz er dem Gespräch in der Behandlung einräumt. Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung wird dabei nicht unwesentlich von seiner Kenntnis der pragmatischen Wirkungen von Kommunikation beeinflusst. Das Wissen, das sich Kommunikation auf einer Inhalts- und einer Beziehungsebene vollzieht, wobei letztere das Gesagte meist nonverbal quantifiziert, hilft dem Arzt Verständnisstörungen in der Arzt-Patient-Kommunikation zu erkennen und inkongruente Patientenbotschaften mit Hilfe von Metakommunikation zu entschlüsseln.