

### XIII. Darstellung der Ergebnisse

#### 1. Die Vermittlung von Gesprächsführung in der Ausbildung

Von den befragten Medizinerinnen haben 24% gar nichts, 48% eher wenig, 26% etwas und 2% viel über Gesprächsführung und Kommunikation in ihrer Ausbildung gelernt.

Wenn man die Werte der Ausprägungen *gar nichts* und *eher wenig* addiert, kann man davon ausgehen, dass 72% kaum etwas gelernt haben. Die Zahlen dokumentieren die mangelhafte Vermittlung von Gesprächsfertigkeiten in der medizinischen Ausbildung.

Der Anteil von Gesprächsführung/Kommunikation an der Ausbildung wird von den Genera annähernd gleich bewertet. Dies spricht für eine objektive Bewertung des Lernstoffes. Die Einbeziehung des Genus in die Bewertung ergab zwar keine signifikanten Unterschiede, eine Kreuztabelle zeigt jedoch, dass sich unter den weiblichen Medizinerinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen eine leichte Tendenz zur positiveren Bewertung abzeichnet.

Tab. 5: **Bewertung des Anteils von Gesprächsführung an der Ausbildung**

Gesprächsführung/ Kommunikation in der Ausbildung	Geschlecht	
	männlich	weiblich
gar nichts	23%	23%
eher wenig	51%	45%
etwas	24%	29%
viel	2%	3%
Basis (N)	55	38

Diese Tatsache kann damit erklärt werden, dass Frauen aufgrund ihres ausgeprägteren intuitiven Verständnisses kommunikative Prozesse differenzierter wahrnehmen als Männer und dadurch besser in der Lage sind, aus ihren Erfahrungen zu lernen. Aspegren bestätigt dieses Ergebnis in seiner Studie, in der er die Qualität einschlägiger Lehr- und Lernmethoden zur Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten in der medizinischen Aus- und Weiterbildung bewertet. Er kommt zu dem Schluss, dass Frauen schneller lernen und nach einem Kommunikationstraining bessere Lernerfolge zeigen als Männer (vgl. Aspegren 1999: 566).

## 1.1 Der Nutzen unterschiedlicher Lehr- und Lernformen

Im zweiten Teil der Frage 1 wollten wir wissen, wie die Nützlichkeit verschiedener Lehr- und Lernformate in der Ausbildung zur Vermittlung von Gesprächsführung von Mediziner\*innen bewertet wird.

Für die Beschreibung der Häufigkeitsverteilungen wurden sowohl die Ausprägungen *sehr nützlich* und *nützlich* als auch die Ausprägungen *eher nicht nützlich* und *überhaupt nicht nützlich* zu jeweils einer Kategorie zusammengefasst.

### **Vorlesung**

Von den 54% der befragten Mediziner\*innen, die angaben, etwas über Gesprächsführung/Kommunikation in Form einer Vorlesung gelernt zu haben, bewerteten nur 22% dieses Lernformat als nützlich. 60% hingegen betrachteten es als nicht nützlich. 18% nahmen keine eindeutige Bewertung vor.

### **Seminar**

63% der Befragten gaben an, dass Gesprächsführung/Kommunikation Inhalt eines Seminars oder einer Übung war. Für 54% war der Inhalt nützlich, für 29% nicht. 17% waren unentschieden.

### **Untersuchungskurs**

Der Untersuchungskurs im klinischen Studienabschnitt, der sogenannte Klopfkurs, wurde von 68% der Befragten als Lernquelle genannt. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 74%, bewertete diese als nützlich, 11% trafen keine eindeutige Entscheidung und 15% empfanden sie als nicht nützlich.

### **Beobachten von Gesprächen**

Das eigene Beobachten von Gesprächen auf der Station oder im Krankenhaus bezeichneten 71% als eine Lernquelle für Kommunikation/ Gesprächsführung, die von der überwiegenden Mehrheit (93%) als nützlich eingestuft wurde.

Unter Sonstiges gaben die Befragte an: psychoanalytische Ausbildung; Learning by doing; eigene Erfahrung; praktische Arbeit, selbst krank gewesen und Gespräche mit Kollegen.

Betrachtet man die gültigen Antworten hinsichtlich der ursprünglich fünf gemessenen Ausprägungen, dann wurde die Vorlesung unter „überhaupt nicht nützlich“ mit 71% und unter „eher nicht nützlich“ mit 41% am häufigsten genannt.

Auf die Kategorie „weder/noch“ entfiel die Mehrheit mit 33% der gültigen Stimmen auf das Seminar.

In der Kategorie „nützlich“ wurde der Untersuchungskurs mit 36% am häufigsten genannt.

68% der abgegebenen Antworten in der Kategorie „sehr nützlich“ entfielen auf das Beobachten von Gesprächen auf der Station/ im Krankenhaus.

Aus der Bewertung der Lehr- bzw. Lernformen zum Erwerb von Kommunikation in der medizinischen Ausbildung ergibt sich demnach die folgende Rangfolge<sup>15</sup>:

Beobachten von Gesprächen	sehr nützlich	(MW = 4,41)
Untersuchungskurs	nützlich	(MW = 3,68)
Seminar/Übung	weder/noch	(MW = 3,24)
Vorlesung	eher nicht nützlich	(MW = 2,34)

---

<sup>15</sup> In Klammern ist der entsprechende Mittelwert (MW) angegeben.

## 2. Die freiwillige Beschäftigung mit Gesprächsführung

In Anbetracht der unzureichenden Vermittlung von Kommunikationsgrundlagen und Gesprächsführungstechniken in der Ausbildung sollte festgestellt werden, ob dies Ärzte zu mehr freiwilligem Engagement auf diesem Gebiet veranlasst. Auf die Frage nach der Beschäftigung mit Gesprächsführung über die Ausbildung hinaus gaben 21% *gar nicht*, 32% *eher wenig*, 39% *etwas* und 8% *viel* an.

Ein Vergleich der prozentualen Häufigkeiten der Variablen „Gesprächsführung in der Ausbildung“ und „Beschäftigung mit Gesprächsführung“ zeigt eine prozentuale Steigerung der Intensität zugunsten der freiwilligen Beschäftigung mit Kommunikation, die in der Erhöhung des Modalwertes (Mo) von 2 (*eher wenig*) auf 3 (*etwas*) zum Ausdruck kommt.

### Beschäftigung mit Gesprächsführung

in der Ausbildung: 24% *gar nichts*, 48% *eher wenig*, 26% *etwas*, 2% *viel* (Mo=2)

freiwillig: 21% *gar nicht*, 32% *eher wenig*, 39% *etwas*, 8% *viel* (Mo=3)

Ein Vergleich der beiden Variablen bezüglich ihrer zentralen Tendenzen ergab einen signifikanten Unterschied (Wilcoxon-Test). Die freiwillige Beschäftigung mit Kommunikation/ Gesprächsführung ist demzufolge intensiver als die Behandlung dieses Themas in der Ausbildung.

Um die Beziehungen zwischen beiden Variablen zu veranschaulichen, wurden beide Variablen kreuztabuliert, indem die als unabhängig betrachtete Variable „Gesprächsführung in der Ausbildung“ als Basis der Prozentuierung festgelegt und die prozentualen Häufigkeiten der Verteilung zeilenweise verglichen wurden (vgl. Benninghaus 1996: 171 ff.).

Da nur zwei der befragten Probanden angaben, *viel* über Gesprächsführung in der Ausbildung gelernt zu haben (die sich später freiwillig *eher wenig* bzw. *etwas* mit Gesprächsführung beschäftigt haben), wurden die Ausprägungen der Ausbildungsvariable *viel* und *etwas* zusammengefasst; damit weist die unabhängige Variable „Gesprächsführung in der Ausbildung“ in der Kreuztabelle nur noch drei Bedingungen (Spalten) auf: *gar nichts*, *eher wenig* und *etwas*.

Die Tabelle zeigt, dass die Glieder in der Hauptdiagonale überwiegen. Es besteht also ein Zusammenhang zwischen den Variablen. Es lassen sich zwei extreme Gruppen identifizieren:

Diejenigen, die in der Ausbildung *nichts* gelernt haben, haben sich über die Ausbildung hinaus stärker mit Gesprächsführung beschäftigt, d.h. Defizite in der Ausbildung veranlassen Ärzte zu mehr freiwilligem Engagement auf diesem Gebiet.

Die andere Gruppe ist eine Mischpopulation. Diejenigen, die eher wenig in der Ausbildung gelernt zu haben, beschäftigten sich später etwas Kommunikation.

Die Befragten, die in der Ausbildung etwas gelernt haben, interessieren sich mehr für dieses Thema und beschäftigen sich freiwillig auch mehr damit.

Tab. 6: **Beschäftigung mit Gesprächsführung in der Ausbildung / freiwillig**

		über Gesprächsführung in der Ausbildung gelernt			
		gar nichts	eher wenig	etwas	gesamt
freiwillig mit Gesprächsführung beschäftigt	gar nicht	33%	20%	13%	21%
	eher wenig	24%	44%	17%	32%
	etwas	29%	31%	62%	39%
	viel	14%	5%	8%	8%
	Basis (N)	21	45	24	90

Es konnten keine geschlechtsspezifisch signifikanten Unterschiede zwischen den Angaben zur freiwilligen Beschäftigung mit diesem Thema festgestellt werden.

Eine Tendenz, dass sich weibliche Mediziner beispielsweise stärker freiwillig über die Ausbildung hinaus mit Kommunikation/ Gesprächsführung beschäftigt haben als ihre männlichen Kollegen, konnte nicht nachgewiesen werden.

Fazit: Die Zahlen bestätigen, dass die Ausbildungssituation im Bereich interpersoneller Kommunikation als defizitär zu bezeichnen ist. Die freiwillige Beschäftigung mit Gesprächsführung ist etwas intensiver als deren Behandlung im Studium.

## 2.1 Der Nutzen freiwilliger Lernformen

Die Probanden wurden gefragt, in welcher Form sie sich über die Ausbildung hinaus mit Gesprächsführung beschäftigt haben, und wie sie die Nützlichkeit dieser freiwilligen Lernformen bewerten. Für die Angabe der Häufigkeitsverteilungen wurden die Ausprägungen *sehr nützlich* und *nützlich* zu einer Kategorie sowie die Ausprägungen *eher nicht nützlich* und *überhaupt nicht nützlich* zu einer Kategorie zusammengezogen.

### Bücher

55% der Befragten haben Bücher gelesen. 68% bewerteten diese Lernquelle als nützlich. 16% verhielten sich indifferent in ihrem Urteil. 16% bezeichneten Bücher als nicht nützlich.

### Anamnese-Gruppe

40% haben freiwillig eine Anamnese-Gruppe besucht. Für 70% war die Teilnahme nützlich. 24% nahmen keine eindeutige Bewertung vor. Und nur 6% bezeichneten die Teilnahme an einer Anamnese-Gruppe als nicht nützlich.

### Balint-Gruppe

16% der Befragten haben als Arzt eine Balint-Gruppe besucht. Für 40% war die Teilnahme nützlich. 46% waren unentschieden in ihrem Urteil. 7% bewerteten diese Lernform als nicht nützlich.

### Kommunikationstraining

24% der befragten Ärzte haben an einem Kursus bzw. Kommunikationstraining teilgenommen, das 50% als nützlich, 14% als nicht nützlich und 36% als weder unnützlich noch nützlich bezeichneten.

Angaben unter Sonstiges: mit Sprachstruktur beschäftigt, Gespräche mit Kommilitonen, kritische Würdigung der Gesprächsergebnisse, das wirkliche Leben, Try and Error, Pädagogikstudium, Ausbilderseminar in 1. Hilfe, psychoanalytische Ausbildung.

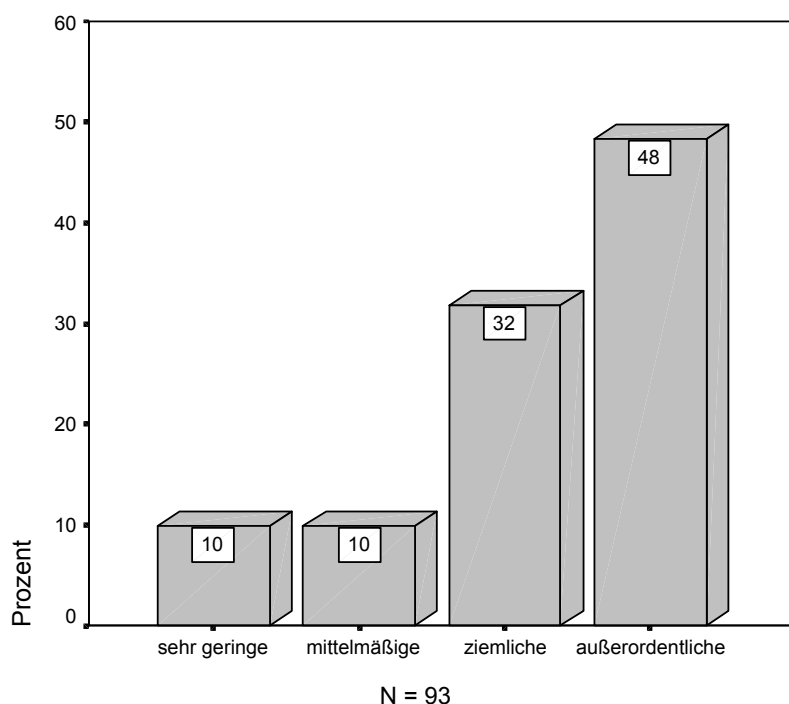
Aus der Bewertung ergibt sich die folgende Rangfolge für freiwillige Lernformen:

Anamnese-Gruppe	nützlich	(MW = 3,92)
Bücher	nützlich	(MW = 3,59)
Kommunikationstraining	weder/ noch	(MW = 3,55)
Balint-Gruppe	weder/noch	(MW = 3,27)

### 3. Die Erwartungen an ein Kommunikationstraining für die Arbeit

Insgesamt haben 48% der befragten Mediziner eine außerordentliche, 32% eine ziemliche und jeweils 10% eine geringe bzw. gar keine Erwartungshaltung an ein Kommunikationstraining für die eigene Arbeit (siehe nachfolgende Graphik). Der Mittelwert des Erwartungs-Index liegt für alle Probanden bei 14,26.

Abb. 11: Die Erwartungshaltung an ein Kommunikationstraining



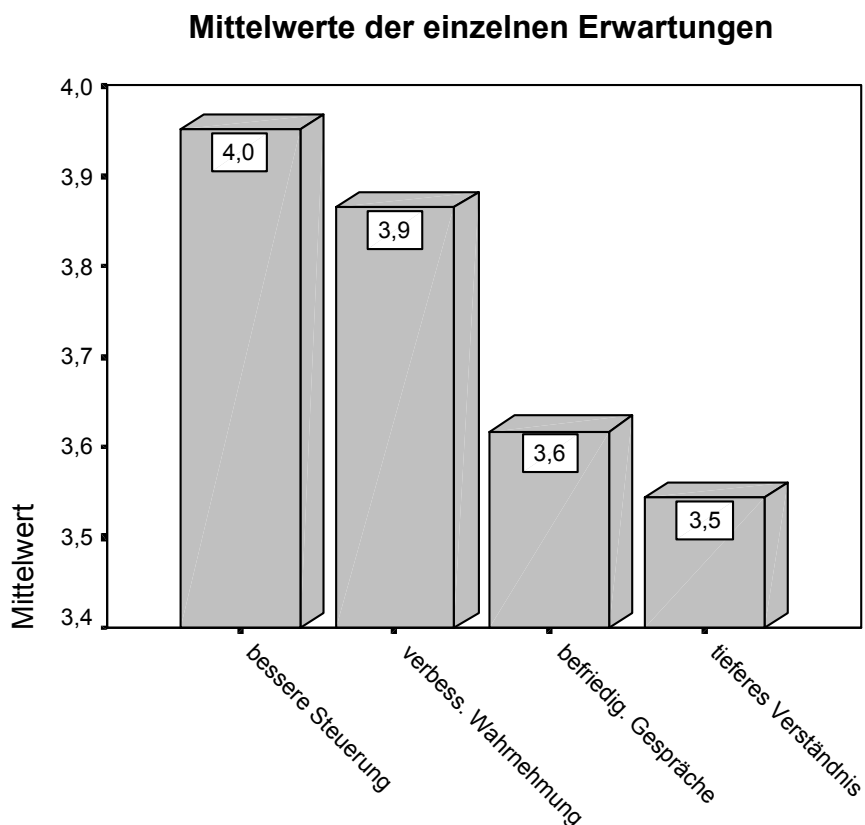
Unter Sonstiges wurden als Erwartungen genannt: Sensibilisierung für ungünstige Gestik und Formulierungen, mehr über mich selbst erfahren, bessere Vermittlung an den Patienten, Vertrauensverhältnis, mehr Zufriedenheit für den Patienten, Zusatzausbildung in Psychotherapie und mehr Effizienz.

#### Ärzte/ Ärztinnen

Eine ziemliche bis außerordentliche Erwartungshaltung knüpfen 83% der Ärzte und 76% der Ärztinnen an die Absolvierung eines Kommunikationstrainings. In Bezug auf den Index zur Erwartungshaltung konnten zwischen den männlichen (MW=14,21) und weiblichen Befragten (MW=14,34) keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Vergleicht man die Mittelwerte der einzelnen Indikatoren des Erwartungsindex, dann zeigt sich in der Bewertung dieser Trainingsmaßnahme für die ärztliche Arbeit die folgende Rangfolge für die zur Auswahl stehenden Items. Die Probanden erwarten demnach vor allem eine bessere Steuerung des Gesprächs, gefolgt von einer verbesserten Wahrnehmungsfähigkeit, befriedigenderen Gesprächen und einem tieferen Verständnis des Patienten.

Abb. 12:



Im Folgenden sollen die einzelnen Indikatoren, die zur Messung der Erwartung an ein Kommunikationstraining operationalisiert wurden, getrennt nach Geschlecht betrachtet werden.

### **Bessere Steuerung**

Sowohl männliche als auch weibliche Mediziner erwarten mehrheitlich eine bessere Steuerung des Gesprächs nach der Teilnahme an einem Kommunikationstraining. Fasst man die Kategorien *stimme voll und ganz zu* und *stimme zu* zusammen, dann sind das 87% der männlichen und 81% der weiblichen Befragten.



### **Befriedigendere Gespräche**

erwarten mehr Frauen (75%) als Männer (56%). Mehr Männer als Frauen stehen dieser Aussage kritisch gegenüber (30% / 14%). Die positive Haltung bei Medizinerinnen kann damit erklärt werden, dass sie ein ausgeprägteres Kommunikationsbewusstsein haben als ihre männlichen Kollegen und dem Gespräch einen höheren Stellenwert in der Behandlung beimessen.

### **Verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit**

Die überwiegende Mehrheit auf beiden Seiten, nämlich 80% der Medizinerinnen und 74% der Mediziner, erwartet eine verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit. Zwischen beiden Gruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

### **tiefere Verständnis des Patienten**

Beide Seiten erwarten mehrheitlich ein tieferes Verständnis des Patienten von einem Kommunikationstraining für ihre Arbeit (68% der weiblichen Befragten und 63% der männlichen Befragten). Zwischen beiden Gruppen gibt es keine gravierenden Unterschiede.

Ergebnis:

Mit einer Differenz von 19 Prozentpunkten erwarten mehr Ärztinnen als Ärzte, dass sie nach der Teilnahme an einem Kommunikationstraining in der Lage sind, befriedigendere Gespräche mit ihren Patienten führen zu können.

Untersucht man die Fragestellung auf den Einfluss der Fachrichtung hin, wird deutlich, dass Chirurgen geringere Erwartungen als Internisten haben.

Internisten bewerten das Potential eines Kommunikationstrainings für die eigene Arbeit wesentlich höher als Chirurgen. Demnach spielen Gesprächsfertigkeiten auf der Innere eine größere Rolle als auf der Chirurgie.

Trotz erkennbarer Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Items durch Internisten und Chirurgen decken sich beide Facharztgruppen in der Rangfolge ihrer positiven Bewertungen. Chirurgen als auch Internisten erwarten von einer Trainingsmaßnahme zunächst eine bessere Steuerung des Gesprächs, gefolgt von einer verbesserten Wahrnehmungsfähigkeit, einem tieferen Verständnis des Patienten sowie befriedigenderen Gesprächen.

Die folgende Tabelle verdeutlicht die Unterschiede zwischen Chirurgen und Internisten in Bezug auf ihre positive Haltung gegenüber einem Übungstrainings zur Verbesserung kommunikativer Fertigkeiten.

Tab. 7: **Erwartungen an ein Kommunikationstraining nach Internisten und Chirurgen**

		<b>Internisten</b>	<b>Chirurgen</b>
<b>bessere Steuerung des Gesprächs</b>	lehnen ab	5 %	11 %
	weder/noch	5 %	11 %
	<b>stimmen zu</b>	<b>90 %</b>	<b>78 %</b>
	Basis (N)	19	18
<b>verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit</b>	lehnen ab	12 %	21 %
	weder/noch	6 %	21 %
	<b>stimmen zu</b>	<b>82 %</b>	<b>58 %</b>
	Basis (N)	17	19
<b>tieferes Verständnis des Patienten</b>	lehnen ab	13 %	28 %
	weder/noch	12 %	17 %
	<b>stimmen zu</b>	<b>75 %</b>	<b>55 %</b>
	Basis (N)	16	18
<b>befriedigendere Gespräche</b>	lehnen ab	10 %	17 %
	weder/noch	16 %	33 %
	<b>stimmen zu</b>	<b>74 %</b>	<b>50 %</b>
	Basis (N)	19	18

Zusammenfassung:

Von der Teilnahme an einem Kommunikationstraining versprechen sich die befragten Ärzte eine Verbesserung ihrer Kommunikationsfertigkeiten.

Für ihre Arbeit erwarten sie insbesondere, dass sie Gespräche besser steuern können. Während Ärzte und Ärztinnen sich in der Höhe ihrer Erwartungen nicht signifikant voneinander unterscheiden, bewerten Internisten das Potential eines Trainings wesentlich höher als Chirurgen. Die Beherrschung kommunikativer Fertigkeiten ist demzufolge für die Arbeit von Internisten wichtiger als für die von Chirurgen.

#### 4. Literaturkenntnisse

76% der befragten Mediziner kennen kein Buch über Kommunikation/Gesprächsführung. Diese Zahl kann jedoch etwas relativiert werden, wenn man bedenkt, dass 55% der Befragten angaben, Bücher gelesen zu haben, die ca. 70% als nützlich bezeichneten.

Der Grund scheint hier vielmehr der zu sein, dass diejenigen, die Bücher gelesen haben, sich in der konkreten Fragesituation nicht an den Titel oder den Namen des Autors erinnern konnten. Es ist zu vermuten, dass bei einer etwas feinfühligere Formulierung der Frage mehr der Befragten angegeben hätten, ein Buch oder einen Artikel zu diesem Thema gelesen zu haben. Unwahrscheinlich hingegen ist die Annahme, dass dadurch mehr Nennungen von Titeln oder Autoren generiert worden wären.

Das Ziel der Frage war, herauszufinden, welche Buchtitel und Autoren zum Thema Gesprächsführung von Ärzten gelesen werden.

Von den 24%, die ein Buch zu diesem Thema kannten, konnten nur 13% den Autor bzw. den Titel nennen. Genannt wurden Autoren wie Paul Watzlawik, Friedrich Schulz von Thun und Linus Geisler.

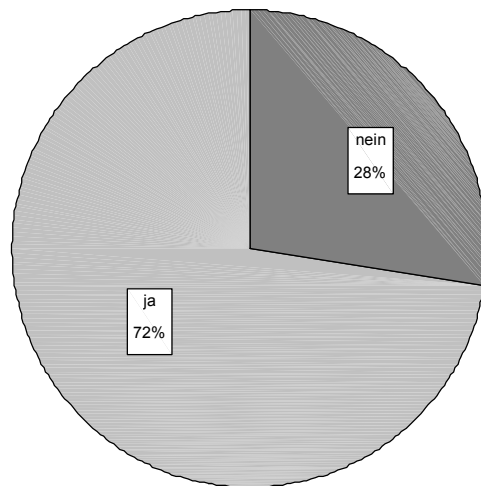
Ein geschlechtsspezifischer Vergleich zeigt, dass 82% der befragten Ärzte (54) im Vergleich zu 68% der befragten Ärztinnen (37) kein Buch zu diesem Thema kennen. Mit einem Vorsprung von 14 Prozentpunkten kennen Ärztinnen häufiger ein Buch und sind mit einem Abstand von 10 Prozentpunkten auch eher in der Lage, den dazugehörigen Titel oder Autor zu nennen.

Im Vergleich zu ihren chirurgischen Kollegen kennen Internisten häufiger (27% gegenüber 5%) ein Buch auf diesem Gebiet und sind mit einer Differenz von 13 Prozentpunkten auch eher in der Lage, den Autor bzw. den Titel zu nennen.

## 5. Das Interesse an der Arzt-Patient-Kommunikationsforschung

Das Interesse der befragten Mediziner an Forschungsergebnissen auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation ist mit 72% überdurchschnittlich hoch. Nur etwa ein Viertel der Befragten, nämlich 28%, hat kein Interesse an diesem Forschungsgegenstand.

Abb. 13: **Das Interesse an Forschungsergebnissen der Arzt-Patient Kommunikation**



N = 87

Ärzte, die an Forschungsergebnissen auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation interessiert sind, sind auch eher in der Lage einen Buchtitel bzw. Autor zu nennen (15%) als jene, die kein Interesse haben (4%).

Tab. 8: **Der Einfluss des Interesses auf die Literaturkenntnisse**

		Interesse an Forschungsergebnissen	
		nein	ja
<b>Literaturkenntnisse (mit bzw. ohne Angabe eines Titels oder Autors)</b>	<b>keine</b>	<b>79 %</b>	<b>75 %</b>
	<b>ja, ohne Angabe</b>	<b>17 %</b>	<b>10 %</b>
	<b>ja, mit Angabe</b>	<b>4 %</b>	<b>15 %</b>
<b>Basis (N)</b>		<b>24</b>	<b>61</b>

## 6. Kenntnisse über die Vorteile effektiver Kommunikation

Der klassifizierte Index zum Kenntnisstand über die Vorteile effektiver Kommunikation ergab, dass 29% der befragten Mediziner außerordentlich, 52% sehr gut und 19% gut über den Nutzen einer verbesserten Kommunikation für den Patienten Bescheid wissen.

Man kann also davon ausgehen, dass 81% (*außerordentlich + sehr gut*) der befragten Ärzte die Vorteile einer funktionierenden Arzt-Patient-Kommunikation für den Patienten sehr gut bekannt sind oder anders formuliert, dass sie die genannten Ergebnisse auf eine effektive Kommunikation zurückführen.

Ein Mittelwert von 28,62 bei einem Maximum von 35 zeugt von einem guten Kenntnisstand der Befragten über die Vorteile, die sich aus einer effektiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient für den Patienten ergeben.

Geschlechtsspezifisch signifikante Mittelwertunterschiede konnten in Bezug auf diesen Index nicht festgestellt werden.

Die Angaben zu den einzelnen Variablen, die zur Messung des Kenntnisstands eingesetzt wurden, sollen im nun folgenden Abschnitt näher betrachtet werden.

Zur Reduktion von Komplexität und zum besseren Verständnis wurden die Ausprägungen *stimme voll und ganz zu* und *stimme zu* sowie die Kategorien *stimme überhaupt nicht zu* und *stimme nicht zu* zu jeweils einer Kategorie zusammengefasst.

### **Weniger Angst, größere Zufriedenheit und bessere Mitarbeit**

Die befragten Mediziner stimmen einheitlich (100%) darin über ein, dass auf Patientenseite vor allem weniger Angst, größere Zufriedenheit und eine bessere Mitarbeit zu den Vorteilen einer effektiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient zählen.

### **Besseres Behalten von Informationen**

84% der befragten Mediziner werten es als Vorteil, dass Patienten infolge einer effektiven Kommunikation Informationen besser behalten. 16% hingegen betrachten diesen Umstand mit Skepsis (weder/noch).

### **Kürzere Liegezeiten**

Über die Möglichkeit, dass sich durch eine effektive Kommunikation auch kürzere Liegezeiten ergeben, sind die Befragten geteilter Ansicht. Etwa die Hälfte der befragten Mediziner, nämlich 45%, akzeptiert diese Möglichkeit. 38% sind unentschieden, während 17% dieser Aussage nicht zustimmen.

Die Tatsache, dass sich durch intensive Aufklärungsarbeit, Patienten besser auf eine Operation vorbereitet fühlen, Schmerzen leichter ertragen und sich schneller erholen (siehe hierzu Strotzka, Wimmer 1986), scheint nicht allgemein bekannt zu sein.

### **Größere Diagnosegenauigkeit**

72% der Befragten halten die Möglichkeit, dass sich durch eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine größere Diagnosegenauigkeit erzielen lässt, für wahrscheinlich. Während 19% sich in ihrem Urteil indifferent verhalten, lehnen nur 9% diese Annahme ab.

### **Bessere Behandlungsergebnisse**

76% der Mediziner stimmen der Aussage zu, dass sich durch eine effektive Kommunikation bessere Behandlungsergebnisse einstellen. Während 18% sich in ihrem Urteil nicht festlegen, lehnen 6% diese Annahme ab.

Zwischen weiblichen und männlichen Ärzten gibt es keine auffälligen Unterschiede. Die Verteilung folgt dem allgemeinen Trend.

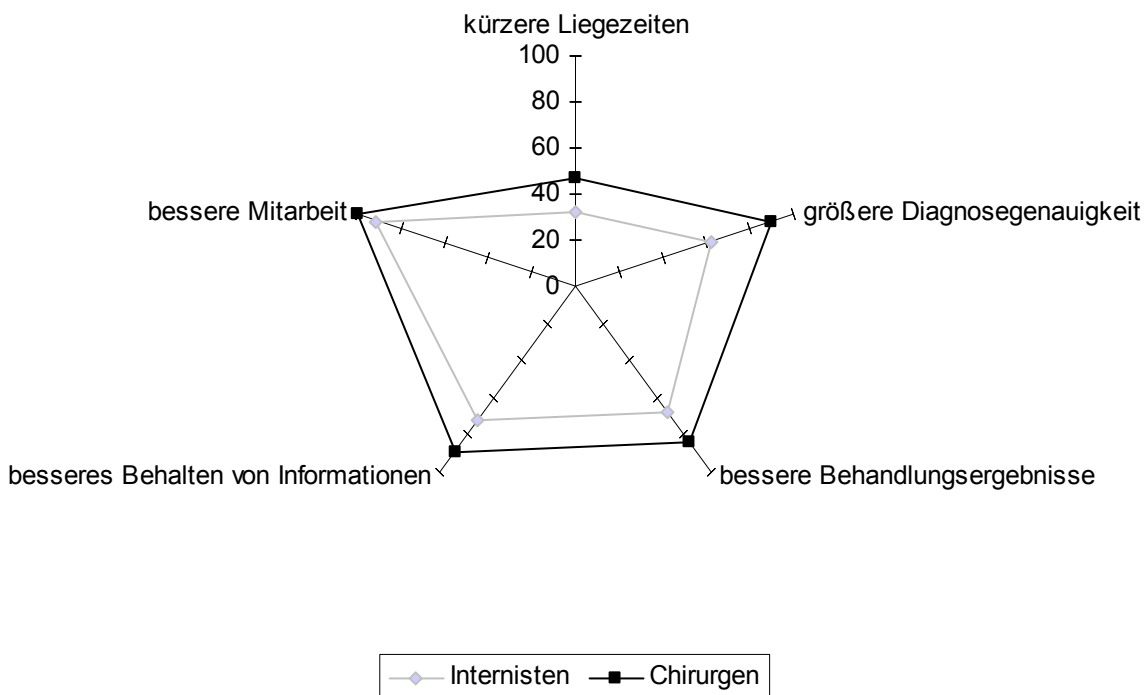
Ein fachspezifischer Vergleich hingegen zeigt, dass Chirurgen und Internisten die genannten Ergebnisse unterschiedlich bewerten.

Während weniger Angst und größere Zufriedenheit auf Patientenseite sowohl von Internisten als auch von Chirurgen zu 100 % einer effektiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient zugeschrieben werden, unterscheiden sich die Bewertungen in allen anderen Punkten deutlich voneinander. Chirurgen führen die genannten Vorteile für den Patienten grundsätzlich stärker auf die Wirkung einer verbesserten Kommunikation zwischen Arzt und Patient zurück als Internisten.

Die unterschiedlichen Zustimmungstendenzen zu den einzelnen Variablen gibt die nachfolgende Graphik wieder.

Tab. 9:

### Zustimmung zu den Vorteilen effektiver Kommunikation nach Fachrichtung



Ein Vergleich zwischen den auf der Chirurgie tätigen (MW = 4,38) und den auf der Inneren tätigen (MW = 3,96) Ärzten ergab bezüglich des Behaltens von Informationen einen signifikanten Mittelwertunterschied. Demzufolge halten Chirurgen es für wahrscheinlicher, dass Patienten durch eine verbesserte Kommunikation Informationen besser behalten. Eine Tatsache, die für die präoperative Aufklärung und das Einholen der informierten Einverständniserklärung von großer Bedeutung ist.

Mit einer Differenz von 27 Prozentpunkten führen Chirurgen häufiger eine größere Diagnosegenauigkeit auf ein effektives Gespräch zwischen Arzt und Patient zurück als Internisten dies tun. Mit einem Vorsprung von 16 Prozentpunkten sehen Chirurgen auch häufiger den Nutzen einer gelungenen Kommunikation in besseren Behandlungsergebnissen als Internisten.

Chirurgen werten die genannten Ergebnisse grundsätzlich stärker als Vorteile einer gelungenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient als Internisten, die in ihrem Urteil wesentlich zögerlicher sind.

## 7. Die Einstellung zum Patienten-Gespräch

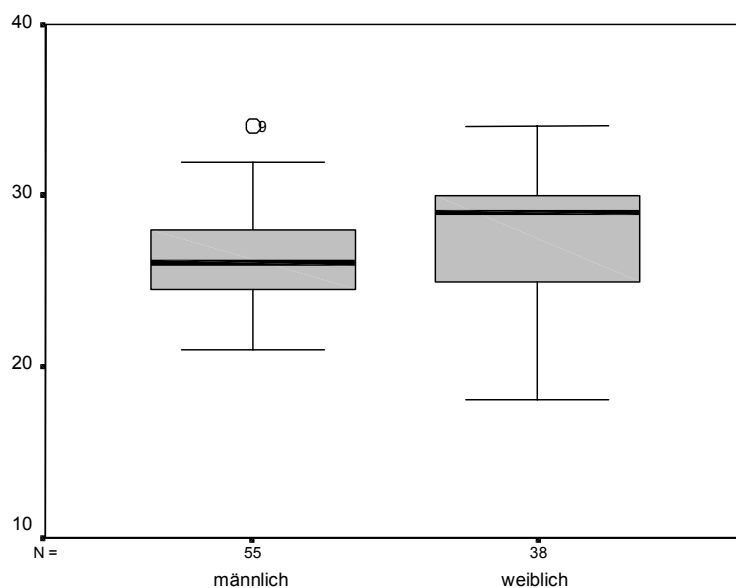
Der Index, der die Einstellung zum Patienten-Gespräch misst, ergab Folgendes: 54% der befragten Mediziner messen dem Gespräch einige Bedeutung bei, 44% sogar ziemliche Bedeutung. Nur 2% messen dem Wert des Gesprächs eine mäßige Bedeutung bei. Extreme Bewertungen wie *gar keine*, eine *sehr geringe* oder eine *außerordentliche* Bedeutung von Kommunikation werden von den befragten Medizinern nicht vorgenommen.

Dass eine unterschiedliche Bewertung der Bedeutung von Kommunikation durch das Geschlecht der Probanden beeinflusst wird, zeigt ein Vergleich der Mediane. Der mittlere Rang liegt bei den weiblichen Befragten bei 55,14 und bei den männlichen Befragten bei 41,37. Dieser Unterschied ist signifikant. Die Alternativhypothese ist auf dem 5%-Niveau abgesichert (U-Test nach Mann und Whitney).

Mit einem Vorsprung von 33 Prozentpunkten messen Medizinerinnen dem Patienten-Gespräch häufiger eine *ziemliche* Bedeutung bei als ihre männlichen Kollegen. Die nachfolgenden Boxplots veranschaulichen die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Verteilung.

Abb. 14:

**Boxplot zur  
Bewertung des Patienten-Gesprächs  
getrennt nach Geschlecht**





Der nun folgende Abschnitt ist der Betrachtung der einzelnen Variablen gewidmet, die zur Messung der ärztlichen Einstellung zum Patienten-Gespräch operationalisiert wurden. Für die Beschreibung der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Variablen wurden die Kategorien *stimme voll und ganz zu* und *stimme zu* sowie die Kategorien *stimme überhaupt nicht zu* und *stimme nicht zu* unter jeweils einer Kategorie *stimme zu* bzw. *stimme nicht zu* zusammengefasst.

Zunächst einmal sollen die Variablen „Strukturierung des Gesprächs“, „soziale Situation“, „Ansicht des Patienten“ und „Bedeutung von Information für die Patientenzufriedenheit“ analysiert werden (Frage 12, 14, 15 und 17). Da diese Items negativ formuliert und entsprechend kodiert sind, bedeutet ein niedriger Wert Zustimmung und ein hoher Wert Ablehnung der betreffenden Aussage.

68% der befragten Mediziner befürworten eine klare Vorstellung für den genauen Ablauf des Gesprächs für die Erhebung der Anamnese. Während 13% sich nicht ausdrücklich festlegen wollen, lehnen 19% diese Vorgehensweise ab.

Das bedeutet im Ergebnis, dass knapp 70% der Befragten einen arztzentrierten Gesprächsstil vorziehen. Nur 20% der Ärzteschaft spricht sich indirekt für eine flexible Gesprächsgestaltung aus.

62% der Versuchsteilnehmer stimmen der Aussage zu, dass im Gespräch meist wenig Zeit für einen tieferen Einblick in die soziale Situation des Patienten bleibt. 20% treffen keine eindeutige Aussage. 18% lehnen diese Behauptung ab.

73% der befragten Kliniker sprechen sich dagegen aus, dass die Vorstellungen des Patienten für die Diagnose eher unbedeutend sind. Während 11% sich in ihrem Urteil nicht festlegen wollen, halten 16% die Ansicht des Patienten für unbedeutend für die Diagnose.

87% lehnen die Aussage ab, dass sich die Zufriedenheit nicht durch mehr Informationen steigern lässt, d.h. sie sind sich der Bedeutung der Informationsweitergabe für die Patientenzufriedenheit bewusst. Während 7% keine eindeutige Aussage treffen, lehnen 6% die Möglichkeit ab, die Zufriedenheit von Patienten durch mehr Informationen steigern zu können.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse wie folgt darstellen:

Im Durchschnitt befürworten die befragten Mediziner eine klare Strukturierung des Gesprächsablaufs für die Erhebung der Anamnese (MW 2,23) und bestätigen, dass im Gespräch wenig Zeit für einen Einblick in die soziale Situation des Patienten bleibt (MW 2,42). Sie neigen dazu, der Aussage „Die eigenen Vorstellungen des Patienten sind für die Diagnose eher unbedeutend“ nicht zu zustimmen (MW 3,76) und lehnen in der Regel die Behauptung ab, dass sich die Zufriedenheit von Patienten nicht durch mehr Information steigern lässt (MW 4,12).

Im dem nun folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der Items „Der erste Kontakt prägt die Arzt-Patient-Beziehung“, „Das Behandlungsergebnis hängt von der Kommunikationssituation des Patienten ab“, „Der Therapieerfolg hängt von der Arzt-Patient-Beziehung ab“ sowie „Das Gespräch bildet die Grundlage zu Erfassung und Lösung von Problemen“ dargestellt werden.

Für 93% der befragten Ärzte bildet das Gespräch neben Untersuchung und Behandlung die Grundlage zur Erfassung und Lösung von Problemen.

89% der Befragten befürworten, dass der erste Kontakt zwischen Arzt und Patient prägend für das spätere Vertrauensverhältnis ist. Nur 11% legen sich in ihrem Urteil nicht fest.

Wilker bestätigt, dass eine Vertiefung der Arzt-Patient-Beziehung bei längerem Krankenhausaufenthalt nur dann stattfinden kann, wenn sich der Erstkontakt bei der Aufnahme des Patienten bereits gut entwickeln konnte und intensiv war (vgl. Wilker 1994: 263).

88% der befragten Mediziner sind der Ansicht, dass der Therapieerfolg umso aussichtsreicher ist, je besser die Beziehung zwischen Arzt und Patient funktioniert. 9% verhalten sich in ihrem Urteil indifferent. 3% lehnen die Aussage ab, dass der Therapieerfolg durch die Art der Beziehung beeinflusst wird.

72% sprechen sich dafür aus, dass das Behandlungsergebnis von der Kommunikationssituation, in die der Patient während der Behandlung eingebunden ist, abhängt. 17% treffen keine eindeutige Entscheidung. 11% lehnen diese Möglichkeit ab.

Ergebnis: Die Mehrheit der befragten Mediziner ist der Meinung, dass

- das Gespräch der Lösung und Erfassung von Problemen dient
- der erste Kontakt zwischen Arzt und Patient die spätere Beziehung prägt
- die Art der Beziehung mit über den Erfolg der Therapie entscheidet
- das Behandlungsergebnis von der Gesprächssituation abhängt

Die folgende Tabelle gibt die Ergebnisse der untersuchten Variablen zur Einstellung unter Berücksichtigung des Geschlechts wieder.

Tab. 10: **Die Einstellung zum Gespräch nach Geschlecht**

		Frauen	Männer			Frauen	Männer
<b>Patientenzufriedenheit nicht durch mehr Informationen</b>	lehnen ab	<b>92 %</b>	<b>84 %</b>	<b>das Gespräch ist die Basis zur Problemlösung</b>	lehnen ab	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
	weder/noch	<b>5 %</b>	<b>7 %</b>		weder/noch		<b>2 %</b>
	stimmen zu	<b>3 %</b>	<b>9 %</b>		stimmen zu	<b>97 %</b>	<b>96 %</b>
	Basis (N)	37	55		Basis (N)	38	55
<b>Patientenmeinung für die Diagnose unbedeutend</b>	lehnen ab	<b>81 %</b>	<b>67 %</b>	<b>der Therapieerfolg hängt von der Beziehung ab</b>	lehnen ab		<b>5 %</b>
	weder/noch	<b>8 %</b>	<b>13 %</b>		weder/noch	<b>8 %</b>	<b>9 %</b>
	stimmen zu	<b>18 %</b>	<b>20 %</b>		stimmen zu	<b>92 %</b>	<b>86 %</b>
	Basis (N)	38	55		Basis (N)	37	55
<b>klare Strukturierung der Anamnese ist sinnvoll</b>	lehnen ab	<b>18 %</b>	<b>18 %</b>	<b>der erste Kontakt prägt die Beziehung</b>	lehnen ab	<b>5 %</b>	
	weder/noch	<b>24 %</b>	<b>6 %</b>		weder/noch	<b>11 %</b>	<b>7 %</b>
	stimmen zu	<b>58 %</b>	<b>76 %</b>		stimmen zu	<b>84 %</b>	<b>93 %</b>
	Basis (N)	38	54		Basis (N)	38	54
<b>wenig Zeit für Einblick in die soziale Situation</b>	lehnen ab	<b>24 %</b>	<b>14 %</b>	<b>das Ergebnis hängt von der Kommunikation ab</b>	lehnen ab	<b>10 %</b>	<b>11 %</b>
	weder/noch	<b>26 %</b>	<b>15 %</b>		weder/noch	<b>8 %</b>	<b>24 %</b>
	stimmen zu	<b>50 %</b>	<b>71 %</b>		stimmen zu	<b>82 %</b>	<b>65 %</b>
	Basis (N)	38	55		Basis (N)	38	55

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der Ärzte und Ärztinnen das Gespräch als ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Erfassung und Lösung von Problemen betrachtet. Dass der erste Kontakt die Beziehung maßgeblich beeinflusst und der Therapieerfolg von der Art der Beziehung zwischen Arzt und Patient abhängt, glaubt sowohl die Mehrheit der befragten männlichen als auch der weiblichen Mediziner.

Des Weiteren lehnt die Mehrheit auf beiden Seiten die Aussage ab, dass sich die Zufriedenheit nicht durch mehr Informationen steigern lässt. Beide Gruppen sind sich also der Bedeutung der Informationsweitergabe für die Patientenzufriedenheit bewusst.

Eine divergierende Einstellung zwischen Ärzten und Ärztinnen konnte in folgenden Punkten festgestellt werden.

Eine klare Vorstellung für den genauen Ablauf des Gesprächs vor der Erhebung der Anamnese wird von Ärzten stärker befürwortet als von Ärztinnen (76% gegenüber 58%). Ärztinnen favorisieren also eine flexiblere Gestaltung des Patienten-Gesprächs als ihre männlichen Kollegen.

In Bezug auf die Aussage „Die eigenen Vorstellungen des Patienten sind für die Diagnose eher unbedeutend“ gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern (t-Test ergab für  $p < 0,05$ ).

Dass Ärztinnen diese Behauptung mit einem Vorsprung von 14 Prozentpunkten stärker ablehnen als Ärzte dies tun, ist folgendermaßen zu erklären: Im Vergleich zu Ärzten betrachten Ärztinnen die eigenen Vorstellungen des Patienten für die Diagnose als bedeutsamer. Sie legen mehr Wert auf die Meinung des Patienten (vgl. Roter 1992).

71% der befragten Ärztinnen im Vergleich zu 50% der befragten Ärzte lehnen die Aussage ab, dass im Gespräch meist wenig Zeit für einen Einblick in die soziale Situation des Patienten bleibt. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich der Mittelwerte nach Student bestätigt die Signifikanz des Unterschiedes ( $p < 0,05$ ).

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass weibliche Mediziner sich mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten nehmen als ihre männlichen Kollegen, um so einen besseren Einblick in die soziale Situation ihrer Patienten zu erhalten.

Mit einer Differenz von 17 Prozentpunkten führen weibliche Mediziner das Behandlungsergebnis stärker auf die Kommunikationssituation zurück, in die der Patient während der Behandlung eingebettet ist, als ihre männlichen Kollegen, die dieser Möglichkeit mit einem Unterschied von 16 Prozentpunkten skeptischer (weder/noch) gegenüberstehen. Für Ärztinnen hat das Gespräch in der Behandlung einen höheren Stellenwert als für Ärzte.

Die Ergebnisse korrespondieren mit der von Roter gemachten Feststellung, dass Ärztinnen verstärkt auf potentielle Diagnosehinweise von Patienten achten, ihnen mehr Zeit widmen und besser zuhören als ihren männlichen Kollegen.

Betrachtet man die Variablen, die Auskunft über die ärztliche Einstellung zum Patienten-Gespräch geben, unter Einbeziehung der Fachrichtung, dann zeigt sich, dass sowohl Internisten als auch Chirurgen in folgenden Punkten übereinstimmen:

- Das Gespräch bildet die Grundlage zur Erfassung und Lösung von Problemen.
- Der erste Kontakt zwischen Arzt und Patient prägt das Vertrauensverhältnis.
- Der Therapieerfolg hängt von der Art der Beziehung zwischen Arzt und Pat. ab.
- Im Gespräch bleibt wenig Zeit für einen Einblick in die soziale Situation des Pat.
- Die Meinung des Patienten ist nicht unbedeutend für die Diagnose.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen der an den Patienten gerichteten Information und der Patientenzufriedenheit.

Tab. 11: **Die Einstellung zum Gespräch nach Fachrichtung**

		Innere	Chirurgie			Innere	Chirurgie
<b>Patientenzufriedenheit nicht durch mehr Informationen</b>	lehnen ab	<b>86 %</b>	<b>89 %</b>	<b>das Gespräch ist die Basis zur Problemlösung</b>	lehnen ab		<b>5 %</b>
	weder/noch	<b>5 %</b>	<b>11 %</b>		weder/noch		
	stimmen zu	<b>9 %</b>			stimmen zu	<b>100 %</b>	<b>95 %</b>
	Basis (N)	21	19		Basis (N)	22	19
<b>Patientenmeinung für die Diagnose unbedeutend</b>	lehnen ab	<b>68 %</b>	<b>74 %</b>	<b>der Therapieerfolg hängt von der Beziehung ab</b>	lehnen ab		<b>5 %</b>
	weder/noch	<b>14 %</b>	<b>16 %</b>		weder/noch	<b>5 %</b>	
	stimmen zu	<b>18 %</b>	<b>10 %</b>		stimmen zu	<b>95 %</b>	<b>95 %</b>
	Basis (N)	22	19		Basis (N)	21	19
<b>klare Strukturierung der Anamnese ist sinnvoll</b>	lehnen ab	<b>9 %</b>	<b>33 %</b>	<b>der erste Kontakt prägt die Beziehung</b>	lehnen ab		<b>5 %</b>
	weder/noch	<b>18 %</b>	<b>11 %</b>		weder/noch	<b>9 %</b>	
	stimmen zu	<b>73 %</b>	<b>56 %</b>		stimmen zu	<b>91 %</b>	<b>95 %</b>
	Basis (N)	22	19		Basis (N)	22	19
<b>wenig Zeit für Einblick in die soziale Situation</b>	lehnen ab	<b>18 %</b>	<b>11 %</b>	<b>das Ergebnis hängt von der Kommunikation ab</b>	lehnen ab		<b>10 %</b>
	weder/noch	<b>14 %</b>	<b>21 %</b>		weder/noch		<b>32 %</b>
	stimmen zu	<b>68 %</b>	<b>68 %</b>		stimmen zu	<b>100 %</b>	<b>58 %</b>
	Basis (N)	22	19		Basis (N)	22	19

Unterschiede zwischen den Fachrichtungen konnten in folgenden Punkten festgestellt werden: Internisten sprechen sich im Gegensatz zu Chirurgen eher für einen vorher festgelegten Ablaufplan des Anamnese-Gesprächs aus und führen das Behandlungsergebnis wesentlich stärker auf die kommunikative Einbettung des Patienten während der Behandlung zurück als Chirurgen.

## 8. Das Kommunikationsverhalten im Gespräch

Der Index zum Gesprächsverhalten attestiert 30% der befragten Ärzte ein hohes Engagement, 63% ein zufriedenstellendes und 7% ein mittelmäßiges Engagement in der Kommunikation mit dem Patienten.

Die weiblichen Befragten zeigten mit 8 Prozentpunkten Differenz häufiger ein hohes Engagement und mit 10 Prozentpunkten Differenz auch häufiger einen zufriedenstellenden kommunikativen Einsatz als ihre männlichen Kollegen. Ein Vergleich der Mittelwerte (t-Test) ergab in Bezug auf den Index zum Gesprächsverhalten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen. Der Mittelwert für die männlichen Befragten lag bei 11,38, der für die weiblichen Befragten bei 11,41.

Im Folgenden soll das von Ärzten beschriebene Kommunikationsverhalten im Einzelnen analysiert werden. Zum besseren Verständnis der Fragestellung fasst die nachfolgende Tabelle noch einmal die Bewertung des kommunikativen Engagements für die im Fragebogen vorgegebenen Verhaltensmöglichkeiten in den fünf Gesprächssituationen zusammen.

Tab. 12: **Test zur Messung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens**

1. Bestimmung des Problems	2. Diagnoseverhalten	3. Wahrnehmung der psychosozialen Situation	4. Überleitung zur Untersuchung	5. Informationsverhalten	Kommunikatives Engagement
Einleitung einer offenen Patientenschilderung der Beschwerden	Einholen der Patientenmeinung über das Problem	Einblick in die soziale Situation (offene Frage an den Patienten)	Information über den Zeitrahmen, den Behandlungsablauf und die Möglichkeit, Fragen zu stellen	Aufklärung des Patienten über mögliche Nebenwirkungen	3
Erfragen der Schmerzcharakteristik mittels einer geschlossenen Frage	Informierung des Patienten über die mögliche Diagnose und die Durchführung weiterer Tests	Registrierung eines Zusammenhangs zwischen sozialer Situation und Beschwerden, ohne weiter nachzufragen	Einleitung der Untersuchung in Anbetracht des Zeitmangels	Bitte an den Patienten, Beschwerden Mitzuteilen (keine direkte Aufklärung)	2
Testen einer Hypothese	Ankündigung von Tests (keine Information über die Diagnose)	die soziale Situation wird nicht thematisiert	Überleitung zur körperlichen Untersuchung ohne Worte	Keine Aufklärung Des Patienten	1

**Kommunikatives Engagement im Gespräch: 3 = hoch 2 = mittelmäßig 1 = niedrig**

## **8.1 Bestimmung des Problems**

Es hat sich gezeigt, dass direkte Sachfragen zwar eine größere Informationsmenge über den Patienten erbringen, aber nicht mehr Einsicht in dessen Problematik ermöglichen als die mehr „offenen, einfühlerisches Verstehen signalisierenden Fragen“ (vgl. Wilker 1994: 253 - 254).

Eine zusammenhängende Schilderung der Beschwerden leiten 24% der Ärzte und 14% der Ärztinnen ein, indem sie sagen „Erzählen Sie weiter“ (vgl. S. 70, 79, 84).

Die Schmerzcharakteristik der Beschwerden des Patienten ermitteln 81% der Ärztinnen und ca. 70% der Ärzte mit einer geschlossenen Frage nach der Dauer der Beschwerden.

Jeweils 6% der befragten Ärzte und Ärztinnen testen eine bereits aufgestellte Hypothese (Herzinfarkt).

Zwischen den Genera konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Im Vergleich dazu gibt es auffällige Unterschiede zwischen Internisten und Chirurgen. Während nur 11% der Chirurgen den Patienten auffordern, seine Beschwerden zu schildern, sind es bei den Internisten 32%. Die Eruiierung der Schmerzcharakteristik ist das von Internisten und Chirurgen am meisten angewandte Verfahren zur Bestimmung des Problems und wird mit 20% Prozentpunkten Differenz häufiger von Chirurgen als von Internisten eingesetzt.

## **8.2 Diagnoseverhalten**

Die ärztliche Vorgehensweise bei der Klärung der Diagnose ist eindeutig.

Die überwiegende Mehrheit auf beiden Seiten, nämlich 85% der Ärzte und 89% der Ärztinnen, erzählt der Patientin, was sie vermutet und informiert die Patientin über die Durchführung von Tests zur Bestätigung der Diagnose. Das Informationsverhalten entspricht den vorgeschriebenen Standards.

Die eigenen Ansichten der Patientin über ihre Krankheit treten in den Hintergrund (vgl. S. 105)

Nur 5% der Frauen und 4% der Männer interessieren sich dafür, was die Patientin über ihre Erkrankung denkt (siehe auch S. 74).

Während 11% der männlichen Mediziner der Patientin nicht sagen, was sie vermuten, sind es bei den weiblichen Medizinerinnen nur 5%.

Festzuhalten ist, dass Mediziner und Medizinerinnen kaum Unterschiede in ihrem Kommunikationsverhalten aufweisen.

Ein abweichendes Diagnosevorgehen konnte auch zwischen Ärzten der Chirurgie und der Inneren nicht festgestellt werden.

Die überwiegende Mehrheit beider Fachrichtungen informiert die Patientin über die Verdachtsdiagnose und die Durchführung weiterer Tests zu ihrer Bestätigung. Dies trifft sowohl für 100% der Chirurgen als auch für 86% der Internisten zu.

Auf der internistischen Seite erfragen nur 5% die eigenen Ansichten der Patientin.

10% erklären der Patientin, dass sie sich über die Ursachen des Problem nicht sicher seien und die Diagnose durch weitere Tests abklären müssen.

### **8.3 Wahrnehmung der psychosozialen Situation**

Auf die psychosoziale Situation des Patienten gehen 67% der Frauen und 55% der Männer ein (vgl. S. 89).

31% der Frauen und 38% der Männer registrieren zwar die soziale Situation und stellen einen Kausalzusammenhang zwischen der Arbeitslosigkeit und den Symptomen her, fragen aber nicht weiter nach.

7% der Männer und 3% der Frauen gehen überhaupt nicht auf die soziale Situation ein.

Mehr Frauen als Männer gehen auf die psychosoziale Situation der Patientin ein (die Differenz beträgt 12 Prozentpunkte), während mehr Männer als Frauen sie registrieren, ohne weiter nachzufragen oder überhaupt nicht darauf eingehen.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind nicht signifikant (t-Test), bestätigen aber in der Tendenz die von Roter gemachten Entdeckungen bezüglich des unterschiedlichen Kommunikationsverhaltens von Ärzten und Ärztinnen.

Fachspezifische Unterschiede lassen sich in Bezug auf die Erhebung sozialer Daten nicht nachweisen. Chirurgen legen genauso viel Wert auf einen tieferen Einblick in die psychosoziale Situation des Patienten wie Internisten (ca. 60% auf beiden Seiten). Internisten registrieren ebenso häufig wie Chirurgen (37%) nur einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und der sozialen Situation, ohne weiter nachzufragen.



#### **8.4 Überleitung zur Untersuchung**

Auf beiden Seiten informiert die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte und Ärztinnen (65% bzw. 61%) über den Zeitrahmen und den weiteren Ablauf des Gesprächs.

Interessant ist, dass die Überleitung zur Untersuchung ohne Worte, durch bloßes Aufstehen, die zweithäufigste Variante darstellt und von 28% der Ärzte als auch der Ärztinnen favorisiert wird.

11% der Medizinerinnen und 8% der Mediziner thematisieren den Zeitdruck und leiten die Untersuchung ein.

Das von Ärzten und Ärztinnen beschriebene Verhalten zur Strukturierung des Gesprächs kann als kongruent bezeichnet werden.

60% der Internisten und 67% der Chirurgen informieren den Patienten über den Zeitrahmen und leiten die Untersuchung mit dem Hinweis ein, dass am Ende des Gesprächs Fragen gestellt werden können. Die nonverbale Variante zur Einleitung der Untersuchung ist sowohl unter Internisten als auch unter Chirurgen die zweithäufigste Kommunikationsform. Mit 7 Prozentpunkten Differenz wird sie von Internisten häufiger verwendet.

#### **8.5 Informationsverhalten**

Mehr Männer (67%) als Frauen (60%) klären den Patienten über die möglichen Nebenwirkungen eines verordneten Medikaments auf und informieren ihn darüber, was passieren könnte und was in diesem Fall zu tun ist (vgl. S. 75).

35% der weiblichen und 33% der männlichen Mediziner informieren den Patienten nur unvollständig und bitten ihn, sofort Bescheid zu geben, wenn er irgendwelche ungewöhnlichen Nebenwirkungen bemerkt.

Nur 5% der Frauen hingegen sagen gar nichts, um den Patienten nicht unnötig zu beruhigen.

Internisten (73%) klären den Patienten über die möglichen Nebenwirkungen eines Medikaments vollständiger auf als ihre Kollegen auf der Chirurgie (63%), die im Gegensatz zu ihren internistischen Kollegen mit 14% Prozentpunkten Differenz den Patienten eher auffordern, sich bei Beschwerden zu melden (indirekte Information).

Im Ergebnis festzuhalten ist das einheitliche Vorgehen auf ärztlicher Seite zur Bestimmung des Problems und zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose.

Die Schmerzcharakteristik wird von insgesamt 74% der Ärzte mittels einer geschlossenen Frage nach dem Zeitpunkt des Einsetzens der Schmerzen eruiert (2)<sup>16</sup>.

Zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose führen 87% der Befragten weitere Tests durch. Der Patient wird über die Vermutungen des Arztes sowie über das weitere Vorgehen unterrichtet (2).

Dem Patienten wird in den oben beschriebenen Gesprächssituationen nur eine passive Rolle zugeordnet. In der ersten Situation ist seine Beteiligung am Gespräch nur reaktiver Natur und besteht in der Beantwortung einer geschlossenen, zielgerichteten Frage. Auf eine zusammenhängende Schilderung mit eigenen Worten, die den Patienten als Person sichtbar werden lässt, wird zugunsten eines problemorientierten und krankheitszentrierten Ansatzes verzichtet.

Die zweite Gesprächssituation verdeutlicht, dass die Ansicht des Patienten über sein Problem und darüber, was die Symptome verursacht haben könnte, im ärztlichen Diagnosevorgehen keine Bedeutung erfährt.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass die psychosoziale Situation für die Mehrheit der befragten Ärzte von Bedeutung ist. Etwa 60% aller befragten Mediziner versuchen durch eine offene Frage etwas über die Gefühle des Patienten zu erfahren. 35% aller Befragten registrieren einen Zusammenhang zwischen den Symptomen und der sozialen Situation des Patienten.

Die Untersuchung leiten 63% der Mediziner ein, indem sie den Patienten über den Zeitrahmen informieren und ihm die Möglichkeit einräumen, im Anschluss an die Untersuchung Fragen zu stellen (3), während 28% einfach aufstehen, um dem Patienten nonverbal anzudeuten, dass es Zeit für die körperliche Untersuchung ist (1).

Das Informationsverhalten bezüglich eines verordneten Medikaments besteht bei 64% der Mediziner darin, den Patienten über mögliche Nebenwirkungen und die entsprechenden Verhaltensmaßnahmen bei deren Auftreten aufzuklären (3) und bei 34% lediglich darin, den Patienten zu bitten, sich bei ungewöhnlichen Nebenwirkungen zu melden (2).

---

<sup>16</sup> Die Zahl in der Klammer gibt die Bewertung des kommunikativen Engagements der von Ärzten am häufigsten gewählten Antwort wieder.

Ein geschlechtsspezifischer Vergleich bezüglich der kommunikativen Leistungen von Ärzten ergab keine signifikanten Unterschiede.

Etwas mehr Männer als Frauen geben dem Patienten die Möglichkeit, die Probleme im Zusammenhang zu erzählen.

Die eigene Ansicht des Patienten spielt bei beiden Gruppen nur eine untergeordnete Rolle.

Unter den befragten Ärzten gehen mehr Frauen als Männer auf die soziale Situation des Patienten ein.

Die unterschiedlichen Tendenzen im Kommunikationsverhalten von Internisten und Chirurgen waren dergestalt, dass Internisten mehr Wert auf eine zusammenhängende Schilderung der Beschwerden aus der Sicht des Patienten legen als Chirurgen. Die Differenz beträgt 21%.

Des Weiteren klären Internisten mit 10 Prozentpunkten Differenz den Patienten über die möglichen Nebenwirkungen eines Medikaments vollständiger auf als ihre Kollegen auf der Chirurgie.

Im Hinblick auf die Wahrnehmung der sozialen Situation des Patienten und die Überleitung vom Gespräch zur Untersuchung kann das beschriebene Gesprächsverhalten von Internisten und Chirurgen als kongruent bezeichnet werden.

## 9. Die Bewertung patientenorientierter Diagnosedaten

Dem Index zur patientenorientierten Diagnose zufolge beurteilen 41% der befragten Mediziner Daten, die sich an der sozialen Situation, dem emotionalen Zustand und der Ansicht des Patienten orientieren sowie eine Patientenschilderung der Beschwerden voraussetzen, als außerordentlich wichtig und 54% als ziemlich wichtig für die Diagnose.

Der Mittelwert für den Index, der aus vier Variablen gebildet wurde (die Variablen „Vorerkrankungen“ und „Medikamenteneinnahme“ wurden nicht in den Index aufgenommen, da es sich hierbei nicht um Daten handelt, die auf eine patientenorientierte Diagnose schließen lassen), lag bei 16,18.

Im Folgenden soll die durch die befragten Ärzte vorgenommene Bewertung der einzelnen Variablen dargestellt werden. Die ursprünglich fünf Ausprägungen der betrachteten Variablen wurden für die Analyse auf drei reduziert: *wichtig, weder / noch, unwichtig*.

96% der Befragten werten die Schilderung der Beschwerden durch den Patienten als wichtig.

84% der Befragten schätzen die soziale Situation als wichtig für die Diagnose ein. 12% treffen diesbezüglich keine eindeutige Aussage.

Der emotionale Zustand des Patienten wird von 81% als wichtige Information eingestuft. 16% halten diese Information über den Patienten weder für wichtig noch für unwichtig.

64% der Mediziner betonen, dass das, was der Patient über die Krankheit denkt, wichtig für die Diagnose ist. Für 32% ist die Meinung des Patienten hingegen nicht entscheidend (weder wichtig /noch unwichtig).

### Vergleich nach Geschlecht

Obwohl sich die Mittelwerte nicht signifikant von einander unterscheiden, kann man einen Trend feststellen, demzufolge Ärztinnen etwas mehr Wert legen auf patientenorientierte Diagnosehinweise als Ärzte.

Tab. 13: **Vergleich der Mittelwerte nach Geschlecht**

Patientenorientierte Diagnosedaten	Geschlecht	
	weiblich	männlich
soziale Situation	3,92	3,96
emotionaler Zustand	4,11	3,91
Schilderung der Beschwerden	4,64	4,49
was der Patient über die Krankheit denkt	3,79	3,70

### Vergleich nach Fachrichtung

Ein ähnliches Ergebnis liefert ein Vergleich der Bewertung patientenorientierter Daten durch Internisten und Chirurgen. Sowohl Internisten als auch Chirurgen betonen gleichermaßen den Wert patientenorientierter Daten für die Diagnose. Im Vergleich zu ihren chirurgischen Kollegen halten Internisten diese Daten jedoch für bedeutsamer.

Tab. 14: **Vergleich der Mittelwerte nach Fachrichtung**

Patientenorientierte Diagnosedaten	Fach- und Assistenz-ärzte	
	Innere	Chirurgie
soziale Situation	3,91	3,83
emotionaler Zustand	4,00	3,78
Schilderung der Beschwerden	4,64	4,61
was der Patient über die Krankheit denkt	3,91	3,78

## 10. Die Erwartungen des Patienten aus ärztlicher Sicht

Bei der Frage 22 zur Patientenerwartung aus ärztlicher Sicht handelt es sich um eine Frage mit mehreren Antwortmöglichkeiten, die zu einem Variablenset bestehend aus acht Variablen gehören.

92 Mediziner meinen, der Patient erwarte fachliche Kompetenz. Das sind 17% der gegebenen „ja –Antworten“.

85 Mediziner sind der Ansicht, der Patient erwarte Informationen. Das entspricht 16% der gültigen Antworten.

79 Mediziner vertreten die Meinung, der Patient erwarte Beratung. Das sind 15% der gültigen Stimmen.

Je 76 Mediziner glauben, der Patient erwarte ein persönliches Gespräch bzw. eine individuelle Behandlung. Das entspricht jeweils 14% der gegebenen „ja –Antworten“.

74 Mediziner gaben an, der Patient erwarte Einfühlungsvermögen. Das entspricht 14% der gültigen Antworten.

46 Mediziner meinen, der Patient erwarte Mitspracherecht. Das sind 9% der gültigen Stimmen.

10 Mediziner zufolge erwartet der Patient ein partnerschaftliches Verhältnis. Das sind 2% der gültigen Stimmen.

Das bedeutet im Ergebnis, dass Ärzte glauben, dass der Patient vor allem fachliche Kompetenz erwarte, gefolgt von Information, Beratung, einem persönlichen Gespräch, individueller Behandlung und Einfühlungsvermögen.

Mitspracherecht wird nur von der Hälfte der Mediziner als eine Erwartung des Patienten an ihren Arzt verstanden, während die überwiegende Mehrheit der Befragten ein partnerschaftliches Verhältnis als Erwartung des Patienten eher ausschließt.

Da sich die Befragten bei den vorgegebenen 8 Antwortmöglichkeiten auf 6 beschränken sollten, war das Ziel der Frage, die Alternativen, die von den Befragten am ehesten ausgeschlossen würden, herauszufiltern.

Während fachliche Kompetenz, Information, Beratung eher den gesetzlichen Anforderungen an das ärztliche Handeln entsprechen, weisen ein persönliches Gespräch und eine individuelle Behandlung in die Richtung einer patientenorientierten Behandlung. Die Tatsache, dass auch Einfühlungsvermögen aus ärztlicher Sicht für den Patienten wichtig ist, zeigt, dass Ärzte sich der Bedeutung emotionaler Aspekte bewusst sind.

Interessant ist, dass ein partnerschaftliches Verhältnis und Mitspracherecht als Erwartungen am ehesten ausgeschlossen werden. Dies spricht für einen ärztlich dominierten Führungsstil. Diese Haltung korrespondiert zum einen mit der ermittelten Meinung unter Medizinern, dass eine klare Strukturierung der Anamnese im Vorfeld der Anamnese sinnvoll ist und zum anderen mit dem Ergebnis, dass Mediziner vor allem eine bessere Steuerung des Gesprächs von der Teilnahme an einem Kommunikationstraining erwarten.

Wird der Patient nicht als gleichberechtigter Partner an der Behandlung beteiligt und in Entscheidungsprozesse einbezogen, nimmt er in der Kommunikation eine untergeordnete Stellung ein. Die faktisch bestehende Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung wird aufrechterhalten.

## **11. Die Verbindung zwischen Kenntnissen und Einstellung**

Die Berechnung der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ergab zwischen den Kenntnissen über die Vorteile effektiver Kommunikation und der Einstellung zum Patienten-Gespräch einen Korrelationskoeffizienten  $r = 0,48$ . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Das Ergebnis bestätigt in Übereinstimmung mit Hypothese 1 einen positiven Zusammenhang zwischen den Kenntnissen über den Nutzen effektiver Kommunikation und der Bewertung des Gesprächs für die ärztliche Tätigkeit, d.h. Kenntnisse beeinflussen die Einstellung gegenüber dem Gespräch mit dem Patienten positiv.

Des Weiteren konnte eine positive Korrelation, die auf dem Niveau von 0,01 abgesichert ist, zwischen den Kenntnissen über die Vorteile effektiver Kommunikation und einer patientenorientierten Diagnose festgestellt werden ( $r = 0,47$ ).

Das bedeutet, dass Ärzte, die die Vorteile einer verbesserten Kommunikation zwischen Arzt und Patient kennen, mehr Wert auf die Erkundung patientenorientierter Diagnose-daten wie die soziale Situation, den emotionalen Zustand des Patienten sowie die Ansicht des Patienten über seine Erkrankung legen.

## **12. Die Verbindung zwischen Einstellung und Gesprächsverhalten**

Eine Verbindung zwischen Einstellung und Verhalten ist auf ärztlicher Seite für die Erfassung psychosozialer Aspekte der Beschwerden von Patienten belegt. Die befragten Ärzte beurteilen Daten über die soziale Situation des Patienten als wichtig für die Diagnosestellung. Diese Haltung korrespondiert mit dem gemessenen Verhalten. In der fiktiven Gesprächssituation versuchen 60% der Mediziner etwas über die psychosozialen Hintergründe des Patientenproblems zu erfahren.

Des Weiteren ist ein Zusammenhang zwischen der Einstellung und dem Informationsverhalten erkennbar. 87% der befragten Ärzte sind sich der Bedeutung der Informationsvermittlung für die Patientenzufriedenheit bewusst. Dies zeigt sich zum einen in der Tatsache, dass 63% der Mediziner, den Patienten umfassend über die Nebenwirkungen eines verordneten Medikaments aufklären und zum anderen darin, dass weitere 64% den Patienten über den Behandlungsablauf informieren und Fragemöglichkeiten am Ende der Untersuchung in Aussicht stellen.



Die Vermutung gemäß Hypothese 2, dass sich eine positive Einstellung zum Gespräch im ärztlichen Gesprächsverhalten widerspiegelt, konnte durch die Berechnung der Rangkorrelation nach Spearman, die einen Korrelationskoeffizienten  $Rho = 0.21$  ( $p < 0.05$ ) ergab, tendenziell bestätigt werden.

Dass der Zusammenhang nicht so stark wie erwartet ausfiel, mag teilweise an der methodischen Umsetzung sowie der messtheoretischen Bewertung des Gesprächsverhaltens liegen, das anhand von geschlossenen Antwortvorgaben gemessen wurde.

Die Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten ist so komplex, dass Menschen eine bestimmte Einstellung zwar äußern, sich in der konkreten Situation aber ganz anders verhalten. So hat die Analyse einige Widersprüche zwischen der Einstellung und dem potentiellen Kommunikationsverhalten im Gespräch zutage gefördert.

In der Untersuchung lassen sich Hinweise für einstellungsdiskrepantes Verhalten auf ärztlicher Seite finden:

96% der befragten Mediziner bewerten die Schilderung der Beschwerden als wichtig für die Diagnose (Frage 21). Auf eine zusammenhängende Schilderung legen in der konkreten Gesprächssituation (Frage 7) hingegen nur 20% der Ärzte Wert, die überwiegende Mehrheit von 74% eruiert die Beschwerden des Patienten mittels einer geschlossenen Frage zur Schmerzcharakteristik.

In Frage 15, die die Einstellung zum Gespräch misst, sprechen sich 73% der befragten Kliniker dagegen aus, dass die Vorstellungen des Patienten für die Diagnose unbedeutend sind. In Frage 21, die die Bedeutung patientenorientierter Daten für die Diagnose ermittelt, schätzen 64% die Ansicht des Patienten über seine Erkrankung als wichtig ein. In der konkreten Gesprächssituation jedoch, die das ärztliche Kommunikationsverhalten diesbezüglich misst, erfragen schließlich nur 4% der Krankenhausärzte die Meinung der Patientin.

Zur Erklärung einstellungsdiskrepanten Verhaltens werden meist intervenierende Variablen herangezogen wie z.B. die Verhaltensnormen einer Bezugsgruppe (vgl. Wilker 1992: 174).

Das menschliche Kommunikationsverhalten läuft oft unbewusst ab und wird im Fall von Ärzten von klinisch-theoretischen Überlegungen sowie medizinischen Verhaltensstandards beeinflusst. Dies erklärt die in der Studie zutage geförderten Diskrepanzen zwischen der nach außen bekundeten positiven Einstellung zum Gespräch und dem Kommunikationsverhalten.

Dass das ärztliche Verhalten durch beruflich vorgegebene Verhaltensnormen bestimmt wird, ist auch an dem in der Untersuchung gemessenen Gesprächsverhalten der befragten Mediziner abzulesen, das bis auf wenige Ausnahmen als konform zu bezeichnen ist (siehe hierzu S. 193).

Ein Grund hierfür ist der situative Kontext, der durch seine beruflichen Anforderungen (*demand characteristics*) das Verhalten unabhängig von der Einstellung festlegt (vgl. Zimbardo 1995: 710).

Als ein weiterer möglicher Erklärungsansatz dafür, dass das Verhalten die in der Einstellung zum Ausdruck gebrachte positive Bewertung des Gesprächs nicht in der erwarteten Weise reflektiert, kann die Tendenz zur Selbstdarstellung herangezogen werden, derzufolge Ärzte aus sozialer Erwünschtheit eine patientenorientierte Einstellung nach außen transportieren, um sich als kompetente Gesprächspartner darzustellen. Mummeley bestätigt in diesem Zusammenhang, dass kein Test vor Reaktionstendenzen dieser Art geschützt ist (vgl. 1990: 208).

Die Mehrheit der befragten Ärzte gibt zu, dass für einen tieferen Einblick in die soziale Situation des Patienten im Gespräch meist zu wenig Zeit bleibt. Diese Tatsache ist ein Beleg für die Authentizität der abgegebenen Antworten und entkräftet die Annahme, dass die Antworten geschönt sind.

Auch wenn die Korrelation zwischen Einstellung und Verhalten niedriger als erwartet ausfiel, so wird dennoch die strukturelle Verbindung der beiden Variablen durch das Ergebnis in der Tendenz bestätigt.

In der Praxis ist die Annahme der Konsistenz zwischen Einstellung und Verhalten an der inhaltlichen Strukturierung von Kommunikationstrainings abzulesen. Da man davon ausgeht, dass das Gesprächsverhalten von der Einstellung maßgeblich beeinflusst wird und eine Änderung des Verhaltens nur über eine Änderung der Einstellung herbeizuführen ist, wird die Einstellung der Teilnehmer zu Beginn jedes Kurses eruiert.

### 13. Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse

Anzahl		Männer > Frauen	20% <sup>17</sup>
Alter		Männer > Frauen	5 Jahre älter
Stationen	Innere	Männer > Frauen	6%
	Chirurgie	Männer > Frauen	46%
Status	Fachärzte	Männer > Frauen	40%
	Assistenzärzte	Männer > Frauen	4%
	AIP/PJ	Frauen = Männer	0%
Fachärzte	Internisten	Männer > Frauen	44%
	Chirurgen	Männer > Frauen	74%
Internisten (Assist.- + Fachärzte)		Männer > Frauen	18%
Chirurgen (Assist.- + Fachärzte)		Männer > Frauen	68%
<hr/>			
Die Vermittlung von Gesprächs-			
führung in der Ausbildung			
	insgesamt	kaum was gelernt	72%
Die freiwillige Beschäftigung			
mit Gesprächsführung			
	insgesamt	was bis viel damit beschäftigt	47%
Freiwillige Beschäftigung > Vermittlung in der Ausbildung			p= 0,01
(Wilcoxon-Test)			
<hr/>			
Die Bewertung unterschiedlicher			
Lehr- und Lernformen			
Das Beobachten von Gesprächen		sehr nützlich	(MW <sup>18</sup> = 4,41)
Der Untersuchungskurs		nützlich	(MW = 3,68)
Seminar/Übung		weder/noch	(MW = 3,24)
Vorlesung		nicht nützlich	(MW = 2,34)
Der Nutzen freiwilliger Lernformen			
Anamnese-Gruppe		nützlich	(MW = 3,92)
Bücher		nützlich	(MW = 3,59)
Kommunikationstraining		weder/ noch	(MW = 3,55)
Balint-Gruppe		weder/noch	(MW = 3,27)
<hr/>			
Literaturkenntnisse			
	insgesamt	keine Literaturkenntnisse	76%
Kennen eins Buches		Frauen > Männer	14%
		Internisten > Chirurgen	22%
Nennung des Titels/Autors		Frauen > Männer	10%
		Internisten > Chirurgen	13%
<hr/>			
Interesse an der Arzt-Patient-			
Kommunikationsforschung			
Interesse insges.		hoch	72%

<sup>17</sup> Bei einem Vergleich zwischen Frauen und Männern bzw. Internisten und Chirurgen geben Prozentzahlen die Größe der Differenz an.

<sup>18</sup> MW = Mittelwert

Erwartungen an ein Kommunikationstraining für die eigene Arbeit			
Erwartungen insges.	ziemliche bis außerordentliche Erwartungen		83%
ziemliche bis außerordentliche Erw.	Männer > Frauen 7%	Internisten = Chirurgen	0%
bessere Steuerung	Frauen > Männer 6%	Internisten > Chirurgen	12%
befriedigendere Gespräche	Frauen > Männer 19%	Internisten > Chirurgen	24%
verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit	Frauen > Männer 6%	Internisten > Chirurgen	28%
tiefere Verständnis des Patienten	Frauen > Männer 5%	Internisten > Chirurgen	20%

---

Kenntnisse über die Vorteile effektiver Kommunikation für den Patienten			
Kenntnisse insges.	sehr gute Kenntnisse		81%

Zustimmung zu folgenden Vorteilen

weniger Angst	Frauen = Männer 0%	Chirurgen = Internisten	0%
größere Zufriedenheit	Frauen = Männer 0%	Chirurgen = Internisten	0%
besseres Behalten von Informationen	Männer > Frauen 3%	Chirurgen > Internisten	17%
bessere Mitarbeit	Frauen > Männer 4%	Chirurgen > Internisten	9%
bessere Behandlungsergebnisse	Männer > Frauen 9%	Chirurgen > Internisten	16%
größere Diagnosegenauigkeit	Männer > Frauen 2%	Chirurgen > Internisten	27%
kürzere Liegezeiten	Frauen = Männer 0%	Chirurgen > Internisten	15%

die Einstellung zum Patienten-Gespräch

Bedeutung des Gesprächs insges.	einige bis ziemliche Bedeutung		98%
ziemliche Bedeutung	Frauen > Männer		33%
Vergleich der Meridiane (U-Test nach Mann und Whitney)	Frauen > Männer		p = 0.05

<u>Zustimmung zu folgenden Aussagen insges.</u>		<u>Ablehnung folgender Aussagen insges.</u>	
- klare Strukturierung der Anamnese	68%	- Ansicht des Patienten unbedeutend	73%
- wenig Zeit für Einblick in die soziale Situation	62%	- nicht mehr Patientenzufriedenheit durch mehr Information	87%
- der erste Kontakt prägt die Beziehung	90%		
- der Therapieerfolg hängt von der Art der Beziehung ab	88%		
- das Ergebnis hängt von der Kommunikation ab	72%		
- das Gespräch als Basis zur Problemlösung	93%		

Zustimmung zu folgenden Aussagen

- klare Strukturierung der Anamnese	Männer > Frauen 18%	Internisten > Chirurgen	17%
- wenig Zeit für Einblick in die soziale Situation	Männer > Frauen 21%	Internisten = Chirurgen	0%
	Mittelwertvergleich signifikant (p= 0,05)		
- der erste Kontakt prägt die Bez.	Männer > Frauen 9%	Chirurgen > Internisten	4%
- der Therapieerfolg hängt von der Art der Beziehung ab	Männer > Frauen 4%	Internisten = Chirurgen	0%
- das Ergebnis hängt von der Kommunikation ab	Frauen > Männer 17%	Internisten > Chirurgen	42%
- das Gespräch als Basis zur Problemlösung	Frauen = Männer 0%	Internisten > Chirurgen	5%

Ablehnung folgender Aussagen

- Ansicht des Patienten unbedeutend	Frauen > Männer 14%	Chirurgen > Internisten	6%
	Mittelwertvergleich signifikant (p= 0,05)		
- Patientenzufriedenheit lässt sich nicht durch mehr Information steigern	Frauen > Männer 8%	Chirurgen > Internisten	3%

## Das Kommunikationsverhalten im Gespräch

allgem. Engagement in der Komm. mit d. Pat. 30% hoch, 63% zufriedenstellend, 7% mittelmäßig

### Bestimmung des Problems

- offene Einleitung des Problems	Männer > Frauen	10%	Internisten > Chirurgen	21%
- <u>geschlossene Frage</u> (Schmerzcharakteristik) <sup>19</sup>	Frauen > Männer	11%	Chirurgen > Internisten	20%
- geschlossene Frage (Testen v. Hypothese)	Männer = Frauen	0%	Internisten = Chirurgen	0%

### Diagnoseverhalten

- Eruiierung der Meinung des Pat.	Frauen = Männer	0%	Internisten > Chirurgen	5%
- <u>Information über Diagnose</u> <u>und diagn. Vorgehen</u>	Frauen = Männer	0%	Chirurgen > Internisten	14%
- keine Information über Diagnose	Männer > Frauen	6%	Internisten > Chirurgen	10%

### Wahrnehmung der sozialen Situation

<u>offene Frage ermöglicht Einblick</u> soziale Situation wird registriert	Frauen > Männer	12%	Internisten = Chirurgen	0%
soz. Sit. wird nicht thematisiert	Männer > Frauen	7%	Internisten = Chirurgen	0%
	Männer > Frauen	4%	Internisten > Chirurgen	5%

### Überleitung zur Untersuchung

<u>Information über Ablauf</u>	Frauen > Männer	4%	Chirurgen > Internisten	7%
Einleitung per Handzeichen	Frauen = Männer	0%	Internisten > Chirurgen	7%

### Informationsverhalten

<u>Aufklärung über Medikament</u>	Männer > Frauen	7%	Internisten > Chirurgen	7%
unvollständige Information	Frauen > Männer	2%	Chirurgen > Internisten	14%
keine Informationen	Frauen > Männer	5%	Internisten > Chirurgen	5%

### Die Bewertung patientenorientierter Daten

Bewertung insges. außerordentlich wichtig bis ziemlich wichtig 95%

als wichtige Daten gelten (insges.):

Schilderung der Beschwerden	96%
soziale Situation	84%
emotionaler Zustand	81%
Patientenmeinung	64%

### Vergleich der Mittelwerte

Frauen ≥ Männer  
Internisten ≥ Chirurgen  
sehr geringe Differenz  
sehr geringe Differenz

### Die Patientenerwartungen aus ärztlicher Sicht

ergab folgende Rangfolge insgesamt:

fachliche Kompetenz  
Information  
Beratung  
persönliches Gespräch  
individuelle Behandlung  
Einfühlungsvermögen

am ehesten ausgeschlossen werden  
Mitspracherecht und ein partnerschaftliches Verhältnis

<sup>19</sup> Unterstrichene Antwortmöglichkeiten markieren die insgesamt von Ärzten am häufigsten gewählte Variante im Gesprächsverhalten.