

Matthias Thome

Arzt/Ärztin - Patient/Patientin

**Geschlechtsspezifisches Sprachverhalten
und Arzt-Patienten-Interaktion**

Saarbrücken, 1996

Inhalt

| | |
|---|----|
| 1. Vorbemerkung und Einleitung | 1 |
| 1.1 In eigener Sache | 1 |
| 1.2 Kritik der Forschung an bisherigen Ergebnissen und Methoden | 3 |
| | |
| 2. Arzt und Ärztin in soziologischer und linguistischer Sicht | 5 |
| 2.1 Macht und Status von Mediziner*innen | 5 |
| 2.2 Ärztin - Ein Statusdilemma? | 7 |
| | |
| 3. Geschlechtsspezifisches Sprachverhalten bei Ärztinnen und Ärzten | 10 |
| 3.1 Unterbrechungen | 10 |
| 3.2 Ärztliche Anordnungen | 11 |
| | |
| 4. Schlußbemerkung: Konsequenzen für die Sprachforschung und den medizinischen Bereich | 13 |
| | |
| Literatur | 15 |

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten generischen Begriffe beziehen sich immer auf das Geschlecht, das sie auch grammatisch innehaben. So meint z.B. *Patient* oder *Patienten* ausschließlich männliche Behandlungssuchende. Für die weiblichen Vertreter wird grundsätzlich *moviert*. Sind beide Geschlechter angesprochen, werden beide explizit genannt oder durch Alternativformen (vom Partizip Präsens abgeleitete Form, großes *I*) vertreten. Auf diese Weise soll eine klare Differenzierung gewährleistet werden, die in der Literatur häufig fehlt und somit nicht selten Verwirrungen stiftet.

*Seitdem die Frauen das Recht erhalten haben,
sich ebenso laut zu blamieren wie die Männer,
ist der zauberhafteste Nimbus der Jahrhunderte
zergangen.*

Ludwig Marcuse

1. Vorbemerkung und Einleitung

1.1 In eigener Sache

Daß ein Thema wie das der vorliegenden Arbeit ausgerechnet von einem „Vertreter des Patriarchats“ gewählt wird, stellt heute noch immer eine Ausnahme und Besonderheit dar. Teilen des weiblichen Publikums des Hauptseminars, in dessen Rahmen das entsprechende Referat gehalten wurde, war diese Tatsache derart suspekt, daß sie den Referenten in der Tat einer Persiflage dieses für die meisten Kommilitoninnen nach wie vor doch äußerst wichtigen Aspekts der Sprachwissenschaft verdächtigten. Dieses (Miß)Verhältnis spiegelt sich auch in der einschlägigen Literatur und Forschung wider, wo die Herren Hein und Nowak¹ zu den wenigen Männerstimmen zählen, die überhaupt zu diesem Thema zu hören sind. Angesichts des jahrelangen Kampfes der feministischen Bewegung gegen sprachliche Ungerechtigkeiten und gegen für Frauen ungünstige Interaktionsmuster - von dem langen Ringen um Gehör und den verständlicherweise zunächst sehr provokanten wie lautstarken Versuchen des Anprangerns ganz zu schweigen -, müßte jedoch nun endlich die Zeit des Dialogs und der sachlichen Auseinandersetzung mit der erwähnten Problematik anbrechen.

Dem interessierten Mann wird ein solcher Zugang allerdings nicht gerade einfach gemacht, finden die Vorträge von Spezialistinnen auf diesem Gebiet doch noch immer unter Ausschluß der männlichen Öffentlichkeit statt. Des weiteren gestaltet sich die Lektüre auch neuester Publikationen nicht selten problematisch, da die leichtsinnige Interpretation, ja das beinahe schon selbstverständliche, einfache Abtun von Gegenargumenten männlicher Provenienz als inadäquate Demonstration „patriarchaler Macht“² mithin unnötig Ärger auslöst. Abgesehen davon, daß es sich dabei um einen wenig wissenschaftlichen, inflationären Gebrauch des Machtbegriffes handelt³, der weiter unten noch zu kommentieren sein wird, entsteht an vielen solcher Stellen der Eindruck, daß diejenigen, die mit sexistischen Vorurteilen aufräumen wollen, sich ihrerseits nicht entblöden, selbige zu verbreiten. Auch drängt sich dabei in gewissem Maße der Verdacht auf, daß vielleicht lediglich polemisiert und auf vergleichbare Weise Rache für die jahrhundertelange Unterdrückung der Frau geübt werden soll.

¹ Vgl. Literaturliste

² Vgl. etwa Fisher 1984:144 oder Tannen 1995 passim

³ Vgl. Gräßel 1991:130f.

Zum andern stellt sich die Frage, wie gesellschaftliche Veränderungen - insbesondere der Sprache - herbeigeführt werden sollen, wenn weiten Teilen der Betroffenen die Kompetenz oder die Berechtigung zu einer Meinungsäußerung abgesprochen, ihnen die expliziten Gründe für die Änderungen wie auch deren Art und Sinn geradezu vorenthalten werden. Angesichts der relativen Autonomie von Sprache gegenüber denjenigen, die sich ihrer bedienen, dürfte es einem eher kleinen Kreis kaum gelingen, einfach und unabhängig zu beschließen, was zu vermeiden oder zu verbessern ist.

Genausowenig kann ausschließlich ein bestimmter Teil der Sprachbenutzenden aufgrund lediglich physischer Merkmale generell für sprachliche Mißstände verantwortlich gemacht werden. Bei allem Verlangen nach Reformen sollte auf keinen Fall das Bewußtsein für die eigentliche Problematik und für die Eigenart von Sprache verlorengehen. Es ist daher auch nicht zu vergessen, daß Sprache zum einen lediglich die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse in den Köpfen der Menschen (jedweden Geschlechts) wiedergibt. Andererseits schleppt sie natürlich auch viele Relikte aus den Zeiten expliziter gesellschaftlicher Ungleichheit der Geschlechter mit, die nun einmal zu unserer Geschichte gehören, heute sprachlich noch vorhanden sind, aber nicht unbedingt noch dieselben Einstellungen transportieren müssen.¹

Letzten Endes kann natürlich nicht geleugnet werden, daß Sprache bei den Geschlechtern nun einmal Unterschiede macht und allzu oft den Mann „bevorzugt“. Inwieweit damit wirklich Ungerechtigkeiten konstruiert und aufrechterhalten werden, bleibt aber fraglich. Daß etwa ein Großteil der Personalpronomen männlicher Form sind², ist eine schwerlich abzuschaffende Tatsache, die ihrerseits aber auch wohl kaum der „Festigung der Vormachtstellung des Mannes“ dienen soll. An entsprechender Stelle alternativ *frau* zu gebrauchen, stellt sicher ein hervorragendes Mittel dar, um auf solche „Ungerechtigkeiten“ hinzuweisen, doch ist es „einfach ein zu grelles Signal an zu unscheinbarer Stelle“³. Solange die Sprachgemeinschaft diese neue Konstruktionsmöglichkeit nicht geschlossen annimmt, wird sich eine solche Änderung auch nicht durchsetzen lassen.

Vernünftiger scheint es da, tatsächliche Sexismen zu bekämpfen, die sich auch wirklich abschaffen lassen: etwa die häufig noch immer kursierenden *Studenten*, an deren Stelle ohne weiteres *Studierende* treten können. Wo man wider kleine Auffälligkeiten streitet, während es in manchen Prüfungsordnungen nicht möglich scheint, die *Professorin* - wenn es sich in der Tat um eine handelt - neben die *wissenschaftliche Mitarbeiterin* zu setzen, zeigt man nicht nur Inkonsequenz, begibt man sich nicht nur in die Gefahr, sich lächerlich zu machen, sondern dort verschwindet auch jegliches Gespür für Relationen und Maßstäbe. Dies betrifft durchaus auch die einschlägige Literatur, liest man einen Titel wie „Gewalt durch Sprache - Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen“⁴. Wenn auch sicherlich zum oben bereits erwähnten Zweck der feministischen Provokation so reißerisch gestaltet, ist hier Zimmers Kritik doch vollkommen verständlich:

„(...) da ich es für eine willkommene Eigenschaft der Sprache halte, Unterschiede anzuerkennen und das Bewußtsein für sie zu erhalten, mag ich inflationären Wortgebrauch nicht, der etwa den Terror, den Todesschwadronen ausüben, sprachlich mit jenem „Terror“ gleichsetzt, der angeblich von einer Anzeige für irgendeinen Konsumartikel ausgeht (...).“⁵

Die entsprechende Publikation und Veröffentlichungen, die einen vergleichbaren Ton anschlagen, sollen damit aber auf keinen Fall zu inadäquaten, wenig ernstzunehmenden Streitschriften degradiert

¹ Vgl. auch Zimmer 1996:68ff

² Z.B. *man*, *jemand* etc.

³ Zimmer 1996:75

⁴ Trömel-Plötz 1984

⁵ Zimmer 1996:67

werden. In der Tat ist das Beklagen der genannten Phänomene - insbesondere die Sprachverwendung bzw. das Sprachverhalten betreffend - auf den ersten Blick nachvollziehbar und scheint so durchaus berechtigt: Bei ihrer empirischen Studie zum geschlechtsspezifischen Verhalten von Medizinerinnen bei Redeunterbrechungen etwa ist West¹ zu erstaunlichen und höchst interessanten Ergebnissen gekommen. Am Ende muß die Autorin jedoch einräumen, daß ihr „Beweismaterial nicht schlüssig“² ist.

1.2 Kritik der Forschung an bisherigen Ergebnissen und Methoden

An dem gerade angesprochenen Punkt setzt auch die Kritik innerhalb der Forschung an, da Zugeständnisse wie das von West, obwohl oft vonnöten, bei den meisten Untersuchungen gerade aus jener Zeit fehlen. Vor allem Gräbel³ bemängelt, daß es sich bei vielen bisherigen Forschungsergebnissen um vorschnelle Aussagen und willkürliche Interpretationen handelt, die nach der Analyse oft nur eines, meist sehr kurzen, Gespräches getätigt worden sind. Bei der Behandlung mehrerer Gespräche fehle der Vergleich, individuelles Sprachverhalten werde von vornherein ausgeschlossen. Die besprochenen Phänomene, so die Autorin, seien auch stets von Situation und Kontext gelöst, es werde immer nur nach ihrer Häufigkeit gefragt, jedoch nie nach der Ursache ihres Auftretens.⁴

Gräbel unterstützt die These, daß alle Ergebnisse entsprechender Untersuchungen keine Allgemeingültigkeit besitzen können, sondern grundsätzlich kontextabhängig sind und auch nur dann Gültigkeit haben, wenn man bei der Analyse ähnlicher Situationen bei vergleichbaren Umständen zu den gleichen Ergebnissen gelangt. Somit hat z.B. ihre Aussage, die Bearbeitung einer zehnstündigen Materialbasis habe gezeigt, daß in Fernsehdiskussionen (und nur dort!) Frauen eher als Männer dazu neigen, Sätze anderer zu vollenden⁵, nicht nur einen hohen Grad an Wissenschaftlichkeit, sondern ist auch glaubwürdig. Wenn Fisher dagegen auf der Basis von drei kürzeren Diagnosegesprächen durch die Verbindung von „linguistische(n) mit eher impressionistischen ethnographischen Daten“⁶ zu der Feststellung gelangt, daß Ärzte bei der Entscheidung für bestimmte Behandlungsmethoden meist ihren Willen gegenüber dem der Patientin durchsetzen, obwohl es „vielleicht sogar plausibler“ scheint, die entsprechenden „Vorgänge als individuelles Problem zu interpretieren“⁷, handelt es sich dabei wohl mehr um eine dem Verdacht entsprechende Deutung als um ein repräsentatives Ergebnis. Dies zeigt, daß ein Großteil der einschlägigen Literatur, auch der für die vorliegende Arbeit verwendeten Publikationen, mit einiger Vorsicht zu behandeln und stets zu hinterfragen ist. Auf keinen Fall scheint es aber ratsam aus diesem Grunde auf die entsprechenden Schriften zu verzichten, da sie die Mehrzahl der Beiträge ausmachen und hier nicht zuletzt ein Einblick in die bisherige Forschung gegeben werden soll. Zum andern geht es auch vielen Verfasserinnen „lediglich“ darum, die Relevanz bestimmter Phänomene vor Augen zu führen⁸, die in der Forschung wenig oder noch nicht berücksichtigt worden sind. Doch wenn mit den einleitenden Worten hier auch schon einiges an

¹ 1984; ausführlich in 3.1

² Ebd.:193

³ Der Beitrag von Gräbel (1991) gehört zu den wenigen empirisch repräsentativen Untersuchungen. Die Autorin konnte mit ihrer Analyse von Fernsehdiskussionen viele in der feministischen Sprachforschung gängigen Hypothesen widerlegen (vgl. ebd.:293ff).

⁴ Vgl. ebd.:184ff

⁵ Vgl. ebd.:294

⁶ Fisher 1984:145

⁷ Ebd.:158

⁸ Vgl. etwa West 1984:193

Kritik geübt worden ist, wird es sich nichtsdestoweniger kaum vermeiden lassen, an den entsprechenden Stellen in dieser Arbeit erneut auf etwaige un schlüssige Folgerungen und zweifelhafte Aussagen hinzuweisen.

Dabei soll es hier keinesfalls darum gehen, den Wert bisher geleisteter Bemühungen zu schmälern, Herangehensweisen in sachliche und in solche einzuteilen, die möglicherweise durch eine vorgefertigte Meinung gekennzeichnet sind. Vielmehr soll neben der Äußerung mit Sicherheit berechtigter Einwände die Nähe zu dem jeweiligen Forschungsansatz deutlich werden: Bei demjenigen, in dessen Rahmen wohl die meisten der hier angeführten Beiträge entstanden sind, handelt es sich um die sogenannte 'sex-dialect-hypothesis'¹. Auf ihrer Grundlage wird versucht, das kommunikative Verhalten von Männern und Frauen aufgrund faktischer Sprachunterschiede, wie etwa Frauen eigenen Abschwächungen oder für Männer typische Unterbrechungen, zu beurteilen. Bei dem zweiten Ansatz, der 'sex-stereotype-hypothesis', geht man hingegen nicht davon aus, daß es bei den Geschlechtern nachweisbare Sprachunterschiede gibt, sondern davon,

„daß Urteile von stereotype gebundenen Erwartungen determiniert werden, d.h. im Sinne einer „selffulfilling prophecy“ bestätigt werden. (...) der reale Geschlechtsunterschied der Sprechenden (...) (aktiviert) stereotype Vorstellungen (...), auch wenn das Sprachverhalten von Frauen und Männern identisch ist.“²

Innerhalb dieser Richtung hat man z.B. die 'verbal intensity' als Kriterium für Durchsetzung untersucht, wobei sich gezeigt hat, daß für Männer eine höhere Intensität - etwa gekennzeichnet durch die Verwendung starker Direktiva³ - für Frauen hingegen eine geringere für Durchsetzungszwecke effektiver ist. Männern sei es gestattet, sich starker Methoden zu bedienen, während dies für Frauen eher kontraproduktive Auswirkungen habe. Sie hätten - vor allem bei Männern - sprachlich mehr Erfolg, wenn sie sich z.B. mit der Hilfe von 'tag questions' tentativ ausdrückten.

Bei einer weiteren Untersuchung ist die Grundannahme sogar die, daß sprachliche Merkmale eher wahrgenommen werden als das Geschlecht, und man hat nur noch zwischen 'powerful' und 'powerless style' unterschieden. Demnach lassen beispielsweise geringe Sprechmenge und häufige Pausen Sprechende grundsätzlich wenig kompetent und überzeugend erscheinen. An anderer Stelle werden die Begriffe wieder mit dem Geschlecht in Verbindung gebracht: Männern wird der 'powerful style' zugeordnet, Frauen das Gegenstück, unter dem genau die Merkmale subsumiert werden, die man anderswo als dem 'female register' zugehörig befand. In einer Folgestudie hat man gezeigt, daß diese „Gleichsetzung des Sprachverhaltens von Frauen mit Machtlosigkeit (...) insofern ihre Berechtigung hat“⁴, als jene weniger starke Art zu sprechen häufiger mit femininem Ausdruck assoziiert wird.⁵

Diese Forschungsrichtung, die Sprechstile, Geschlecht und Durchsetzung bzw. Macht in Verbindung zu bringen sucht, erscheint noch interessanter, wenn man die für Männer und Frauen unterschiedliche Bewertung des sprachlichen Handelns berücksichtigt: So können auch Männer, falls nötig, im 'female register' sprechen - und dies macht den einen Ansatz wiederum fraglich -, ohne unbedingt mit negativen Konsequenzen rechnen zu müssen.⁶ Wenn Frauen hingegen Kompetenz kommunizieren „und damit das auch heute noch gültige Vorurteil der geringeren (oder andersartigen) Kompetenz

¹ Auch 'genderlect-' oder 'female-register-hypothesis'

² Thimm 1995:123

³ Näheres zu diesem Sprechakttyp S. 12

⁴ Thimm 1995:125

⁵ Vgl. ebd.:123ff

⁶ Vgl. Thimm 1995:124

von Frauen widerlegen“¹, stoßen sie insbesondere bei Männern nicht selten auf die härtesten Durchsetzungsstrategien.

Hier wird deutlich, daß bei der vorliegenden Problematik eine rein linguistische Betrachtung keinesfalls ausreichen kann und großes Gewicht auf eine soziologische Komponente gelegt werden muß. Andererseits zeigt sich, wie sinnvoll die Betrachtung von Interaktionen gerade im medizinischen Bereich ist. Da es sich dabei um ein hierarchisch stark durchorganisiertes soziales Teilsystem handelt, das an sich schon hohes gesellschaftliches Ansehen besitzt, ist anzunehmen, daß nirgendwo sonst die gerade besprochenen Zusammenhänge und Verhältnisse so klar zutage treten wie bei der Tätigkeit von Ärzten und Ärztinnen. Aus diesem Grunde soll das Augenmerk zunächst dem Stand des Arztberufes in unserer Gesellschaft gelten - natürlich stets in Verbindung mit für die Linguistik relevanten Aspekten -, bevor die weiter oben thematisierten Aspekte und Phänomene ausführlich dargestellt werden.

2. Arzt und Ärztin in soziologischer und linguistischer Sicht

2.1 Macht und Status von Medizinern

In unserer Gesellschaft genießt wohl keine andere Gruppe eine solche institutionelle Macht wie die der Mediziner². Todd spricht in diesem Zusammenhang von einer „gottähnlichen“ sozialen Stellung, die schon anhand des äußeren Verhaltens sichtbar wird: Während sich der Arzt bei seiner Berufsausübung in einem Bereich befindet, der um ihn organisiert ist, befindet sich sein(e) PatientIn auf fremdem Boden und ist daher nicht selten befangen. Der Arzt läßt die zu behandelnde Person warten, um ihr dann aufrecht und mit einem seinen Status symbolisierenden weißen Kittel bekleidet zu begegnen, während der behandlingssuchende Mensch meist liegend und entkleidet auf seine Behandlung wartet.³ Neben seinem großen Vorsprung in Sachen Fachwissen besitzt der Mediziner eine beträchtliche Steuerungsmacht, indem er bestimmt, welche Informationen, etwa bezüglich der Diagnose oder der Behandlungsmethode, an die Patientin bzw. den Patienten weitergegeben werden und welche Vergünstigungen, in Form von zeitlichem und materiellem Aufwand z.B., er ihr bzw. ihm gewährt oder vorenthält.⁴

Diese asymmetrische Beziehung wird auch auf sprachlicher Ebene wiedergespiegelt wie auch teilweise erzeugt: Zum einen ist der Arzt seinen PatientInnen durch die Kenntnis der medizinischen Fachsprache überlegen und kann so auch komplizierte Sachverhalte adäquat und eloquent formulieren, zum andern kontrolliert er aufgrund der eben dargestellten Vorteile den Ablauf des Gesprächs mit den Behandlungssuchenden. Um den Beweis für letztere Annahme zu erbringen, hat Todd Arzt-Patientinnen-Gespräche in einer Klinik und einer Privatpraxis analysiert. Dafür hat sie die verschiedenen Interaktionen in Sprechakte aufgegliedert und ist schließlich zu dem Ergebnis gelangt, daß die Ärzte mehr Fragen stellten als die Patientinnen, die wiederum mehr Antworten gaben.

¹ Ebd.:125

² Obwohl dies sicher auch auf Ärztinnen zutreffen kann, meint die Autorin des hier vorgestellten Beitrags in erster Linie nur die männlichen Vertreter der Berufssparte. Leider spricht sie oft auch von *Patienten*, obwohl sie sich Patientinnen über äußern will. Da hier aber auch Phänomene angesprochen werden, die Behandlungssuchende jedweden Geschlechts betreffen, werden in der vorliegenden Arbeit alternative Formen für die letztgenannte Personengruppe verwendet.

³ Vgl. Todd 1984:163ff und Tannen 1995:286

⁴ Vgl. Siegrist 1988:225

Außerdem äußerten die Ärzte zweimal so viele Behauptungen wie die Patientinnen und formulierten bis auf eine Ausnahme alle Direktiva.¹

Auf den ersten Blick haben sich bei dieser Untersuchung also alle Erwartungen hinsichtlich der ärztlichen Interaktionskontrolle bestätigt. Fraglich bleibt nur, ob die Bearbeitung von 2566 einzelnen Sprechhandlungen aus lediglich zwei Bereichen repräsentativ sein kann. Auch fehlt der Vergleich, wobei gerade der mit der Verteilung bei den behandelten Männern sicher nicht unwichtig ist. Außerdem hat die Autorin die Sprechakte nicht näher spezifiziert, so daß nicht klar ist, ob es sich bei den Direktiva um ausdrückliche Befehle oder abgeschwächte, freundlichere Formen gehandelt hat. In Anbetracht der Tatsache, daß in den meisten Fällen allein der Arzt weiß, wie welches Medikament in welchem Kontext anzuwenden und welches Körperteil für welche Behandlung zu entblößen ist, versteht sich die obige Verteilung zudem fast von selbst. Demnach dürfte hier nicht so sehr die Anzahl, sondern müßte eher die Art der entsprechenden Äußerungen von Interesse sein. Es macht nun einmal einen Unterschied ob *Sofort ausziehen!* gesagt wurde oder *Ich müßte dann noch Ihre Lunge abhören. Würden Sie bitte ihren Oberkörper freimachen*, und auf eine Äußerung wie *Herr Dr. Müller, ich habe ein pulmonales Karzinom, horchen Sie mal bitte meine Lunge ab*. wird ein fachkundiger Patient von sich aus wohl kaum kommen.

Gleiches gilt für die Behauptungen: Eine Äußerung wie *Ihnen tut sicher der Brustkorb weh*. ist im Falle des schweren Verdachts auf einen Rippenbruch sicher nicht an den Haaren herbeigezogen. Es ist wohl kaum anzunehmen, daß es sich bei all den Sprechakten ausschließlich um so extreme Äußerungen wie in den wenigen von Todd aufgezeigten Beispielen gehandelt hat.

Auch die Verteilung der Fragen und Antworten kann einfach zu erklären sein, denn meistens kennt eben nur der Arzt die für die deutliche Abgrenzung von Krankheitsbildern relevanten Redegegenstände. Ein Suchen nach Symptomen im gleichberechtigten Dialog mag vielleicht angenehmer scheinen, doch wird es, wenn nicht am erheblichen Zeitaufwand, an der mangelnden Sachkompetenz der einen Partei scheitern. Todd ist jedoch der Auffassung, daß die Beiträge von Arzt und Patientin eigentlich die gleiche Anzahl haben müßten, da die Frauen schließlich „mit Informationen über ihr Anliegen“² zum Arzt kämen und von ihm eine Dienstleistung erwarteten. Da sie mit ihrer Studie aber ein asymmetrisches Interaktionsverhältnis aufgedeckt zu haben glaubt, das den Erkenntnissen der Forschung hinsichtlich der alltäglichen Konversation zwischen Männern und Frauen entspreche, sieht sie Frauen „doppelter Gefährdung“³ ausgesetzt: Ihrer Meinung nach begegnen Frauen beim Arzt noch einmal der interaktionellen Ungleichheit, die sie schon im Alltag erdulden müssen, und dies angesichts der Tatsache, daß sie ohnehin alle so sozialisiert seien, „daß sie sich dem Willen von anderen beugen und (...) Gehorsam gegenüber der Autorität zeigen“⁴.

An dieser Stelle sind zwei wichtige Einwände zu formulieren: Erstens entsteht durch Behauptungen wie die letztgenannte, aber auch durch abschließende Ratschläge wie den, daß sich Frauen mit „einer aktiven Fragestrategie“⁵ gegen die Fremdbestimmung zur Wehr setzen sollten, der Eindruck, daß Todd ihre Geschlechtsgenossinnen grundsätzlich als inkompetente, wehrlose Opfer einstuft. In dieser Hinsicht bemängelt auch Thimm, daß die feministische Linguistik allzuoft die Frau auf die Rolle der Betroffenen beschränkt, ohne etwa gesondert zu untersuchen, ob und wie Frauen entsprechende Situationen mitkonstruieren.⁶ In gleicher Weise kritisiert Gräßel die Charakterisierung der Frau als machtlos und die damit einhergehende, den Mann betreffende Zuschreibung aller Macht. In vielen Beiträgen rekurrierte man auf ein Alltagsverständnis von Macht - wenig abgegrenzt von Begriffen wie

¹ Vgl. Todd 1984:167f.

² Ebd.:168

³ Ebd.:168

⁴ Todd 1984:164

⁵ Ebd.:180

⁶ Vgl. Thimm 1995:120

‘Status’ oder ‘Dominanz’ -, wodurch die Möglichkeit vertan werde, „sich an die sozialwissenschaftliche Macht-Diskussion anzuschließen und das verwendete Macht-Konzept auf den derzeitigen Stand der Diskussion zu bringen“¹. Gräßel versteht ‘Macht’ aber im Sinne von Max Weber und somit nicht als nur wenigen Menschen zugängliche Ressource oder als askriptives Attribut irgendwelcher Akteure, sondern als Umschreibung bestimmter sozialer Beziehungen in bestimmten Situationen. Es könnte also höchstens behauptet werden, daß Männer in einigen Lebensbereichen mehr Macht besitzen als Frauen. Dabei scheint die Annahme der Geschlechtszugehörigkeit als einzige Ursache eher problematisch, da im sozialen Kontakt immer mehrere Faktoren - gesellschaftlicher Status, Bekanntheitsgrad etc. - eine Rolle spielen, die je nach Umstand unterschiedliches Gewicht haben können.²

Zweitens schenkt Todd dem gesellschaftlichen bzw. institutionellen Zusammenhang nicht gerade in ausreichendem Maße ihre Aufmerksamkeit. Sie bemerkt zwar, daß ihre Patientinnen einem medizinischen System entgegentreten, das allzuoft die sozialen Interessen wie auch die Informationen der Ratsuchenden über ihren sozialen Kontext ignoriert und sich auf die biotechnische Wiederherstellung von Körperteilen beschränkt, doch gilt dies für Patienten beiderlei Geschlechts. Wenn aus unserem von Grund auf „inadäquaten Gesundheitsmodell“³ eine nur unzureichende medizinische Versorgung hervorgeht, dürfen Männer wohl kaum - zumindest geht nichts Gegenteiliges aus Todds Untersuchung hervor - eine bessere Behandlung erwarten. Des weiteren glaubt die Autorin, daß der Sektor der Medizin die in unserer patriarchalen Kultur vorherrschenden „generellen sexistischen Einstellungen Frauen gegenüber“⁴ widerspiegelt und verstärkt, was nicht zuletzt aus der geringen Anzahl von Ärztinnen hervorgehe⁵. Hier wird deutlich, daß auch eine Betrachtung des weiblichen Teils des Berufsstandes vonnöten ist. Im folgenden soll es daher um die Medizinerin in der Gesellschaft und später um das etwaig geschlechtsspezifische Sprachverhalten von Ärztinnen und Ärzten gehen.

2.2 Ärztin - ein Statusdilemma?

Nach der Meinung von West geht unsere Gesellschaft bei dem Status ‘Arzt’ von einer Kategorie aus, die Eigenschaften wie männlich, christlich, weiße Hautfarbe in sich verbindet. Wenn einer Person, die diesen angesehenen Beruf ausübt, eines dieser Attribute fehlt, so die Autorin, „ergibt sich (...) ein Statusdilemma (...), und zwar sowohl für die Betroffenen selbst als auch für diejenigen, mit denen sie in Kontakt treten“⁶. Ein solcher Konflikt ergebe sich etwa für eine Frau, die den Arztberuf ausübt, da nicht klar sei, ob sie zur gesellschaftlichen Kategorie ‘Frau’ gehört oder als Mitglied des Berufsstandes ‘Arzt’ aufzufassen ist. Laut West geht das Dilemma bereits aus einer Bezeichnung wie *lady doctor* hervor, da das Adjektiv *lady* unterstreiche, daß bei dem Status ‘Arzt’ normalerweise männliches Geschlecht vorausgesetzt wird.⁷

Gegen diesen Vorwurf von Sexismus ist gleich mehrfach Einspruch zu erheben: Zunächst sollte nicht vergessen werden, daß es sich beim Englischen um eine stark analytische Sprache handelt, die als solche „grammatische Beziehungen nicht innerhalb des Wortes“⁸ etwa durch Flexion zum Ausdruck

¹ Gräßel 1991:131

² Vgl. ebd.:130ff

³ Todd 1984:177

⁴ Ebd.:164

⁵ Ebd.:169

⁶ West 1984:185

⁷ Vgl. ebd.:185

⁸ Lewandowski 1994:64

bringt, sondern durch Hilfswörter oder Wortstellung anzeigt. Im Gegensatz zum Deutschen wird im Englischen somit auch keine Movierung¹ vollzogen und, da selbst der Artikel keine Auskunft über das Geschlecht einer Bezeichnung gibt, muß daher zusätzliches Wortmaterial herangezogen werden, wenn etwa verdeutlicht werden soll, daß es sich bei einer berufstätigen Person um eine Frau handelt. Damit erhält das jeweilige Nomen eine Kennzeichnung, die es im Hinblick auf das Geschlecht näher definiert. In diesem Zusammenhang spricht man auch von 'markedness', der Markiertheit von generischen Begriffen, die als in angelsächsischem Sprachgebiet üblich, auf keinen Fall aber als sexistisch einzustufen ist. Ein Beispiel: Das englische *cat* meint wie das deutsche Äquivalent *Katze* alle katzenartigen Lebewesen unabhängig vom jeweiligen Geschlecht. Sollen nun aber die Geschlechter unterschieden werden, verbleibt der Begriff bei den weiblichen Katzen, während männliche im Deutschen als Kater bezeichnet werden. Um im Englischen aber auszudrücken, daß von einem Kater die Rede ist, wird *cat* mit *tom-* markiert (wobei nicht bekannt ist, ob jemals ein englischsprachiger Tierfreund beklagt hat, daß *tom-cat* das vorausgesetzte weibliche Geschlecht von Katzen unterstreiche).

Bei dem zu diesem Zweck verwendeten Wortmaterial handelt es sich nicht, wie West meint, um zusätzliche Statusangaben, die den eigentlichen gesellschaftlichen Stand überschatten², sondern um Beiwörter, die allein der Differenzierung dienen und damit für das Verstehen des eigentlichen Begriffs nicht unbedingt nötig sind. Sie werden daher wie „gewöhnliche Adjektive“, deren semantischer Inhalt für das Verstehen des Hauptbegriffs auch nur von sekundärer Bedeutung ist, weggelassen, wenn die durch sie vermittelte Information irrelevant erscheint. Wenn man also z.B. von einer bestimmten Pflanzenart sprechen möchte, kann man dies je nach Kontext mit *Farn* oder mit *schöner, großer, grüner Farn* zum Ausdruck bringen, wobei die Pflanze von der Grundbedeutung her ein und dieselbe bleibt. Genauso bleiben Kater in erster Linie Katzen und Ärztinnen Medizinkundige, ob nun *cat* oder *tom-cat*, *doctor* oder *lady doctor* gesagt wurde. Kein anglophoner Mensch würde auf die Idee kommen, *tom-cat* oder *lady doctor* in den Mund zu nehmen, wenn damit kein bestimmter Zweck verfolgt werden soll, wenn etwa von vornherein klar ist, daß es sich bei den besprochenen Lebewesen um einen Kater bzw. eine Ärztin handelt.

Darüber hinaus ist zu bemerken, daß sich im Englischen mittlerweile eine „elegantere“ Lösung eingebürgert hat: Um den sprachlichen Sexismus, der bei Markierungen empfunden werden könnte, von vornherein zu vermeiden, nimmt man Berufsbezeichnungen als grundsätzlich neutral an und verbindet ihre ungekennzeichnete Verwendung mit einem entscheidenden Personalpronomen, formuliert also beispielsweise *The police officer/teacher/engineer... she* oder *he said...* Problematisch ist dabei jedoch, daß - so wurde in einem Versuch festgestellt - diejenigen, die solchen neutralen Begriffen begegnen, dahinter weit häufiger einen Mann als eine Frau vermuten.³ Hier wird deutlich, daß die Sprache eines „Vergehens“ beschuldigt wird, das eigentlich in den Köpfen der Menschen stattfindet. Deshalb sollte man vielleicht einmal darüber nachdenken, ob in mancher Hinsicht nicht erst ein Umdenken in der Gesellschaft herbeizuführen ist - etwa durch die entsprechende Sozialisation der jungen Generationen -, bevor die Sprache, die unsere Gedanken ausdrückt, zu „linguistischen Kunstgriffen“ gezwungen wird, mit denen Ausdruckskraft und Klarheit womöglich hinter der politischen Korrektheit verschwinden. Letzten Endes ist die von einem Mann vollzogene Movierung auch kein Garant dafür, daß er ansonsten nicht höchst sexistische Gedanken hegt.

¹ Eine der wenigen Ausnahmen ist *lioness* (Löwin), die zeigt, daß Movierung theoretisch möglich wäre. Eine praktische Umsetzung findet im Englischen jedoch so gut wie nie statt, da sie von den meisten Englischsprechenden heute als „seltsam klingend“ empfunden wird.

² Vgl. West 1984:185

³ Vgl. Zimmer 1996:81f., ähnlich bei Tannen 1995:119f.

Natürlich ist den Frauen im Deutschen die weibliche Form ihrer Berufsbezeichnungen wie anderer Termini, die ausschließlich sie meinen und bei denen eine solche auch möglich ist, keinesfalls vorzuenthalten. Es klänge geradezu lächerlich, würde heute jemand mit *mein Arzt* von seiner Ärztin sprechen. Was jedoch Sammelbegriffe anbelangt, die beide Geschlechter vertreten sollen¹, werden sich die

„Frauen (...) darein schicken müssen, bei den generischen Substantiven in vielen Fällen vom männlichen grammatischen Geschlecht mitvertreten zu werden. Übrigens haben jene Ausnahmefälle, in denen es umgekehrt ist, nie einen Mann gestört. Selbst der größte Macho hat nichts dagegen, *eine Person* zu sein, und wenn er als *Geisel* genommen oder als *Null* bezeichnet wird, so ärgert ihn daran nicht deren Weiblichkeit.“²

Trömel-Plötz glaubt mit diesem Vorgehen aber Frauen unsichtbar gemacht und rät daher, an entsprechender Stelle sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu nennen³. Zimmer weist dies gleich aus verschiedenen Gründen zurück, von denen der wichtigste hier stellvertretend vorgebracht werden soll: Sprache hat einen „unentrinnbaren Hang (...) zum kürzeren, ökonomischeren Ausdruck“⁴ und, da eine in bestimmtem Zusammenhang irrelevante Informationsverdopplung gegen denselben verstößt, wird sich der Vorschlag von Trömel-Plötz nicht durchsetzen. Es spricht zwar nichts dagegen, feierlich seine *Kolleginnen und Kollegen* zu Kongreßbeginn zu begrüßen, doch erfordert die in einer Publikation immer wiederkehrende Nennung der „*Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler*“⁵, auf Produzenten wie auf Rezipientenseite, schon einiges an Ausdauer und Geduld. Unmöglich, ja geradezu lebensbedrohlich - und das Beispiel erklärt sich von selbst - wird es bei einer Notsituation: *Wenn sich unter den Messebesucherinnen und Messebesuchern ein Arzt oder eine Ärztin befindet, so möchte er bzw. sie sich bitte beim Sicherheitspersonal melden. Es hat einen schweren Unfall gegeben.*

In der Literatur werden aber nicht nur das etwaige Statusdilemma und die womöglich ungerechte, allzuoft unterschlagene Berufsbezeichnung von Ärztinnen angeprangert. Insbesondere Tannen beklagt daneben auch die Beschneidung der Formulierungsfreiheit: Ihrer Meinung nach stoßen Frauen, die ihrer Autorität entsprechend reden, um ihrer Pflicht nachzukommen, auf Widerstand. Anders als bei Männern erwarte die Gesellschaft selbst von statushohen Sprecherinnen, nicht zu respektinflößend und selbstsicher aufzutreten, obwohl dies wiederum von wenig gutem Führungsstil zeuge. Um kommunikativ erfolgreich zu sein und Schwierigkeiten gerade mit Mitarbeitern zu vermeiden, würden daher nicht zuletzt auch Ärztinnen dazu neigen, durch ihr sprachliches Gebaren ihre Autorität herunterzuspielen und so soziale Asymmetrien zu überspielen. Im Gegensatz zu ihren Kollegen, die sich direkt, aufgaben- und informationsorientiert ausdrückten, zeige ihr Sprechstil stärkeres Interesse an Kooperation sowie an der Interaktion und der am Gespräch teilnehmenden Person. Dies habe zur Folge, daß der Status von Ärztinnen oft mißachtet, sie selbst nicht selten respektlos behandelt und für inkompetent gehalten werden.⁶

Da ein solcher „Balanceakt“⁷ zwischen dem Verdecken und dem gleichzeitigen Ausüben von Autorität Tannen zufolge von Ärzten nicht erwartet wird, zeige sich im medizinischen Sektor ein deutlich geschlechtsspezifisches Sprachverhalten, das sich etwa am Themawechsel während des

¹ Z.B. *Gäste*

² Zimmer 1996:78

³ Vgl. ebd.:77

⁴ Ebd.:80

⁵ Ebd.:77

⁶ Vgl. Tannen 1995:92 und 179ff

⁷ Ebd.:181

Gesprächs zwischen behandelnder und behandlingssuchender Person manifestiere. So habe eine Studie gezeigt, daß Ärzte das Thema nur 1,4 mal so oft mit einer Bitte um entsprechende Erlaubnis wechseln wie sie selbiges mit einem einfachen *okay* z.B. tun. Bei Ärztinnen läge hingegen das Verhältnis erlaubter Themenwechsel - einfacher Themenwechsel bei 5:1, ein Grund dafür, daß PatientInnen mit Ärztinnen zufriedener seien, aber auch, daß häufig der Eindruck entstehe, Medizinerinnen hätten keine Kontrolle über das Gespräch.¹

Am Ende schreibt Tannen aber auch individuellem Kommunikationsverhalten ein womöglich großes Gewicht zu und sieht einen möglicherweise zusätzlichen Einflußfaktor darin, daß „Männer und Frauen die ihrer Position angemessenen Eigenschaften unterschiedlich einschätzen“². Nichtsdestoweniger scheint - die zahllosen Studien lassen darauf schließen - die Tatsache, daß Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihres Geschlechts unterschiedlich sprechen, kaum von der Hand zu weisen zu sein. Im folgenden soll es daher darum gehen, exemplarisch, anhand von je einer Studie zu Redeunterbrechungen und zu ärztlichen Anordnungen, die entsprechenden Ergebnisse der Forschung vorzustellen.

3. Geschlechtsspezifisches Sprachverhalten bei Ärztinnen und Ärzten

3.1 Unterbrechungen

Mit ihrer Analyse von Redeunterbrechungen will West zeigen, daß das Verhältnis zwischen Ärzten und ihren PatientInnen tatsächlich dem zwischen „einem Gott und einem Sterblichen“³ gleicht. Zu diesem Zweck hat sie zehn Dyaden, also Gespräche unter vier Augen, untersucht, die sechs Ärzte und vier Ärztinnen mit ihren PatientInnen führten. Das Ergebnis hat gezeigt, daß die Ärzte ihre Behandlungssuchenden im Verhältnis 69%:31% deutlich häufiger unterbrachen, während die Ärztinnen, wie aus dem genau umgekehrten Verhältnis von 32%:68% hervorgeht, vor allem von ihren Patienten öfter unterbrochen wurden⁴. West schließt daraus, daß Ärzte Unterbrechungen zu nutzen scheinen, um Kontrolle über ihre PatientInnen auszuüben, während auf der anderen Seite die Verletzung des Rederechts gegen die Ärztinnen verwendet, somit ihr professioneller Status mißachtet wird.

Letzteres sieht die Autorin insbesondere durch das Verhalten zweier Patienten bestätigt: Einer reagierte auf eine Frage einer Ärztin mit *Wissen Sie, der Arzt hat mich das auch schon gefragt.*, womit ihr der Arztberuf abgesprochen wurde, der andere unterbrach eine Ärztin immer dann, wenn sie versuchte, ihre professionelle Meinung zu äußern und hegte darüber hinaus explizit Zweifel an ihrer Kompetenz.⁵

¹ Vgl. ebd.:181f.

² Ebd.:182

³ West 1984:191

⁴ Die beiden Ärztinnen-Patientinnen-Dyaden zeigen eine symmetrische Verteilung, die „noch interessanter (erscheint), wenn wir sie im Licht der Rassen und Altersunterschiede zwischen den beiden Parteien sehen (die Patientinnen (...) sind schwarz und (...) wesentlich älter als ihre Ärztinnen).“ (West 1984:193) Man könnte also etwa annehmen, daß verschiedene Statuswidersprüche und unterschiedliche Statusgrundlagen bei zwei miteinander sprechenden Personen zu einer ausgeglicheneren Verteilung von Rederecht führen. In den hier aufgezeigten Fällen haben die Behandelnden einen hohen Status aufgrund ihres Berufes, die Patientinnen wegen ihres höheren Alters. Ein Statusdilemma entsteht für die Ärztin aus ihrem Geschlecht, für die Patientinnen, weil sie zu einer ethnischen Minorität gehören.

⁵ Vgl. West 1984:191ff

West räumt jedoch noch andere Interpretationsmöglichkeiten ein, etwa die, daß der zweite Patient zu denen gehört, die „generell die Meinungen ihrer Ärzte öfter in Frage ziehen“¹. Auch ist ihrer Meinung nach die Einschätzung von Ärztinnen als bessere Zuhörerinnen nicht prinzipiell von der Hand zu weisen. Grundsätzlich sieht sie aber ihre oben erwähnten Annahmen bestätigt, obwohl ihre Untersuchung wenig Beweiskraft hat: So handelt es sich bei dem analysierten Material um ein äußerst kleines Korpus, „die Länge der Gespräche, der Zweck des Besuches (...) (und) die Länge der Bekanntschaft (...) (sind) nicht standardisiert“², und die Anzahl der Dyaden mit Ärzten ist größer als die mit Ärztinnen. Trotzdem glaubt West durch ihre „Forschungsergebnisse die Tatsache (gesichert), daß das Geschlecht wichtiger zu sein scheint als der Status im Falle von weiblichen Ärzten“³.

3.2 Ärztliche Anordnungen

Eine der häufigsten Beschwerden seitens der Behandelnden ist die, daß jeder zweite Patient ihre Anordnungen befolgt. Sind bisher mangelnde Bildung und Motivation bei den PatientInnen und geringe Überzeugungskraft auf der Gegenseite als Gründe dafür angenommen worden, sieht West einen starken Zusammenhang mit der Art des Kommunikationsablaufs. Angesichts der Tatsache, daß in früheren Untersuchungen bereits die Wichtigkeit des Gesprächs für die Beziehung zwischen den Behandelnden und ihren PatientInnen wie auch ein Zusammenhang zwischen Befolgung und Form der ärztlichen Frage nachgewiesen wurde, andererseits aber auch die häufigste PatientInnenbeschwerde die Art betrifft, wie der Arzt mit ihnen redet, hat West in einer weiteren Studie⁴ die unterschiedlichen Anordnungen bei Ärztinnen und Ärzten sowie die unterschiedlichen Reaktionen darauf untersucht.⁵

Anordnungen zählen zur Klasse der Direktiva, sind also „Sprechhandlungen, womit versucht wird, jemanden zu veranlassen, etwas zu tun“⁶. Die Äußerungsformen sind abhängig vom jeweiligen Kontext und ändern sich daher je nach Status und Bekanntheitsgrad der kommunizierenden Personen. Starke Formen wie z.B. ein Befehl implizieren das Recht, von jemandem etwas verlangen zu können, schwache Formen, wie etwa eine Bitte, vermeiden eine allzu starke Konfrontation.⁷ Bei Ärzten hat West vornehmlich folgende Direktiva festgestellt:

- Imperative, die Autorität implizieren und eine Reaktion statt einer Antwort verlangen

Beispiel: *Nehmen Sie viermal am Tag eine.*

- Notwendigkeitsaussagen, die normalerweise Vorgesetzte artikulieren

Beispiel: *Sie sollten X tun.*

¹ Ebd.:196

² Ebd.:187

³ Ebd.:197

⁴ West 1992. Wie bei der erstgenannten Untersuchung handelt es sich auch hier um ein relativ kleines Korpus (21 einzelne Interaktionen). Die Länge der Gespräche und die Dauer der Beziehung sind ebenfalls nicht standardisiert, wie oben bestehen die Parteien aus äußerst vielfältigen Personenkreisen (vgl ebd.:153). Bereits aus diesem Grund sind die unten angeführten Ergebnisse wie die der ersten Studie mit Vorsicht zu behandeln.

⁵ Vgl. ebd.:148f.

⁶ Goodwin zitiert nach West 1992:148

⁷ Vgl. ebd.:148f.

- Willensbekundungen, die das Interesse des Arztes beinhalten und für das Gegenüber eine Obligation errichten
Beispiel: *Ich hätte gern, daß Sie ...*
- Quasi-Fragen, die ihrer Intonation nach eine Handlung verlangen
Beispiel: *Warum tun Sie nicht X.*
- Erteilen der Erlaubnis für eine bestimmte Handlung (normalerweise bei Rangunterschieden)
Beispiel: *Sie können X tun.*
- Direktiva mit Beispielen, die auffordern, auf bestimmte Art zu handeln, weil es der Arzt auch so tun würde
Beispiel: *Ich würde X tun.*
- Eingebettete Imperative, die einen Befehl zur Aufforderung abschwächen
Beispiel: *Könnten Sie wohl X tun.*
- Falsche Kollaboration, die eine „Pseudo-Gemeinsamkeit“¹ implizieren, obwohl keine gemeinsame Handlung geplant ist²
Beispiel: *Lassen Sie uns X tun.*

West's Meinung zufolge verstärken Ärzte mit der Verwendung dieser starken Formen die Unterschiede zwischen sich und den Behandlungssuchenden, da sie stets zumindest „indirekt ihre Autorität zum Ausdruck bringen“³. Mit ihren Direktiva verdeutlichen sie das Statusgefälle und unterstreichen, was sie als ihre Rechte und was sie als die Pflichten der PatientInnen verstehen. Ärztinnen dagegen, so West, verwenden viel schwächere, modalisierte Formen, die Unterschiede minimieren und eine symmetrische Beziehung schaffen⁴, u.a. nämlich:

- Vorschläge für gemeinsame Handlungen, bei denen wirklich vorgesehen ist, daß beide Seiten etwas tun
Beispiel: *Was wir vielleicht tun sollten, ist ...*
- Einzelne Vorschläge, die Imperativen ähnlich, aber modalisiert sind
Beispiel: *Eine Sache, die Sie vielleicht tun könnten ...*
- Erlaubnisdirektiva, mit denen um die Erlaubnis gebeten wird, eine Anordnung erteilen zu dürfen
Beispiel: *Lassen Sie mich eine Sache sagen ...*

¹ Ebd.:161

² Vgl. ebd.:154ff

³ West 1992:161

⁴ Vgl. ebd.:165

- Eingeschobene Imperative, die selten und nur auf Wunsch der Patientin bzw. des Patienten hin geäußert werden ¹
Beispiel: *(Wenn) Sie wollen, daß ich ihnen ...*

Da es sich bei Direktiva um Adjazenzpaare handelt, also um „aufeinanderbezogene Sequenzschritte, deren Bedeutung (...) im Aufeinanderbezug der ‘turns’ im Kontext entsteht“² wird ein zweiter Teil, d.h. nach der Äußerung eine Reaktion erwartet. Je stärker dabei die Form der Äußerung ist, um so eher zieht sie eine direkte Ablehnung nach sich; ist sie schwächer, kann mit einer positiven Reaktion gerechnet werden. Dementsprechend variiert in Wests Studie die Übereinstimmung von ÄrztInnen und PatientInnen mit der Art des verwendeten Direktivums. Die Imperative, Notwendigkeitsäußerungen und Beispieldirektiva etwa, die laut West ja für Ärzte typisch sind, erzielten bei der Untersuchung daher nur eine geringe Übereinstimmungsrate von 49, 38 bzw. 29%, die für Ärztinnen charakteristischen Vorschläge und umgekehrte Imperative z.B. hatten dagegen zu 75 bzw. 88% Erfolg.³

Insgesamt zeigt die Analyse schließlich eine Übereinstimmungsrate von 50% bei Ärzten und 67% bei Ärztinnen⁴, ein Ergebnis, das die Schlußfolgerungen der Autorin hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Direktivaverwendung untermauert. Dem aufmerksamen Rezipienten fallen bei Wests Beitrag jedoch einige Unstimmigkeiten auf: Zunächst ist die unterschiedliche Klassifizierung einiger an und für sich ähnlicher Äußerungen wenig einleuchtend. Äußerungen mit *Lassen Sie uns X tun*-Format werden bei Ärztinnen als Vorschlag für eine gemeinsame Handlung bezeichnet, während sie bei Ärzten mit ‘falsche Kollaboration’ etikettiert werden. Spätestens bei einem Vergleich der Übereinstimmungsraten dieser Äußerungsformen - bei Ärzten 65% und bei Ärztinnen 67%⁵ - hätte West auffallen müssen, daß es sich hier um gleichartige Direktiva handelt, die, anscheinend unabhängig vom Geschlecht, bei PatientInnen gleich großen Erfolg haben. Ähnliches gilt auch für ‘einzelne Vorschläge’ bei den Ärztinnen und ‘eingebettete Imperative’ bei den Ärzten. Letztere werden zwar nicht mehr bei der Übereinstimmungsrate aufgeführt⁶, doch muß Wests Publikum auf jeden Fall den genauen Unterschied zwischen *Könnten Sie wohl X tun* und *Eine Sache, die Sie vielleicht tun könnten...* verborgen bleiben.

Schließlich fällt die gesamte Theorie von der Proportionalität von Direktheit und Übereinstimmung in sich zusammen, wenn man die Raten von starken und weniger starken Äußerungsformen vergleicht. Bei den Ärzten haben die Imperative immerhin zu 49% Erfolg, wohingegen die schwächeren Beispieldirektiva nur zu 29% Akzeptanz finden⁷. Würden starke Direktiva im Unterschied zu schwachen wirklich weniger oft auf positive Reaktionen stoßen, müßten die Imperative eine geringere Rate aufweisen. Daß die Gesamtrate am Ende dann aber den Annahmen der Autorin

¹ Vgl. ebd.:162ff

² Ebd.:166

³ Vgl. ebd.:166ff

⁴ Vgl. ebd.:172

⁵ Vgl. West 1992:172

⁶ Möglicherweise sind sie in ‘höfliche Aufforderung’ (vgl. ebd.:172), die zuvor keine Erwähnung gefunden haben, umbenannt worden. Die Rate von 80% entspräche dann der der ‘Vorschläge’ bei den Ärztinnen von 75%.

⁷ Vgl. ebd.:172

entspricht, mag daran liegen, daß bei vier Ärztinnen¹ weit weniger Widerspruch und weniger viele starke Direktiva als bei 17 Ärzten gefunden werden können. Die Ergebnisse einer solchen Studie kann man daher nicht nur „kaum generalisieren“², sondern sie führen in die Irre. Zudem zeigt sich einmal mehr, daß allzu starke Vorannahmen, wenn nicht gar Vorurteile hinsichtlich der etwaigen Existenz von geschlechtsspezifischen Unterschieden beim Sprachverhalten einer sachlichen Auseinandersetzung eher im Wege stehen.

4. Schlußbemerkung: Konsequenzen für die Sprachforschung und den medizinischen Bereich

In der vorliegenden Arbeit ist versucht worden, einen Einblick in jene linguistische Forschungsrichtung zu geben, die sich mit geschlechtsspezifischem Sprachverhalten im Wirkungsbereich der Medizin beschäftigt. Es ist deutlich geworden, daß dabei nicht nur eine interdisziplinäre Herangehensweise notwendig ist, die eine Vielzahl von Aspekten berücksichtigt, sondern auch eine weiterführende, wenn nicht neue, sachlichere, weniger von Stereotypen geleitete Auseinandersetzung, die die bisherigen Methoden und Ergebnisse auf den Prüfstand bringt. Angesichts der Tatsache, daß sich bis heute fast nur Vertreterinnen der feministischen Bewegung mit der Thematik - nicht selten äußerst polemisch - auseinandergesetzt haben, ist ein stärkeres Interesse gerade auf Männerseite sehr vonnöten. Dabei darf es jedoch nicht darum gehen, eine argumentative Front gegen aufgedeckte sprachliche Sexismen zu bilden. Vielmehr muß sich die „Gegenseite“ adäquat einbringen (dürfen), um mit alternativen Interpretationsmöglichkeiten und Lösungswegen die einschlägige Sprachforschung mitzugestalten wie zu bereichern und bei der Ermöglichung eines Umdenkens, vielleicht sogar einer Sprachreform in vernünftigem Rahmen mitzuhelfen. Erneut ist zu betonen, daß sprachliche Veränderungen - so sie denn notwendig und machbar sind - nur im Dialog, mit Geduld und nach offener wie auch kritischer Auseinandersetzung herbeizuführen sind.

Was den Bereich der Medizin anbelangt, so ist festzuhalten, daß die vielen komplexen sprachlichen Vorgänge, deren Ursache und Wirkung nach wie vor und wahrscheinlich nicht nur von Ärzten unterschätzt werden. Nur langsam sieht das System, das mit dem Schutz und der Wiederherstellung unserer Gesundheit betraut ist, ein, daß dort, wo es um den menschlichen Körper geht, der Ausdruck von Gedanken und seelischen Zuständen nicht außen vor gelassen werden kann. Hier ist nach der Anwendbarkeit bzw. Art der Umsetzung der von der einschlägigen Forschung hervorgebrachten Ergebnisse zu fragen sowie nach den Möglichkeiten, die Medizin für diese und die Problematik im allgemeinen zu sensibilisieren. Auch in diesem speziellen Falle wird ohne Geduld und Dialog wenig zu bewegen sein, da es sich dabei nicht zuletzt um eine eigene, sehr große und vielseitige Disziplin handelt, in der - das sollte auf keinen Fall vergessen werden - manche Menschen wahrhaft Unglaubliches leisten und zu leisten haben.

¹ Vgl. ebd.:173

² Ebd.:173

Literatur

- Fisher, S.: Was Ärzte sagen - was Patientinnen sagen: Die Mikropolitik des Entscheidungsprozesses im medizinischen Gespräch. In: Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen. Hrsg. von S. Trömel-Plötz . Frankfurt 1984, S.143-162.
- Gräbel, U.: Sprachverhalten und Geschlecht. Eine empirische Studie zu geschlechtsspezifischem Sprachverhalten in Fernsehdiskussionen. Pfaffenweiler 1991.
- Hein, N.; Hoffmann-Richter, U.; Lalouschek, J.; Nowak, P.; Wodak, R.: Kurzfassung eines Projektberichtes über Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: Wiener Linguistische Gazette, Heft 35-36, 1985, S.51-56.
- Lewandowski, T.: Linguistisches Wörterbuch. 3 Bände. Heidelberg, Wiesbaden 1994.
- Marcuse, L.: Argumente und Rezepte. Ein Wörterbuch für Zeitgenossen. Zürich 1973.
- Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. München, Wien, Baltimore 1988.
- Tannen, D.: Job-Talk. Wie Frauen und Männer am Arbeitsplatz miteinander reden. Hamburg 1995.
- Thimm, C.: Durchsetzungsstrategien von Frauen und Männern: Sprachliche Unterschiede oder stereotype Erwartungen? In: Frauensprechen - Männersprechen - Geschlechtsspezifisches Sprachverhalten. Hrsg. von C.M. Heilmann. München, Basel 1995, S.120-129.
- Todd, A. D.: „Die Patientin hat nichts zu sagen“: Kommunikation zwischen Frauenärzten und Patientinnen. In: Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen. Hrsg. von S. Trömel-Plötz. Frankfurt 1984, S.163-183.
- Trömel-Plötz, S. (Hrsg.): Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen. Frankfurt 1984.
- West, C.: Können „Damen“ Ärzte sein?. In: Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen. Hrsg. von S. Trömel-Plötz. Frankfurt 1984, S.184-199.
- West, C.: Ärztliche Anordnungen. Besuche bei Ärztinnen und Ärzten. In: Die Geschlechter im Gespräch. Hrsg. von S. Günthner und H. Kotthoff. Stuttgart 1992, S.147-176.

Zimmer, D. E.: Redens Arten. Über Trends und Tollheiten im neudeutschen Sprachgebrauch. München 1996.