

## IV. Forschungsfragen

Die experimentelle, mathematische, empirische, naturwissenschaftliche Medizin und die patientenzentrierte, ganzheitliche Medizin, die soziale und psychologische Aspekte berücksichtigt, müssen nicht als unvereinbare Gegensätze betrachtet werden. Naturwissenschaftliches Erklären und geisteswissenschaftliches Verstehen lassen sich vereinen. Die Arzt-Patient-Beziehung ist das zentrale Medium, in dem sich diese Einheit verwirklichen lässt (vgl. von Engelhardt 1996: 43).

Den Patienten als Mensch wahrzunehmen, bedeutet für die Medizin eine stärkere Orientierung an Personen als an Problemen. Im Mittelpunkt einer patientenorientierten Medizin, die den Menschen in seiner Ganzheit unter Berücksichtigung psychischer und sozialer Aspekte wahrnimmt, steht das ärztliche Gespräch. Denn nur über die Sprache kann der Arzt eine Beziehung zum Patienten aufbauen und den Patienten und seine Krankheit in einen Sinnzusammenhang stellen.

„...verschiedene(r) Forschungsergebnisse belegen, dass das ärztliche Handeln, speziell die Interaktion mit dem Patienten, durch eine Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Kenntnisse sowie durch die Anwendung kommunikativer Kompetenzen verbessert werden kann.“ (Siegrist 1988: 19)

Eine erweiterte, ganzheitlich orientierte Sicht in der Medizin im Sinne eines integrierten psychosomatischen Ansatzes kann nur durch die Integrierung sozial- und kommunikationswissenschaftlicher Erkenntnisse in das Fach erreicht werden (vgl. Lipkin 1995). Hunter, Professor für Englische Literatur und Ethik an der *Northwestern University Medical School* sagt „theory and methods of understanding traditional to the humanities are useful in understanding what it is that clinicians do“ (Hunter 1991: XIII).

Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass das gemeinsame Gespräch die Grundlage für die Entwicklung einer vertrauensvollen und konstruktiven Arzt-Patient-Beziehung bildet und die Voraussetzung für eine medizinisch optimale Versorgung und emotional stützende Betreuung ist.

Es gilt als wissenschaftlich erwiesen, dass die Kommunikationsstrukturen, in die ein Patient während seiner Behandlung eingebunden ist, weitreichende Implikationen für den Behandlungsverlauf und den Gesundungsprozess des Patienten haben.

Die Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs bestimmt im Wesentlichen die Zuverlässigkeit der Anamnese und hat entscheidenden Einfluss auf Therapie, Compliance und die Beziehung zwischen Patient und Arzt (vgl. Fallowfield 1998).

Studien belegen übereinstimmend, dass effektive Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten die wichtigste Determinante für die Zufriedenheit von Patienten ist (vgl. Brown et al. 1999). Unzufriedenheit auf Seiten der Patienten aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinträchtigt den Behandlungserfolg. Nicht verwendete Medikamente und das Nichteinhalten therapeutisch erforderlicher Maßnahmen sind die Folge. Jährlich entstehen Schäden in Milliardenhöhe durch vermeidbare Missverständnisse. Ineffektive Kommunikation belastet den Gesundheitshaushalt nachhaltig durch unnötige Krankenhauseinweisungen, zusätzliche Pflegefälle sowie überflüssige Notfalleinsätze.

Während Unzufriedenheit auf Seiten der Patienten das Therapieverhalten und den Behandlungserfolg negativ beeinflusst und das Gesundheitswesen belastet, verbessert eine effektive Kommunikation nicht nur die Lebensqualität der Patienten, sondern birgt auch Kostensenkungspotentiale in Form kürzerer Liegezeiten, geringerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und kürzerer Arbeitsunfähigkeit (vgl. Strotzka, Wimmer 1986).

Die Vorteile einer verbesserten Arzt-Patient-Kommunikation sind zahlreich und empirisch eindeutig nachgewiesen. Bemühungen, die Patientenzufriedenheit zu steigern und die Effektivität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu erhöhen, haben insbesondere in den USA zu intensiven Forschungen auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation geführt. Dank der Zusammenarbeit von Medizinern und Sozialwissenschaftlern hat dieser Wissenschaftsbereich mit schätzungsweise 8000 Artikeln und Monographien zum ärztlichen Gespräch mittlerweile einen fundierten Entwicklungsstand erreicht (vgl. Coulehan 1997: viii). Die Ergebnisse ermöglichen es, aus den gewonnenen Erkenntnissen der Forschung zuverlässige auf wissenschaftlichen Grundlagen basierende Empfehlungen zum Einsatz kommunikativer Strategien für praktizierende und in der Ausbildung tätige Ärzte abzuleiten (vgl. Inui 1995: 488). Es haben sich Organisationen gebildet, die sich ausschließlich der Forschung und Ausbildung auf diesem Gebiet in den USA (*American Academy on Physician and Patient*) und in Großbritannien (*The Medical Interview Teachers Association*) widmen. Die Erkenntnis, dass erfolgreiche Kommunikation Wissen, Zufriedenheit und Compliance auf Seiten der Patienten erhöht und die Gesundheit positiv beeinflusst, hat in den USA und England schon früh zu verstärkten Anstrengungen geführt, die kommunikativen Fertigkeiten von Ärzten bereits während des Studiums und der Ausbildung zu schulen. Medizinische Verbände und Hochschulen bieten dort seit Anfang der achtziger Jahre Kurse zum Erwerb von Gesprächsführungs- und Kommunikationstechniken für angehende Ärzte an.

Das Lehren von Kommunikationsfertigkeiten hat sich als durchführbar und effektiv erwiesen. Studien belegen den positiven Nutzen (vgl. McManus 1997). Ohne ein spezielles Training verkümmern die Kommunikationsfähigkeiten der Studenten im Laufe des Studiums. 1992 legte die *University of London* fest, dass neu approbierte Ärzte über qualifizierte Kommunikationsfertigkeiten verfügen sollen und ein entsprechend formales Training absolviert haben müssen. Heute gehören Kurse dieser Art zum festen Bestandteil der Curricula an den *Medical Schools* in Großbritannien und Amerika.

Hierzulande steht das Interesse der Hochschulen, Kommunikationsfertigkeiten zu schulen, noch immer in Konkurrenz zur Vermittlung traditioneller Lerninhalte. Trotz einiger begrüßenswerter Reformprojekte (siehe hierzu Kapitel XV.) kann man davon ausgehen, dass die Mehrheit der heute praktizierenden Ärzte keine angemessene Ausbildung im Bereich interpersoneller Kommunikation erhalten hat.

In Anbetracht der regen Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation und ihrer hinreichend dokumentierten Bedeutung für die medizinische Versorgung stellt sich die Frage, welchen Erkenntnisstand klinisch tätige Ärzte hierzulande haben und wie sie das Gespräch mit dem Patienten bewerten.

Die Aufgabe der vorliegenden Untersuchung ist es, die vorherrschenden Kenntnisse und Einstellungen klinisch tätiger Ärzte zum Patienten-Gespräch zu ermitteln und ihre Kommunikationstendenzen im Gespräch zu beschreiben und im Hinblick auf die gemessenen Einstellungen und den Stand der Forschung zu evaluieren.

Die Arbeit analysiert die Einstellungen von Krankenhausärzten zum Patienten-Gespräch vor dem Hintergrund einer kommunikationsorientierten Medizin. Im Zentrum stehen schriftliche Interviews, die Aufschluss über das ärztliche Kommunikationsverständnis geben sollen.

Die Untersuchung geht folgenden Fragen nach:

- Wie bewerten Ärzte das Gespräch mit dem Patienten ?
- Über welche Erfahrungen im Bereich Kommunikation/Gesprächsführung verfügen Ärzte ?
- Kennen sie die Vorteile effektiver Kommunikation für die ärztliche Tätigkeit ?
- Welche Bedeutung messen sie dem Gespräch für Diagnose und Therapie bei ?
- Spiegeln sich die gemessenen Einstellungen in ihren Gesprächsabsichten wider ?
- Unterscheiden sich Ärzte und Ärztinnen in ihren kommunikativen Tendenzen und Einstellungen ?
- Welchen Einfluss haben die Fachrichtung und die wissenschaftliche Ausrichtung auf das ärztliche Kommunikationsverständnis ?