Karlheinz Schneider-Janessen

Ärzte, Pflegepersonal und Patienten im Krankenhaus

Eine empirische Untersuchung zu ihrer Selbst- und Fremdwahrnehmung

Frankfurt am Main 1987

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Schneider, Karlheinz:

Ärzte, Pflegepersonal und Patienten im Krankenhaus: eine empir. Unters. zu ihrer Selbst- u. Fremdwahrnehmung. / Karlheinz Schneider. - Frankfurt am Main ; Bern ; New York ; Paris : Lang 1987.
(Europäische Hochschulschriften : Reihe 6, Psychologie ; Bd. 218)
ISBN 3-8204-1085-6

NE: Europäische Hochschulschriften / 06

Als Dissertation angenommen vom Fachbereich Medizin der Universität Hamburg unter dem Titel:

Selbst- und Fremdwahrnehmung von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten im Krankenhaus - gemessen mit dem Polaritätsprofil nach Hofstätter

ISSN 0531-7347
ISBN 3-8204-1085-6

© Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main 1987

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

INHALT

DANKSAGUNG 4

I. EINLEITUNG

1. Vorbemerkung zum Problem 5
2. Vorbemerkung zur Methodik 7

II. DIE STICHPROBE

1. Die Personen-Stichprobe 9
2. Die Stichprobe der Konzepte und Hypothesen 11

III. DISKUSSION DER METHODIK

1. Die Geschichte des Polaritätsprofils 12
2. Polaritätenauswahl und Validität 17
3. Die Reliabilität von Messungen mit dem Polaritätsprofil 21
4. Die Metrik der Polaritätenskalen 24
5. Die Ähnlichkeitsanalyse von Polaritätsprofilen verschiedener Beurteilergruppen 26
6. Effekte von Geschlecht, Persönlichkeit und der sogenannten Antwort-Stile auf Beurteilungen mit dem Polaritätsprofil 28

IV. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

1. Selbst- und Fremdbild vom "Arzt" 31
2. Selbst- und Fremdbild von "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" 38
3. Selbst- und Fremdbild vom "Patient" 51
4. Die Faktorenanalysen 58

V. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

1. Was habe ich gemessen? 62
2. Empirie versus "am Schreibtisch geborene fixe Idee" 63
3. Die "altmodische Autorität" des Arztes 66
4. Die Arzt-Patient-Beziehung 71
5. Die Arzt-Pflegepersonal-Beziehung 75
6. Die Pflegepersonal-Patient-Beziehung 77

VI. ZUSAMMENFASSUNG 79

NACHWORT 81

LITERATURVERZEICHNIS 83

ANHANG 96

D A N K S A G U N G

Mein Dank gilt an erster Stelle Frau Prof. Dr. Margrit von Kerekjarto, Direktorin der Abteilung für Medizinische Psychologie, für die Betreuung und Begutachtung der vorliegenden Arbeit. Ebenso danke ich den weiteren Promotionsgutachtern Herrn Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Deneke, Abteilung für Psychosomatische Medizin, und Frau Prof. Dr. Heidrun Kaupen-Haas, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie.

Danken möchte ich außerdem Maria Osthoff, Katrin Lange und Peter Bartos für ihre selbstlose Hilfe bei der Gewinnung der Meßwerte, dem Ablochen der immerhin fast 39000 Einzeldaten und den Literatur-Recherchen.

Nicht zuletzt und nicht minder herzlich möchte ich den Ärzten, Schwestern, Pflegern und Patienten danken für ihre gutmütige Mitarbeit. Besonders die doch zeitbeengten und mit ganz anderen Problemen befaßten Ärzte verdienen Anerkennung, daß sie sich, trotz der "Verschwommenheit" einer Assoziationsmethode, wie der des Polaritätsprofils, bereit fanden, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Der Leser dieser Arbeit sollte bei der Rezipierung der Ergebnisse, die zum Teil eine gewisse Kritik an Ärzten und Pflegepersonal beinhalten, immer daran denken, daß eben diese Erkenntnisse nur durch die Gefälligkeit und Kooperationsbereitschaft dieser Gruppen erzielt werden konnten.

Hamburg, 1986

Karlheinz Schneider-Janessen

I. E I N L E I T U N G

I.1. V O R B E M E R K U N G Z U M P R O B L E M

In der Einleitung zu seiner grundlegenden Arbeit zur Arzt-Patient-Beziehung schreibt Geissler (1964): "Teils aus guten Gründen, teils aus Vorurteilen wehren sich viele Ärzte gegen ein Eindringen sozialwissenschaftlicher Forschung in das personale Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Einmaligkeit, Intimität, informeller Charakter und der rational schwerlich faßbare Kern des Geschehens würden angeblich eine methodische Erforschung und Deutung ausschließen. Die Entwicklung der Medizin und des Gesundheitswesens verursacht jedoch Beziehungsprobleme zwischen Ärzten und Patienten, welche schon seit langem von den Medizinern gese-hen werden und sozialwissenschaftliche Forschungen geradezu herausfor-dern. Solche Probleme sind vor allem mit dem Aufkommen nichtrationaler Strömungen in der Medizin entstanden, deren Erfolg auf einem besonders strukturierten Arzt-Patient-Verhältnis (APV) beruht. Die analytische Psychotherapie, die anthropologische und gewisse Zweige der psychosomatischen Medizin geben uns durch die Überspitzung dieses Verhältnisses Probleme auf, die den Klagen über die Kargheit personalen Kontaktes in den modernen Großkliniken der rationalen Medizin entgegengesetzt sind. Die Verlagerung des Schwerpunktes der ärztlichen Betreuung vom Hausarzt auf stationäre und poliklinische Einrichtungen wirft ebenfalls wesentliche Probleme der Beziehungen zwischen Arzt und Patient auf, und schließlich werden solche Probleme auch durch ökonomische Widersprüche verursacht, welche das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient in kapitalistischen Gesellschaften untergraben und die auch in der DDR noch nicht völlig überwunden sind"(S.31).

Geissler betont, daß nicht nur von seiten der Ärzte und der Patienten, sondern auch seitens der Gesellschaft ein Bedürfnis nach "Korrekturen sozialer Wahrnehmungs- und Urteilsweisen, Klärung gegenseitiger Erwartungen und Anpassung an veränderte Voraussetzungen und Forderungen" (S.33) besteht. Obwohl der Autor bei dieser Feststellung insbesondere die Gesellschaftsordnung der DDR im Auge hatte, tritt das Faktum sich verändernder gesellschaftlicher Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung gleichermaßen auch in der BRD auf.

Deshalb muß die Beziehung zwischen Arzt und Patient vor diesem Hintergrund gesellschaftlich geprägter Erwartungen an Arzt und Patient gesehen werden. Man kann wohl davon ausgehen, daß die Beziehung zwischen diesen Interaktionspartnern "in Ordnung" ist, wenn ihr Rollenverhalten und ihr jeweiliger Erwartungshorizont den gesellschaftlichen Normvorstellungen entspricht, gleichgültig, welche objektiv feststellbaren Verhaltensmerkmale von Arzt und Patient in die Interaktion eingehen. Die Arzt-Patient-Beziehung wird erst dann zum Problem und damit zum Gegenstand der Forschung - vielleicht noch nicht einmal für die Beteiligten selbst, sondern für "die Gesellschaft", wer immer diese zu verkörpern glaubt -, wenn Dissoziationen von Selbst- und Fremdbild oder der gegenseitigen Erwartungen auftreten. Diese Dissoziation entsteht meiner Meinung nach nicht aus der Arzt-Patient-Beziehung selbst, sondern wird gleichsam in sie hineingetragen in Form von Ansprüchen an die Arzt-Patient-Beziehung, welche durch die Normenentwicklungen des jeweiligen Gesellschaftssystems hervorgerufen werden.

Speziell an der Krankenhaussituation wird wachsende Kritik geübt. Nach der Begriffskosmetik von der "Anstalt" zum "Haus", vom "Wärter" zum "Pfleger", besteht das Bedürfnis, die neuen Begriffe nun auch mit ihren humanitären Inhalten zu füllen. Speziell die ebenfalls relativ neu entstandene "Medizinische Psychologie" sieht ihren Sinn über weite Strecken darin, einen wissenschaftlichen Beitrag zu diesen Entwicklungen zu erbringen. Zwar ist eine "Psychologie des Krankenhauses, die von der Architektur bis zur Schwester-Patient-Interaktion reicht,... in der Bundesrepublik Deutschland erst im Entstehen"(Schmidt 1984, S.106), doch dürfte allein die Tatsache der Existenz eines solchen Forschungsgebietes katalytische Funktion auf menschenfreundliche Entwicklungen in verschiedenen verantwortlichen Kreisen zur Folge haben.

Deshalb möchte ich diese Einführung mit einem wieder etwas längeren Zitat beschließen und zwar mit den gleichen Worten, mit denen Geissler (1964) seine Abhandlung zum Arzt-Patient-Verhältnis beendet hat, nämlich, daß wir mit der Verwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden wenigstens die Möglichkeit haben, "uns über ein individuelles Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein Bild zu machen und die Ursachen konkreter Beziehungsstörungen aufzudecken. Der Wert dieser Möglichkeit wird sich vor allem bei langdauernden und zwangsläufigen Behandlungsverhältnissen, wie z.B. in der Diabetes- und Tbk-Behandlung, der orthopädi-

schen oder psychiatrischen Behandlung o.a., erweisen. Hier können oft schon durch die Beseitigung geringfügiger Urteilsdifferenzen beträchtliche Erleichterungen des Umgangs und der Behandlung, aber auch bessere Therapieerfolge erzielt werden. Darüber hinaus wird die Feststellung gruppenspezifischer Vor- und Fehlurteile bei Patienten und Ärzten möglich. Damit eröffnen sich sozialpädagogische und gesundheitserzieherische Ansätze zur Vorbeugung von Störungen im APV, die letztlich der Verbesserung der ärztlichen Betreuung unserer Bevölkerung dienen"(S.41).

1.2. V O R B E M E R K U N G Z U R M E T H O D I K

Wie im Alltag, gibt es auch in der Wissenschaft Modeströmungen. Dies gilt vor allem für die Forschungsgegenstände. So sind zur Zeit umweltbe-zogene oder milieutheoretische Studien "en vogue", während zum Beispiel rassenpsychologische Untersuchungen nicht nur "out", sondern geradezu tabu sind. Auch für die Methoden der Forschung, insofern sie für die Untersuchung eines Wissenschaftsbereiches als geeignet anerkannt werden, gelten Moden beziehungsweise zeitgeistabhängige Motive für ihren Gebrauch.

Der Arzt und Wissenschaftstheoretiker Ludwik Fleck (1935) und sein Epigone Thomas Kuhn (1962) haben erstmals darauf hingewiesen, daß derartige Wechselspiele wissenschaftlicher Moden im allgemeinen nichts zu tun haben mit der "Wahrheit" oder "Falschheit" von Erkenntnissen, ebenso wenig oft mit der Brauchbarkeit oder Unbrauchbarkeit einer Methode. Was diesen Wechsel bewirkt sind nach Meinung dieser Autoren größtenteils wissenschaftssoziologische Faktoren.

Manchmal sind dies auch allzu menschliche Ursachen. Unter Umständen genügt schon die Pensionierung des Protagonisten einer Methode, damit es zu einem Paradigmenwechsel an der entsprechenden Universität kommt. So führte zum Beispiel die Emeritierung der Professoren Osgood und Hofstätter dazu, daß weltweit und speziell auch an der Hamburger Universität, an der Hofstätter wirkte, die psychologische Forschung mittels des Polaritätsprofils weitgehend eingestellt und zu anderen Meßverfahren Zuflucht genommen wurde.

Da ich diese Methode jedoch nichtsdestoweniger für außerordentlich geeignet halte, den Bedeutungsgehalt von Begriffen für eine Gruppe von Versuchspersonen (Vpn) einer Messung zuzuführen, habe ich mich entschlossen, mich dieser Technik trotz ihrer "Antiquiertheit" zu bedienen. Wenn in dieser Arbeit vor allem ältere methodenkritische Literatur zitiert wird, so liegt das nicht an einem nachlässigeren Literaturstudium bezüglich der letzten Jahre, sondern einfach daran, daß es seit Ende der 70erjahre nur noch relativ wenige Forschungsarbeiten gibt, welche die Technik des Semantischen Differentials (SD-Technik) verwenden.

II. D I E S T I C H P R O B E

II. 1. D I E P E R S O N E N - S T I C H P R O B E

In der Zeit von Juli 1980 bis Februar 1984 wurden die Meßwerte von 128 Versuchspersonen (Vpn) aus einem Hannoveraner und zwei Hamburger Krankenhäusern erhoben. Untersucht wurden fünf Krankenhausgruppen (siehe Tab.1).

	Frauen	Männer	n
Internisten	3	17	2o
Chirurgen	1	18	19
Krankenpflegepersonal	25	4	29
Internistische Patienten	14	16	3o
Chirurgische Patienten	19	11	3o
Insgesamt	62	66	128

Tab.1 : Die Personen-Stichprobe, aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht.

In Tabelle 1 fällt die extreme "Männerlastigkeit" bei den Ärzten und die "Frauenlastigkeit" beim Krankenpflegepersonal auf, die in den genannten ezinsparten jedoch weitgehend repräsentativ sein dürfte. Zwar sind etwa 20 bis 25% der tätigen Ärzte Frauen (Wildgrube 1978), doch ist der Anteil an Frauen in den verschiedenen Facharztgruppen außerordentlich .erschieden. So dürften sie in der Pädiatrie am häufigsten, in der Chirurgie und vor allem in der Orthopädie am seltensten tätig sein.

Auch bezüglich des Alters sind die Stichproben alles andere als parallel. Erwartungsgemäß sind die Patienten im Durchschnitt älter als die Ärzte, wenngleich es sich dabei um Stationsärzte mit durchweg mehrjähriger Berufserfahrung handelt. Ebenso entspricht das höhere Lebensalter der internistischen, im Vergleich zu den chirurgischen Patienten, durchaus klinischer Erfahrung (siehe Tab.2).

	Alter in Jahren
Internisten	33
Chirurgen	34
Krankenpflegepersonal	36
Internistische Patienten	58
Chirurgische Patienten	41

Tab.2 : Das Durchschnittsalter der untersuchten Gruppen.

Es mag sich an dieser Stelle die Frage stellen, ob eine Stichprobengröße von 128 Probanden (Pbn), speziell Feldhäufigkeiten von 19 beziehungsweise 20 Vpn, für eine Untersuchung mittels des Polaritätsprofils ausreichen. Dies dürfte, verglichen mit der Literatur, der Fall zu sein.

Grimm et al (1973) schreiben dazu bezüglich ihrer 41 untersuchten "männlichen angestellten Mitarbeiter psychologischer und sozialwissenschaftlicher Institute der Uni Köln": "Zum Stichprobenumfang ist zu vermerken, daß dieser der durchschnittlichen Größenordnung im Bereich der Eindrucksanalyse mit dem Polaritätsprofil entspricht und die Aussagefähigkeit der Analyseergebnisse vollauf gewährleistet. Die bisherigen Untersuchungen mit dem Polaritätsprofil haben hinreichend bewiesen, daß bereits kleine Beurteiler-Stichproben die interindividuelle Zuverlässigkeit der Ergebnisse garantieren"(S.555).

Dem entspricht auch die Forschungspraxis. So läßt zum Beispiel Revenstorff (1973a) in einer Grundlagenarbeit zum Polaritätsprofil (PP) 56 Begriffe von durchschnittlich 25 Ratern beurteilen. Jenkins et al (1958) ließen für ihren "Atlas semantischer Profile" 360 Begriffe von 30 Vpn (15 Frauen, 15 Männer) beurteilen. Flade (1978) führte in bedeutsamen Studien Analysen mit 20 Vpn durch - "Schüler und Studenten, im Alter zwischen 18 und 45 Jahren"(S.372) -, die sie dann noch zu Vergleichszwecken in zwei Gruppen unterteilte. Und Presly (1969) stützte sich in seiner immerhin im British Journal of Psychology veröffentlichten und viel - übrigens meist mit Presley - zitierten Arbeit zur Konzept-Skalen-Interaktion beim PP auf ganze "10 agoraphobic married women".

II. 2. D I E S T I C H P R O B E D E R K O N Z E P T E U N D H Y P O T H E S E N

Aus der Menge der für eine Untersuchung dieser Art möglichen relevanten Konzepte wurden elf ausgewählt. Gemäß dem Ziel der Untersuchung, Selbst- und Fremdwahrnehmung der drei im Krankenhaus interagierenden Hauptpersonengruppen zu erforschen, sind dies in erster Linie die Begriffe "Arzt", "Patient" und das Krankenpflegepersonal, aufgeteilt in "Krankenschwester" und "Krankenpfleger". Der Grund für diese Aufsplittung war die Erwartung, daß bei den Konzepten "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" geschlechtsspezifische Konnotationen zum Ausdruck kommen würden. Die Hypothesen gingen außerdem dahin, daß sowohl die Selbst- als auch die Patientenbilder von Internisten und Chirurgen durch die spezifische Art ihrer ärztlichen Tätigkeit bedeutsam verschieden seien.

Als gewissermaßen abstrakte Konzepte wurden die Begriffe "Nächstenliebe" und "Mitleid" vorgegeben. Das Motiv hierfür war die Vorstellung, daß Nächstenliebe und Mitleid essentielle Bestandteile ärztlichen und pflegerischen Handelns seien und deshalb mit den entsprechenden Personen-Konzepten korreliert sein müßten.

Ferner wurden die Konzepte "Krankheit", "Angst" und "Tod" vorgegeben mit der Überlegung, daß diese Problemkreise besonders eng mit dem Stereotyp des Patienten assoziiert sein müßten. Dabei sollte hypothetisch vorerst offen bleiben, ob eine solche Begriffsassoziation, im Gesamt ängstlicher Befürchtungen etwa, mehr bei den Patienten selbst vorliegt, oder bei den Patienten gerade nicht festzustellen ist, im Sinne eines Verdrängungsmechanismus. Dagegen könnten diese Konzepte auch genau so gut mehr im Patientenbild von Ärzten und Pflegepersonal auftreten als Ausdruck einer realistischen Einschätzung der Gefahr, in der sich der Patient durch seine Krankheit befindet.

Die Konzepte "Pflege" und "Krankenhaus" wurden schließlich vorgegeben, um die institutionellen Aspekte der im Krankenhaus arbeitenden Gruppen mit zu erfassen.

III. D I S K U S S I O N D E R M E T H O D I K

III. 1. D I E G E S C H I C H T E D E S P O L A R I T Ä T S P R O F I L S

In der ersten großangelegten Anwendung des Semantischen Differentials (SD) in seiner gegenwärtigen Form untersuchten Stagner und Osgood (1946) den Wandel von Stereotypen, hauptsächlich US-amerikanischer Studenten, unter dem Eindruck des 2. Weltkrieges. Zwischen April 1940 und März 1942 ließen sie ihre Versuchspersonen Konzepte wie "Pazifist", "Russe" oder "Diktator" beurteilen. Beschreibungen der von ihnen dabei verwendeten Methodik reichen zurück bis in das Jahr 1941 (Stagner und Osgood 1941, Osgood und Stagner 1941).

In Europa wurden Osgood und seine Mitarbeiter vor allem aber erst durch eine Studie bekannt, die sie im Sommer und Herbst 1952 an der Champaign-Urbana-Universität in Illinois durchführten. 150 Personen beurteilten dabei 20 Konzepte. Davon bezogen sich zehn auf Persönlichkeiten wie Truman oder Stalin, die anderen Konzepte bezogen sich auf den Einsatz der Atombombe, das "New Deal" oder auf die Ausländerpolizei.
Über den anfänglich dominierenden politisch-historischen Rahmen hinaus zeigten sich jedoch bereits früh die vielfachen Anwendungsmöglichkeiten der Methode. Schon vor dem Erscheinen des Standardwerks zum Semantischen Differential von Osgood, Suci und Tannenbaum "The measurement of meaning" (1957) wurde das Semantische Differential zur Verlaufsbeobachtung der Psychotherapie einer gleich dreigespaltenen Persönlichkeit (Osgood und Luria 1954) und in der Marktforschung zur Beurteilung der Radiowerbung für neue Kosmetika (Mindak 1956) eingesetzt.

Einen bedeutenden Impuls bekam Osgoods Arbeit durch die linguistische Theorie Whorfs (1956). "Over the past decade there has been growing interest in what often is called 'the Weltanschauung Problem', the relation between language structure and cognitive processes" (Triandis und Osgood 1958, S.187). Nach Whorf liegt den kognitiven Prozessen aller Menschen eine gemeinsame logische Struktur zugrunde, die er "natürliche Logik" nennt. Diese sei unabhängig von der Sprache eines Individuums. Wie ein Mensch seine Umgebung wahrnimmt und darüber nachdenkt, sei dagegen in hohem Maße sprachlich bedingt. Mit Hilfe des Semantischen

Differentials versuchten nun Osgood und seine Mitarbeiter die Gegenthese zu beweisen, daß nämlich die semantischen und Wahrnehmungs-Strukturen relativ unabhängig seien von der jeweiligen Sprachgemeinschaft.

In einer ganzen Reihe von Untersuchungen bestätigten Osgood und seine Mitarbeiter (Osgood 1959, 1964, 1969a; Kumata und Schramm 1956, Triandis und Osgood 1958, Suci 1960, Tanaka et al 1963, Tanaka und Osgood 1965), aber auch andere Forscher (Prothro und Keehn 1957, Maclay und Ware 1961, Sagara et al 1961, Miron 1961a, Oetting 1964, Koch 1971) die Hypothese, daß: "regardless of language or culture, human beings utilize the same qualifying (descriptive) framework in allocating the affective meanings of concepts" (Osgood et al 1975, S.6).

Untersucht wurden im Zuge dieser Forschungen unter anderem Japaner, Inder, Araber, Franzosen, Finnen, Flamen, sowie Hopi-, Zuni- und Navaho-Indianer, insgesamt fast 30 Sprach- und Kulturgemeinschaften. In Osgoods pankulturelle Studie war Deutschland nicht mit einbezogen, was verwundert, da sich gerade im deutschen Sprachraum seit 1955 Hofstätter mit zahlreichen Arbeiten zum von ihm sogenannten "Polaritätsprofil"(PP) einen Namen machte. Alle diese Untersuchungen - Osgood hatte Faktorenanalysen seiner durch gegensätzliche Adjektivpaare gekennzeichneten Skalen bereits 1952 mit der Absicht vorgeschlagen, "to bring some order out of semantic chaos" (S.228) - bestätigten die von Osgood und Luria 1954 berichteten drei Hauptfaktoren des Semantischen Differentials "Evaluation"(Bewertung), "Potenz"(Stärke) und "Aktivität". Ertel (1964) nennt diese EPA-Faktorenstruktur "Valenz", "Potenz" und "Erregung".

Zwischen der EPA-Struktur Osgoods und dem "System der Gefühle" von Wundt zeigen sich dabei verblüffende Parallelen: "Das gesamte System der Gefühle" - so Wundt (1902) - "läßt sich als eine dreidimensionale Mannigfaltigkeit definieren, bei der jede Dimension je zwei entgegengesetzte Richtungen enthält, die sich ausschließen, während dagegen jede der so entstehenden sechs Grundrichtungen mit Gefühlen der beiden anderen Dimensionen zusammen bestehen kann..."(S.111). Danach entsprechen den EPA-Komponenten, als den affektiven Anteilen der konnotativen Bedeutung eines Konzepts, die "Gefühlstöne" im System Wundts.

Inkonsistenzen blieben nicht aus, waren im großen und ganzen jedoch selten. So fanden Denmark et al (1972) ethnische und Klassenunterschiede

bei US-amerikanischen Studenten und bestätigten damit die EPA-Faktorenstruktur eher nicht. Auch ließ sich nach den Angaben von Suci (1960) bei der Untersuchung der drei erwähnten Indianerstämme die EPA-Struktur bei den Navahos nicht befriedigend replizieren. Komorita und Bass (1967) stellten Inhomogenitäten im Evaluationsfaktor fest und Bentler und LaVoie (1972a,b) fanden bei ihren Vpn außer den EPA-Faktoren noch vier weitere Dimensionen. Alles in allem blieben solche Befunde jedoch Einzelerscheinungen. Die Dreidimensionalität des semantischen Raumes wurde in der Literatur im allgemeinen bestätigt.

Seit dem Erscheinen von "The measurement of meaning" setzte eine wahre Flut von Untersuchungen mit Hilfe der SD-Technik ein. Wie in der Wissenschaft üblich (vgl. Schneider 1986) wurde die neue Methode "blindlinks" auf alle möglichen Fragestellungen angewandt, die sich nur anboten. So diente das Semantische Differential zur Erfolgskontrolle von Psychotherapien (Luria 1959, Endler 1961, 1972), als Prädiktor für den Verlauf von Milieutherapien (Singer 1961), aber auch zur Messung von Einstellungen zur Mathematik (McCallon et al 1971) oder zum Lehrerberuf vor und nach Berufseintritt (Merz und Madjaric 1976, Merz 1979).

Obwohl Hofstätter 1959 bereits betonte, daß es in der Wissenschaft keine "All-Zweck-Methoden" gebe, fand das Semantische Differential breiten Eingang in die Untersuchung völlig heterogener Forschungsgegenstände, wie die Images von Zigarettenmarken (Hofstätter und Lübbert 1958b, Grimm et al 1973) und Zeitungen (Lyle 1960, Jakobovits und Osgood 1972), der "Anmutung" durch Vornamen (Lawson 1971, 1980), durch geometrische Figuren ("nonsense shapes")(Elliott und Tannenbaum 1965, Bentler und LaVoie 1972b), der Einschätzung von "TV-personalities" (Kjeldgaard 1961) oder psychoanalytischer Konzepte (Tschuschke et al 1984).

Mit dem Semantischen Differential wurden ferner untersucht die Eindrucksqualitäten von Gerüchen und Geschmäckern (Eyferth 1971, nach Bergler 1975), die ökonomische Risikoneigung von Geldanlegern (Gerke und Heilig 1975), die Eltern-Sohn-Beziehung bei Schizophrenen (Nathanson 1967), Geschlechtsstereotype (Hofstätter 1956b), sowie die semantischen Dimensionen von Sonne und Mond (Hofstätter 1963, 1984), von Gesichtsausdrücken (Hofstätter 1956a) und Farben (Hofstätter 1956c, Hofstätter und Lübbert 1958a, Oyama et al 1962, Tanaka et al 1963). Verwendet wurde die SD-Technik zur Beurteilung des Selbstkonzeptes (Madden 1961, Long et al

1968, Organ 1973, Liebowitz 1976, Champion et al 1982), des Musikempfindens (Nordenstreng 1968, Iwashita 1972, Murakami 1984, Fujihara und Tagashira 1984), von Kindergeschrei (Brennan und Kirkland 1983), von Volkscharakteren beziehungsweise ethnischer Stereotype (Prothro und Keehn 1957, Ertel 1965b, Schäfer 1973, Huang und Singer 1984), von Befindlichkeitsänderungen unter psychotropen Substanzen bei Gesunden (Theobald et al 1968, Heimann 1971, Dittrich 1971) und bei endogen depressiven Patienten (Müller und Wytek 1975).

Mit dem Semantischen Differential wurden außerdem erforscht die Eindrucksqualitäten der Rorschach-Kleckse (Zax und Louisville 1960, Sines 1961, Cohen 1959, 1961, Light et al 1965, Eisenman et al 1966), die TAT-Tafeln (Friedman et al 1964), die Kopfbehaarung (Roll und Verinis 1971), Hausfassaden (Bortz 1972, Flade 1978) Textilfasern (Micko 1962), sexuelle Symbole (Archer und Burgess 1970), religiöse Einstellungen (Muthen et al 1977), Firmennamen wie "Carl Gustafs Stad. Inc." (Weigel et al 1975), Konzepte des Theaters (Smith 1961) oder der US-amerikanischen Präsidentschaftswahl von 1952 (Osgood et al 1957), 1960 (Stricker 1963) und 1964 (Rosenbaum und McGinnies 1969, Rosenbaum et al 1971). Die ubiquitäre Anwendung der SD-Technik zeigt sich außerdem in ihrem Einsatz zur Erforschung der menschlichen Sprechstimme (Schneewind 1966) oder der Aussprache beim Erwerb der englischen Sprache durch Philipinos (Biersner et al 1983), der Sprachentwicklung bei Kindern (Maltz 1963, 1972), der Einstellung gegenüber Westdeutschen in der CSSR (Schäfer 1971), sowie stereotyper Vorstellungen zur Technik (Hofstätter 1965) oder zur evangelischen Kirche (Hofstätter 1967). Mohan (1982) diagnostizierte mit der SD-Technik sogar erfolgreich Neurotizismus und Extraversion.

Die Vielfalt der Anwendungen des Semantischen Differentials in Marktwirtschaft (Mindak 1961), Psychophysik (Orlik 1965), Psycholinguistik (Markel et al 1966, Masterson et al 1982), Entwicklungspsychologie (DiVesta 1966), Motivationsforschung (Miller et al 1971) oder Wahrnehmungspsychologie (Bachmann und Vipper 1983) ließe sich in extensio fortsetzen, ebenso die Beschreibung der Pesonengruppen, die zur Beurteilung herangezogen wurden, wie zum Beispiel Gefängnisinsassen (Heskin et

al 1973), Ärzte, Patienten (Koch 1972) und Krankenpflegeschüler (Morgan 1984), Beamte (Hofstätter und Tack 1963, Bogun 1983), Schizophrene (Falicki und Monieta 1984) oder Ehepaare (Arias und O'Leary 1985).

Der ungeheure Umfang, den die Literatur zum SD auf diese Weise bald annahm, sei noch durch einige Zahlen und Zitate unterstrichen. Bereits zehn Jahre nach Erscheinen des Standardwerkes von Osgood und seinen Mitarbeitern im Jahre 1957 zählte das "Institute of Communications Research" annähernd 700 Arbeiten, die das Semantische Differential als Meßmethode verwendeten (nach Everett 1973). Nach Revenstorff (1973a) enthält eine Bibliographie von Sniders und Osgood aus dem gleichen Jahr (1967) sogar über 1000 Publikationen zum SD allein aus dem angloamerikanischen Raum. Orlik (1965) bemerkt entsprechend, daß die Technik des SD, "wie keine zweite Methode der neueren Psychologie, geeignet" sei, "den Laien wie den Fachmann gleichermaßen zu faszinieren"(S.615). Auch Revenstorff (1973a) stellte fest, daß sich die SD-Technik "ungemeiner Beliebtheit"(S.115) erfreut.

Allerdings wurden zu dieser Entwicklung auch Bedenken geäußert. Hofstätter, der das Polaritätsprofil mit Lübbert noch 1958 als "neue Methode der Eindrucksanalyse in der Marktforschung" eingeführt hat, mahnt ein Jahr später bereits zur "Besinnung auf die Eigenheiten einer Forschungsmethode, mit der seit einigen Jahren gearbeitet wurde und die sich in der Praxis - wie ich höre, namentlich in der Werbepsychologie - einer geradezu beängstigenden Beliebtheit erfreut" (Hofstätter 1959, S.19). Auch Grimm et al (1973) bemerken einschränkend: Die "faszinierende Wirkung, die von der Methode des Semantischen Differentials oder Polaritätsprofils... ausging,- hat lange Zeit vergessen lassen, daß die methodische Seite des Verfahrens - im Gegensatz zur umfassenden inhaltlich psychologischen Begründung - noch nicht in vollem Umfang geklärt ist"(S.547/548). Und in der Einführung des von ihm herausgegebenen Buches "Das Eindrucksdifferential" spricht Bergler (1975) von einer "weitverbreiteten, dabei aber immer noch erstaunlich unkritischen Anwendung"(S.11) des Semantischen Differentials.

Etkind (1980) zitiert aus dem 1972 in Moskau erschienenen Handbuch der Psychologie (Herausgeber: A.N. Leontev und Yu.B. Grippenreiter), wonach das Semantische Differential "... come into wide use in studies not only on the psychology of speech and language but also on personality (normal and pathological) and in work in social psychology". Zugleich werden aber schwere Vorwürfe bezüglich der theoretischen Untermauerung der Technik erhoben: "Developed in the 'S0s by Charles Osgood, the semantic differential was, in its very concept, an example, quite typical of

American psychology, of an instrument that achieved a very sophisticated level in terms of technique and was already in widespread practical use, but was totally "blind" methodologically, unthoughtout, and devoid of any theoretical foundation" (Etkind 1980, S3/4).
Zur Vielfalt der Anwendungen korrespondieren die Synonyme, die im Laufe seiner Geschichte zum Semantischen Differential vorgebracht wurden. Sehr geläufig ist die bisher in dieser Arbeit verwendete Eindeutschung des Begriffes "semantic differential", der von Osgood um 1952 geprägt wurde. Die im deutschen Sprachraum am häufigsten verwendeten Synonyme sind außerdem "Polaritätsprofil" (nach Hofstätter 1955) und "Eindrucksdifferential" (nach Ertel 1965a,b). Da in dieser Promotionsarbeit die Polaritäten Hofstätters verwendet wurden, soll seiner Namensgebung im weiteren der Vorzug gegeben werden.

Nicht durchsetzen konnten sich spezifische Bezeichnungen und Synonyme wie "Angst-Differential" (Alexander und Husek 1962), "Farb-Differential" (Hawel 1963, nach Ertel 1965a), "Graphisches Differential" (Jakobovits 1969), "Persönlichkeits-Differential" (Kuusinen 1969, Warr und Haycock 1970, Revenstorff 1971, Tzeng 1977), "Verhaltens-Differential" (Triandis 1971), "StereotypeDifferential" (Gardner et al 1972), "Befindlichkeits-Differential" (Baumann und Dittrich 1972), "face differential" (Hurwitz et al 1975), "Affektivitätsprofil" (Müller und Wytek 1975) beziehungsweise "affective differential" (Plutchik 1967) oder "Polaritäten-Diagramm" (Gerke und Heilig 1975).

III. 2. P O L A R I T Ä T E N A U S W A H L U N D V A L I D I T Ä T

Eine grundsätzliche Diskussion entbrannte darüber, ob die Polaritäten als gewissermaßen standardisierter Set universell verwendbarer Adjektive aufgefaßt werden können oder besser den jeweiligen Erfordernissen des Untersuchungsgegenstandes angepaßt sein sollten. Dieses als "Konzept-Skalen-Interaktion" in die Literatur eingegangene Problem, das einen bevorzugten Kritikpunkt an der SD-Technik darstellt, wurde bereits von Osgood, dem Erfinder der Methode, erkannt. In "The measurement of meaning" schreibt er: "It is clear that there is a high degree of

concept-scale interaction,... This may be phrased as a more general hypothesis: In the process of human judgment, all scales tend to shift in meaning toward parallelism with the dominant (characteristic) attribute of the concept being judged"(Osgood et al 1957, S.187/188).
Mehrere Autoren bestätigten die Existenz dieses Interaktionsphänomens zwischen den Konzepten und den zu ihrer Beurteilung herangezogenen Polaritäten (Crockett und Nidorf 1967, Heskin et al 1973, Klemmack und Ballweg 1973). Micko (1962) bezeichnet dies als "einleuchtend, denn bei der Beurteilung von Völkern etwa ist unser Urteilsrepertoire zweifellos anders organisiert als z.B. bei der Beurteilung von Textilien"(S.247).

Allerdings wurden nicht nur zwischen den Konzeptklassen (Tanaka et al 1963), sondern auch innerhalb dieser Konzept-Skalen-Interaktionen gefunden (Presly 1969). Grimmlinger und Lindner (1967), die ebenfalls den Nachweis führten, daß nicht alle Skalen für alle Konzepte relevant seien, forderten deshalb für jedes Konzept ein eigenes Diagramm.

Vor allem von seiten der Marktforschung ist die Entwicklung konzeptbezogener Polaritätenlisten nachdrücklich gefordert worden (siehe Lange 1959). Nachdem Micko (1962) festgestellt hatte, daß man verschiedene Profilverläufe erhält, je nachdem welche Polaritätenauswahl vom Versuchsleiter getroffen wurde, geht er sogar so weit zu verlangen, daß jede Vp ihr eigenes Polaritätsprofil zusammenstellen sollte. "Es ist auch für die Auswertung nicht notwendig, daß alle Befragten dieselben Attribute verwenden, solange man keinen Wert auf die Profilanalyse legt"(Micko 1962, S.248). Im Falle dieses Autors werden die unterschied-lichen Interessenlagen marktwirtschaftlich-produktbezogener und theoretisch-wissenschaftlicher Analysen besonders deutlich.

Neben einer Validitätsminderung bei Anwendung konzept-inadäquater Polaritäten findet die Konzept-Skalen-Interaktion aber auch Ausdruck in wechselnden Korrelationen zwischen den Adjektivpaaren und damit in einer Invalidisierung der Faktorstruktur der Beurteilungen bei verschiedenen Konzepten (siehe Schuh 1966). Osgood (1962) berichtet Korrelationsschwankungen von +.60 bis -.60 zwischen den Polaritätenskalen, je nach verwendetem Konzept. Kentler (1959) wiederum konnte anhand zweier Polaritätensätze zeigen, daß die Korrelation zwischen den Begriffen "männlich" und "weiblich" jeweils -.35 oder +.90 betragen kann. In einer noch im gleichen Jahr durchgeführten Replik wies jedoch Hofstätter

(1959) diese Kritik am Polaritätsprofil zurück. Anhand absichtlich unrepräsentativ gewählter Stichproben aus dem Universum der Polaritäten lasse sich zwar nahezu jedes Resultat vorlegen, doch sprächen solche Befunde nicht gegen die Repräsentativität seiner Polaritäten und damit der Validität der Ergebnisse.

Nichtsdestoweniger konnten jedoch auch Mikula und Schulter (1970) den Nachweis erbringen, daß annähernd 45% der Gesamtvarianz der durchschnittlichen Einstufungsscores durch die Geeignetheit der verwendeten Polaritäten determiniert sind. Sie fordern deshalb, "der Polaritätenauswahl wesentlich stärkere Bedeutung beizumessen als bisher, will man nicht in großem Maßstab artifizielle und polaritätenabhängige Ergebnisse erhalten"(S.382). Diese Autoren bestreiten explizit, daß es eine einzige, gewissermaßen Standard-Polaritätenauswahl geben könne, die für alle Begriffe gleichermaßen geeignet sei.

In gleicher Weise dezidiert äußern sich Grimm et al (1973) zum Problem der Polaritätenauswahl. Sie behaupten, daß die "Relevanz der Polaritäten, d.h. der Grad der sinnvollen Verknüpfbarkeit der Skalen mit den Beurteilungsgegenständen und damit zusammenhängend die Diskriminationsleistung der Skalen sehr nachhaltig die Validität der Analyseergebnisse beeinflußt. Es liegt nahe, einen Verzerrungseffekt derart anzunehmen, daß mit abnehmendem Problembezug bzw. abnehmender Diskriminationsleistung der Polaritätsskalen eine zunehmende Verfälschung der Ähnlichkeitsurteile gegenüber den tatsächlichen Relationen der Beurteilungsgegenstände einhergeht"(S.552). Aus diesem Grunde sprechen die Autoren konzeptorientierten Polaritätenlisten - über die höhere Diskriminationsleistung hinaus - auch eine größere Validität zu. Allerdings bemerkten sie einschränkend, daß bei einem problemorientierten Polaritätensatz die Möglichkeit bestehe, "daß der Einfluß der reizspezifischen, denotativen Bedeutungskomponente zu stark wird, daß also anschauliche Dimensionen anstelle emotionaler erfaßt werden"(S.548).

Osgood und seine Mitarbeiter hatten das Problem von Anfang an erkannt und haben sich deshalb schon vorher veranlaßt gesehen, eine Gültigkeitsbestimmung der Skalen für jeden speziellen Begriff, zumindest für jede engere Begriffsklasse zu fordern. Denn: "One general principle governing this concept-scale interaction seems to be that more evaluative (emotionally loaded?) the concept being judged, the more the meaning of

all scales shift toward evaluative connotations"(Osgood et al 1957, S.187). Die Auswirkung dieses Phänomens auf die als universell geltende EPA-Struktur liegt auf der Hand. Osgood et al (1961) liefern dazu ein vielleicht typisch US-amerikanisches Beispiel, wenn sie zeigen, daß bei der Beurteilung von "Lebensphilosophie" die EPA-Struktur auf einen einzigen Faktor, nämlich den "Erfolg", kollabiert.

Auf das Problem der Invalidisierung der SD-Technik wies im deutschen Sprachraum unter anderem Berth (1963) hin. Berth fordert zur Anwendung der Methode in der Marktforschung, "daß das Gegensatzpaar... nicht aus der Luft gegriffen ist, sondern daß es ein fester und wichtiger Bestandteil des Empfindungslebens ist, mit dem der Verbraucher diesem speziellen Markt gegenübertritt"(S.184),... "da sonst möglicherweise wesentliche Aussagen übergangen werden"(S.548).

Nicht alle Autoren sehen jedoch das Problem der Konzept-Skalen-Interaktion in der gleichen Schärfe. So vertrat Hofstätter von Anfang an die Auffassung, daß die konkrete Auswahl der Polaritäten von untergeordneter Bedeutung sei, "da diese als eine womöglich repräsentative Stichprobe aus dem Universum aller denkbaren Polaritäten aufzufassen sind" (Hofstätter und Lübbert 1958) und unterstellt damit letzten Endes für seine Polaritäten die von Osgood et al (1957) für die Adjektivpaare geforderten "ideal properties of high within-factor relationship, low between-factor relationship, and stability across concepts judged" (S.188).

Entsprechend stellte Flade (1978) keine größere Effizienz eines konzeptspezifischen SD bezogen auf den Bereich der Wohnumwelt fest, verglict mit dem Polaritätsprofil nach Hofstätter. Ross (1965) fand ein hohes Ausmaß an faktorieller Stabilität des SD, auch wenn er in krasser Wei voneinander verschiedene Konzepte vorgab. Und Heise (1969) hob in einer wichtigen Grundsatzarbeit hervor, daß Beobachtungen von Konzept-Skalen-Interaktionen im allgemeinen nicht bei Analysen von Gruppenmitteln, sondern bei der Verrechnung von Personwerten auftraten.

Trotzdem führte das Bemühen um Konzeptadäquatheit und Repräsentativität - nicht zuletzt auch im Hinblick auf eine valide Faktorenstruktur - zu zahlreichen Variationen in der Anlage der Polaritäten. Die Änderunger gingen von einem einfachen Verlängern der Hofstätter'schen Polaritäten

um sechs weitere Adjektivpaare (Gerke und Heilig 1975) bis hin zu völlig veränderten Adjektivlisten (zum Beispiel bei Schneewind 1966 und Schönbach 1970). Klemmack und Ballweg (1973) erhoben die Ratings im Stil eines Interviews und nicht im - wie sie sagen - "paper and pencil setting" und Scharmann (1967) wiederum entwarf ein PP, dessen Pole jeweils durch mehrere Adjektive definiert sind. Bergler (1975) bezeichnet dies als eine "bedeutungsmäßige Anreicherung der jeweiligen Pole des Eindrucksdifferentials"(S.26).

Sehr weit, im Hinblick auf die Praktikabilität des Meßinstrumentes, ging Piaggio (1969). Er meinte: "Zweifellos dürfte es... nicht ratsam sein, weniger als 50 - 70 Skalen zu verwenden. Ist eine gute Genauigkeit erwünscht, dann scheint es unvermeidlich, gegen 100 und mehr Skalen zu verwenden. ...Allerdings ist es auch nicht zweckmäßig, mehr als etwa 150 bis 200 Skalen zu gebrauchen"(S.12). Letztendlich blieben jedoch alle hier genannten Varietäten des PP Einzelerscheinungen.

Eine gewisse Verbreitung fand dagegen die Methode, Bildsymbole als polare Gegensätze zu verwenden (Bujas 1967, Jakobovits 1969, Bentler und LaVoie 1972) oder die adjektivischen Polaritäten zwar beizubehalten, nun aber Bilder als Konzepte beurteilen zu lassen, wie in der von Hofstätter sogenannten "Methode der Bildwahlen" (Hofstätter 1962, 1965, 1973; Hofstätter und Tack 1963). Eine extreme Variante plante nach eigenen Aussagen Ertel (1965a), nämlich ein PP, dessen Polaritäten aus sinnlosen Silben bestehen sollte. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse dieses Vorhabens ist mir allerdings nicht bekannt.

III. 3. D I E R E L I A B I L I T Ä T V O N M E S S U N G E N M I T D E M P O L A R I T Ä T S P R O F I L

Die Reliabilitätskoeffizienten von Messungen mit dem Polaritätsprofil sind in den meisten Untersuchungen ungewöhnlich hoch. So berichten Osgood et al (1957) für individuelle Urteile auf einzelnen Polaritäten Retest-Korrelations-Koeffizienten von .85 . Allerdings halten die Autoren den Korrelationskoeffizienten, wegen der geringen Streuung der Urteile über die Personen, eher für ungeeignet, die Stabilität der Messung einzuschätzen. Unter Bezug auf die Skalenwert-Differenzen zwischen zwei

Erhebungen fanden sie für Einzelpersonen auf ihren siebenstufigen Skalen Unterschiede von mehr als zwei Skaleneinheiten. Für Faktor-Scores einzelner Vpn fanden sie immer noch Differenzen zwischen einer und 1.5 Skaleneinheiten. Die mittleren absoluten Abweichungen zwischen zwei Erhebungen liegen jedoch bei durchschnittlich drei Viertel Skaleneinheiten (Osgood et al 1957, Piaggio 1968). Entsprechend betont auch Fuchs (1975), daß die Reliabilität individueller Urteile eher unbefriedigend, die von Gruppenmittelwerten - verglichen mit anderen subjektiven Tests - dagegen sehr zufriedenstellend sei. Jenkins et al (1958) stellten - bezogen auf Skalenmittelwerte von 20 Konzepten über 30 Vpn - in der Tat sogar einen durchschnittlichen Stabilitätskoeffizienten von .97 nach vier Wochen fest.

Hohe Retest-Reliabilitäts-Koeffizienten von .86 bis .96 berichtet auch Maltz (1963, 1972) bei Kindern und Studenten. Di Vesta und Dick (1966) berichten ebenfalls bei Kindern eine befriedigende Reliabilität der Messung bezogen auf ein vierwöchiges Testintervall. Bei ihnen erwiesen sich die Mittelwerte der abgegebenen Urteile erwartungsgemäß ebenfalls stabiler als die individuellen Werte und zwar schon ab Gruppengrößen von drei bis fünf Kindern. Unter Zuhilfenahme der Spearman-Brown-Formel fand Revenstorff (1973a) für die Faktorwerte von Vpn ebenfalls einen sehr hohen Reliabilitätskoeffizienten, nämlich .99!

Grimm et al (1973) nehmen an, daß die Konsistenz der Urteile bei gegebener Versuchspersonen-Stichprobe vom jeweiligen Reizmaterial abhängt. Demgegenüber bezeichnet Vidali (1976) in einer Untersuchung zur Reliabilität von Polaritätsprofilen die SD-Technik als außerordentlich robust bezüglich verschiedener Versuchsbedingungen. Weder die Einzelrater-Reliabilität (.46 bis .53), noch die Gruppen-Reliabilität (.97 bis .98) veränderten sich aufgrund von Konzept-Skalen-Interaktionseffekten. Miron (1961) untersuchte den Einfluß von vier verschiedenen Testinstruktionen auf die Reliabilität des PP: Er fand durchweg hohe Koeffizienten, die von .86 bis sogar .996 reichten!

In Bezug auf die EPA-Faktorstruktur fand Piotrowski nach sechs Monaten allerdings nur im Evaluationsfaktor eine befriedigende Stabilität, bezüglich des Potenz- und Aktivitätsfaktors dagegen nicht (Piotrowski 1983a, Piotrowski und Dunham 1984).

Einen interessanten Ansatz zur Einschätzung der Stabilität von Beurteilungen mit dem Semantischen Differential stellte Piaggio (1968) vor. Er stellte die Schwankungsverteilung der Urteile im SD einer entsprechenden Zufallsverteilung gegenüber (siehe Abb.1). Besonders augenfällig ist dabei der Unterschied der beiden Verteilungen bei h=0 (keine Schwankung) und beim "Wechsel ins Gegenteil".

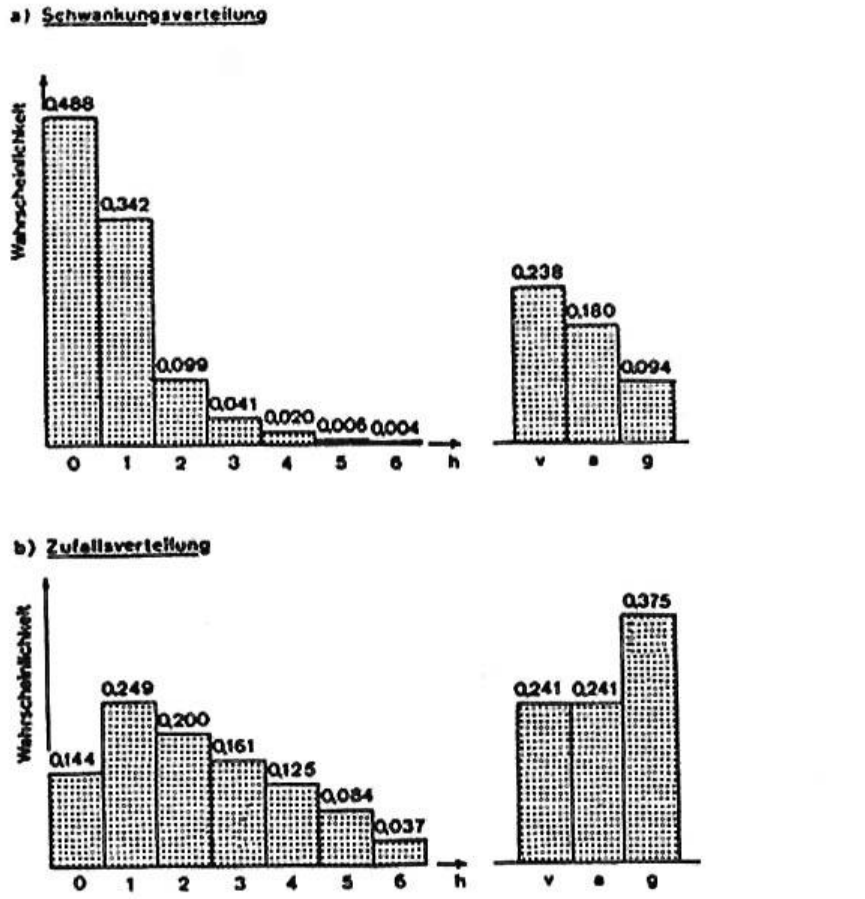


Abb.1 : Schwankungs- und Zufallsverteilung in Wahrscheinlichkeitswerten (Piaggio 1968, S.281).

Auch zeigt sich, daß die Häufigkeiten für die maximal' mögliche Einstufungsschwankung (h=6)um etwa den Faktor 10 differieren. Ferner geht aus der Schwankungsverteilung hervor, daß annähernd die Hälfte aller Einstufungen im Wiederholungsfall exakt die gleiche Position einnehmen. "Zieht man zusätzlich in Betracht, daß die Schwankung mit h=1 in psychologischer Hinsicht keine wesentlichen Veränderungen beinhaltet und faßt man jene mit h=2 zu einer Gruppe eigentlicher Abweichungen zusammen, dann entnimmt man der Schwankungs-verteilung, daß die Wahrscheinlichkeit, mit welcher eine Schwankung mit h=2 auftritt, 0,17 beträgt. Die Zufallswahrscheinlichkeit für den Fall hk2 beträgt demgegenüber 0.61"(Piaggio 1968, S.282).

III. 4. D I E M E T R I K D E R P O L A R I T Ä T E N S K A L E N

Heise (1969) beklagte ausdrücklich, daß zur Metrik der SD-Skalen zu wenig geforscht worden sei. Manche Autoren zweifeln deshalb an den grundlegenden metrischen Annahmen zu den Skalen des PP. Brandt (1978) bezeichnet die SD-Technik gar als "Gummimaßstab"(S.71).

Die metrischen Grundannahmen der SD-Technik sind:

1.) Bipolarität der Adjektivskalen
2.) Intervallskalenqualität
3.) Der Skalenursprung fällt mit dem Nullpunkt der numerischen Kodierung zusammen
4.) Der psychologische Urteilsprozeß wird durch eine Projektion auf die Polarität adäquat wiedergegeben.

Zu diesen vier Grundannahmen ist folgendes zu sagen:

Ad 1) Carter et al (1969) ließen ihre Vpn das Antonym zu ihren nur einseitig markierten Skalen einsetzen. Für die 15 am höchsten ladenden SD-Skalen wurden mehrheitlich die von Osgood et al (1957) vorgegebenen Pole genannt, in einigen Fällen ergaben sich jedoch Unterschiede. Dazu ist aber der Befund von Vidali (1976) zu erwähnen, der auch bei Verwendung "quasi-polarer Skalen" (zum Beispiel "good-poor" oder "passive-live") befriedigende Testgüte-Kriterien bei SD-Studien fand. Im großen und ganzen dürfte die Bipolaritätsannahme also zurecht gegeben sein.

Ad 2) Schlechter scheint es dagegen um die Annahme der Intervallgleichheit bestellt zu sein, was um so mißlicher ist, als sich die häufig durchgeführte Faktorenanalyse der Skalenmittelwerte damit eigentlich verbietet. In mehreren, bezeichnenderweise relativ neuen Arbeiten, wurde nämlich beschrieben, daß die Intervallbreiten von den Extremen zur Mitte hin abnehmen (Prester und Etzel 1980, Schäfer 1983), das mittlere Intervall jedoch am breitesten ist (Revenstorff 1973a, Fuchs 1974, Prester und Etzel 1980). Fuchs (1974) berichtet ferner noch eine erhebliche Variabilität dieses Phänomens zwischen den Skalen.
Andererseits hatte kein geringerer als Messick (1957), noch während Osgoods "The measurement of meaning" im Druck war, bereits explizit die

Nullpunktannahme, sowie die Annahme gleicher Intervalle bei der SD-Technik für gerechtfertigt erklärt. Messick und später auch Revenstorff (1973a) fanden, daß die Korrelation zwischen angenommenen und skalierten Kategoriengrenzen generell sehr hoch sind, nämlich alle über .90 . Fuchs (1974) fand darüber hinausgehend keine bedeutenden Unterschiede in der Faktorenstruktur von Q- und R-Analysen zwischen der Verwendung der Rohdaten und der nach dem Gesetz des kategorialen Urteils (siehe Sixtl 1982) skalierten Werte. Theoretisch in etwa und vor allem durch die übliche Praxis dürfte die Durchführung von Faktorenanalysen der Adjektivskalen in dieser Promotionsarbeit also legitimiert sein.

Ad 3) Laemmerhold (1965) ließ mit dem Polaritätsprofil nach Hofstätter dessen Adjektive selbst von den Vpn beurteilen. Auf diese Weise konnten die Positionen der beiden Gegensätze im konnotativen Raum ermittelt und durch eine Linie verbunden werden. Die Schnittpunkte dieser Linien lagen überwiegend in der Nähe des Koordinatenursprungs. Damit dürfte Annahme 3 bestätigt sein.

Ad 4) Es wird immer wieder bezweifelt, ob sich alle Reaktionskomponenten in Polaritäten übersetzen lassen, zumal der Forscher im allgemeinen nur eine begrenzte Menge an Polaritäten anbietet. Micko (1962) expliziert das Problem folgendermaßen: "Wenn verschiedene Personen im Alltag zwei Beurteilungsgegenstände unterschiedlich beurteilen, so kann das daran liegen, daß sie sie nach denselben Eigenschaften verschieden beschreiben oder daran, daß sie verschiedene Eigenschaften zur Beurteilung heranziehen. Der zweiten Möglichkeit wird das Semantische Differential nicht gerecht, wenn alle Befragten mit denselben Merkmalen arbeiten müssen"(S.248). Von hier gelangt der Autor zu der bereits erwähnten Forderung, daß sich jede Vp ihr eigenes SD zusammenstellen solle. Auf die vierte Anahme zum Polaritätsprofil bezogen bedeutet dies, daß die Adäquatheit der Abbildung des psychologischen Urteilsprozesses von der Relevanz der Polaritäten abhängt. Andererseits bietet auch zu diesem Punkt die Arbeit von Laemmerhold (1965) einen Anhalt dafür, daß der psychologische Urteilsprozeß durch eine Projektion auf die Polaritäten sinnvoll wiedergegeben wird. Fraglich ist aber auch, ob ein Mittelwert von Urteilen verschiedener Personen die mehrheitliche Meinung dieser Vpn über einen Beurteilungsgegenstand beschreiben kann. Im Fall einer zweigipfligen Verteilung ist dies sogar evidenterweise nicht möglich.

Eine gewisse Uneinigkeit herrschte auch über die Zahl der optimalen Skalen-Abstufungen. Bevorzugt wird von Osgood und Hofstätter, den beiden Protagonisten des PP, die "magische Zahl 7"(Miller 1956). Gulliksen (1958) kritisierte an den siebenstufigen Osgood-Skalen jedoch, daß sie eine zu geringe Differenzierung vorgeben würden und schlug 20- bis 30-stufige Skalen vor. In Kontrast dazu meint Micko (1962), daß man notfalls auch mit den zwei Stufen "entweder-oder" auskommen würde. Im allgemeinen werden aber nicht weniger als fünf und nicht mehr als zehn Kategorien benutzt (fünf Abstufungen bei Maltz 1963, 1972 und Piaggio 1969, sechs bei Friedrichs 1973, sieben bei Osgood und Hofstätter in allen ihren zahlreichen Arbeiten, acht bei Ertel 1965a und Grimm et al 1973, neun bei Mehrabian und Russell 1974 , zehn bei Revenstorff 1973a). Abschließend sei dazu gesagt, daß Schönpflug (1972) feststellte, daß die Variation der Kategorien von n=3 bis n=10 im Endeffekt zu gleichen Ergebnissen führt.

III. 5. D I E Ä H N L I C H K E I T S A N A L Y S E V 0 N P O L A R I T Ä T S P R O F I L E N V E R S C H I E D E N E R B E U R T E I L E R G R U P P E N

In der vorliegenden Arbeit wird zum Beispiel das psychologische Konstrukt "Ähnlichkeit des Patientenbildes zwischen Pflegepersonal und Ärzten" als statistische "Ähnlichkeit" der Profilverläufe des Begriffes "Patient" bei Pflegepersonal und Ärzten operationalisiert. Die Profilähnlichkeit zweier Gruppen wird also gedeutet als gleiche Sicht und Einstellung zum jeweiligen Beurteilungsgegenstand, sei dies "der Arzt", "die Krankenschwester", die "Nächstenliebe" oder der "Tod". Damit ist die korrelative Ähnlichkeit - beziehungsweise bei Distanzmaßen die Unähnlichkeit - der Profilverläufe nicht nur ein letztlich geometrisches Maß des Zusammenhanges, sondern der jeweilige Ähnlichkeitskoeffizient wird explizit psychologisch interpretiert.
Unter Hinweis auf einige sehr gute Übersichten zu den Problemen der Zusammenhangsmaße bei Polaritätsprofilen (Cronbach und Gleser 1953, Hofstätter 1955, Sawrey et al 1960, Nunally 1962, Janke 1964, Revenstorff 1973b, möchte ich an dieser Stelle einige Überlegungen zu den statistischen Eigenschaften des für diese Arbeit als Profilähnlich-

keitsmaße verwendeten Korrelationskoeffizienten anstellen.

Obwohl Osgood et al (1957) große Sorgfalt darauf verwendeten, nachzuweisen, daß die semantische Distanz die Ähnlichkeit zwischen zwei Profilen besser repräsentiere als der Korrelationskoeffizient, spielen doch Korrelationskoeffizienten als Maß der Profilähnlichkeit eine dominierende Rolle in der SD-Forschung. Orlik (1967) stellt dazu fest: "Die meisten Untersuchungen, die sich der Methode des Polaritätsprofils bedienen, münden in eine Faktorenanalyse von Produkt-Moment-Korrelationen aus"(S.616). In der Tat hatten schon Suci (1960) und Hofstätter (1955, 1956, 1959, 1963) Produkt-Moment-Korrelationen für Profilvergleiche verwendet.

Gegen den Korrelationskoeffizienten als Maß der Profilähnlichkeit wird gelegentlich eingewandt, daß dabei das Profilniveau ("elevation") beziehungsweise die Profilmittelwerte und die Profilstreuung ("dispersion") der Raterurteile nicht berücksichtigt würden. "Als kritische Profileigenschaft geht nur die Konfiguration (shape) ein"(Janke 1964). So sind Profile denkbar, die völlig parallel verlaufen - was einem Korrelationskoeffizienten von +1.0 entsprechen würde -, die sich aber dennoch um mehrere Skaleneinheiten unterscheiden.

Dieser sicher vorhandene Nachteil des Korrelationskoeffizienten zum Profilvergleich wird im Vergleich mit anderen Ähnlichkeitsmaßen deutlich relativiert. So mußten Osgood et al (1957) bereits einsehen, daß die Standardisierung der Daten, die erforderlich ist, um ein zusätzlich verwendetes Distanzmaß in Beziehung zum Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten zu setzen, einen ähnlich großen Informationsverlust zur Folge hat wie die direkte Anwendung des Korrelationskoeffizienten. Micko (1962) untersuchte sechs Maße der Profilähnlichkeit, unter anderem auch Pearsons r, und kommt aufgrund hoher Interkorrelationen zu dem Schluß: "Es scheint so, als ob es wenig Bedeutung hat, welches Ähnlichkeitsmaß man verwendet"(S.270). Auch Ertel (1965a) verglich die Korrelation der Begriffsprofile mit dem entsprechenden Distanzmaß und fand in seinen Daten eine Übereinstimmung von .94 .
Grimm et al (1973) stellten die Profil-Interkorrelationsmatrizen den entsprechenden Interdistanzmatrizen bei der standardisierten Ertel-Polaritätenskala und bei einer unstandardisierten, problembezogenen

Skala gegenüber. Die Korrelations- und Distanzmaße korrelierten dabei mit .92 beziehungsweise .91 . Damit errechneten die Autoren einen Informationsverlust von 17% beziehungsweise 15% des Korrelationsmaßes r gegenüber dem Profil-Distanzmaß D und folgerten daraus: "Es erscheint vertretbar, einen verfahrensbedingten Fehler dieser Größe mit in Kauf zu nehmen"(S.563). Müller und Wytek (1975) fanden bei der Berechnung der verschiedenen Kennzahlen für den Vergleich zweier Profile gleiche numerische Werte für die Produkt-Moment-Korrelation und für das von Hofstätter (1966) verwendete Maß und betonen schließlich, daß die beiden Maße außerdem algebraisch identisch sind.

III. 6. E F F E K T E V 0 N G E S C H L E C H T , P E R S Ö N L I C H K E I T U N D D E R S O G E N A N N T E N A N T W O R T – S T I L E A U F B E U R T E I L U N G E N M I T D E M P O L A R I T Ä T S P R O F I L

Crandall (1973) behauptete, daß Frauen bei der Bearbeitung von Polaritätsprofilen mehr positive Ratings abgeben als Männer. Bei negativen Beurteilungen sei kein Unterschied zwischen den Geschlechtern vorhanden. Die Arbeit des Autors krankt jedoch daran, daß er diesen Schluß anhand einer einzigen vorgegebenen fünfstufigen Skala zieht, die von "very pleasant" bis "very unpleasant" reichte.

Zahlreicher sind dagegen die Arbeiten, nach denen Frauen im Evaluationsfaktor extremere Beurteilungen abgeben als Männer (Goldfried 1963, Dixon und Dixon 1964, Meisels und Ford 1969). Bei jüngeren Altersgruppen ist dieser Effekt nach McMiller (1974) weniger ausgeprägt.
Benel und Benel (1976) machten eine gezielte Nachuntersuchung zu diesen Befunden und deren weitreichende Folgerungen, nämlich der daran geknüpften "Soziale-Anerkennungs-Hypothese" ("social approval hypothesis") und der "Impulsivitäts-Hypothese" ("impulsivity hypothesis"). Auf ganzen zwei Seiten widerlegten sie sowohl die Ergebnisse als auch ihre spekulativen Weiterverarbeitungen sehr überzeugend und nannten Geschlechtsunterschiede "in reality artifactual".

Zum Einfluß von Intelligenz und Persönlichkeitscharakteristika auf Ratings im allgemeinen und der Beurteilung von Polaritätsprofilen im besonderen, wurde eine Unzahl von Untersuchungen durchgeführt. Insgesamt gibt die Literatur jedoch ein sehr uneinheitliches Bild der Befunde. Fand Light et al (1965), daß Probanden mit niedrigem IQ zu extremeren Urteilen tendieren, stellten Mikula und Schulter (1970) hingegen fest, daß es gerade verbal begabte Vpn sind, welche die extremeren Antwort-kategorien bevorzugen. Außerdem - jedoch wohl damit zusammenhängend – verwenden sie seltener die Indifferenzkategorie.

Neuringer (1961) fand, daß gesunde Vpn die Extremkategorien signifikant weniger verwendeten als Patienten mit Suizidversuchen oder psychosomatischen Beschwerden. Zax et al (1964) stellten entsprechend fest, daß psychisch gestörte ("maladjusted") Personen extremer urteilten und seltener von der Nullkategorie Gebrauch machten. Schwer dazu in Beziehung zu bringen ist ein Befund von Rydell (1966), wonach Vpn mit niedriger Ambiguitätstoleranz extremere Urteile abgeben und Vpn mit hoher Ambiguitätstoleranz eher zur Mitte hin tendierten. Keinen Zusammenhang zwischen dem Neurotizismus-Score, gemessen mit Eysencks MPI, und der Bevorzugung von Extrembeurteilungen im Polaritätsprofil, fanden Cohen und Carl (1964). Hingegen konnte Kirk (1984) anhand dieses Antwortstiles sogar innerhalb einer Gruppe von Schizophrenen eine differentielle Zuordnung treffen.

Ebenfalls keine Beziehung fand Neuringer (1963) zwischen Intelligenz, gemessen mit der Wechsler-Bellevue-Intelligenz-Skala, und der Fähigkeit, "to perceive and produce scores reflecting diversity of intensity". Neuringer et al (1969) stellten andererseits jedoch fest, daß die Einstufungen der Vpn mit divergentem Denken korrelierten und eher nicht mit Testleistungen, die konvergentes Denken operationalisieren. Damit relativiert diese Autorengruppe in gewisser Weise den Schluß von Neuringer (1963): "It would appear that diversity of intensity of semantic differential ratings seems to be related more to neuropsychiatric involvement than to intellectual level"(S.280).

Bleibt zum Schluß dieses Abschnittes noch der sehr plausible Befund von Pfeil et al (1968), wonach mit sinkender Schulbildung und sozialer Schicht die Ausfälle in der Bearbeitung des PP zunehmen. Eine gute Literaturübersicht zum Zusammenhang zwischen der Extremheit der Antwor-

ten, sowie Geschlecht, Intelligenz, Alter, Ängstlichkeit und anderen Persönlichkeitsvariablen gibt Hamilton (1968). Die Befunde sind allerdings außerordentlich uneinheitlich.

Um ein vielfaches erfolgversprechender scheinen mir Arbeiten zu sein, welche die "Antwortstile" als Wechselwirkung zwischen Reizvorlage und Vp interpretieren, anstatt "endogene Determinanten" zur Erklärung heranzuziehen. Bereits Osgood et al (1957) hatten eine Tendenz zu uncharakteristischen Neutral-Urteilen konstatiert, wenn irrelevante Polaritäten vorgegeben wurden, ein Sachverhalt, den Oetting (1967) bestätigte. Entsprechend fand Mitsos (1961) extremere Einstufungen bei Konzepten, wenn die Vpn diese Konzepte anhand von Polaritäten beurteilten, die ihnen als persönlich relevant oder bedeutungsvoll erschienen.

Insgesamt wurde der Befund, daß Beurteiler, deren subjektives Wertsystem durch die Polaritäten repräsentiert wird, extremere Bewertungen abgeben, vielfach bestätigt (Orlik 1965, Mikula und Schulter 197o, Eiser und Mower White 1974). Korrespondierend fand Micko (1962), daß bekannte Konzepte, über die die Befragten viel zu sagen wissen, zu extremeren Urteilen führen als eher unbekannte.

Insgesamt erscheinen diese Ergebnisse einleuchtend, da'die Theorien zur sozialen Akzentuierung (Lilli 1975, Irle 1975), sowie die Reizklassifikationstheorie (Tajfel 1959, 1975) eine vom Wertbezug des Konzeptes abhängige Polarisierung der Urteile auch erwarten lassen.

O'Donovan (1965) formulierte sogar eine "meaningfulness-polarization"-Hypothese: "The extremeness of an organism's response will depend to some extent an the.meaningfulness of the stimuli... this proposition leads to the prediction that response to meaningful stimuli will tend toward the extreme (polarize), while response to meaningless stimuli will tend toward indifferent (depolarize)"(S.365).

Ford und Meisels (1965) beziffern die Korrelation zwischen Maßen sozialer Erwünschtheit und Adjektivpaaren des Polaritätsprofiles auf dem Evaluations-Faktor mit .88 bis .92, bei Ladungen auf dem Potenz- und Aktivitäts-Faktor mit nur .13 bis .22 . In einer Nachuntersuchung (Meisels und Ford 1969) konnten diese Autoren allerdings nur schwache Beziehungen zwischen sozialer Erwünschtheit und allen drei EPA-Dimensionen nachweisen.

IV. D A R S T E L L U N G D E R E R G E B N I S S E

IV. 1. S E L B S T - U N D F R E M D B I L D V O M " A R Z T "

Die Matrix der Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Polaritätsprofilen der untersuchten Gruppen bezüglich des Begriffes "Arzt" zeigt hohe Übereinstimmungen (siehe Tab. 3).

		1	2	3	4	5
1	Internisten (20)	/	.96	.99	.91	.92
2	Chirurgen (19)		/	.96	.92	.95
3	Pflegepersonal (29)			/	.91	.93
4	Intern. Pat. (30)				/	.98
5	Chirurg. Pat. (30)					/

Tab.3 : Die Q-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten der Polaritätsprofile zum Begriff "Arzt". Alle Koeffizienten sind auf dem o.1-Promille-Niveau signifikant.

Trotzdem stellten sich auf der Ebene der einzelnen Polaritäten bedeutsame Unterschiede zwischen dem Arzt-Bild der Ärzte und dem der Patienten heraus (Abb.2).
Vergleicht man nämlich die Polaritätsprofile bezüglich des Begriffes "Arzt" zwischen den Internisten und internistischen Patienten einerseits, sowie zwischen den Chirurgen und den chirurgischen Patienten andererseits, so zeigen sich hohe Übereinstimmungen. Sowohl die internistischen wie die chirurgischen Patienten sehen die Ärzte heiterer, offener, hilfsbereiter, gefühlvoller, friedlicher, zarter, vergnügter, sanfter, beweglicher, frischer und gesünder als sich die Ärzte beider Facharztgruppen selbst sehen.
Neben diesen positiven Einschätzungen der Ärzte insgesamt durch die

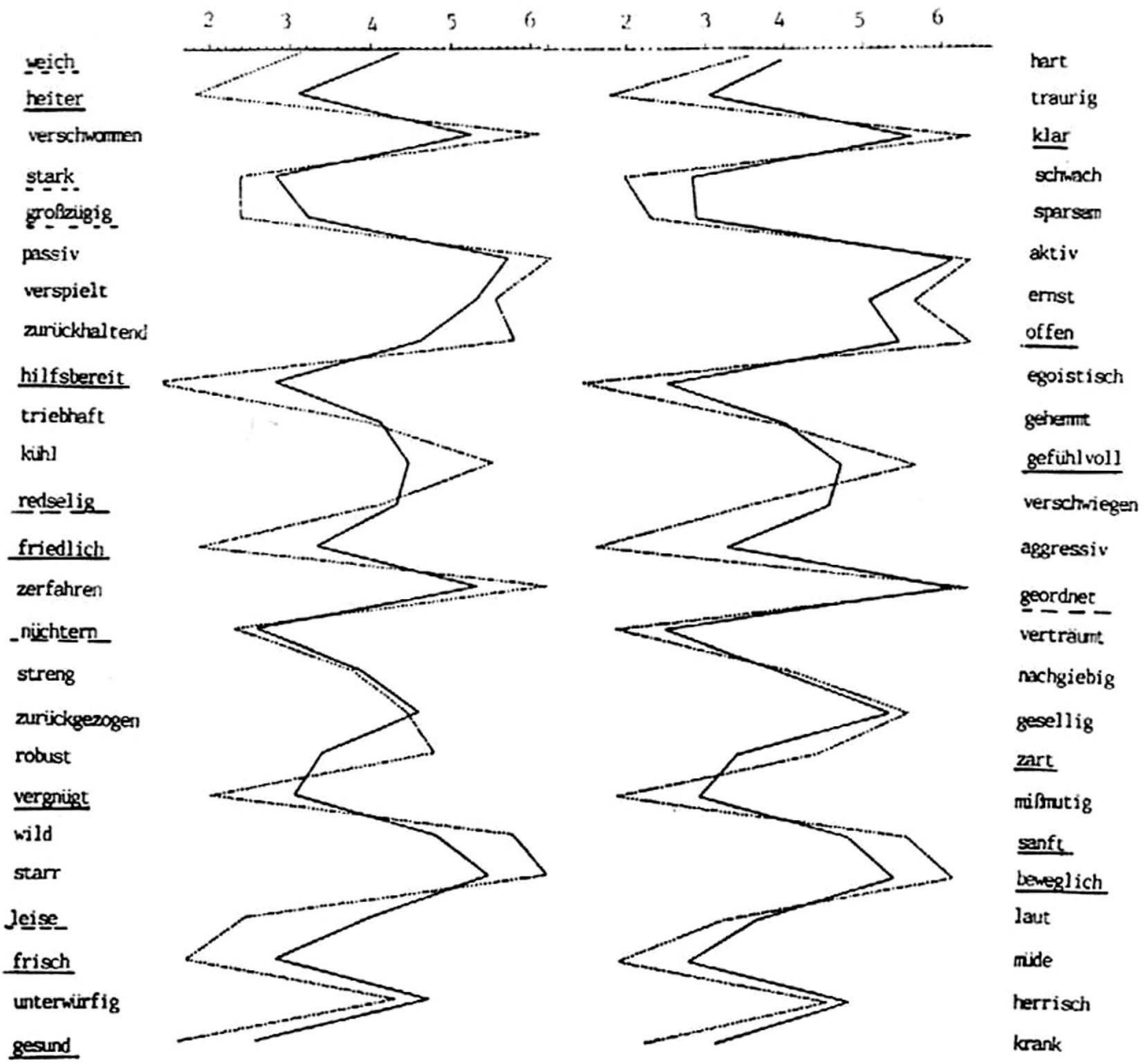


Abb.2 Die Polaritätsprofile zum Begriff "Arzt" der Internisten und der internistischen Patienten (links), sowie der Chirurgen und chirurgischen Patienten (rechts) zum Vergleich nebeneinander gestellt. Die durchgehend unterstrichenen Adjektive stellen in jeweils beiden Vergleichsgruppen gleichermaßen signifikante Unterschiede in der Bewertung dar. Bei den gestrichelt markierten Adjektiven handelt es sich um spezifische Unterschiede im Arztbild bei Internisten beziehungsweise Chirurgen und ihren Patienten. (Mittelwerte und Signifikanzen siehe im Anhang Tab.20, S.96)

Patienten zeigten sich noch einige fachspezifische Besonderheiten. So wurden die Internisten von ihren Patienten eher als weich, großzügig, geordnet und leise beurteilt, während die Selbstbeurteilungen der Chirurgen in diesen Punkten mit denen ihrer Patienten übereinstimmten. Dafür werden die Ärzte den chirurgischen Patienten als klar, stark, redselig und nüchtern gesehen, Bewertungen, denen "Kenner der Materie" wohl zustimmen dürften.

Augenfällig sind auch die Unterschiede bei Internisten und internistischen Patienten bezüglich der Adjektive "weich-hart" und "robust-zart". Sehen sich die Ärzte selbst als robust und hart, werden sie von ihren Patienten nichtsdestoweniger mit den Etiketten "weich" und "zart" versehen. Entsprechend sehen sich die Chirurgen als eher verschwiegen und ebenfalls robust, werden jedoch von ihren Patienten als redselig und ebenfalls "zart" eingestuft. In diesen Fällen handelt es sich nicht nur um quantitative, sondern um echte qualitative Unterschiede, die über den Indifferenzpunkt der Polaritäten hinweg zum Ausdruck kommen. Es kann alles in allem das bemerkenswerte Phänomen festgehalten werden, daß auch in unserer medizinkritischen Zeit und dem Slogan vom "Halbgott in Weiß", das Bild der Ärzte über sich selbst relativ schlechter ist als das Arztbild der Patienten.

Das Arztbild von Internisten und Chirurgen war praktisch identisch (siehe Polaritätsprofile Abb.18 im Anhang S. 97). Damit findet die Aussage Geisslers (1964) eine Bestätigung, wonach verschiedene Gruppen von Ärz-ten sehr ähnliche Bilder vom "Arzt" entwickeln würden, ebenso wie ver-schiedene Gruppen von Patienten vom Arzt. Trotzdem ist dies in gewisser Weise verwunderlich. Offenbar spielen hier stärkere Prägungen durch das Arzt-sein selbst eine Rolle als fachspezifische Gegebenheiten. Der in der Chirurgie häufigere Notfallcharakter, auf den Coser (1958) hinweist, die vielfach doch andere Arzt-Patient-Interaktion, wie auch das jüngere Alter chirurgischer Patienten, all das scheint in die Bewertung der einzelnen Konzepte nur geringfügig einzugehen.
Aufgrund der großen Profilähnlichkeit bei den beiden Facharztgruppen wurden für den Vergleich mit dem Arztbild des Krankenpflegepersonals die Ärzte zusammengefaßt. Auch dieser Vergleich der Polaritätsprofile der Ärzte und des Krankenpflegepersonals zeigt einen fast identischen Verlauf (siehe Abb. 3). Man kann also sagen, daß das Krankenpflegepersonal das gleiche Arztbild hat wie die Ärzte selbst.

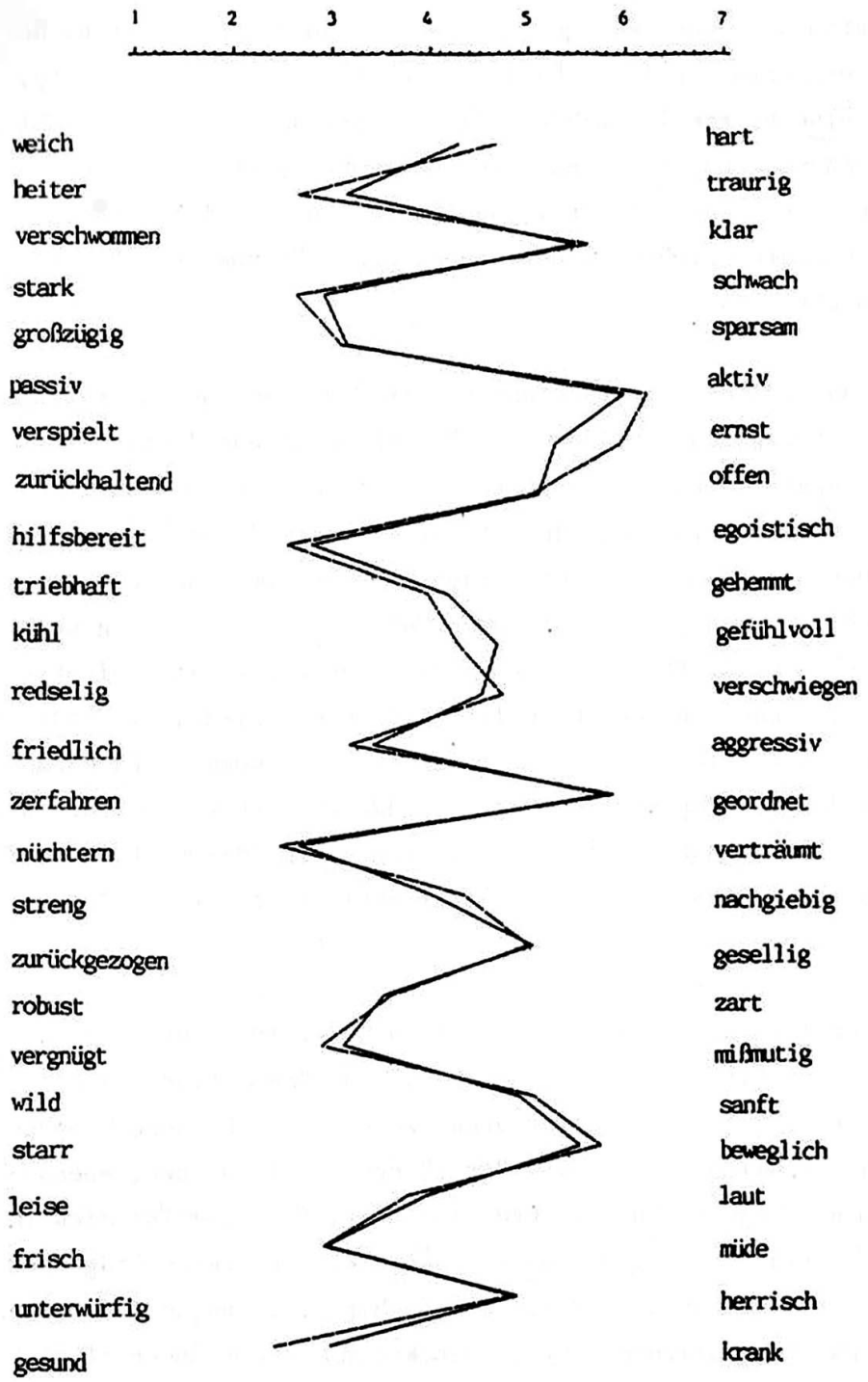


Abb.3 : Die Polaritätsprofile zum Begriff "Arzt" aller untersuchten Ärzte (n=39, durchgezogene Linie) und des Krankenpflegepersonals (n=29, unterbrochene Linie).

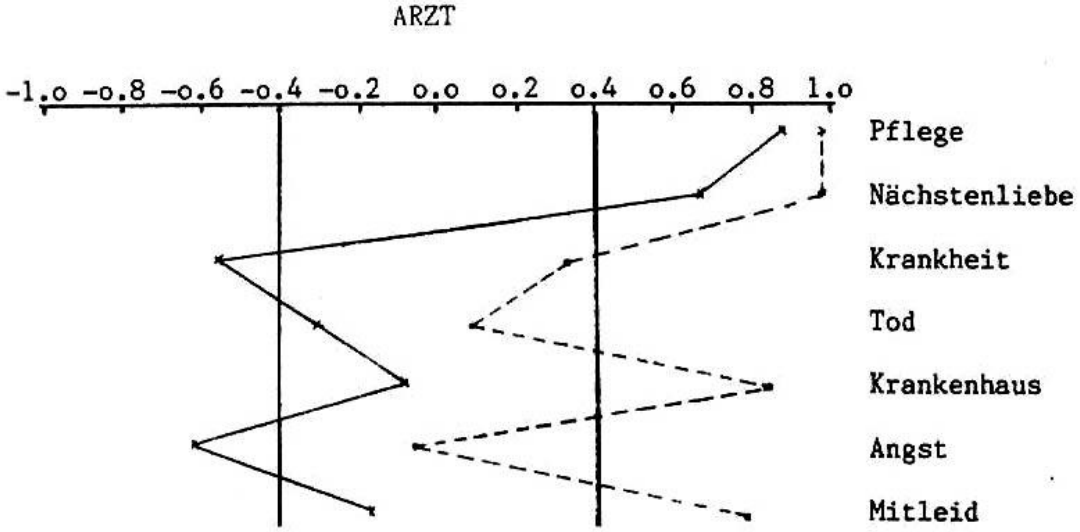


Abb.4 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Arzt" bei Internisten (durchgezogene Linie) und bei internistischen Patienten (gestrichelte Linie). Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.4 .

ARZT

Pflegepersonal	Internisten	internistische Pat.	
o.89	o.89	o.98	Pflege
o.79	o.66	o.97	Nächstenliebe
-o.12	-o.56	o.33	Krankheit
-o.o4	-o.29	o.12	Tod
o.22	o.1o	o.86	Krankenhaus
-o.41	-o.62	-o.o4	Angst
o.32	-o.17	o.8o	Mitleid

Tab.4 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Arzt" bei Pflegepersonal, Internisten und internistischen Patienten.

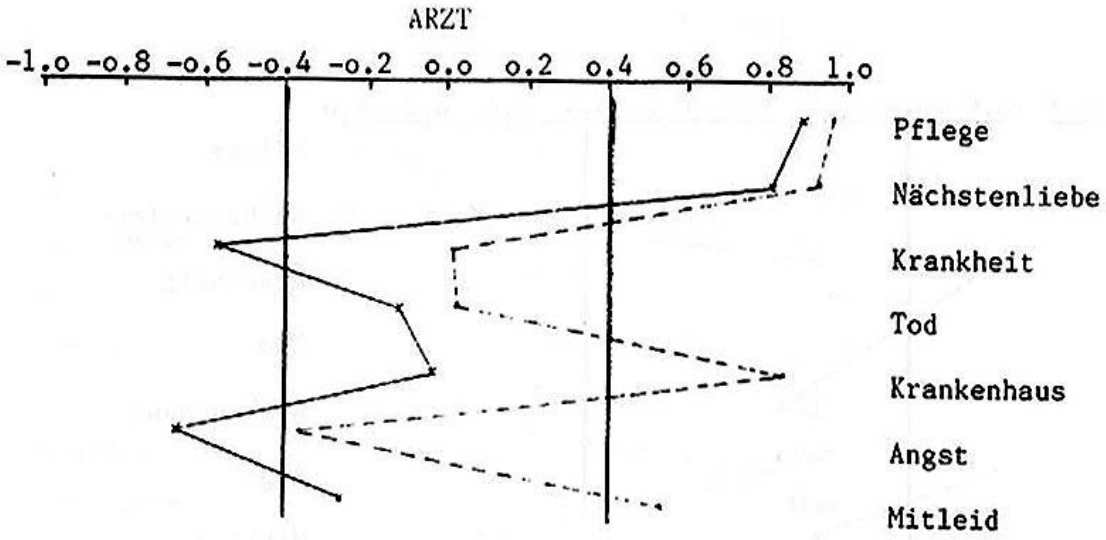


Abb.5 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Arzt" bei Chirurgen (durchgezogene Linie) und bei chirurgischen Patienten (gestrichelte Linie). Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.5 .

ARZT

Chirurgen	chirurgische Pat.	
o.88	o.96	Pflege
o.8o	o.92	Nächstenliebe
-o.58	o.o2	Krankheit
-o.1o	o.o3	Tod
-o.o3	o.85	Krankenhaus
-o.69	-o.37	Angst
o.26	o.57	Mitleid

Tab.5 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Arzt" bei Chirurgen und chirurgischen Patienten.

BEGRIFFSAFFINITÄTEN ZUM KONZEPT "ARZT"

Im weiteren wurde eine Affinitätsanalyse des Begriffes "Arzt" zu den Konzepten "Pflege", "Nächstenliebe", "Krankheit", "Tod", "Krankenhaus", "Angst" und "Mitleid" durchgeführt, wobei wiederum jeweils zwischen Internisten und internistischen Patienten einerseits und Chirurgen und chirurgischen Patienten andererseits verglichen wurde (siehe Abb. 4 und 5 sowie Tab.4 und 5).

Es zeigte sich dabei übereinstimmend, daß internistische wie chirurgische Patienten "den Arzt" mit Pflege, Nächstenliebe und Mitleid in Verbindung bringen. Ein "schlechter Arzt" dürfte für die Patienten also der sein, der Anzeichen dieser Konzepte in seinem Verhalten vermissen läßt. Um so auffälliger ist, daß "Mitleid" offenbar weder zum Arztbild der Internisten noch dem der Chirurgen gehört.

Ferner finden die hohen negativen Korrelationen des Konzeptes "Arzt" mit "Krankheit" und "Angst" im Selbstbild der Ärzte keine Entsprechung im Arztbild der Patienten. Das Selbstbild des Arztes, wonach er Krankheit und Tod gleichsam zu bannen vermag, dürfte deshalb wohl eher einer Wunschvorstellung beziehungsweise einem unrealistischen Selbstideal entsprechen als einer tatsächlichen psychischen Gegebenheit bei den Patienten. Vielmehr hat er für diese die Konnotation von "Krankenhaus". Während also der Patient wohl streng zwischen dem Krankenhausarzt und dem niedergelassenen zu trennen scheint, ist dies im Selbstbild der Ärzte nicht der Fall.

Manche Aspekte der positiven Bewertung des Begriffes "Arzt" durch die Patienten mögen daher rühren, daß es sich aus der Sicht des Patienten - eben um Krankenhausärzte handelt. Damit sind vermutlich andere Arzt-Patient-Interaktionsmuster verbunden, welche frei sind von dem "Hinauskomplimentieren" des Patienten nach den nachgewiesenermaßen etwa nur vier Minuten (Siegrist 1972, Ahrens 1976, Moehr und Haehn 1977) seines Arztbesuches. Die wenigstens im Prinzip ständige Verfügbarkeit des Krankenhausarztes, der kommunikative Miteinbezug der Mitpatienten, der "Nachklang" der Visiten durch Handlungsfolgen des Pflegepersonals, all das unterscheidet die Krankenhausarzt-Patient-Beziehung aus der Sicht des Patienten doch wohl grundsätzlich von der Praktiker-Patient-Beziehung.

In einem rechtwinkligen Zusammenhang stehen die Begriffe "Arzt" und "Tod". Während sich die Ärzte zumindest bei Krankheit und Angst für ein wirksames Antidot zu halten scheinen, ist dies bezüglich des Todes in keiner der untersuchten Gruppen der Fall. Man könnte meinen, daß im Angesicht des Todes Ärzte wie Patienten sich wieder am Schicksalhaften und nicht am menschlich Machbaren orientieren. Die alte Vorstellung vom Arzt als "Herrscher über Leben und Tod" muß also - was das Selbstbild der Ärzte anbelangt - auf die Vision vom "Herrscher über Krankheit und Angst" heruntergeschraubt werden, wobei nochmals betont sei, daß diese Vorstellung eher bei den Ärzten, nicht jedoch bei den Patienten lebendig sein mag.

IV. 2. S E L B S T - U N D F R E M D B I L D V O N " K R A N K E N S C H W E S T E R " U N D " K R A N K E N P F L E G E R"

Auch bezüglich der Begriffe "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" zeigen sich durchweg hohe, signifikante Q-Korrelationen zwischen den untersuchten Gruppen (siehe Tab. 6 und 7).

		1	2	3	4	5
1	Internisten (2o)	/	.96	.93	.9o	.91
2	Chirurgen (19)		/	.91	.9o	.9o
3	Pflegepersonal (29)			/	.97	.97
4	Intern. Pat. (3o)				/	.99
5	Chirurg. Pat. (3o)					/

Tab.6 : Die Q-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten der Polaritätsprofile zum Begriff "Krankenschwester".

		1	2	3	4	5
1	Internisten (2o)	/	.96	.87	.69	.72
2	Chirurgen (19)		/	.91	.73	.75
3	Pflegepersonal (29)			/	.9o	.91
4	Intern. Pat. (3o)				/	.98
5	Chirurg. Pat. (3o)					/

Tab.7 : Die Q-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten der Polaritätsprofile zum Begriff "Krankenpfleger". Alle Koeffizienten sind mindestens auf dem o.2-Promille-Niveau signifikant.

Es dürften also bei Ärzten, Pflegepersonal und Patienten im wesentlichen ähnliche Vorstellungen von der "Krankenschwester" und dem "Krankenpfleger" vorliegen. Trotz der "männlich-weiblich"-Dichotomie der beiden Konzepte sind die Korrelationskoeffizienten der Profile von "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" in den untersuchten Gruppen durchweg hoch (siehe Tab. 8).

	r
Internisten	o.75
Chirurgen	o.76
Pflegepersonal	o.93
Intern. Pat.	o.98
Chirurg. Pat.	o.99

Tab.8 : Die R-Korrelationskoeffizienten der Polaritätsprofile der Begriffe "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" innerhalb der Gruppen. Alle Koeffizienten sind auf dem o.1-Promille-Niveau signifikant.

Auf der Ebene der Polaritäten ergeben sich aber doch einige bedeutsame Unterschiede im Schwestern- und Pflegerbil.d der Ärzte (siehe Abb. 6).

Wie schon beim Konzept "Arzt" überwiegen auch im Falle der "Krankenschwester" in allen untersuchten Gruppen die positiven Konnotationen. Interessanterweise zeigt sich in der Beurteilung des Krankenpflegepersonals über "die Krankenschwester" jedoch eine Tendenz, sich positiver wahrzunehemen als dies die Ärzte tun (siehe Abb.7). Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle auch, daß sich unter den 29 Angehörigen des Krankenpflegepersonals nur vier Männer befanden. Deshalb beschreibt das Polaritätsprofil des Krankenpflegepersonals zur "Krankenschwester" im großen und ganzen das Autostereotyp der Krankenschwestern.

Das Pflegepersonal nimmt "die Krankenschwester" ausdrücklich als ernst, hilfsbereit, friedlich, nüchtern, gesellig, vergnügt und beweglich wahr, während die Beurteilungen der Internisten und Chirurgen diesbezüglich deutlich zurückhaltender sind.

Der Vergleich des Krankenpflegerbildes von Internisten, Chirurgen und Krankenpflegepersonal zeigt die gleiche Tendenz des Pflegepersonals zu positiveren Assoziationen, wie dies schon beim Begriff "Krankenschwester" festzustellen war. So sieht das Krankenpflegepersonal - in signifikantem Unterschied zu beiden Facharztgruppen - "den Krankenpfleger" eher heiter, großzügig, offen, hilfsbereit, beweglich und gesund (siehe Abb.8).

Die Ahnlichkeitsanalyse der Polaritätsprofile zum Begriff "Krankenschwester" von Pflegepersonal, sowie internistischen und chirurgischen Patienten bestätigte auch auf der Ebene der Polaritäten die hohen Korrelationskoeffizienten in Tabelle 4. Das Polaritätsprofil des Krankenpflegepersonals zum Begriff "Krankenschwester" ist praktisch mit den Profilen der internistischen und chirurgischen Patienten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird deshalb auf ihre graphische und tabellarische Darstellung verzichtet.

In keiner Weise bestätigen kann ich damit jedenfalls den zweiten Teil der Aussage Beckmanns (1984): "Eine Krankenschwester muß z.B. hilfsbereit und aufopfernd sein (Selbstbild). Die Patienten erleben die Krankenschwestern häufig als abweisend und kalt (Fremdbild)"(S.214). Dies

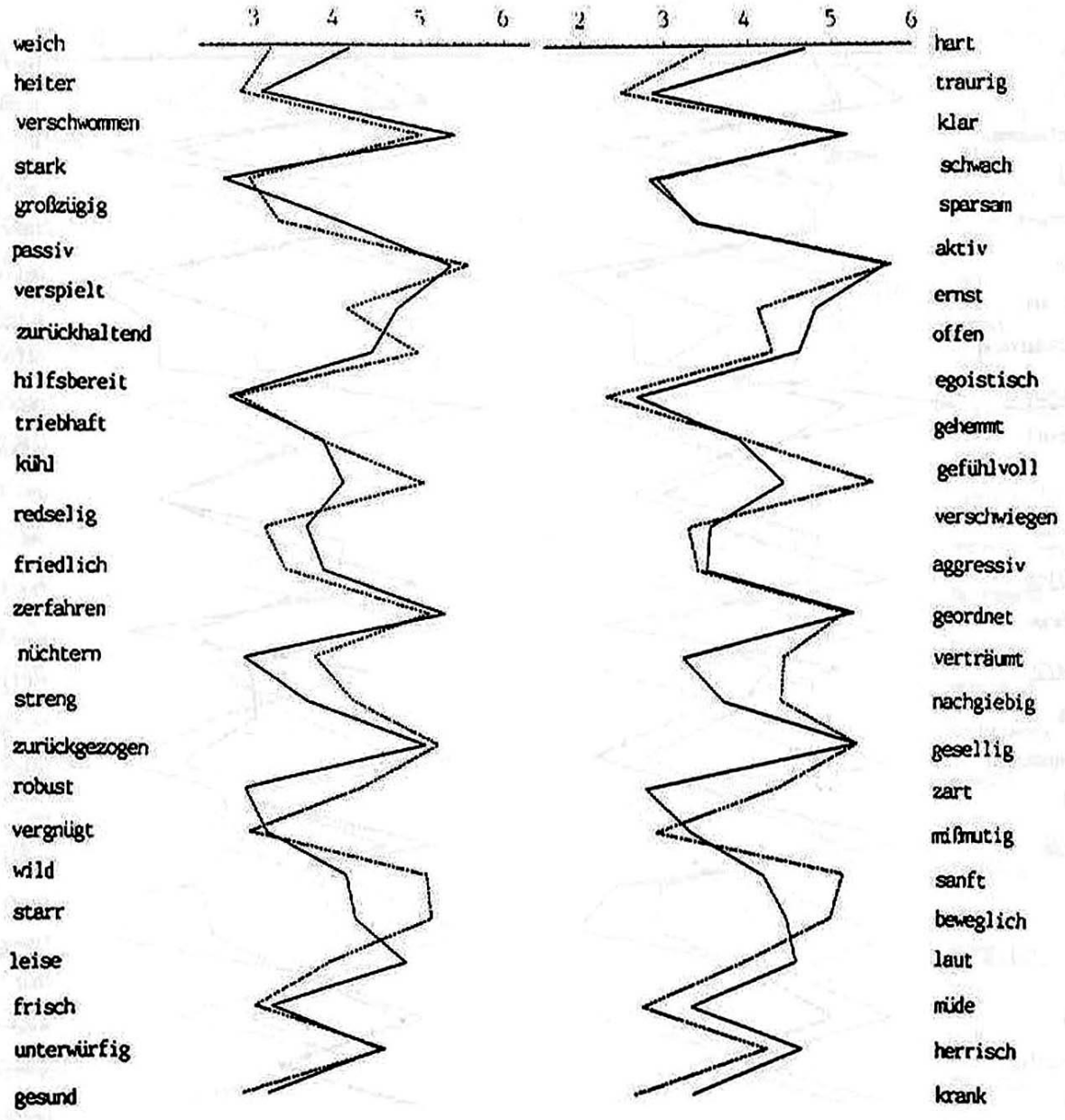


Abb.6 : Die Polaritätsprofile zu den Begriffen "Krankenschwester" (gepunktete Linie) und "Krankenpfleger" (durchgezogene Linie) der Internisten (links) und der Chirurgen (rechts).

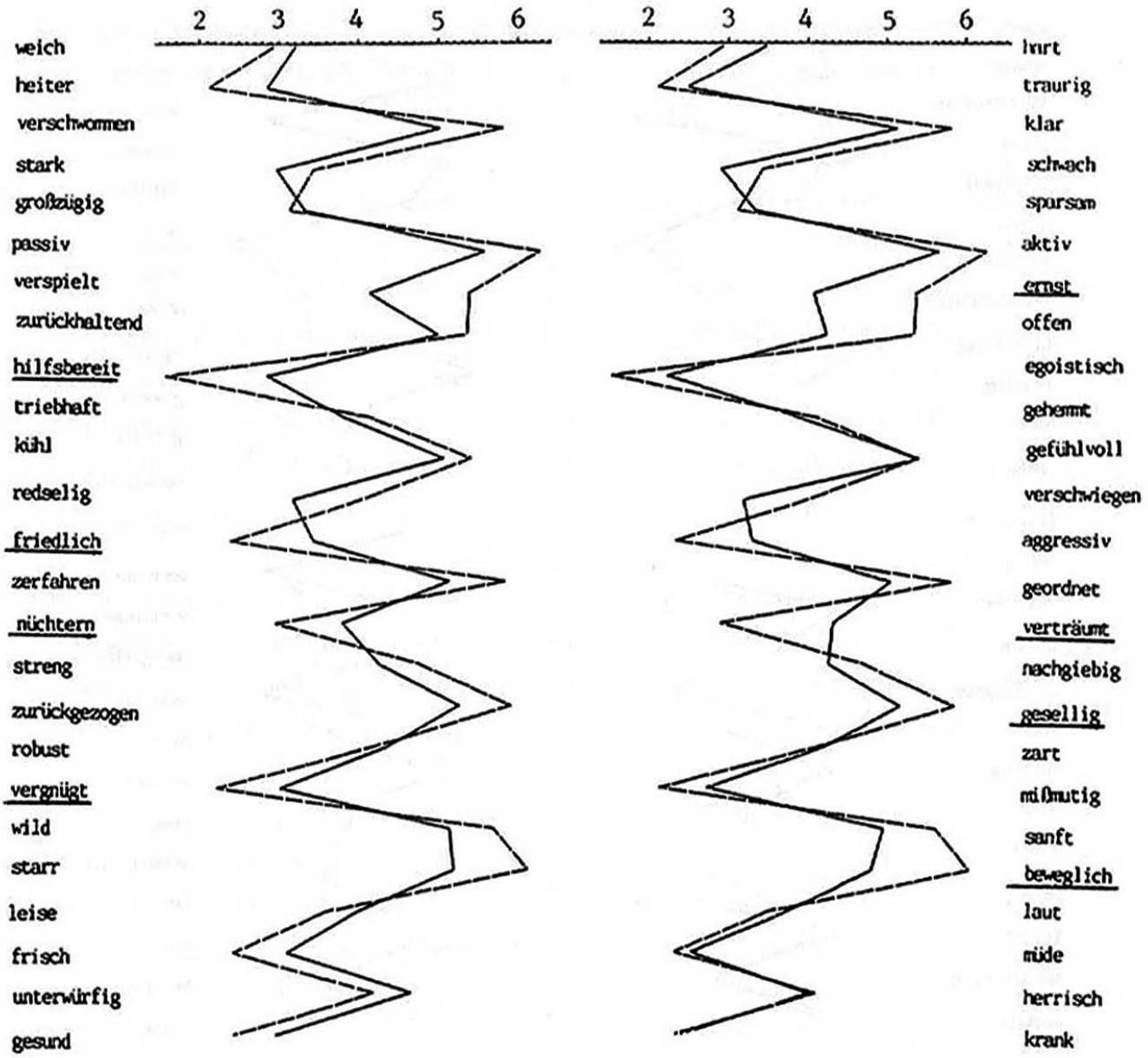


Abb.7 : Die Polaritätsprofile zum Begriff "Krankenschwester" der Internisten (links, durchgezogene Linie) und der Chirurgen (rechts, durchgezogene Linie), jeweils im Vergleich mit dem Schwesternprofil des Krankenpflegepersonals (rechts und links, gestrichelte Linie). Die durchgehend unterstrichenen Adjektive markieren im Vergleich zum Krankenpflegepersonal signifikant verschiedene Sichtweisen sowohl bei Internisten wie Chirurgen. (Mittelwerte und Signifikanzen siehe im Anhang Tab.21, S.98)

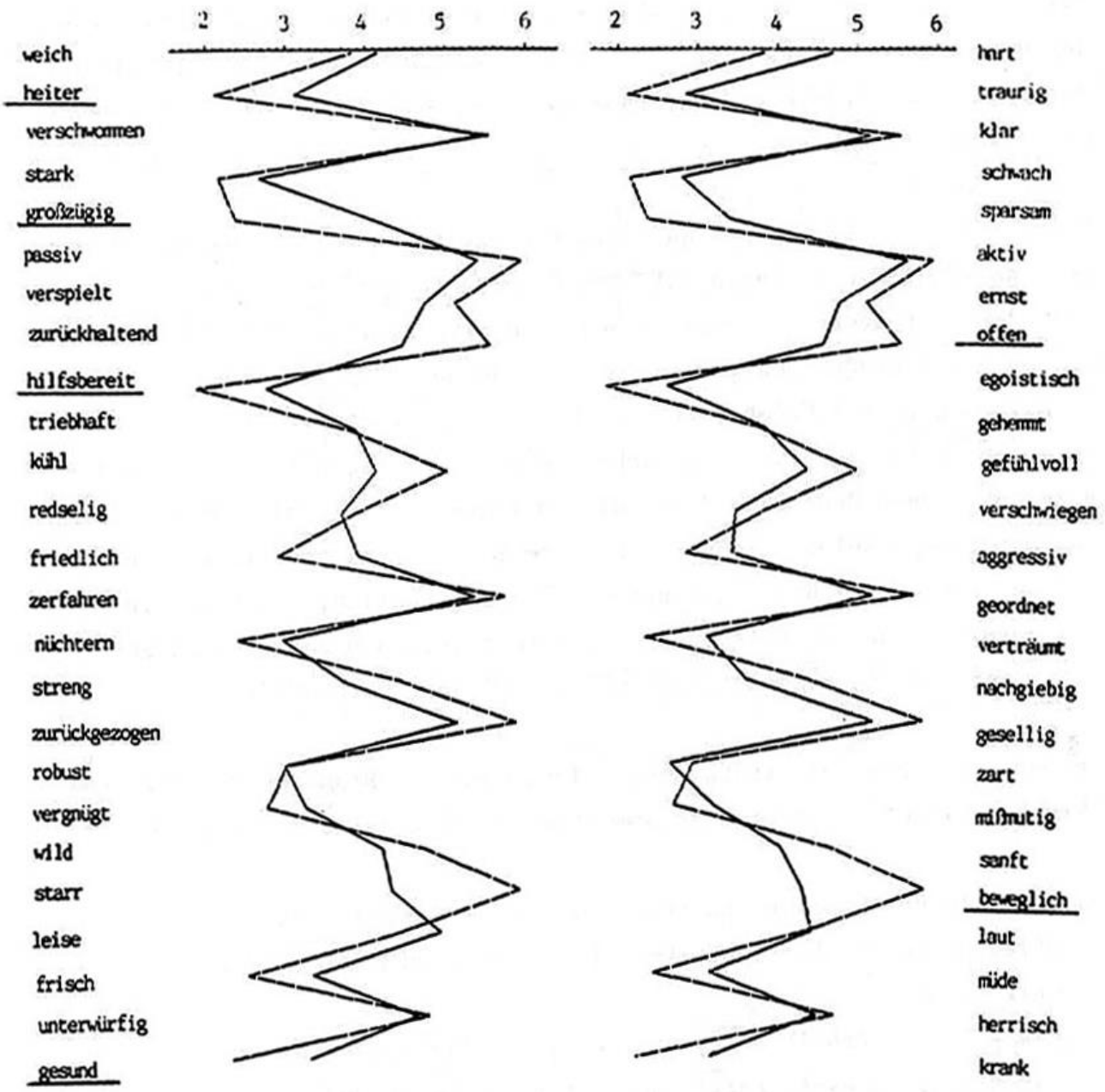


Abb.8 : Die Polaritätsprofile zum Begriff "Krankenpfleger" der Internisten (links, durchgezogene Linie) und der Chirurgen (rechts, durchgezogene Linie), jeweils im Vergleich mit dem Pflegerprofil des Krankenpflegepersonals (rechts und links, gestrichelte Linie). Die unterstrichenen Adjektive markieren im Vergleich zum Krankenpflegepersonal signifikant verschiedene Sichtweisen sowohl bei Internisten wie Chirurgen. (Mittelwerte und Signifikanzen siehe im Anhang Tab.22, S.99)

mag in konkreten Situationen zwar allzu oft vielleicht zutreffen, unter der Überschrift "Stereotype", unter der Beckmann diesen Satz abhandelte, dürfte die beschriebene Diskrepanz zwischen Selbst und Fremdbild jedoch keineswegs zutreffen.

Etwas anders fällt dagegen der Vergleich zwischen Patienten- und Pflegepersonal-Profilen in Bezug auf "den Krankenpfleger" aus. Zwar sind auch hier die Profilverläufe streckenweise identisch, trotzdem lassen sich in beiden Patientengruppen gleichermaßen punktuelle Unterschiede zum Krankenpflegerbild des Pflegepersonals festmachen (siehe Abb.19 und Tab. 23 im Anhang S.100 und 101). Bezeichnenderweise ist auch in diesem Falle eine positivere Bewertung durch die Patienten erfolgt als durch das Pflegepersonal. selbst. Sehen sowohl die internistischen wie die chirurgischen Patienten "den Krankenpfleger" als friedlich, sanft und leise an, versieht ihn das Pflegepersonal - in deutlichem Unterschied zu den Patienten - mit den Konnotationen "robust" und "herrisch".

In Bezug auf die Polaritätsprofile der Begriffe "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" läßt sich zusammenfassend also folgendes sagen:

- Das Bild der Krankenschwester und des Krankenpflegers des Pflegepersonals ist positiver als das von Internisten und Chirurgen.
- Das - mit Vorbehalt - Autostereotyp der Krankenschwestern ist mit dem Schwesternbild der internistischen und chirurgischen Patienten praktisch identisch.
- Das Krankenpflegerbild des Pflegepersonals ist dagegen geringfügig negativer als das der beiden Patientengruppen, wenngleich immer noch positiver als das der Ärzte.

BEGRIFFSAFFINITÄTEN ZU DEN KONZEPTEN "KRANKENSCHWESTER" UND "KRANKENPFLEGER"

Eine Analyse von Begriffsaffinitäten der Begriffe "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" ergab folgendes Bild (siehe die Abb.9-13 und Tab.9-13):

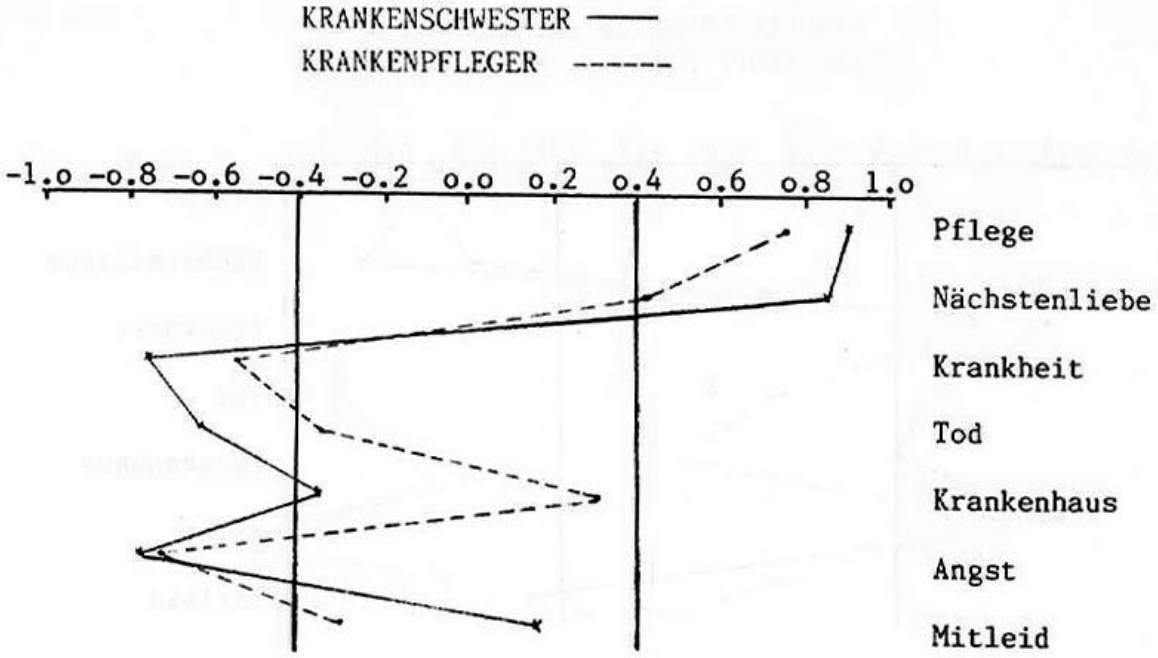


Abb.9 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" (durchgezogene Linie) und "Krankenpfleger" (gestrichelte Linie) bei den Internisten. Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab. 9 .

Krankenschwester	Krankenpfleger	
o.91	o.75	Pflege
o.85	o.42	Nächstenliebe
-o.78	-o.56	Krankheit
-o.63	-o.32	Tod
-o.35	o.31	Krankenhaus
-o.77	-o.69	Angst
o.18	-o.3o	Mitleid

Tab.9 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" bei den Internisten.

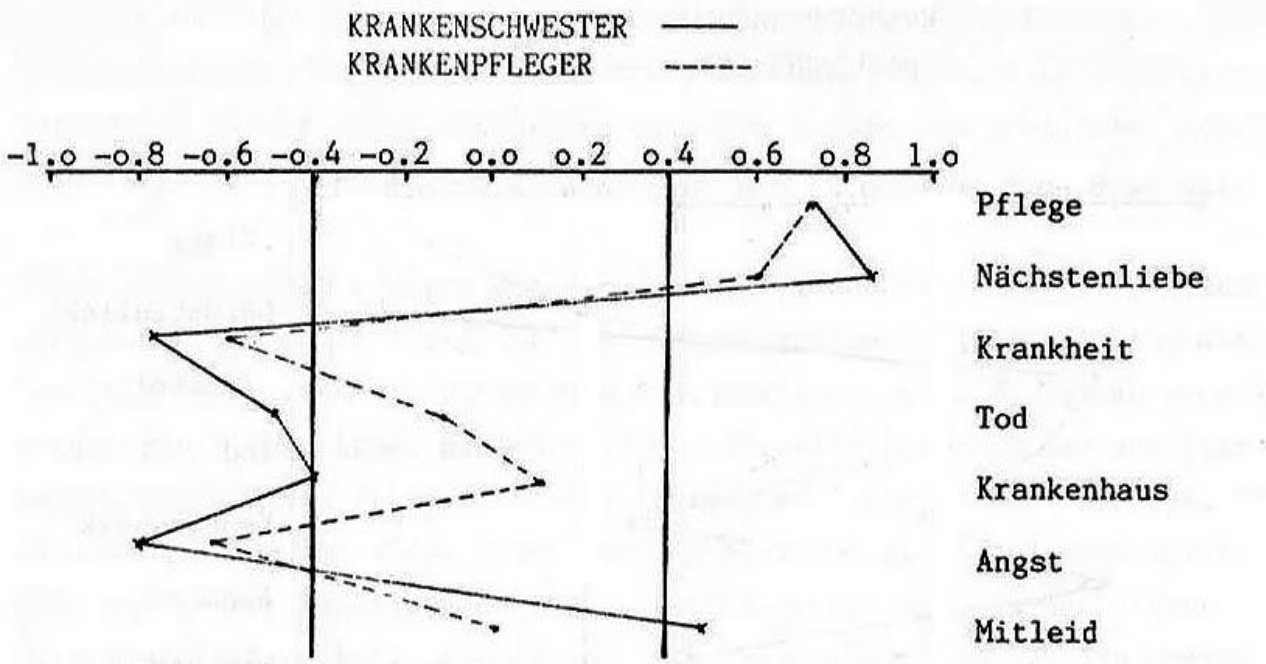


Abb.1o : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" (durchgezogene Linie) und "Krankenpfleger" (gestrichelte Linie) bei den Chirurgen. Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.10 .

Krankenschwester	Krankenpfleger	
o.74	o.73	Pflege
o.86	o.61	Nächstenliebe
-o.79	-o.6o	Krankheit
-o.51	-o.11	Tod
-o.38	o.13	Krankenhaus
-o.8o	-o.63	Angst
o.5o	o.o2	Mitleid

Tab.1o : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" bei den Chirurgen.

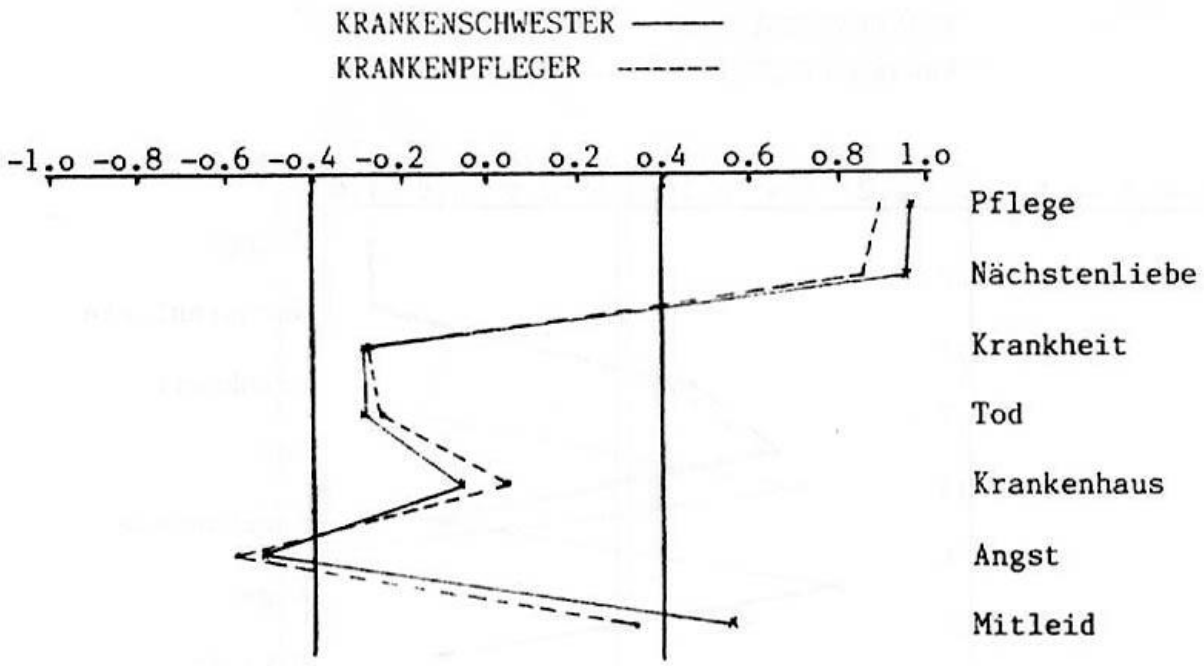


Abb.11 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" (durchgezogene Linie) und "Krankenpfleger" (gestrichelte Linie) beim Krankenpflegepersonal. Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.11 .

Krankenschwester	Krankenpfleger	
o.96	o.87	Pflege
o.95	o.84	Nächstenliebe
-o.3o	-o.29	Krankheit
-o.29	-o.24	Tod
-o.o6	o.o5	Krankenhaus
-o.52	-o.58	Angst
o.56	o.33	Mitleid

Tab.11 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" beim Krankenpflegepersonal.

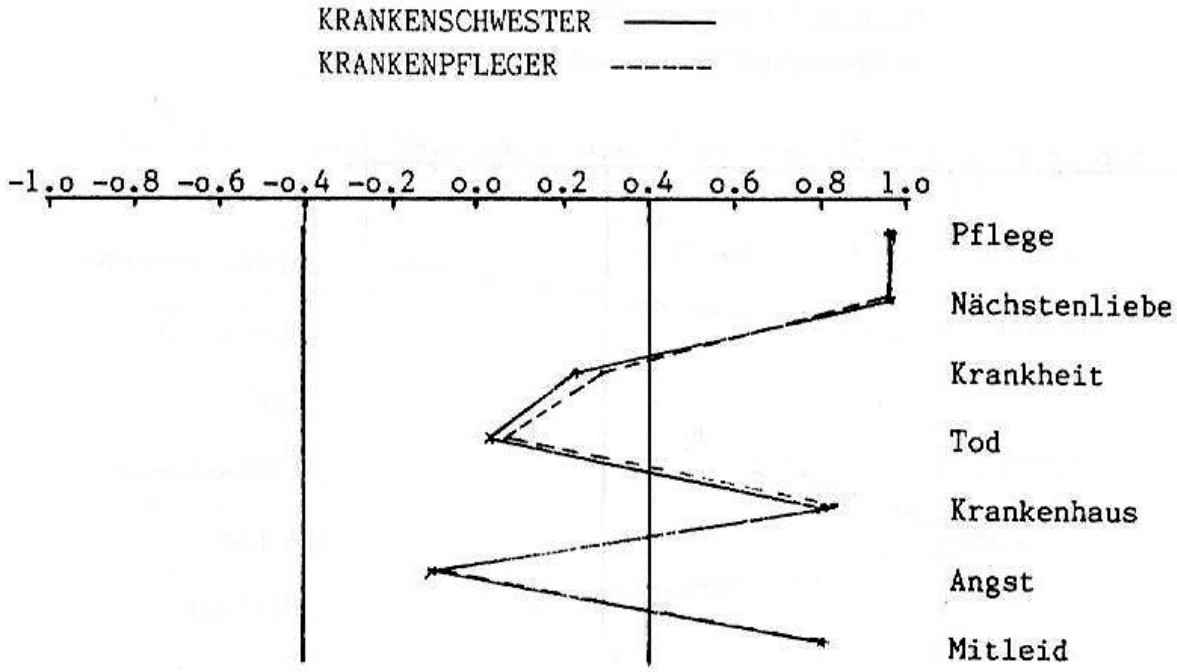


Abb.12 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" (durchgezogene Linie) und "Krankenpfleger" (gestrichelte Linie) bei den internistischen Patienten. Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.12 .

Krankenschwester	Krankenpfleger	
o.97	o.98	Pflege
o.97	o.96	Nächstenliebe
o.23	o.29	Krankheit
o.o4	o.o8	Tod
o.81	o.84	Krankenhaus
-o.11	-o.o7	Angst
o.8o	o.81	Mitleid

Tab.12 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" bei den internistischen Patienten.

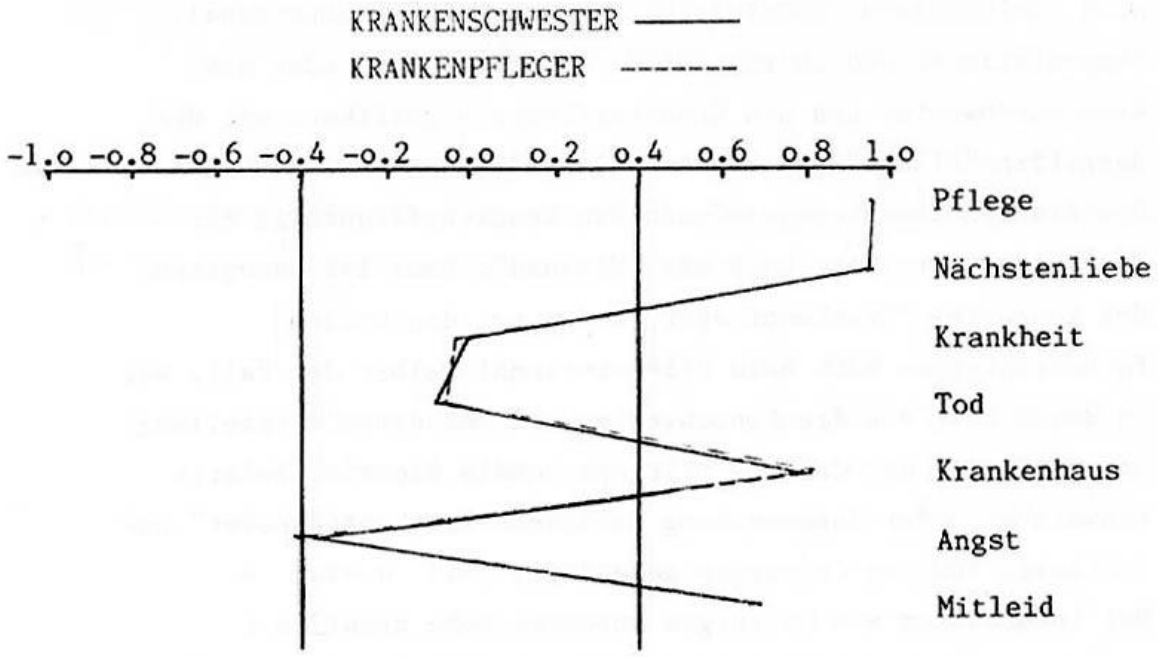


Abb.13 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" (durchgezogene Linie) und "Krankenpfleger" (gestrichelte Linie) bei den chirurgischen Patienten.

Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.13 .

Krankenschwester	Krankenpfleger	
o.97	o.97	Pflege
o.95	o.96	Nächstenliebe
-o.o2	-o.o5	Krankheit
-o.o6	-o.o5	Tod
o.78	o.8o	Krankenhaus
-o.38	-o.42	Angst
o.69	o.66	Mitleid

Tab.13 : Affinitätsanalyse zu den Begriffen "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" bei den chirurgischen Patienten.

- Alle fünf Gruppen (Internisten, Chirurgen, Pflegepersonal, internistische und chirurgische Patienten) verbinden die Krankenschwester und den Krankenpfleger signifikant mit den Begriffen "Pflege" und "Nächstenliebe".
- Das Krankenschwester- wie auch das Krankenpflegerbild der Patienten korreliert hoch mit "Mitleid". Dies ist bezüglich des Konzeptes "Krankenpfleger" weder bei den beiden Facharztgruppen noch beim Pflegepersonal selbst der Fall. Nur in Bezug auf "die Krankenschwester" stimmt diese Vorstellung der Patienten mit der des Pflegepersonals überein. Relativ schwach wird der Zusammenhang zwischen "Krankenschwester" und "Mitleid" von den Chirurgen gesehen.
- Bei Internisten wie Chirurgen bestehen hohe negative Korrelationen der Begriffe "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" zu "Krankheit". Interessanterweise findet dieser Befund sowohl beim Pflegepersonal selbst als auch in beiden Patientengruppen nicht die mindeste Entsprechung.
- Bemerkenswert ist das Gegensatzverhältnis von "Krankenschwester" und "Tod" in beiden Facharztgruppen. Dieser Zusammenhang gilt bei den Ärzten nicht für den "Krankenpfleger". Ebensowenig zeigt sich dieser Zusammenhang bezüglich der "Krankenschwester" bei den Patienten, noch im Selbstverständnis des Pflegepersonals.
- Es bestehen negative Korrelationen sowohl für die "Krankenschwester" als auch den "Krankenpfleger" zu "Angst", und zwar bei Internisten, Chirurgen und Pflegepersonal. Diese Konnotation ist allerdings nicht vorhanden bei den internistischen und nur schwach ausgeprägt bei den chirurgischen Patienten.
- Die Analyse der Begriffsaffinitäten zu den Konzepten "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" läßt bei beiden Patientengruppen keine wesentlichen Unterschiede erkennen.

IV. 3. S E L B S T – U N D F R E M D B I L D V 0 M " P A T I E N T "

Das Bild vom Patienten weist zwischen den in dieser Arbeit untersuchten Gruppen die größte Heterogenität auf. Die geht bereits aus der Matrix der Q-Korrelationen hervor (siehe Tab.14).

	1	2	3	4	5
1 Internisten (2o)	/	.96	.93	.16	.13
2 Chirurgen (19)	/	.92	.25	.27	
3 Pflegepersonal (29)	/	.37	.29		
4 Intern. Pat. (3o)	/	.88			
5 Chirurg. Pat. (3o)	/				

Tab.14 : Die Q-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten der Polaritätsprofile zum Begriff "Patient".

Es zeigte sich, daß das Patientenbild von Ärzten und Pflegepersonal fast gleich ist (siehe Abb.20 im Anhang S.102), jedoch nur wenig mit dem Selbstbild der Patienten übereinstimmt (siehe Abb.14 und Tab.24 im Anhang S.103). Sowohl Internisten wie auch Chirurgen sehen "den Patienten" - in frappantem Widerspruch zu dessen Selbstbild - eher traurig, schwach, passiv, zurückhaltend, zerfahren, zurückgezogen, mißmutig, müde, unterwürfig und selbstverständlich krank. Sie versehen "den Patienten" damit also durchweg mit Eigenschaftsbegriffen von Schwäche und Neurasthenie. Die Patienten wiederum sehen sich klar, stark, offen, hilfsbereit, nüchtern, gesellig, beweglich und durchaus auch krank, aber signifikant weniger, als es die Ärzte tun.

Ähnliche Differenzen offenbarten sich auch beim Vergleich des Selbstbildes der Patienten sowie dem Patientenbild des Pflegepersonals (siehe Abb.15 und Tab.25 im Anhang S.104). Auch das Pflegepersonal sieht den Patienten traurig, schwach, passiv, zurückhaltend, zurückgezogen, mißmutig, müde, unterwürfig und krank. Sowohl die internistischen als auch die chirurgischen Patienten schätzen sich im Vergleich dazu offener, hilfsbereiter, geselliger und - wenn auch krank - so doch signifikant weniger krank ein als dies das Pflegepersonal tut. Damit wird auch bezüglich des Pflegepersonals deutlich, daß eine völlig andere Sicht der Patienten vorliegt, als sie diese von sich selbst haben.

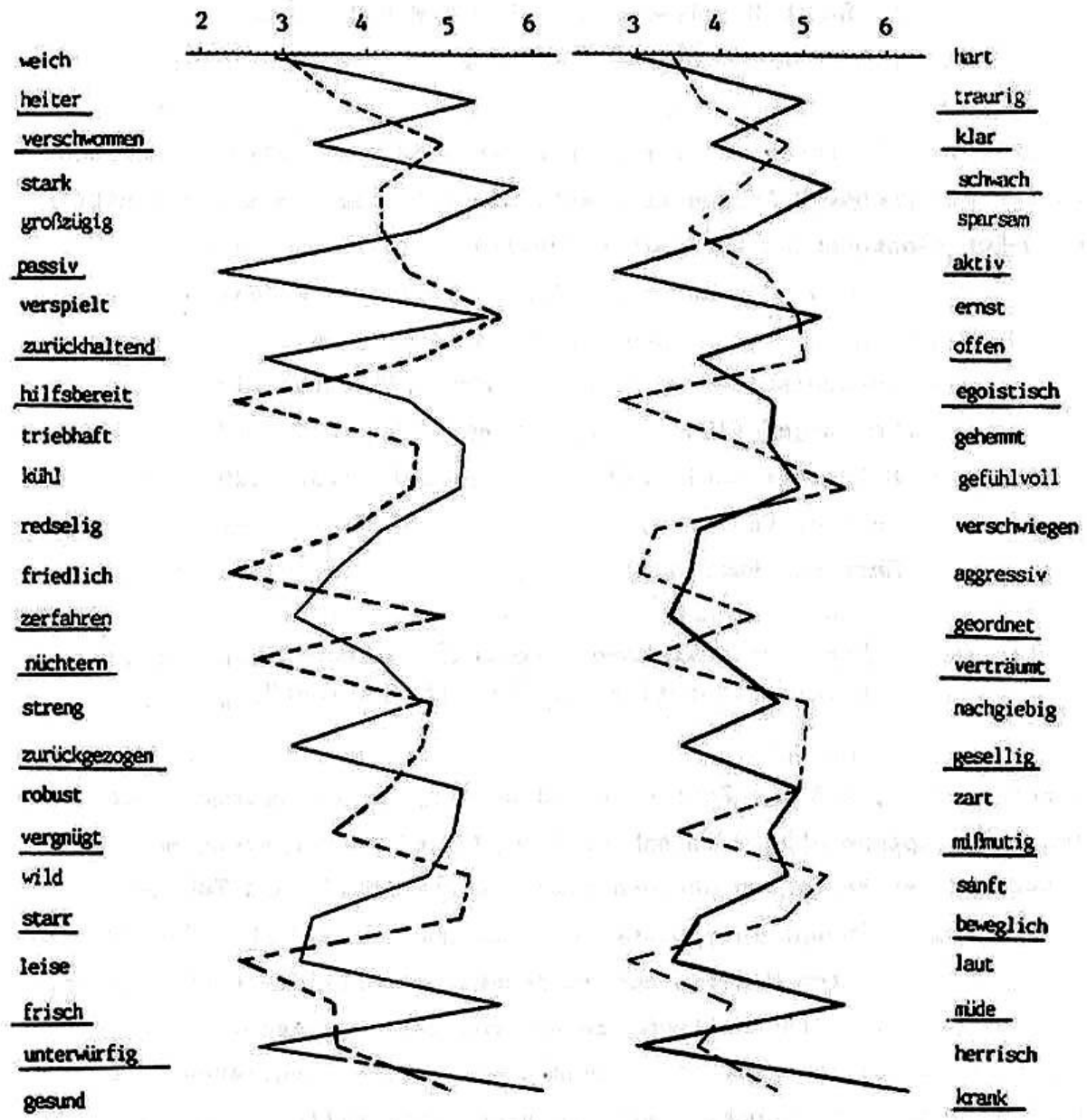


Abb.14 : Die Polaritätsprofile zum Begriff "Patient" der Internisten (durchgezogene Linie) und der internistischen Patienten (gestrichelte Linie, beide Gruppen links), sowie der Chirurgen (durchgezogene Linie) und der chirurgischen Patienten (gestrichelte Linie, beide Gruppen rechts). Die unterstrichenen Adjektive markieren die signifikanten Unterschiede, sofern sie in jeweils beiden Vergleichsgruppen übereinstimmend auftreten. (Mittelwerte und Signifikanzen siehe im Anhang Tab.24, S.103)

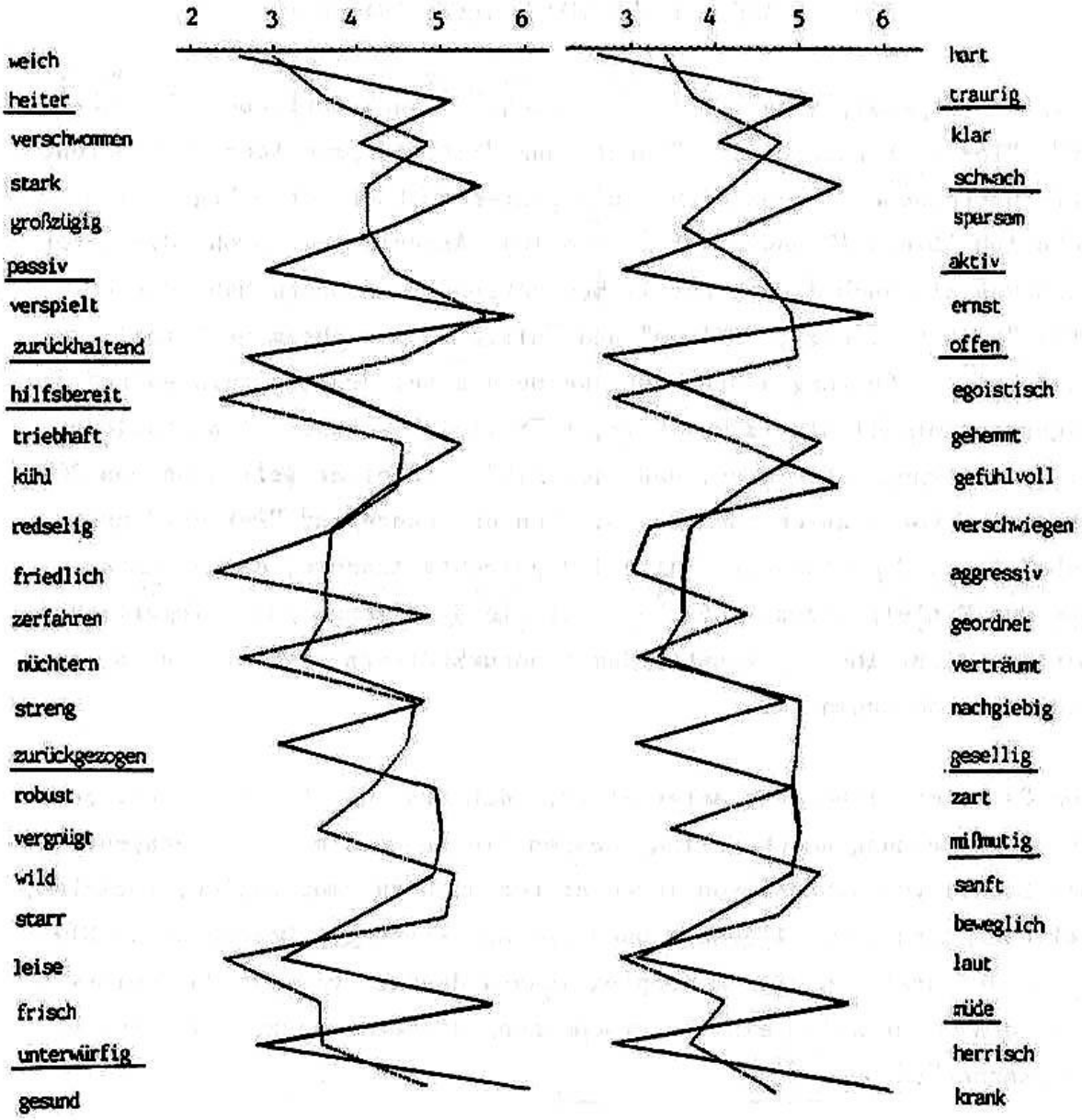


Abb.15 : Die Polaritätsprofile zum Begriff "Patient" des Krankenpflegepersonals (durchgezogene Linie) und der internistischen (gepunktete Linie links) sowie chirurgischen Patienten (gepunktete Linie rechts). Die unterstrichenen Adjektive markieren die signifikanten Unterschiede, sofern sie bei beiden Patientengruppen im Vergleich zum Pflegepersonal übereinstimmend auftreten.
(Mittelwerte und Signifikanzen siehe im Anhang Tab.25, S.104)

BEGRIFFSAFFINITÄTEN ZUM KONZEPT "PATIENT"

Die Affinitätsanalyse der Begriffe "Pflege", "Nächstenliebe", "Krankheit", "Tod", "Krankenhaus", "Angst" und "Mitleid" zum Konzept "Patient" zeigte überraschende - um nicht zu sagen: schockierende - Ergebnisse (siehe Abb.16 und 17 sowie Tab.15 und 16). Assoziieren sowohl die internistischen als auch die chirurgischen Patienten in hohem Maße die Begriffe "Nächstenliebe", "Pflege" und "Mitleid" mit ihrem Selbstbild, so liegen bei den Chirurgen überhaupt keine und bei den Internisten und dem Pflegepersonal allenfalls zum Begriff "Mitleid" schwache Konnotationen vor. Interessant ist hierzu, daß Koch (1972) in einer Befragung von 800 Ärzten eine Korrelation von .32 zwischen den Konzepten "Patient" und "Liebe" fand. Die eingangs (Seite 11) gemachte Annahme, daß Nächstenliebe und Mitleid wesentliche Bestandteile ärztlichen und pflegerischen Handelns seien, löst sich unter dem Eindruck dieses Ergebnisses in unangenehme Ahnungen auf.

Schon Geissler (1964) war aufgefallen, "daß zwar die Patienten weitgehend einer Meinung darüber sind, wessen sie (über die rein therapeutischen Leistungen hinaus) von ihren Ärzten noch an emotionalen, sozialen, intellektuellen oder allgemein humanitären Leistungen bedürfen. ...Die Urteile der Ärzte zu diesem Komplex lassen dagegen eine große Uneinheitlichkeit und vor allem eine Unterschätzung dieser Ansprüche der Patienten erkennen"(S.39).

Wieder im Gegensatz zu den Patienten selbst, assoziieren die drei professionellen Krankenhausgruppen "den Patienten" dagegen mit "Krankheit" und "Angst", Pflegepersonal und Internisten, wenn auch gering, sogar mit "Tod". Dies stimmt mit einem Befund von Koch (1972) überein, der bei den von ihm untersuchten Ärzten ebenfalls nur eine geringe Korrelation zwischen "Patient" und "Tod" fand (r=.22). Nur knapp signifikant ist in der vorliegenden Arbeit auch ein Zusammenhang zwischen "Patient" und "Krankheit" bei den internistischen Patienten.

Wie schon in den Affinitätsanalysen der Begriffe "Arzt" (S.35/36), "Krankenschwester" und "Krankenpfleger" (S.48/49), welche von den Patienten - im Gegensatz zum Selbstbild dieser Gruppen - in hohem Maße mit dem Krankenhaus in Verbindung gebracht wurden, so scheint die Institution Krankenhaus auch im Selbstverständnis der Patienten eine zentrale

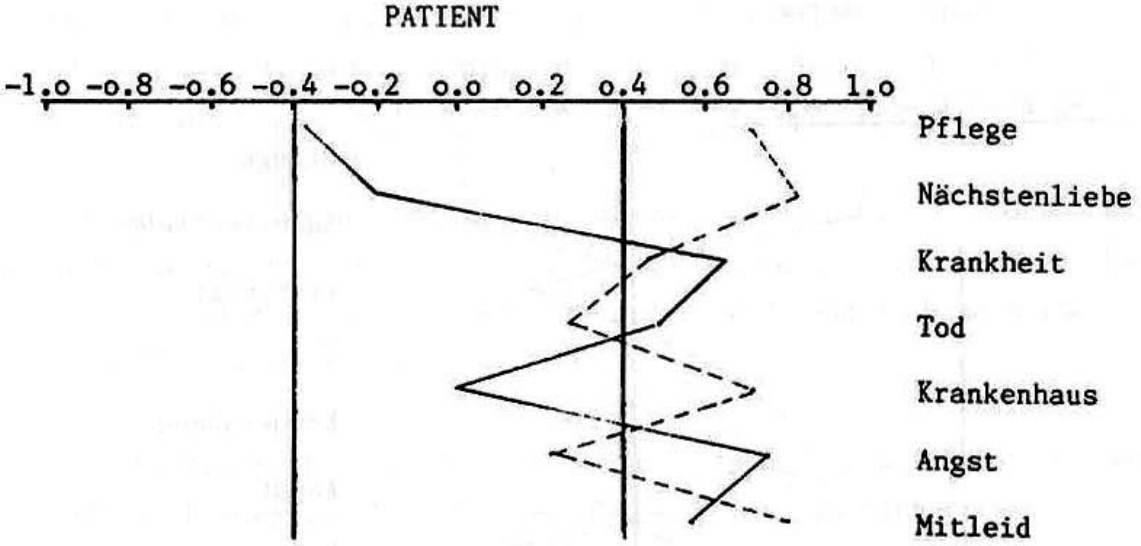


Abb.16 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Patient" bei Internisten (durchgezogene Linie) und bei internistischen Patienten (gestrichelte Linie). Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.15 .

PATIENT

Pflegepersonal	Internisten	internistische Pat.	
-o.18	-o.39	o.71	Pflege
-o.12	-o.21	o.81	Nächstenliebe
o.61	o.63	o.47	Krankheit
o.47	o.48	o.28	Tod
o.17	o.oo	o.73	Krankenhaus
o.72	o.73	o.22	Angst
o.45	o.54	o.79	Mitleid

Tab.15 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Patient" bei Pflegepersonal, Internisten und internistischen Patienten.

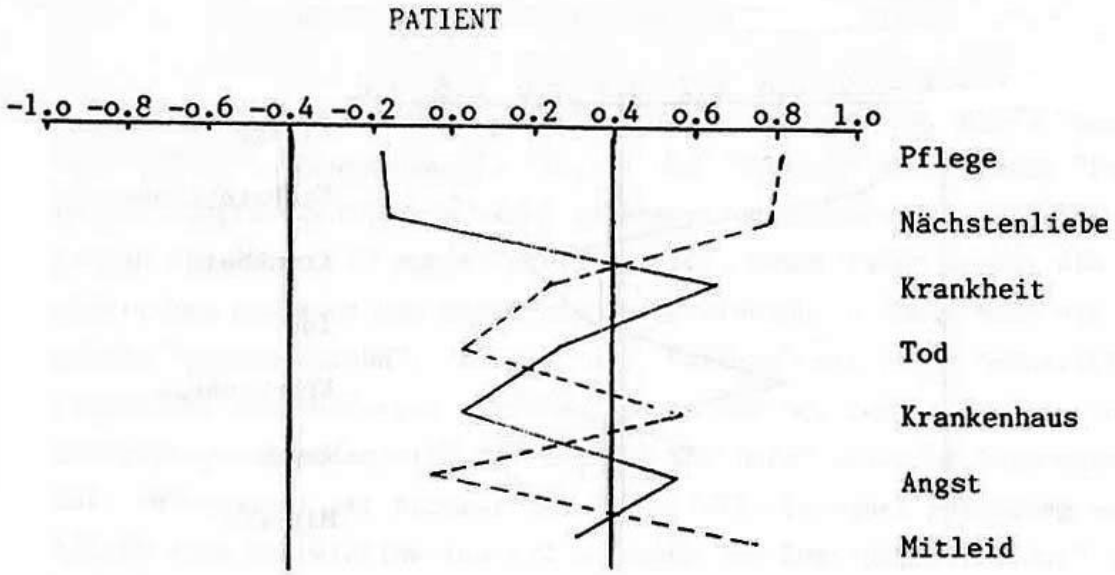


Abb.17 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Patient" bei Chirurgen (durchgezogene Linie) und bei chirurgischen Patienten (gestrichelte Linie). Dazugehörige Zahlenwerte siehe Tab.16 .

PATIENT

Chirurgen	chirurgische Pat.	
-o.18	o.81	Pflege
-o.16	o.78	Nächstenliebe
o.65	0.24	Krankheit
o.25	o.o3	Tod
o.o3	o.56	Krankenhaus
o.55	-o.o5	Angst
o.33	o.75	Mitleid

Tab.16 : Affinitätsanalyse zum Begriff "Patient" bei Chirurgen und chirurgischen Patienten.

Rolle zu spielen. Bezeichnenderweise wird auch "der Patient" von den professionellen Krankenhausgruppen nicht mit dieser Institution in Verbindung gebracht.

Überraschend ist das geringe Ausmaß an Angst, das die Patienten mit ihrem Selbstbild assoziieren. Wenn man das Polaritätsprofil als Messung für Ängstlichkeit akzeptiert, steht dieser Befund in Widerspruch zu einem Teil der Literatur.

Engelhardt et al (1973) berichten zum Beispiel, daß 13% der Männer und 28% der Frauen auf die Hospitalisation mit "ängstlicher Reaktion" antworten, wobei die Autoren offen lassen, was sie darunter verstehen. 15% der Männer und 27% der Frauen zeigte "offene, das gesamte Verhalten bestimmende Furcht vor dem Krankenhaus"(S.66), wenngleich an dieser Stelle nicht klar wird, warum es sich nicht auch um Furcht vor der Erkrankung und deren Folgen handeln könnte. 29% der Männer und 17% der Frauen fühlten sich in der Untersuchung Engelhardts und seiner Mitarbeiter in der Klinik allerdings geborgen. Weitere 30% der Männer und 30% der Frauen zeigten keine Angstreaktionen.

Eine Untersuchung von Duff und Hollingshead (1968) wies an internistischen und chirurgischen Patienten in den USA nach, daß dort sogar nur 27% der Patienten gefaßt auf die Hospitalisation reagierten. Alle anderen waren ängstlich bis offen furchtsam. Die Generalisierbarkeit dieser Untersuchung ist allerdings dadurch eingeschränkt, daß die Variablen "Schwere" und "Gefährlichkeit" der Erkrankung nicht befriedigend kontrolliert wurden.

Einen diesbezüglichen Hinweis geben dazu Untersuchungen, die mit chirurgischen Patienten durchgeführt wurden. Dabei haben zahlreiche Autoren festgestellt, daß die Zustandsangst ("state anxiety") ein bis zwei Tage vor einer Operation stark erhöht ist und postoperativ kontinuierlich abnimmt (Wolfer und Davis 1970, Johnson et al 1971, Spielberger et al 1973, Auerbach 1973, Martinez-Urrutia 1975). Bemerkenswert ist dabei, daß das Ausmaß präoperativer Anggt nicht mit der Schwere der Operation korreliert (Janis 1958, Ramsay 1972, Auerbach 1973).

Nach Balint (1970) hat der Kranke in der Regel sogar auch Angst vor dem Arzt. Diese Annahme kann aufgrund der Analyse der Begriffsaffinitäten

ebenfalls nicht bestätigt werden, ist also wohl im Einzelfall eher arzt-, patient- und krankheitsabhängig. "Angst" ist mit dem Arztbild des Patienten praktisch unkorreliert (siehe Abb.4 und 5 sowie Tab. 4 und 5).

IV.4. D I E F A K T O R E N A N A L Y S E N

Die Faktorenanalysen wurden nach dem Hauptkomponenten-Modell gerechnet, die Faktorladungsmatrizen Varimax-rotiert. Die Zahl der extrahierten Dimensionen wurde nach dem Kaiser- beziehungsweise Eigenwert-Kriterium entschieden. Bei den Patienten ergaben sich auf diese Weise zwei, bei Arzten und Krankenpflegepersonal drei Faktoren.

Die beiden Faktoren bei den Patienten ließen sich als "Behandlungs-" und "Krankheits-Faktor" relativ sicher identifizieren (siehe Tab.17).

	Faktor 1	Faktor 2
Pflege	.99	-.o6
Krankenpfleger	.99	-.o8
Nächstenliebe	.98	-.11
Krankenschwester	.98	-.o9
Arzt	.97	-.o1
Krankenhaus	.85	.41
Mitleid	.84	.22
Patient	.83	.23
Krankheit	.22	.94
Tod	.o6	.92
Mitleid	-.19	.89
extrahierte Var.	7.o1	2.81

Tab.17: Die Faktorladungsmatrix der Begriffe bei den Patienten und die Anteile der Faktoren an der extrahierten Varianz.

Das gemeinsame Vorkommen der Personalvariablen mit "Pflege", "Nächstenliebe" und "Mitleid" überrascht nach den Analysen der Begriffsaffinitäten nicht mehr. Bemerkenswert ist, daß der Patient im "Behandlungs-Faktor" hoch lädt und nicht im "Krankheits-Faktor" Die Vorstellung von einem "therapeutischen Bündnis", vom "aktiven Teilnehmen an der Behandlung" und vom "gemeinsamen Kampf gegen die Krankheit" könnte hier ihren Niederschlag gefunden haben.

Beim Krankenpflegepersonal ergaben sich drei Faktoren. Dabei stimmen die ersten beiden Faktoren von Krankenpflegepersonal und Patienten im großen und ganzen überein und sollen deshalb ebenfalls "Behandlungs-" und "Krankheits-Faktor" heißen (siehe Tab.18).

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Pflege	.98	-.o4	.lo
Krankenschwester	.97	-.19	.o2
Arzt	.94	.11	-.25
Krankenpfleger	.94	-.lo	-.26
Nächstenliebe	.93	-.24	.23
Krankenhaus	.11	.92	-.2o
Tod	-.lo	.90	.2o
Krankheit	-.14	.89	.33
Angst	-.42	.7o	.5o
Patient	-.24	.35	.84
Mitleid	.57	.00	.78
extrahierte Var.	5.15	3.15	1.93

Tab.18: Die Faktorladungsmatrix der Begriffe beim Pflegepersonal und die Anteile der Faktoren an der extrahierten Varianz.

Der wesentliche inhaltliche Unterschied der Faktorenstruktur bei Patienten und Pflegepersonal ist, daß der "Patient" beim Pflegepersonal keine bedeutsame Ladung im "Behandlungs-Faktor" aufweist! außerdem ist bei dieser Gruppe die Variable "Krankenhaus" mit einer sehr hohen Ladung im "Krankheits-Faktor" enthalten. In deutlichem Unterschied zur Faktoren-

struktur bei den Patienten macht der "Patient" beim Pflegepersonal mit "Angst" und "Mitleid" einen dritten Faktor auf, der hier "Patienten-Faktor" heißen soll.

In dieser "Verlagerung" der Variable "Patient" in einen eigenen Faktor mag die "Eliminierung" des Patienten aus der therapeutischen Gemeinschaft im Krankenhaus zum Ausdruck kommen. Bemerkenswert ist außerdem die "Überführung" der Variable "Krankenhaus" in den "Krankheits-Faktor". Die Verknüpfung des Krankenhauses vor allem an die Essentialien der Krankenbehandlung durch die Patienten und die Verknüpfung des Krankenhauses fast ausschließlich mit "Krankheit" und deren "Beiwerk", nämlich "Angst" und "Tod", mag eine Verschiedenheit der Sicht- und Empfindungsweisen dieser Institution andeuten, die sich einer tiefergehenden Interpretation mangels entsprechender Daten jedoch entzieht.

Kaum noch vergleichbar ist die Faktorenstruktur der Ärzte mit der der Patienten (siehe Tab.19).

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Krankenschwester	.97	-.o5	.11
Arzt	.86	.36	.31
Nächstenliebe	.84	-.32	.4o
Pflege	.81	.11	.54
Krankenpfleger	.79	.55	.12
Patient	-.63	-.52	.46
Tod -.64	.47	.52	
Krankheit	-.88	.o9	.41
Angst -.89	-.o5	.31	
Krankenhaus	-.39	.8o	.37
Mitleid	.25	-.75	.57
extrahierte Var.	6.25	2.26	1.78

Tab.19: Die Faktorenladungsmatrix der Begriffe bei den Ärzten und die Anteile der Faktoren an der extrahierten Varianz.

Sind zwar die Markiervariablen des "Behandlungs-Faktors" des Pflegepersonals ebenfalls mit hohen Ladungen im Faktor 1 der Ärzte vertreten, so laden außerdem jedoch die Markiervariablen des bei den Patienten sogenannten "Krankheits-Faktors", wie auch die Variable "Patient", hochnegativ in eben diesem Faktor. Will man nicht annehmen, daß Krankenbehandlung für Krankenhausärzte ein vom Kranken und sogar von der Krankheit losgelöstes Unternehmen ist, muß die Interpretation des Faktors 1 bei den Ärzten als "Behandlungs-Faktor" - trotz hochladender diesbezüglicher Markiervariablen - fallen gelassen werden.

Kaum wagen will man auch die Interpretation des Faktors 2 bei den Ärzten als "Krankenhaus-Faktor", was sich aufgrund der isolierten hohen Ladung der Variable "Krankenhaus" in diesem Faktor anbieten könnte, angesichts der hohen negativen Ladungen der Begriffe "Mitleid" und "Patient".

Die Ladungen im Faktor 3 der Ärzte sind durchweg relativ niedrig. Mit etwas gutem Willen könnte in ihm der "Patienten-Faktor" wiederzuerkennen sein, doch ist festzustellen, daß die Variable "Patient" bei den Ärzten in keinem der drei Faktoren zu prägnanter Darstellung gelangt. Vielmehr ist diese Variable - gemeinsam mit "Tod" - durchgehend in allen drei Faktoren mit substantiellen, aber relativ niedrigen Ladungen, mit wechselndem Vorzeichen wiederzufinden.

Abschließend ist zu bemerken, daß sich die Faktorladungsmatrix der Ärzte - vor allem im Hinblick auf die Matrizen der Patienten und des Pflegepersonals - einer psychologisch plausiblen und nachvollziehbaren Interpretation widersetzt.

V. D I S K U S S I O N D E R E R G E B N I S S E

V.1. W A S H A B E I C H G E M E S S E N ?

Obwohl es meßtheoretisch unerwünscht ist, muß wohl davon ausgegangen werden, daß die in dieser Untersuchung erhobenen Meßwerte mit dem Polaritätsprofil einen psychologisch komplexeren Hintergrund haben. Hätte ich "irgendwelche Leute von der Straße", zum Beispiel Psychologie-Studenten, um ihre Beurteilung zu den Konzepten "Arzt", "Krankenschwester" oder "Patient" gebeten, so wären dabei wohl, mangels hinreichender Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten, "klassische Stereotype" zur Messung gelangt. Da ich aber einen im Krankenhaus tätigen und duldenden Personenkreis angesprochen habe, ist außerdem davon auszugehen, daß die gesellschaftlichen Stereotype von realen Beobachtungen und von der aktuellen Situation bedingten emotionalen Konnotationen modifiziert sind.

Doch auch bei dieser Interpretation der Meßwerte dürften diese noch "mehrschichtig" sein. So dürfte von Proband zu Proband und von Konzept zu Konzept das Ausmaß wechseln, in dem die Meßwerte mehr für "Soziale Wahrnehmung" stehen, eine Ist-Zustand-Beschreibung also, oder mehr für Erwartungen und Idealvorstellungen der entsprechenden Gruppen, mithin einer Soll-Beschreibung der Konzepte. Wenig Unsicherheit zeigen in dieser Frage Hauss et al (1981). Diese Autoren gehen ganz klar davon aus, daß sich aus Polaritätsprofilen ersehen läßt, mit welchen Eigenschaften der untersuchte Begriff besonders assoziiert wird und welche Erwartungen sich daraus ergeben"(S.446/447), womit sie meines Erachtens jedoch nur einen Teilaspekt benennen.

Bei der Interpretation der Meßwerte werden sich ihre schillernden Aspekte dahin auswirken müssen, daß der Sprachgebrauch zu ihrer Beschreibung etwas "heterogen" wird. Ich kann nicht leugnen, daß deshalb die Interpretation der Meßwerte - als "Soziale Wahrnehmung", als "Stereotyp", als "Einstellung", als "Selbst- oder Fremdwunschbild", vielleicht auch als Appell - einer gewissen "einfühlenden Beliebigkeit" unterliegt. Dies scheint mir jedoch weniger ein Spezifikum dieser Untersuchung zu sein als vielmehr in der Natur der Meßmethode zu liegen, wozu in der Literatur meines Erachtens nach zu wenig aufmerksam gemacht wurde. So steht und fällt die - stereotype - Bedeutung dessen, was wir "Meßwert" nennen,

einmal mehr in der Wissenschaft, mit der Plausibilität und Nachvollziehbarkeit seiner Interpretation. Dabei fühlte ich mich an die Worte Freuds (1971) erinnert: "Es ist beschämend, daß wir nach so langer Arbeit noch immer Schwierigkeiten in der Auffassung der fundamentalsten Verhältnisse finden, aber wir haben uns vorgenommen, nichts zu vereinfachen und nichts zu verheimlichen. Wenn wir nicht klar sehen können, wollen wir wenigstens die Unklarheiten scharf sehen"(S.267).

V. 2. E M P I R I E V E R S U S " A M S C H R E I B T I S C H G E B O R E N E F I X E I D E E "

Siegrist (1976), von dem die oben apostrophierte Formulierung stammt, machte auf den Widerspruch aufmerksam, "zwischen den vielen, in der sozialwissenschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Literatur zu findenden Äußerungen, wonach der durchschnittliche Krankenhauspatient durch die Hospitalisation Entbehrungen, Not, ja sogar Inhumanität (erfahre) und andererseits den Äußerungen der Betroffenen selbst, in deren Licht die Situation oft erheblich weniger dramatisch sich darstellt"(S.25). Langenmayr (1980) beschreibt die Situation von Krankenhauspatienten zum Beispiel folgendermaßen: "Das 'Betriebsklima' im Krankenhaus ist durch eine Behandlung des Kranken gekennzeichnet, die ihn lediglich als funktionierenden oder nicht funktionierenden Apparat betrachtet, aber persönliche Bedürfnisse kaum berücksichtigt (mit Ausnahme vielleicht der Privatpatienten)"(S.104) und er fährt an anderer Stelle fort: "Der Kranke wird im Krankenhaus zur Regression auf frühkindliche Verhaltensschemata und Bindungen förmlich gezwungen...". So werde der Kranke im Krankenhaus in die Lage eines hilflosen Kindes versetzt, "ob er will oder nicht und ob es seiner Situation angemessen ist oder nicht. Dabei sind diese infantilisierenden Maßnahmen nicht Ausdruck besonderer Fürsorge, sondern Ausdruck einer möglichst perfekten Gleichschaltung aller Klienten... So braucht man sich nicht auf den einzelnen und seine Bedürfnisse einzustellen"(S.107).

Zu diesen Äußerungen kontrastieren charakteristischerweise die Äußerungen von Patienten selbst. In einer Untersuchung stellte Siegrist (1976) 235 Patienten in vier Krankenhäusern die Frage, ob sich die Patienten eher "recht wohl und vertraut" oder eher "etwas ungewohnt und fremd" im

Krankenhaus fühlen würden. Seinen Ergebnissen zufolge fühlten sich 61% "wohl und vetraut" und 39% "ungewohnt und fremd.

Störungen, die die Patienten angaben, bezogen sich häufig auf ihre Mitpatienten. 12% fanden es unangenehm, mit anderen Patienten in einem Zimmer zu liegen, 4o% waren allerdings zufrieden und 47% waren sogar froh, Unterhaltung zu haben und sich gegenseitig helfen zu können. Störungen des Schlafes führten die Patienten meistens auf ihre Mitpatienten oder auf ihre Krankheit zurück.

Zufrieden äußern sich die Patienten im allgemeinen auch über das Krankenpflegepersonal. Auf die Frage: "Man hört öfter über Schwestern und Pfleger die Meinung, daß sie bei der Arbeit schematisch vorgehen, daß sie zu wenig auf den einzelnen Patienten eingehen. Was sagen Sie dazu?" antworteten zwar 27% der Patienten mit "ja", 73% jedoch mit "nein". Die zusätzliche Frage, ob es lange dauerte, bis sie Ärzte und Schwestern mit Namen kannten - abzielend wohl auf die 'Anonymität' im Krankenhaus – antworteten 45% mit "ja" und 55% mit "nein". Von denen, die mit "ja" antworteten, suchten allerdings 60% die Gründe dafür bei sich selbst. Nur 26% der Befragten sah dafür das Verhalten des Personals als Ursache an.

Auch in einer Veröffentlichung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung aus dem Jahre 1980 erscheint das Krankenhaus nicht als das Horrorkabinett, als das es verschiedentlich dargestellt wird. Die "allgemeine subjektive Zufriedenheit der Patienten", so heißt es in der Schrift, "orientiert sich wahrscheinlich mehr an Gesichtspunkten der einwandfreien medizinischen Versorgung und an der Hotellerie... Die Detailanalyse belegt, daß die meisten Stufen, die die Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung durchlaufen, überwiegend positiv erinnert werden"(S.11).

In einer Untersuchung von Nehring und Geach (1973) an 8000 Patienten zeigten sich nur ganze 1% erheblich unzufrieden. Korsch und Negrete (1973) befragten Mütter, die mit ihren Kindern die Notfallambulanz einer Kinderklinik aufsuchten. 76% von ihnen gaben an, mit der ärztlichen Leistung im großen und ganzen zufrieden zu sein.

Tewes (1978) meint: Angehörige des Krankenhauspersonals, die eine er-

folgreiche berufliche Sozialisation durchlaufen haben, zeigen häufig ein hohes Maß an Adaptation an die Besonderheiten ihrer beruflichen Alltagswelt, die es ihnen erschwert, nachzuempfinden, welche akuten Anpassungsprobleme sich für einen Patienten ergeben, der neu mit dieser Situation konfrontiert wird"(S.58). Im Lichte der Empirie sieht diese psychologisch durchaus plausible Annahme dann jedoch so aus: Siegrist (1976) stellte Patienten die Frage, ob sie am ersten Tag ihres Aufenthaltes Schwierigkeiten hatten, sich auf Station zurechtzufinden. Dabei antworteten 86% der Patienten mit "nein", 14% mit "ja".

Die überwiegende Mehrheit der Krankenhauspatienten ist also wohl mit ihrer Behandlung zufrieden, auch wenn dies einigen Leuten bei ihrem derzeitigen Marsch durch die Institutionen nicht so recht ins Konzept passen mag. Deshalb möchte ich mich ausdrücklich der Kritik von Schmidt (1984) anschließen, der schreibt: "Ansonsten werden jedoch fehlende Resultate häufig durch die lautstarke Hervorkehrung von Überzeugungen und persönlichen Erfahrungen übertüncht, die wenigen Ergebnisse von oft nicht sehr aussagekräftigen Untersuchungen an eigene Einstellungen assimiliert und, wie bei Langenmayr (1980) besonders deutlich zu erkennen, unbestrittene Probleme mit umstrittenen oder überholten Aussagen in schier unauflösbarer Weise vermengt"(S.106).

In der Tat ist es manchen Autoren von Beschreibungen der Arzt-Patient-Beziehung zuweilen nur mäßig gelungen, einen vorwurfsvollen Unterton zu verbergen. Damit schwingen sie sich meines Erachtens jedoch zu Richtern über das ärztliche Verhalten auf, anstatt sich durch entsprechende Ursachenanalysen um dessen Verständnis zu bemühen. Wie sich stattdessen eine moralisierende und normative Entgegen-Setzung auf das Arzt-Psychologen-Verhältnis auswirkt, mag jeder selbst entscheiden.

Interessanterweise drücken sich übrigens - von wenigen Ausnahmen abgesehen (Schneider 1983) - fast älle Medizinpsychologen um das Problem der psychologischen Eignung von Krankenpflegepersonal und Ärzten herum. Mir scheinen jedenfalls die zweifellos schockierenden Einzelfallbeispiele spezifischer Takt- und Rücksichtslosigkeiten, die von Personalseite den Patienten gegenüber, in welchem Ausmaß auch immer, gezeigt werden, nicht befriedigend durch die Krankenhaussituation allein erklärt.

V. 3. DIE "ALTMODISCHE AUTORITÄT" DES ARZTES

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit geht hervor, daß Ärzte ein recht positives Selbstbild haben und daß ihnen von den Patienten die entsprechenden Eigenschaften noch signifikant stärker zugestanden werden (siehe S.32). Bis auf die Eigenschaft "Härte" findet sich dieses "Überzeichnen" des Arztbildes durch die Patienten auch bei Geissler (1964), der bei seiner Befragung feststellte, "daß das (reale) Arztbild der Patienten 'typischer' und 'arzthafter' als das Selbstbild der Ärzte ist. Übereinstimmend beurteilten die Patienten ihre Ärzte bei Geissler 'härter, optimistischer, vertrauenserweckender, könnender, und - zur Exklusivität neigender' als diese sich selbst..."(S.39).

Diese Überhöhung des Arztes, die in anderer Hinsicht auch bei Kritikern des Ärztestandes fast regelhaft zu finden ist, erklärt Maeder (1952) tiefenpsychologisch. Nach ihm existiert im kollektiven Unbewußten des Menschen der Archetypus des "großen Heilers", der in der Arzt-Patient-Beziehung aktualisiert wird.

Von einer mehr sozialpsychologisch-empirischen Seite herkommend weisen Secord und Backman (1976) darauf hin, daß die einer sozialen Gruppe zugewiesenen Eigenschaften nicht nur stereotyp, sondern durchaus auch real sein können, weil die Gesellschaft die Bedingungen selbst erzeugt, welche dann die Stereotypen-Eigenschaften hervorrufen".

Die Bedingtheit des Rollenverhaltens des Arztes durch die Rollenerwartung der Patienten hebt auch Beckmann (1976) hervor: Der Patient "glaubt nicht nur, daß der Arzt Macht über ihn habe, sondern erwartet insgeheim Omnipotenz. Diese Erwartungen des Patienten verknüpfen im Sinne eines generalisierenden Vorurteils Sozialprestige, aggressive Dominanz und reale Macht des Arztes"(S.272). Goeppert (1980) spezifiziert die Rollenerwartung des Patienten an den Arzt zwar mit anderen Worten, aber sinngemäß konform: "Der Arzt ist für Patienten.., häufig eine herausgehobene Vorbildfigur, an der sie ganz verschiedene Aspekte bewundern können: seine fachliche Tüchtigkeit, seinen persönlichen Einsatz für Patienten, seine Verantwortlichkeit, seine Hilfsbereitschaft, die Art, wie er seine Autorität und Macht ausübt usw. Viele Ärzte identifizieren sich nicht von sich aus mit dieser Rolle, sondern sehen sich lediglich von ihren

Patienten... in die Rolle eines idealen Vorbildes versetzt"(S.247).

Den hohen Selbstanspruch der Ärzte, der mit dem Anspruch auf Autorität notwendig verknüpft zu sein scheint, hebt Koch (1977) hervor, nämlich daß der Arzt meine, "für den Patienten Experte für allgemeine Lebensfragen, ein väterlicher Freund, ein Interaktionspartner... sein zu müssen" (S.194). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß Untersuchungen von Kaupen-Haas und Kaupen (1973) an Patienten Hinweise dafür erbrachten, daß die vom Arzt wahrgenommenen Patientenerwartungen den bei Patienten bestehenden auch tatsächlich weitgehend entsprechen.

Verfolgt man diesen Gedanken weiter, so wird klar, daß die Ärzte diesen Erwartungen tunlichst zu entsprechen haben, um nicht als "schlechter Arzt" eingestuft zu werden. Denn bekanntlich reagieren Menschen, deren Erwartung enttäuscht wird, mit Frustriertheit, Aggressivität, Ablehnung, Irritiertheit oder Kritik, jedenfalls mit nichts, wozu der Arzt Anlaß hat, es mutwillig hervorzurufen. Mit anderen Worten: Autoritäres Verhalten des Arztes ist zwar im allgemeinen wohl unerwünscht, insofern es verletzend ist, am Wert der Autorität des Arztes in der Arzt-Patient-Situation scheint bislang jedoch nach wie vor kein Weg vorbei zu gehen.

Eigenartigerweise liefert dafür sogar die Psychotherapieforschung Argumente. Tinsley und Harns (1976) erfragten die Erwartung von 287 Studenten an einen Psychotherapeuten. Dabei zeigte sich, daß dieser erfahren, vertrauenswürdig, echt und kompetent sein solle, außerdem solle er sie auch verstehen und direktiv sein können. Halder (1977) fand, daß Unter- bis Mittelschicht-Klienten - und hieraus stammt der Großteil der Klientel eines Arztes - verhaltenstherapeutische, also durchaus direktive, aufgabenorientierte Ansätze höher bewerten als Studenten. Unter- bis Mittelschicht-Klienten bevorzugen demnach einen aktiven, handlungsorientierten Umgangsstil.

Orlinsky und Howard (1978) untersuchten Eigenschaften des Therapeuten in der sogenannten KWTI (Klienten-Wahrnehmung der therapeutischen Interaktion) und korrelierten sie mit seiner Effizienz. Dabei fanden sie positive Effekte, wenn der Therapeut als 1. hilfreich, 2. glaubwürdig, 3. wirklich am Klienten interessiert, 4. aktiv und S. beteiligt eingeschätzt wurde. Zumindest die Punkte 1 und 4 zeigen explizit auch im Arztbild der Patienten höchste Werte (siehe Abb.2). Negative Effekte

fanden sich hingegen bei wahrgenommener Abwertung, Distanz und – darauf wird noch zu kommen sein – Unsicherheit des Therapeuten.

Selbst in rein psychotherapeutischen Situationen also erwarten die Patienten von ihren Therapeuten ein gewisses Maß an Bestimmtheit, womit die Variablen "aktiv", "beteiligt", "kompetent" und "unter Umständen direktiv" umrissen sein sollen. Um wieviel größer mag diese Erwartung dann an den Arzt sein, von dem auch der Laie weiß, daß dessen Kompetenz und schnelles, präzises Handeln lebenswichtig sein können?

Vor diesem Hintergrund sind die Antworten der von Koch und Grippain (1978) beschriebenen 800 Ärzte zu verstehen. 87% von ihnen waren der Meinung, daß der Arzt fast jede Situation meistern müsse und immerhin 39% beantworteten die Frage, ob ihrer Meinung nach der Patient erwarte, daß der Arzt unfehlbar sei, mit "ja". Nicht Größenwahn - und schon gar nicht der immer wieder bemühte "Standesdünkel" - ist Ursache dieser Antworten, sondern eben die nach Beckmann (1976), wie bereits erwähnt, vom Patienten insgeheim erwartete Omnipotenz.

Die Erwartung der Patienten konstituiert also "die ärzliche Autorität", die von Medizinsoziologen regelmäßig festgestellt und zuweilen auch beklagt wird. Kaupen-Haas (1969) stellte in einer Untersuchung fest, daß 43% der Ärzte "unbedingte Autorität" gegenüber den Patienten ausüben; 24% praktizierten "partikulare Autorität", 20% "funktionale Autorität" und nur 13% von ihnen befleißigten sich eines Verhaltensstiles, den man gemeinhin "nichtautoritär" nennt. 87% der Ärzte bekannten sich also ausdrücklich zu einer autoritären Rolle. Koch (1974) bestätigte im Prinzip diesen Befund. In einer späteren Publikation (Koch 1975) stimmten 78% der Ärzte der Feststellung zu: "Zum Arzt gehört einfach Autorität" und 93% bejahten den Standpunkt: "Gerade bei dem allgemeinen Autoritätsschwund sollte der Arzt versuchen, in ärztlichen Dingen seine Autorität zu wahren".

Eine weitere Wurzel der ärztlichen Autorität ist, neben der Rollenerwartung der Patienten, seine fachliche Kompetenz, sein ungeheurer und letztlich unüberbrückbarer Informationsvorsprung in lebenswichtigen Fragen. Freidson (1979), US-Amerikaner und als solcher durchaus Demokrat, aber auch Pragmatikers meint zur Autorität des Arztes und zur Hierarchie im Krankenhaus: "Da die 'Autorität' seines Wissens, seiner Beurteilung

und Verantwortung letztlich in der Arbeitsteilung ausgeübt wird, folgt daraus, daß unabhängig von der administrativen Hierarchie im Krankenhaus eine 'Hierarchie' des Fachwissens besteht, wobei der Arzt denjenigen Anweisungen erteilt, die unter seiner überlegenen Wissensstufe stehen, und sie überwacht. Dies führt zu hierarchischem Verhalten selbst dort, wo die Anschauung über die Behandlung den Versuch erfordert, 'demokratische' oder 'therapeutische Gemeinschaften' einzurichten, die zwar nicht hierarchisch geplant sind, sich in der Praxis aber doch als hierarchisch herausstellen. Gegen überlegene Ausbildung, Kenntnisse und Urteilsfähigkeit kann man keine Berufung einlegen; fachliche Entscheidungen werden eben nicht durch Abstimmung getroffen"(S.107).

Wiederum in der Psychotherapieforschung, interessanterweise weit weniger in der Forschung zur Arzt-Patient-Beziehung, wurde der Einfluß von Kompetenz auf die Attraktivität eines Therapeuten untersucht. Corrigan (1978) berichtete, daß in psychischen Krisen - und welche schwere Erkrankung führte nicht dazu? - Vertrauen eine wichtige Voraussetzung ist für die Wahl von professionellen oder Laien-Helfern. Bei den Laien geht der Hilfesuchende darüber hinaus nach der Beliebtheit des Helfers, bei professionellen Helfern wird stattdessen Kompetenz erwartet. Allerdings erhöht Kompetenz in wichtigen Lebensfragen auch wiederum die Sympathie (Blanchard et al 1976, zitiert nach Johnson und Matross 1977). Ich habe keine Mühe, die positiven Urteile von Patienten über den Arzt vor diesem Hintergrund zu sehen. Dies scheint mir jedenfalls plausibler als die beispielsweise von Siegrist (1976) angedeutete Vorstellung, daß positive Patientenurteile über die Krankenhaussituation in bedeutsamem Umfang "aus Angst" abgegeben werden könnten.

Ein Punkt zum Problem der ärztlichen Autorität soll an dieser Stelle noch Erwähnung finden. Der Befund, daß das Arztbild der Patienten "idealer" ist als das Bild der Ärzte über sich selbst, könnte vermuten lassen, daß dies bei den Ärzten ein relatives "Defizitgefühl" erzeugt. Dies mag kompensiert werden können durch die von mir sogenannte "zweite Wurzel der ärztlichen Autorität", die Kompetenz. Was aber, wenn der Anfänger in der Medizin spürt, daß sein Realvermögen weit hinter den Omnipotenzerwartungen der Patienten zurückbleibt und er dieses Manko auch nicht durch eine adäquate Kompetenz ersetzen kann. Diese durchaus bewußt erlebte Unsicherheit, die auch dem erfahrenen Arzt in mancher Arzt-Patient-Interaktion immer wieder widerfährt, wird dann im allgemei-

nen überspielt, das Rollenverhalten wird gewissermaßen "äußerlich". In einer leider etwas abwertenden Diktion beschreiben Hauss et al (1981) diesen Sachverhalt so: "Hinter einem autoritären Gehabe des Arztes verbirgt sich oft eigene Unsicherheit. Es ist leicht, mit Fremdwörtern und unverständlichen Erklärungen seine Überlegenheit darzutun"(S.470).

Es sei an dieser Stelle die Frage erlaubt, ob nicht vielleicht der Mangel an fachlicher Autorität beziehungsweise Kompetenz Hauptursache für psychologische "Ausrutscher" ist und gerade nicht die mittlerweile schon fast stigmatisierte "ärztliche Autorität". Die Vornehmheit doch vieler Chefärzte, die sich oft wohltuend vom Schnöseltum manchen Stationsarztes oder der blassierten Zickigkeit mancher Stationsärztin abhebt, scheint mir ein Indiz für die Bejahung dieser Frage zu sein.

Der Kliniker Adolf Strümpell schreibt dazu in seinen Memoiren: "Ich habe es oft beobachtet, daß junge Assisstenten ihre anfängliche Unsicherheit und Unerfahrenheit unter dem Deckmantel besonderer Strenge gegenüber den Kranken.., zu verbergen suchen"(Strümpell 1974, zitiert nach Siegrist 1982).

Hier schließt sich der Bogen dieser Überlegungen zur ärztlichen Autorität. Denn warum soll ein Arzt nicht zugeben, daß er unsicher ist oder eine Antwort nicht weiß? Nun - abgesehen davon, daß er sich dann ehrlichkeitshalber immer unsicher und unwissend geben müßte, denn die medizinische Wissenschaft selbst ist noch allzu unsicher und unwissend und wird es wohl auch noch sehr lange bleiben - abgesehen davon also hindert ihn daran die Rollenerwartung des Patienten, eines Patienten, der vielleicht Angst hat oder Schmerzen und dann vielleicht nichts hören möchte über "die Unsicherheit in der Wissenschaft und überhaupt", sondern geholfen bekommen will. Davis (1960) beschreibt, daß Ärzte unter gewissen Umständen dem Patienten gegenüber durchaus ihre Unsicherheit andeuten und zwar, um - und das scheint mir bemerkenswert - sich zu entlasten! Vielleicht sollte man sich an dieser Stelle einmal klar machen, daß jede Erwartung, insbesondere eine idealisierte Erwartung wie die des Patienten an den Arzt, auf Dauer auch anstrengend sein kann.

V. 4. D I E A R Z T – P A T I E N T - B E Z I E H U N G

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen in frappierender Weise, wie der Patient von Ärzten und Pflegepersonal völlig anders gesehen wird, als er sich selbst sieht (siehe S.Slff) und wohl auch gesehen werden möchte. Die Konnotationen von "traurig", "schwach", "passiv", "zurückhaltend", "zurückgezogen", "mißmutig", "müde", "unterwürfig" und "krank", welche Internisten, Chirurgen und Pflegepersonal mit dem Patienten verbinden, zeichnen ein nicht gerade positives Bild von ihren Anbefohlenen. Wertet man die geringe Ähnlichkeit der Profile der professionellen Krankenhausgruppen und der Patienten zum Begriff "Patient" als Ausdruck sozialer Distanz, so erscheint dieser Befund wie eine nachträgliche empirische Bestätigung folgender Feststellung von Tewes (1978): "Zwischen medizinischem Personal und Patienten besteht gewöhnlich eine außerordentlich große soziale Distanz, die es dem Arzt oder dem Pflegepersonal erschwert, sich in die Person des Patienten 'hineinzuversetzen "'(S.70).

In die gleiche Richtung geht der Befund Kochs (1972), wonach das von den Ärzten erstellte Polaritätsprofil zum "idealen Patienten" quasi eine Nullkorrelation zum "heutigen (realen) Patienten" aufwies. Nach Koch und Grippain (1978) drücken die Ärzte in ihren Patientenurteilen sogar "Abwertung und fast resignative Schilderung des Patienten aus (Krankschreibungswünsche, 'dumme' und 'undankbare' Patienten). Verbunden mit dieser Abwertung", so fahren die Autoren fort, "ist die Vorstellung, daß eine patientenorientierte Medizin bei diesem Patientengut gar nicht durchführbar ist"(S.406).

Auch Geissler (1964) stellte an den Patienten fest, daß sie ihr Selbstbild "ausdrucksvoller mit den Zügen der Frustrationsbereitsschaft, aber auch der menschlich-emotionalen Teilnahmebedürftigkeit ausstatten als die Ärzte ihr Partnerbild" und vermutete schließlich "ein negatives Vorurteil der Ärzte über ihre Patienten"(S.39).

Es versteht sich von selbst, daß eine solche "Reserviertheit" dem Patienten gegenüber nicht gerade kommunikationsfördernd ist. Dies läßt sich an der schlichten "Kontaktzeit" zwischen Arzt und Patient ablesen, jedoch auch an Informationsdefiziten der Ärzte über wichtige Personalia ihrer Patienten. So hat Ahrens (1976) festgestellt, daß in einer Allgemeinpraxis nicht einmal sechs Minuten Zeit selbst für die Patienten

verwandt wurden, die mit Ersterkrankungen kamen, wobei immerhin in 93% dieser Fälle Diagnosen gestellt werden mußten.

Auch eine durchschnittliche internistische Stationsvisite dauert nicht länger als etwa 3.5 Minuten (Raspe und Siegrist 1979), doch wird dieser Sachverhalt dadurch gemildert, daß - wie Siegrist (1972) eindrucksvoll nachwies - die tatsächlich gemessenen Kontaktzeiten zwischen Arzt und Patient im Nachhinein von den stationären Patienten um bis zum Dreifachen überschätzt wurden.

Nicht nur formal, sondern auch inhaltlich erscheint die Kommunikation zwischen Arzt und Patient reduziert. Nach einer Untersuchung von Engelhardt et al (1973) hatten die Ärzte mit 9% der Patienten einen persönlichkeitszentrierten Umgang. "Bei ihnen versuchten sie, ihre Situation zu verstehen. Ihnen gaben sie die gewünschte Auskunft und hörten ihre Klagen an"(S.206). Mit 47% der Patienten gingen die Ärzte oberflächlich um. "Es kam weder bei der Anamneseerhebung noch bei der Visite zu sinnvollen Gesprächen. Diese Patienten äußerten ihre Sorgen und Befürchtungen im allgemeinen nicht und die Ärzte unternahmen keinen Versuch, etwas über sie in dieser Hinsicht in Erfahrung zu bringen"(S.206). 37% der Patienten wurde durch die Umgangs- und Behandlungsweise der Ärzte verletzt. "Diese Persönlichkeitsverletzungen reichten von relativ harmlosen ironischen Bemerkungen bis zu massiven Beschimpfungen"(S.207).

Die Folgen dieses Umstands auf den Kenntnisstand der Ärzte über ihre Patienten waren wie folgt: "Bei... 54% der Patienten hatten die Ärzte keine oder eine falsche Vorstellung von deren persönlichen Belangen. Sie hatten sich mit ihnen nur über ihre Krankheitssymptome und ihre Beschwerden unterhalten. Etwas bessere Kenntnisse hatten sie bei... 29%..., sie bezogen sich vorwiegend auf äußere Lebensdaten wie Alter, Beruf, Kinderzahl, Wohnung usw. und weniger auf Persönlichkeitsmerkmale... 10% hatte dem Arzt seine persönliche Situation geschildert bzw. der Arzt hatte aus gegebenem Anlaß danach gefragt"(S.28). Bei 15% der Patientinnen und sogar nur bei 5% der Patienten hatten die Ärzte eine volle Kenntnis von den wichtigen psychosozialen Faktoren, die maßgeblich das Beschwerdebild mitprägten.

Über die Gründe für das negative Patientenbild der Ärzte läßt sich bislang nur spekulieren. Die immer wieder betonte Tatsache, daß der Arzt

Angehöriger der Oberschicht ist (zum Beispiel bei Payk 1980, S.20), der Patient dagegen im allgemeinen nicht, könnte dabei eine gewisse Rolle spielen. So konnte Lee (1968) Stereotype der sozialen Schicht in der Arzt–Patient–Beziehung nachweisen. Er stellte fest, daß Pseudo-Patienten (Komplizen des Versuchsleiters), die nicht einmal Verhaltensauffälligkeiten vortäuschen sollten, dann häufiger als psychisch krank eingestuft wurden, wenn in ihrer Sozialanamnese Hinweise auf Unterschichtzugehörigkeit gegeben wurden.

Nach Zimmer (1983) ist in der Psychotherapieforschung "seit langem bekannt, daß Therapeuten sich eher zu Klienten aus der gleichen Schicht hingezogen fühlen und die sog. YAVIS–Klienten bevorzugen (jung, attraktiv, verbal geschickt, intelligent und erfolgreich)..."(S.35). Und warum soll, was Psychotherapeuten recht ist, Ärzten nicht billig sein? Ein schrecklicher Gedanke allerdings!

Auf den Einfluß von Geschlechtsstereotypen bei der Beurteilung von Patienten durch Ärzte machte Mentzos und Pittrich (1971) aufmerksam. Sie zeigten, daß männliche Psychiater eine Patientinnen–Stichprobe signifikant häufiger als "hysterisch" beurteilten als ihre weiblichen Kollegen. Diese fanden dagegen häufiger ihre Geschlechtsgenossinnen "in sexueller Hinsicht schüchtern".

Es sollte deshalb meines Erachtens unterschieden werden zwischen der Frage nach der Berechtigung der Autorität des Arztes und den Problemen der Arzt–Patient–Beziehung. Sofern die Beziehung vom Patienten als "schlecht" empfunden wird, scheint mir dies mit einer Einstellung des Arztes ihm gegenüber zusammenzuhängen, wie sie in den in dieser Arbeit gefundenen negativen Konnotationen mit dem Begriff "Patient" zum Ausdruck kommt. Autorität fängt dann an zu stören, wenn sie mit Verachtung einhergeht.

Dabei muß man sich allerdings fragen, ob ein in dieser und mehreren anderen empirischen Arbeiten festgestelltes patientenabwertendes Verhalten "typisch ärztlich" ist, oder aber heutigem Zeitgeist des Menschenumganges überhaupt entspricht. Sturm (1983) beispielsweise berichtet über das ärztliche Handeln der 40er- und 50erjahre: "Damals war es üblich, daß Hausärzte ihre Patienten im Krankenhaus besuchten und daß sich die sonst sehr beschäftigten Chefärzte dann stets rufen und über gemeinsame

hier nicht verfügbar S. 74 – 104