

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die spontane Gesprächszeit
von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs
in der hausärztlichen Praxis

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Teresa Bär
aus Dresden

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. U. Schwantes

2. Prof. Dr. med. A. Heinz

3. Prof. Dr. W. Himmel

Datum der Promotion: 18.09.2009

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Theoretischer Hintergrund der Studie	15
2.1	Das Patienten-Arzt-Gespräch	15
2.1.1	Das Patienten-Arzt-Gespräch im Wandel der Zeit	17
2.1.2	Bestandteile des Patienten-Arzt-Gesprächs	19
2.2	Einflussfaktoren im Patienten-Arzt-Gespräch	24
2.2.1	Der Einfluss von Arzteigenschaften	24
2.2.2	Der Einfluss von Patienteneigenschaften	26
2.2.3	Die Konsultationslänge	28
2.2.4	Erst- oder Folgegespräch	29
3	Eigene Fragestellungen und Hypothesen	30
3.1	Fragestellung	30
3.2	Hypothese	30
4	Methodik	31
4.1	Auswahl der Ärzte	31
4.2	Zeitpunkt der Datenerhebung	32
4.3	Studiendesign	32
4.4	Erhebungsinstrument	33
4.5	Versuchsablauf	34
4.6	Auswertungsverfahren	35
5	Ergebnisse	36
5.1	Teilnahmebereitschaft der Hausärzte und Beschreibung der Arzt-Stichprobe	36
5.2	Beschreibung des Patientenkollektivs	36
5.3	Fallidentifikation	38
5.4	Die spontane Gesprächszeit	38
5.5	Gesprächsmerkmale	42
5.5.1	Patientenmerkmale (Auswertung des Patienten-Fragebogens)	42
5.5.2	Merkmale des Arzt-Patienten-Gesprächs	46
5.6	Feinanalyse der spontanen Gesprächszeit	50
5.6.1	Die spontane Gesprächszeit und Patienten-Charakteristika	50

5.6.2	Die spontane Gesprächszeit und Arzt-Charakteristika	52
5.6.3	Die spontane Gesprächszeit und Gesprächscharakteristika	55
5.6.4	Die spontane Gesprächszeit unter stadtteilspezifischer Sicht	58
5.6.5	Die spontane Gesprächszeit im Hinblick auf die Berufserfahrung der Ärzte und deren Praxisauslastung	60
5.6.6	Die Bedeutung der spontanen Gesprächszeit–eine persönliche Einschätzung der einzelnen Hausärzte	62
6	Diskussion der Ergebnisse	64
6.1	Soziodemographische Daten	64
6.2	Methodendiskussion.....	65
6.3	Die spontane Gesprächszeit und ihre Einflussgrößen.....	67
6.3.1	Der Einfluss der Patientencharakteristika	72
6.3.2	Der Einfluss der Arztcharakteristika	74
6.3.3	Der Einfluss der Gesprächscharakteristika	78
6.3.4	Relevanz der Fragestellung und Zukunftsperspektive	80
7	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick.....	82
8	Literaturverzeichnis	84
9	Anhang	102

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die spontanen Gesprächszeiten für alle untersuchten Fälle (N=501)..	40
Abbildung 2: Altersverteilung der Patientenstichprobe	42
Abbildung 3: Geschlecht der Patientenstichprobe	44
Abbildung 4: Bildungsabschluss der Patientenstichprobe	44
Abbildung 5: Berufsabschluss der Patientenstichprobe.....	45
Abbildung 6: Verteilung von Erst- und Folgegesprächen.....	46
Abbildung 7: Geschlechterverteilung bei Erst- und Folgegesprächen	47
Abbildung 8: Altersverteilung der Patientenstichprobe bei Erst- und Folgegesprächen	47
Abbildung 9: Chronische Erkrankungen der Patientenstichprobe.....	49
Abbildung 10: Die spontane Gesprächszeit in Verbindung mit dem Arzt- und Patientengeschlecht	55

Abbildung 11: Die spontane Gesprächszeit von Patienten bei Erst- und Folgegesprächen gruppiert nach Minuten.....	56
Abbildung 12: Die spontane Gesprächszeit von Patienten in den jeweiligen Berliner Stadtteilen.....	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Patientenstichprobe im Vergleich.....	37
Tabelle 2: Die spontane Gesprächszeit der Patientenstichprobe	38
Tabelle 3: Patienten mit besonders langen spontanen Gesprächszeiten (Ausreißer).....	41
Tabelle 4: Alter der Patientenstichprobe.....	42
Tabelle 5: Altersverteilung der Patientenstichprobe	43
Tabelle 6: Geschlecht der Patientenstichprobe	43
Tabelle 7: Berufsabschluss der Patientenstichprobe.....	45
Tabelle 8: Chronisch und akut Erkrankte.....	48
Tabelle 9: Art der chronischen Erkrankung und Vorliegen akuter Erkrankungen in der Patientenstichprobe	49
Tabelle 10: Spontane Gesprächszeit und Patientenalter.....	50
Tabelle 11: Spontane Gesprächszeit und Patientengeschlecht.....	51
Tabelle 12: Spontane Gesprächszeit und Patientenbildung	51
Tabelle 13: Einfluss von Alter und Bildung der Patienten auf die spontane Gesprächszeit.....	52
Tabelle 14: Einfluss des Arzt-Alters auf die spontane Gesprächszeit.....	53
Tabelle 15: Einfluss des Arzt-Geschlechts auf die spontane Gesprächszeit	53
Tabelle 16: Patientengeschlecht in Hinblick auf das Arztgeschlecht	54
Tabelle 17: Die spontane Gesprächszeit von Patienten in Erst- und Folgegesprächen	55
Tabelle 18: Die spontane Gesprächszeit von Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen	57
Tabelle 19: Die spontane Gesprächszeit von Patienten bei den unterschiedlichen chronischen Erkrankungen	58

Tabelle 20: Die spontane Gesprächszeit von Patienten in den einzelnen Stadtteilen.....	59
Tabelle 21: Die Arzt-Charakteristika der teilnehmenden Ärzte und die spontanen Gesprächszeiten ihrer Patienten.....	61
Tabelle 22: Charakteristika der einzelnen Praxen und die jeweilige spontane Gesprächszeit.....	62
Tabelle 23: Die persönliche Einschätzung der teilnehmenden Ärzte.....	63

Abkürzungsverzeichnis

SGZ:	Spontane Gesprächszeit
k.A.	keine Angabe
sec:	Sekunden
min:	Minuten
Wo:	Woche

**Meinen Eltern Lilo und Gert Bär
und meinem Großvater Dr.med.Ernst Strecker**

1 Einleitung

Clothier (Clothier, 1988) schreibt: "Hör auf das Anliegen des Patienten, wie ermüdend oder unrelevant es auch sein möge. Er wird dir letztendlich erzählen, was mit ihm los ist. Es ist für gewöhnlich besser, im Sinne von Behandlung und Zeit, den Redefluss zu seinem natürlichen Stillstand kommen zu lassen, sei es aufgrund von Ausschöpfung/ Erschöpfung entweder des Redners oder des Materials."

Dieser Ratschlag eines erfahrenen Anwalts und Richters in medizinrechtlichen Fällen und Beauftragten des Gesundheitsdienstes ist Teil der verbalen Tradition der medizinischen Praxis. Wie lange dauert es aber bis der Redefluss eines Patienten¹ sein natürliches Ende findet? Was beinhaltet und bedeutet es für einen Arzt¹ seinen Patienten zu Beginn des Gespräches uneingeschränkt reden zu lassen?

Der Patient kommt mit seiner individuellen Krankheits- und Lebensgeschichte zum Arzt weil er Hilfe benötigt oder Rat sucht. Er möchte emotionale Unterstützung beim Umgang mit seinen Beschwerden und Ängsten finden, als Individuum wahrgenommen werden (Terzioglu et al., 2003).

Der Arzt in einer Hausarzt-Praxis trägt eine allumfassende Rolle. Er ist für die Patienten nicht nur ein Arzt, der sich um medizinische Belange kümmert, sondern auch Interpret, Beschützer und Zeuge. Patienten bestätigen die Wichtigkeit der persönlichen Pflege und Kontinuität. Vertrauen und kommunikative Fähigkeiten spielen dabei eine große Rolle (Perron et al., 2004).

Es geht hier also über das reine Vermitteln von medizinischen Informationen hinaus zu einem bewussten individuellen Auseinandersetzen mit dem Patienten und zum Schaffen einer Verbindung, auf deren Basis Entscheidungen getroffen werden. Eine solche Verbindung entsteht nach von Uexküll nur, wenn es Arzt und Patient gelingt, eine gemeinsame identische Wirklichkeit aufzubauen, denn dadurch wird verstehende Kommunikation möglich. Dann wird das Kranksein des Patienten zu einer gemeinsamen Aufgabe (Von Uexküll et al., 2003). Compliance ist ganz wesentlich das Resultat einer erfolgreichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Ohne eine Compliance des Patienten können Medizin und Ärzte nichts bewegen. Im weitesten Sinne bedeutet Compliance Kooperation durch eine

¹ Im Folgenden wird jeweils die männliche Bezeichnung Verwendung finden, auch wenn beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint sind.

partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung. Für eine gute Compliance muss der Patient sich ernst genommen und verstanden fühlen. Er soll merken, dass jemand versucht ihn zu verstehen, wirklich teilnimmt und sich einlässt. Das setzt voraus, gehört zu werden (Geisler, 2002b). Mangelnde Compliance beruht häufig auf Missverständnissen. In einer Studie in verschiedenen Hausarztpraxen wurde Non-Compliance zu 80 Prozent deutlich, wenn Patienten nicht in den Entscheidungsprozess mit eingebunden waren und ihre Anliegen in der ärztlichen Konsultation kaum aussprechen konnten (Barry et al., 2000).

Während des ärztlichen Gespräches gebrauchen Ärzte eine Vielzahl kommunikativer Techniken. Eine der wichtigsten Regeln für den Gesprächsanfang lautet "Anfangen, wo der andere steht!" Ein anderes wichtiges Prinzip der Gesprächseröffnung besteht darin, dem Patienten von Anfang an eine aktive Rolle zu erlauben. Dies wird erleichtert durch die Methode des "offenen Anfangs". Durch die freie Schilderung mit eigenen Worten wird die Gefahr verringert, dass der Patient dem Arzt statt eines patienten-spezifischen ein so genanntes "arztgerechtes" Beschwerdebild von fragwürdigem Informationswert liefert (Bang, 1968). Hinzu kommt, dass die freie Form der Problemdarstellung eine deutliche Entlastungsfunktion besitzt (Schmidt, 1984). Einer der wichtigsten und doch bisher wenig genutzten kommunikativen Mittel ist es, dem Patient und seinen kommunikativen Fähigkeiten Raum zu geben (Barr, 2004). Ein offenes Ohr gibt dem Gegenüber die Möglichkeit anzusprechen, was ihn am meisten beschäftigt und macht dem Arzt wiederum seine Vorstellungen sichtbar und verständlich (Geisler, 2002b). Eine gelungene Kontaktaufnahme bietet den unerlässlichen Rahmen für erfolgreiche medizinische beziehungsweise therapeutische Interventionen (Gask und Usherwood, 2002).

Balint benutzt den Terminus „Angebot“ um zu beschreiben, wie Patienten ihre Meinung über die Erkrankung und den Grund des Arztbesuches Ausdruck verleihen. Ohne spezielle Beachtung werden diese nicht erkannt und der Arzt wendet sich weiteren Fragen zu. Patienten wollen verstanden werden, auch wenn ihnen dieser Einblick Schmerz verursacht (Balint, 1957).

Hausärzte übernehmen zudem eine wichtige Funktion in der Betreuung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen, worunter ca. ein Drittel des Patientenguts leidet. Vielfach werden psychische Störungen in der

hausärztlichen Versorgung übersehen. Hausärzte identifizieren nur die Hälfte der psychologischen Beschwerden ihrer Patienten und erkennen weniger als die Hälfte der psychosozialen Probleme der Patienten, die von ihnen selbst als gesundheitsbeeinflussend wahrgenommen werden (Kruse et al., 1999 und 2004). Ein Mangel an Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung führt dazu, dass wichtige Probleme nicht angesprochen werden (Gulbrandsen et al., 1997). Studien zeigen, dass 54 Prozent der Probleme der Patienten und 45 Prozent ihrer Anliegen weder durch den Arzt eruiert, noch durch den Patienten offen gelegt werden (Stewart, 1979). Ärzte und Patienten stimmen in 25 Prozent ihrer Meinung über den Inhalt der Konsultation nicht überein (Fagerberg et al., 1999). Erklärungskonzepte von Arzt und Patient für die Genese der Beschwerden sind nicht kongruent. Oder ähnlich wie Langewitz und Mitarbeiter formulieren: Patienten klagen über Beschwerden, die ihre Ärzte nicht verstehen und Ärzte präsentieren Erklärungen (oder auch Nicht-Erklärungen), die ihre Patienten nicht verstehen (Langewitz et al., 1998b). In der Alltagspraxis bestehen kommunikative Defizite, die häufig von ärztlicher Seite nicht wahrgenommen werden (Geisler, 2002b). In einer 1999 in Deutschland durchgeführten Studie wünschten sich 92 Prozent der befragten Patienten, das Gespräch zwischen Arzt und Patient solle stärker in den Vordergrund rücken. Der Dialog mit dem Arzt hat für Patienten die höchste Priorität (Geisler, 2002b). Deutschland weist im europäischen Vergleich die kürzeste ärztliche Gesprächsdauer von durchschnittlich acht Minuten auf (Deveugele et al., 2002).

Warum Patienten manchmal mit der Länge der ärztlichen Konsultation unzufrieden sind, versuchten Ogden und Mitarbeiter herauszufinden. Dabei kam heraus, dass die Mehrheit der Patienten die tatsächliche Länge der ärztlichen Konsultation unterschätzte und eine Minderheit gab an, dass sie sich mehr Zeit gewünscht hätten. Die Dauer der Konsultation war jedoch unabhängig von der Zufriedenheit der Patienten über die vom Arzt erhaltenen Informationen und der ärztlichen Untersuchung während der Konsultation (Ogden et al., 2004). Auch eine deutsche Studie von Stunder und Mitarbeiter zeigte erst kürzlich, dass die Patientenzufriedenheit mit der Konsultation nur mäßig mit der tatsächlichen Konsultationsdauer korrelierte (Stunder et al., 2008). Es wird daher angenommen, dass nicht die Dauer der Konsultation ausschlaggebend für das Wohlbefinden der Patienten ist, sondern die Tatsache, wie die Zeit genutzt wird (Ogden et al., 2004;

Martin et al., 1999). Wie de Maeseneer in seinem Plädoyer für intensivere Forschungsbemühungen im niedergelassenen Bereich anmerkt, kann der Erfolg oder Misserfolg eines Arzt-Patienten-Gesprächs von vielen Faktoren abhängig sein (De Maeseneer, 2003). Ärzte müssen ein Umfeld schaffen, in dem sich die Patienten wohl fühlen und sie ihre wirklich belastenden Anliegen ausdrücken können (Whitcomb, 2000). Daher ist es eine der wichtigsten Aufgaben, den Patienten zu zeigen, dass man zuhört, sie verstehen möchte und sie Zeit bekommen (Dugdale und Epstein, 1999). „Reden zu dürfen“ ist das wichtigste Element der Patienten-Arzt-Konsultation (Whitcomb, 2000; Robinson und Thomson, 2001). Es wurde nachgewiesen, dass die Art wie der Arzt zuhört, beeinflusst, was der Patient ihm erzählt (Lang et al., 2000; Geisler, 2002b). Eine offene Frage zu Beginn des Gesprächs und das aktive Zuhören stellen den Patienten in das Zentrum der Aufmerksamkeit und geben ihm Zeit zur Reflektion. Es schafft Raum, um in verschiedenen Herangehensweisen Erklärungen für das Anliegen zu finden und gibt dem Patienten die Möglichkeit sich selbst zu erklären. Gerade die ersten Äußerungen eines Patienten, also dessen Eingangsmonolog, ist ein wichtiger Teil der ganzen Krankengeschichte. Die Ärzte sollten den Mut aufbringen ihre Patienten dabei nicht zu unterbrechen, aber machen es dennoch (Beckman und Frankel, 1984; Marvel et al., 1999). Beckmann und Frankel zeigten bereits 1984, dass Patienten in den USA bei Weiterbildungsassistenten internistischer Praxen in nur 23 Prozent der Arztbesuche ihren Monolog beenden konnten, zu 69 Prozent wurden sie durch den Arzt unterbrochen. Nach der Aufforderung ihr Anliegen vorzutragen, unterbrachen Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt nach 18 Sekunden in ihrem Redefluss. Die Ärzte taten dies überwiegend, indem sie geschlossene Fragen stellten und somit die Kontrolle über das Gespräch übernahmen (Beckman und Frankel, 1984). Die Beschwerdeschilderung der Patienten wurde nach der Unterbrechung oft nicht fortgesetzt und dem Arzt gingen auf diese Weise wichtige Informationen verloren (Frankel, 1989). Marvel und Mitarbeiter wiederholten 1995/96 diese Studie mit einer größeren Stichprobe in hausärztlichen Praxen der USA (Marvel et al., 1999). Dabei wurde deutlich, dass Patienten im Durchschnitt nach 23 Sekunden in ihren Erläuterungen unterbrochen wurden und der Arzt die Führung übernahm, noch bevor der Patient eine Chance hatte, sein Anliegen zu Ende zu bringen. In 25 Prozent der Fälle wurden die Patienten sogar überhaupt nicht nach ihrem Anliegen befragt. In einer Studie von Dyche und Swideriski konnten 26 Prozent der Patienten ihren

Monolog beenden. Hier redeten Patienten durchschnittlich 16,5 Sekunden, bis sie unterbrochen wurden (Dyche und Swiderski, 2005). Patienten deutscher Hausärzte konnten elf bis 24 Sekunden reden (Wilm et al., 2004).

Warum werden die Anliegen der Patienten von ihren Ärzten oft nicht vollständig erfasst? Warum werden Patienten so schnell unterbrochen? Viele Autoren sehen in der Persönlichkeit des Arztes den wichtigsten Einflussfaktor für seinen Interaktionsstil (Goldberg et al., 1993; Davenport et al., 1987; Byrne und Long, 1976).

Unterbrechungen werden zum Beispiel durch differentialdiagnostische Überlegungen und nicht durch die Patientenerzählung geleitet (Wilm et al., 2004). Sie folgen ihrem eigenem Krankheitskonzept und nicht dem ihrer Patienten (Wilm et al., 2003). Möglicherweise ist es die Angst, den Praxisablauf nicht mehr gewährleisten zu können (Wilm et al., 2004). Byrne und Long beschreiben, wie Ärzte stets die gleichen Fragen stellen und diese nur in Lautstärke und Schnelligkeit variieren. Sie bezeichnen dieses Verhalten als statischen Konsultationsstil und nehmen an, dass der größte Teil der Ärzte diesen Interaktionsstil pflegt (Byrne und Long, 1976). Ärzte setzen das Ziel für das Arztgespräch, initiieren und kontrollieren es und die Patienten leisten Folge (Charles et al., 1997; Waitzkin, 1984). Eine Haltung der unbedingten Autorität und der damit verbundene intensive Führungsanspruch des Arztes hemmen dabei die Eigeninitiativen des Patienten. Sechzig Prozent der Patienten erleben den Arzt in einer paternalistischen Rolle (Scheibler et al., 2005). Der Arzt als Experte übernimmt die Führung des Gesprächs. Nach Untersuchungen von Kaupen-Haas halten 43 Prozent aller Ärzte eine autoritäre Rolle für angemessen (Kaupen-Haas, 1969). Anderen Veröffentlichungen (Lipkin, 1997; Kern, 2008; Rosenberg und Lussier, 1997) nach, haben Ärzte Schwierigkeit zuzuhören. Vor kurzem erschienene Studien (Epstein, 2007; McDaniel et al., 2007) stellen heraus, dass Ärzte gern über sich selbst reden. Es besteht außerdem die Annahme, dass der Patient seinen Bericht mit dem beginnen würde, was ihn am meisten belastet und für ihn am wichtigsten erscheint. Aber oft ist das Gegenteil der Fall (Burack und Carpenter, 1983; Barsky, 1981). Wenn der Arzt sich also sofort auf das zuerst angesprochene Problem fokussiert, bevor er auch die anderen Sorgen kennen gelernt hat, wird er von diesen Belangen erst gegen Ende der Konsultation oder gar nicht erfahren (Beckman und Frankel, 1984; Marvel et al., 1999). Ärzte tendieren dazu, viel zu rasch Vorannahmen über die Beschwerden ihrer Patienten auf der Basis

medizinischer Konzepte zu entwickeln (Schwantes und Kampmann, 2007). Das führt oft dazu, dass strukturierte theoriebasierte und oft geschlossene Fragen gestellt werden. Folglich sprechen Patienten dann oft sehr wichtige, sie belastende Details erst kurz vor dem Ende der Konsultation an. Dieses Phänomen wird auch als „Türklinkenphänomen“ bezeichnet. Diese Erscheinung ist nicht den Patienten anzulasten, sondern einer Interviewtechnik, die es nicht schafft, möglichst zu Beginn des Gesprächs herauszufinden, was den Patienten belastet (White et al., 1994; Centor, 2007). Ärzte, die das Gespräch nicht zu sehr kontrollieren und den Patienten ausreichend Gesprächszeit lassen, zeigen außerdem eine bessere Erkennungsrate psychischer Belastungen (Kruse et al., 2004). Patienten wünschen sich Ärzte die sich Zeit nehmen und ihnen zuhören, achtsame und bedachte Ärzte, die ihnen Aufmerksamkeit schenken und versuchen, wirklich zu verstehen (Ogden et al., 2004). Richtig zuhören ist eine Herausforderung (Balint, 1957; Levenstein et al., 1986). Patienten sind zufriedener und haben trotz gleich bleibender Konsultationszeit das Gefühl mehr Zeit mit ihrem Arzt verbracht zu haben, wenn sie selbst eine aktive Rolle in der Konsultation übernommen haben (Cape, 2002).

Forschungen auf dem Gebiet der Arzt-Patienten-Kommunikation befürworten eine Gesprächstechnik die sich um das Patientenanliegen bemüht und den Arzt ermutigt zuzuhören, bis alle Belange aufgedeckt wurden (Platt et al., 2001; Smith, 1996; Frankel, 1989). Eine eher abwartende Haltung des Arztes in der Eingangsrede erbringt wichtige anamnestische Informationen (Wilm et al., 2004). Wird der Monolog des Patienten erst einmal unterbrochen, fangen die Patienten meist nicht noch einmal an, andere Anliegen darzustellen (Beckman und Frankel, 1984).

Wie viel Zeit nimmt der Anfangsmonolog von Patienten in Anspruch? Ärzte rechnen mit einer durchschnittlichen Gesprächszeit von dreieinhalb Minuten wenn Patienten frei berichten dürfen (O'Neil, 2002). Bereits 1989 wurde von dem britischen Neurologen Blau im Rahmen von ambulanten Sprechstunden einer neurologischen Poliklinik Gesprächszeiten von einer Minute und 40 Sekunden gemessen, wenn Patienten zu Beginn frei erzählen durften (Blau, 1989). Patienten einer psychiatrischen Poliklinik nutzen die in einer Studie vorgegebenen fünf Minuten „Erzählfreiheit“ zu Beginn des Gesprächs zu 90 Prozent komplett aus (Herran et al., 2001). Als „spontane Gesprächszeit zu Beginn der Arztkonsultation in der Poliklinik“ betitelten Langewitz und Mitarbeiter (Langewitz et al., 2002) die Studie, die 2002 in

der Ambulanz der Uniklinik in Basel durchgeführt wurde. Hier beobachtete man eine spontane Gesprächszeit von 92 Sekunden und schlussfolgerte, dass es nicht den normalen Ablauf einer Arztkonsultation aufhält wenn man Patienten zu Beginn des Patienten-Arzt-Gesprächs reden lässt. In der hausärztlichen Praxis zeigte sich, dass Patienten im Durchschnitt nur 30 Sekunden benötigen, um ihr Anliegen komplett vorzutragen: 32 Sekunden wurde in den USA gemessen (Marvel et al., 1999), 28 Sekunden in Israel (Rabinowitz et al., 2004) und 28,6 Sekunden in Slowenien (Svab et al., 1993). In der Praxisstudie von Wolfgang Stunder in Zell a.H. wurde eine spontane Redezeit von 103 Sekunden bei 20 Patienten mit Erstkontakt ermittelt (Stunder, 2004). Diese im hausärztlichen Rahmen durchgeführten Studien offenbarten zudem, dass beendete Monologe nur geringfügig länger sind als unterbrochene (Marvel et al., 1999; Rabinowitz et al., 2004). Im Endeffekt schien sich die Gesamtdauer der Konsultation auch nicht zu verlängern (Wilm et al., 2004), sondern sogar zu verkürzen (Rabinowitz et al., 2004).

Welche Rolle spielen diese Forschungsergebnisse bezogen auf den alltäglichen Betrieb Berliner Praxen? Wie lange reden Patienten, wenn sie ausreden dürfen? Arzt und Patienten treffen in der hausärztlichen Praxis in einem vielschichtigen Kontext aufeinander. Der Grund des Arztbesuches ist bei vielen Patienten noch nicht offensichtlich. Oft wird Zeitdruck auf beiden Seiten verspürt (Geisler, 2002b). Dabei überschätzen Ärzte jedoch oft die Zeit, die sie für Informationen, Erklärungen und gemeinsame Planungen mit dem Patienten verwenden (Waitzkin, 1984; Makoul et al., 1995). Es ist Gegenstand der vorliegenden Studie, sich mit diesem Sachverhalt auseinander zu setzen und die spontane Gesprächszeit unter den realen Bedingungen niedergelassener Praxen in Berlin zu untersuchen. Die „spontane Gesprächszeit“ beschreibt die Dauer des spontanen, uneingeschränkten Redeflusses des Patienten–die Zeitspanne vom Beginn des Erzählens bis zu dem Punkt, an dem der Patient auch nach einer längeren Pause und dem zum Weitererzählen ermutigenden Blick des Arztes nicht Weiteres berichtet oder sich direkt an den Arzt wendet und ihn auffordert, zum Gesagten Stellung zu nehmen. Das Interesse der Studie liegt darin, durch das Messen der spontanen Gesprächszeit festzustellen, ob die Patienten den ihnen gewährten Raum zielgerecht nutzen und das Gespräch nicht übermäßig ausdehnen. Es würde dadurch möglich, diese Art der Gesprächsführung in Bezug auf den begrenzten Zeitrahmen im Praxisalltag zu

beurteilen. Würde ein gewisses Zeitmaß nicht überschritten, könnte es gelingen, das spontane Erzählenlassen des Patienten für die Ärzte attraktiver zu machen und damit die wichtigsten Anliegen, Schwierigkeiten und Bedenken des Patienten schon zu Beginn herauszufiltern. Dazu sollte der Patient zuerst selbst zu Wort kommen. Eine effektivere Zusammenarbeit im Verlauf der Konsultation mit größerer Zufriedenheit auf beiden Seiten wäre das Ziel. Diese Dissertationsschrift will einen Beitrag leisten zu einer besseren Verständigung zwischen Arzt und Patient.

2 Theoretischer Hintergrund der Studie

2.1 Das Patienten-Arzt-Gespräch

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist nicht wirklich ausgeglichen. Beim Arzt setzt sie umfassendes Einfühlungsvermögen, Kompetenz und hohe Belastbarkeit voraus. Der Patient wiederum muss sich bis zu einem Grade mit seinen Problemen, Beschwerden und Ängsten offenbaren, wie dies gegenüber einem zunächst Fremden in kaum einer anderen Situation der Fall ist. Ein erfolgreiches Arzt-Patienten-Gespräch wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus (Mead und Bower, 2002; Stewart, 2003). Kranke konnten die Zuwendung des Arztes schon immer als eine Art Psychopharmakon, als „Droge Arzt“ erleben (Balint, 1957), und trotz einer immer weiter expandierenden Vielfalt technischer Untersuchungsmethoden bleibt das ärztliche Gespräch zusammen mit der körperlichen Untersuchung das wichtigste diagnostische Instrument, mit dem bis zu 90 Prozent aller Diagnosen korrekt gestellt werden können (Martina, 1997) und dementsprechend eine essentielle Basis einer Genesung darstellt (Kaptchuk et al., 2008).

In letzter Zeit ist das Thema Arzt-Patienten-Kommunikation zunehmend deutlicher wahrgenommen worden, da Patienten, die ihre Ärzte wegen Behandlungsfehler vor Gericht zitieren, auch oft über die schlechte Verständigung klagen (Langewitz et al., 1998a). Technische Fähigkeiten im Medizinstudium und in der Weiterbildung von Ärzten unterliegen einer Qualitätskontrolle, ärztliches Kommunikationsverhalten wird jedoch selten überprüft. Diese unterschiedliche Anerkennung kommunikativer und technischer Fähigkeiten könnte an einem Mangel wirklich befriedigende Modelle im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation liegen (Langewitz, 2002). Wenn sich die Ärzte für die Konzepte ihres Patienten interessieren, sollten sie sich aktiv darum bemühen, den Gesprächsraum für den Patienten offen zu halten. Improvisation ist

ein wichtiger Aspekt des Patienten-Arzt-Verhältnisses. Das ärztliche Gespräch, besonders in der hausärztlichen Praxis, ist, wie andere Gespräche auch, erst einmal improvisiert und entsteht „im Moment“ (Shaughnessy, 1998). Wenn Ärzte einem festgelegten Schema folgen (Roter et al., 1997) und Patienten mit einiger Erfahrung in typischen Arzt-Patienten-Gesprächen sehr schnell versucht sind, die Gesprächsführung an den Arzt zu delegieren (Langewitz, 2002), wird eine Annäherung an die Beweggründe und Perspektiven der Patienten erschwert. Der Arzt spricht mit seinem Patienten, um, genau wie in einem psychotherapeutischen Prozess, ein Problem zu suchen, zu identifizieren und eine Therapie durchzuführen, wobei der Patient darin bestärkt werden soll, selbst an seiner Genesung aktiv zu werden.

„Dialog“ kommt von dem griechischen Wort dialogos. Logos bedeutet sowohl „das Wort“, aber auch „Wortbedeutung, Wortsinn“. Und „dia“ heißt „durch“. Die Vorstellung, die diese Ableitung nahe legt, ist die eines freien Wortflusses. Der Dialog ist etwas Kreatives, etwas Schaffendes. Auch das ärztliche Gespräch ist kein neutrales Werkzeug, sondern kann die Wahrnehmung der Wirklichkeit verändern, Perspektiven schaffen und das Leben und die Persönlichkeit auf beiden Seiten bereichern (Nessa, 2003). Ein Dialog fordert Arzt und Patienten auf, einen Perspektivwechsel zu vollziehen—der Arzt als „Zuhörer der Patientengeschichte“ trägt mit seinen medizinischen und persönlichen Erfahrungen zur Deutung der Patientengeschichte bei und kann als „Co-Autor“ auch eine neue Sichtweise auf die Geschichte entfalten (Kamps, 2004). Der Dialog in der Allgemeinmedizin kann zu einem persönlichen Dialog zwischen zwei gleichgestellten Individuen werden (Nessa, 2003). Gerade hier ist Platz für Spielraum, Offenheit und die reale Lebenswelt der Patienten. Hier liegt die Stärke der Hausarzt-Medizin.

Eine symmetrische Arzt-Patienten-Beziehung, die oft als idealtypisch angesehen wird, existiert in Wirklichkeit nicht. Zwischenmenschlich herrscht Symmetrie, aber es besteht Asymmetrie, was das Verständnis und den Umgang mit medizinischen Inhalten betrifft. Patient und Arzt befinden sich in zwei verschiedenen Welten und doch birgt diese Asymmetrie Chancen für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung. Nicht indem der Arzt das Gespräch steuert und ein bis zu 80-prozentiges Überwiegen seiner Gesprächsanteile im Vergleich zu denen der Patienten besteht, so wie es in einer Analyse von Visitingesprächen der Fall war (Nordmeyer, 1982), sondern indem ein Dialog aufrechterhalten wird, bestehen Chancen für eine gute

Arzt-Patienten-Beziehung. Ein Dialog bedeutet nicht nur Hören und Verstehen, sondern im tieferen Sinne zusammen zu handeln (Nessa, 2003). Die Arbeitsgruppe um Michael und Enid Balint beschrieb das therapeutische Potential der freien Patientenrede in einer Arzt-Patienten-Beziehung, welches dem intensiven Erleben von einem Arzt verstanden zu werden, in einem Zusammenhang wo ein kontinuierlicher Austausch möglich ist, entspringt (Balint und Norell, 1973). Die Erzählungen des Patienten helfen dem Arzt, sich ein Bild von dem Patienten zu machen und eröffnen ihm diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Die Idee vom „Patienten als Text“ wurde schon 1986 folgendermaßen formuliert: „Der Körper ist nicht mehr nur Objekt für die Untersuchungen des Arztes, sondern tritt als erzählendes Objekt auf, mit der Forderung nach Interpretation“ (Daniel, 1986).

2.1.1 Das Patienten-Arzt-Gespräch im Wandel der Zeit

Ein Blick zurück in die Anfänge der Medizin zeigt, dass das Wort schon immer essentieller Bestandteil ärztlichen Bemühens gewesen ist.

In der vorwissenschaftlichen Ära der Medizin hatte der Arzt neben der genauen Beobachtung des Kranken nur eine Möglichkeit, eine Diagnose zu stellen, nämlich mit dem Kranken zu sprechen, vor allem ein guter Zuhörer zu sein. Bis in das 18. Jahrhundert hinein basierten Ärzte ihre Daten demnach größtenteils auf dem, was ihnen ihre Patienten erzählten (Nicholson, 1993). In dieser Zeit gab es einen regelrechten Wettstreit der Ärzte um die für ihre Behandlung bezahlenden Kranken. Der Erfolg erforderte soziale Fähigkeit, gutes Verhalten und die Fähigkeit zuzuhören. Das Vertrauen der Patienten zu gewinnen brachte Geschäft und auch klinischen Sinn. Dagegen hieß es 1896 in einem Vademekum für den angehenden Arzt: „Hält sich ein Patient sehr lange bei der Konsultation auf ... dann erhebe man sich von seinem Stuhle und gebe damit dem Patienten einen Wink, dass die Konsultation beendet sei... Lange Konsultationen schwächen die Wirkung der Verordnung ab und berauben den Arzt seiner Autorität“ (Wolff und zit.n.Wittern, 1991).

Mit der Entwicklung der pathologischen Anatomie und neuen Techniken der ärztlichen Untersuchung, waren Ärzte plötzlich in der Lage in den Körper der Patienten hinein zu schauen und sich weniger auf die Erzählungen der Patienten zu verlassen. Sie hörten nicht auf, dem Patienten zuzuhören, aber in dem was der Patient sagte, suchten sie nach gemeinsamen Merkmalen von Krankheiten

verschiedener Leute. Die persönliche Geschichte des Einzelnen war nebensächlich. Man versuchte den Erkrankten, unter Ausblendung des „Umfeldes“, von „künstlichem Licht“ beleuchtet, in die Klinik zu schaffen, um ihn genauer beobachten, untersuchen und behandeln zu können (Foucault, 1988). Damit wurde ein Menschenbild suggeriert, das bis in den letzten Winkel durchschaubar erscheint, vergleichbar mit dem gläsernen Menschen, den man im Dresdner Hygienemuseum bewundern kann. Neben den technologischen Anschaffungen haben auch Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen zu einem Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung in den letzten Jahrzehnten beigetragen (Kerschensteiner, 1991). Der klassische Heil Auftrag und das alte Vertrauensverhältnis wurden immer mehr durch ein Vertragsverhältnis mit definiertem Leistungsumfang abgelöst (Geisler, 2002b). In einer Studie von Bensing wurde festgestellt, dass Hausärzte ihre Patienten besser informieren, jedoch weniger selbst zu Wort kommen lassen. Patienten reden von selbst auch weniger als früher über das, was sie belastet (Bensing, 2000). In diesem Zusammenhang kann der Einfluss des Computers in der Arztpraxis eine Rolle spielen. Dadurch wird eine unternehmerische Geschäftigkeit verbreitet und ein Ansprechen emotioneller Empfindlichkeiten vielleicht erschwert (Margalit et al., 2006). Die Kontakte eines Patienten zum Arzt sind flüchtiger geworden (Scheibler et al., 2005) und der Dialog zwischen Arzt und Patientin oft mit dem vordergründigen Argument des Zeitmangels immer mehr ins Abseits geschoben (Geisler, 2003). Von Uexküll beschreibt die Veränderung der Medizin wie folgt: „In der heutigen Medizin wird der Patient als ein offenes System angesehen, das von außen beobachtet werden kann. Das aber ist ein Irrtum, denn niemand kann fühlen, was ein anderer fühlt, und niemand weiß von vorne herein, was ein Symptom einer Krankheit bedeutet (Von Uexküll, 1994). Patienten wünschen sich trotz den Angeboten einer hochtechnisierten Medizin weiterhin an erster Stelle, dass der Arzt ihnen zuhört, Interesse für sie zeigt, mit ihnen spricht und sie informiert (Ogden et al., 2004; Elwyn, 2001). Die humane Umsetzung der technischen Errungenschaften in der Medizin ist ohne eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patientin nicht möglich, denn diese sollte nicht auf naturwissenschaftlichem Faktenwissen, sondern auf Dialogfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Zuwendung basiert werden (Geisler, 2002a). Wird Vertrauen hergestellt, kann Compliance und die Selbstheilungskraft des Patienten angeregt werden (Böker, 2003). Nach der Definition von Gesundheit aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom

22. Juli 1946 heißt es zudem: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen (Antonovsky, 1997). Ein Umdenken wurde und ist notwendig, um einseitigem Denken entgegenzuwirken, die Autonomie des Patienten zu stärken, die ärztliche Macht im Interesse des Patienten zu gebrauchen und dem Patienten selbst Macht zu geben (Nessa, 2003). Als „Patient Empowerment“, wird dieses in der englischsprachigen Literatur beschrieben und Konzepte wie „shared–decision–making“ und „Gesundheitsorientierte Gesprächsführung“ setzten hier an und befürworten eine am Patienten orientierte Betrachtungsweise und einen eigenverantwortlichen und aufgeklärten Patienten der seine Behandlung mitbestimmt (Charles et al., 1997; Scheibler et al., 2005; Schwantes und Kampmann, 2007).

2.1.2 Bestandteile des Patienten-Arzt-Gesprächs

2.1.2.1 *Die Nachricht*

"Das Sprechen", so sagt der amerikanische Linguist Benjamin Lee Whorf, "ist die beste Leistung des Menschen. Es ist ganz eigentlich sein Akt, auf der Bühne der Evolution, in welchem er vor der Kulisse des Kosmos tritt und wirklich seine Rolle spielt "(Whorf, 1984).

Eine Nachricht besteht aus Botschaften, die der Sender dem Empfänger übermittelt. Sie ist "das ganze vielseitige Paket mit seinen sprachlichen und nicht-sprachlichen Anteilen" (Geisler, 2002b). Sprechen ist immer mehr als der Austausch von Informationen zwischen einem Sender und einem Empfänger. Durch eine Erzählung präsentiert man sich dem anderen, enthüllt seine Vorstellungen und schließt den anderen mit ein. Wenn ich (Sender) spreche, verschlüssele ich mein Anliegen in erkennbare Zeichen (Nachricht). Sie werden von meinem Gesprächspartner (Empfänger) entschlüsselt. Hat der Empfänger meine Nachricht "richtig" entschlüsselt und gesendete und empfangene Nachricht stimmen überein, hat eine Verständigung stattgefunden (Schulz von Thun, 2003). Wenn Patient und Arzt gemeinschaftlich Symptome und Zeichen deuten, findet Kommunikation statt. In den körperlichen Krankheitssymptomen und der Art und Weise, wie sie vorgebracht werden, kommt ein Anliegen des Kranken zur Mitteilung. Dieser Vorgang ist mehrdeutig, weil sich im Symptom ein Anliegen mitteilt, aber gleichzeitig auch verhüllt wird und nicht zur Sprache kommt (Balint, 1957). Die Aufgabe des Arztes, ist

es dieses Angebot so, wie es vorgebracht wird, anzunehmen, sich aber gleichzeitig zu bemühen, es zu entschlüsseln und so die sprachliche Formulierung des Anliegens zu ermöglichen (Geisler, 2002b). Durch aktives Zuhören ist es möglich, eine Nachricht daraufhin zu durchsuchen, ob sie auch implizite Botschaften enthält.

Selbst Schweigen als besondere Form des Nicht-Sprechens stellt eine Nachricht dar. Denn Schweigen ist nicht mit Nicht-Sprechen gleichzusetzen. Das Phänomen Schweigen verdeutlicht sozusagen am Extrem das Grundgesetz der Kommunikation, das Watzlawick auf die Formel gebracht hat: "Man kann nicht nicht kommunizieren" (Watzlawick et al., 1969; (siehe auch 2.1.2.6)).

2.1.2.2 Die Sprache

Hans-Georg Gadamer schreibt: „Sein, das verstanden werden kann, ist Sprache“ (Gadamer, 1960). „Der größte Schritt in der Evolution war die Entwicklung der spezifisch menschlichen Sprache. Sie machte uns zu völlig bewussten Wesen, unserer selbst und unserer Aufgabe bewusst. Sie bewirkt, dass wir anderen Antwort geben können– sie machte uns verantwortlich“, schrieb Karl Popper (Popper, 1989). Sprache ist Macht. Die Wörter und Formulierungen mit denen wir uns umgeben, gestalten die Auffassung der Welt um uns herum. Sprache gibt Identität und Selbstverständnis. Die Wahl der Sprache wird beeinflusst vom Geschlecht, der sozialen Stellung und der Bedeutung, die der Patient dem medizinischen Wissen zumisst (Kamps, 2004).

Die Sprache ist das Bezugssystem, in dem der Mensch denkt, in dem er seine eigene Wirklichkeit erlebt, mit anderen in Verbindung tritt und damit auch Zugang zu deren Wirklichkeit bekommt (Geisler, 2002b). Wittgenstein sagt es bestechend kurz: "Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt" (Wittgenstein, 2003). Worte nennen die Wirklichkeit beim Namen und gleichzeitig schafft Sprache Wirklichkeit. Derjenige, der die Sprache führt, beherrscht die Wirklichkeit (Kamps, 2004). Patienten können verschiedene Assoziation mit demselben Begriff verbinden. Kein Begriff ist neutral oder eindeutig (Nessa, 2003). Die Sprache enthält Metaphern. Schaffen Arzt und Patient es, die Metaphern des jeweiligen Gegenüber zu entschlüsseln, bringt dies ein besseres Krankheitsverständnis und auch Erklärungen des Arztes können dann besser verstanden werden (Kamps, 2004). Bei der Sprache

spielen auch paralinguale Phänomene eine Rolle, zum Beispiel Tonhöhe, Erzähltempo, Lautstärke, Akzentuierung, Wiederholungen, kürzere oder längere äußerungsinterne Pausen, Verzögerungssignale (ähm), Lachen und Seufzen (Ehlich, 1986). Diese Elemente unterstreichen und verstärken eine Botschaft.

2.1.2.3 Die Frage

Eine Frage kann man auf sehr verschiedene Art und Weise stellen. Mit einer Frage kann Kontrolle über ein Gespräch gewonnen werden. Man kann direkte oder indirekte, geschlossene oder offene Fragen stellen, nach Fakten fragen oder nur rhetorische Fragen stellen. Gemeinsam haben alle, dass sie dem Gespräch gewissermaßen eine Richtung vorgeben, thematisch und hinsichtlich einer Handlung (Geisler, 2002b). Ärzte dominieren das Arzt-Patienten-Gespräch, lenken es durch spezifische Fragen und legen den Gesprächsstoff fest (Charles et al., 1997). Auch wird berichtet dass Ärzte oft die gleichen Fragen stellen und diese nur in Lautstärke und Schnelligkeit variieren (Byrne und Long, 1976). Eine einfache offene Frage zu Beginn der Arztkonsultation und ein bewusstes Abwarten der Signale der Patienten war ein Ziel der von mir durchgeführten Studie. Ein „Erzählen sie bitte....“ fordert den Patienten auf sich frei mitzuteilen und sein Anliegen ohne eine vorgeschriebene Richtungsvorgabe darzustellen.

2.1.2.4 Das Zuhören

Michael Ende (Ende, 1973) beschreibt in seinem Buch "Momo" ein kleines Mädchen mit einer außerordentlichen Fähigkeit: "Was die kleine Momo konnte wie kein anderer, das war: Zuhören. Das ist doch nichts Besonderes, wird nun vielleicht mancher Leser sagen, zuhören kann doch jeder. Aber das ist ein Irrtum. Wirklich zuhören können nur ganz wenige Menschen. Und so wie Momo sich aufs Zuhören verstand, war es ganz und gar einmalig. Momo konnte so zuhören, dass dummen Leuten plötzlich sehr gescheite Gedanken kamen. Nicht etwa, weil sie etwas sagte oder fragte, was den anderen auf solche Gedanken brachte, nein, sie saß nur da und hörte einfach zu, mit aller Aufmerksamkeit und aller Anteilnahme. Dabei schaute sie den anderen mit ihren großen, dunklen Augen an, und der Betreffende fühlte, wie in ihm auf einmal Gedanken auftauchten, von denen er nie geahnt hatte, dass sie in ihm steckten.“

Aktives Zuhören zählt zu den wichtigsten ärztlichen Fähigkeiten im Gespräch mit dem Patienten. Durch aufmerksames Zuhören ist oft mehr in Erfahrung zu bringen als durch eine gute Fragetechnik (Geisler, 2002b). Für das Verständnis über die individuelle Welt des Patienten, ist es erforderlich, mehr als nur den Wortsinn der Mitteilungen dessen aufzunehmen (Rogers, 1994). Carl Rogers hat das aktive Zuhören erstmals als Werkzeug für die klientenzentrierte Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) beschrieben. Seine von einem humanistischen Menschenbild geprägte Arbeit legt besonderen Wert auf den Einschluss der emotionalen Ebene, der nonverbalen Äußerungen und des gegenseitigen prinzipiellen Wohlwollens (Rogers, 1972). Aufgabe des Arztes ist es, zuerst die Perspektive des Patienten zu verstehen und dessen bisherige Leistungen zu würdigen, bevor eine medizinische Zuordnung erfolgt. Dieses macht deutlich, welche Bedeutungen die vorgetragenen Anliegen für Patienten haben und gewährt schon Einblick in deren Bewältigungspotential (Lang et al., 2000; Simpson M. et al., 1991). Der Patient merkt, ob man ihm tatsächlich zuhört. Aktives Zuhören bedeutet: zugewandt–sein, Interesse signalisieren, die Botschaft auf- und annehmen (Geisler, 2002b). Besonders wichtig sind dabei die Hörsignale wie *hm*, *hmhm*, *ja*. Sie unterscheiden sich in ihrer Bedeutung durch verschiedene Intonationskonturen–fallende, steigende, fallend-steigende oder gleichbleibende Intonation (Ehlich, 1986). Ob wir wirklich zuhören, verraten wir außerdem in vielen nonverbalen Reaktionen, z.B. Gesten (Nicken, die Stirne runzeln, freundliches Lächeln) Körperhaltung und Blickzuwendung. Zuhören ist schwieriger als Sprechen. Es erfordert Geduld, Konzentration, Disziplin, analytisches Denken und ein Gespür für Unausgesprochenes (Geisler, 2002b). Das aktive Zuhören, auch "kontrolliertes Zuhören" genannt, kann bewirken, dass der Patient sich als Persönlichkeit mit seinem Problem angenommen fühlt, gelöster wird und sich besser auf das Wesentliche konzentrieren kann. Er braucht weniger Zeit, um sich klar auszudrücken, und hat das sichere Gefühl, dass sein Gegenüber wirklich bei ihm ist und sich auf ihn einstellt (Weisbach et al., 1979).

2.1.2.5 Die Zeit

"Das kann ich mir zeitlich nicht leisten!" könnte der Haupteinwand vieler Ärzte sein, wenn es darum geht, ihre Gespräche nach dem Konzept des spontanen Erzählens zu gestalten. Die Qualität des ärztlichen Gesprächs ergibt sich jedoch aus

der Fähigkeit zu einfühlichem Verstehen und der richtigen Gesprächstechnik. Das gute Gespräch ist nicht zwangsläufig ein langes Gespräch, genauso wie umgekehrt das lange Gespräch keine Garantie für den Gesprächserfolg darstellt (Geisler, 2002b). Die Dauer der Konsultation scheint unabhängig von der Zufriedenheit der Patienten über die vom Arzt erhaltenen Informationen und der ärztlichen Untersuchung zu sein (Ogden et al., 2004). Eine Studie in einer südbadischen Hausarztpraxis zeigte eine Konsultationslänge von im Durchschnitt neun Minuten. Bei Patienten mit psychosomatischen oder psychosozialen Problemen wurde eine Gesprächsdauer von 13,4 Minuten gemessen. Die Patientenzufriedenheit mit der Konsultationszeit korrelierte auch hier nur mäßig mit der tatsächlichen Konsultationsdauer (Stunder et al., 2008). Die Einschätzung der Konsultationslänge scheint von emotionalen Faktoren abhängig zu sein. Ein als positiv erlebter Arztbesuch beeinflusst das Zeitempfinden. In einer Studie von Cape zeigte sich, dass die Zufriedenheit mit der Konsultation nicht in Verbindung stand mit der wirklichen Zeitdauer, sondern mit dem subjektiven Zeitempfinden der Patienten. Sehr zufriedene Patienten tendierten dazu, die Zeit länger einzuschätzen, als sie tatsächlich war, während unzufriedene die Dauer unterschätzen (Cape, 2002). Ein Gefühl von Zeitmangel bei Patienten kann daher nicht nur ein Ausdruck der objektiven Kürze der Konsultation sein, sondern Ausdruck der erfahrenen Qualität der Zeit, die ihnen zuteil wurde. Daher ist es wichtig die Zeit optimal zu nutzen. Das erfolgreiche verstehende Gespräch zwischen Arzt und Patient ist kein zeitraubendes Gespräch. Hinsichtlich des Zeitumfangs zeigt sich, dass aktives Zuhören sogar Zeit spart und Nichtzuhören dagegen Zeit kostet (Geisler, 2002b). Das Zeitempfinden ist außerdem bei jedem Menschen unterschiedlich, von kulturellen und sozialen Normen geprägt und kann in verschiedenen Situationen und Lebensabschnitten variieren. Die Wahrnehmung von Zeit ist laut Hawkins besonders von der mentalen Verfassung abhängig (Hawkins et al., 1988). Das Empfinden von Zeitmangel ist die häufigste Quelle der Unzufriedenheit bei Patienten (Williams und Calnan, 1991). Wie eine festgelegte Zeitspanne gestaltet wird, insbesondere wie ein Arzt zuhört und versucht den Patienten zu verstehen, könnte den Patienten mit einer begrenzten Zeit versöhnen (Ogden et al., 2004).

2.1.2.6 Die Pause

Wie das Sprechen ist auch die Pause ein essentieller Bestandteil des Gesprächs. Die Pause ist eine besondere Form des Schweigens. Sie kann gewollt und bewusst eingelegt werden oder ungewollt auftreten. Sich selbst und seinem Gesprächspartner eine Pause einzuräumen, ist kein Zeitverlust, sondern eher ein Zeitgewinn, weil sie letztlich der Gesprächsstrukturierung dient. Es ist wichtig nach den Gründen für eine Pause zu suchen. Zum Beispiel, ob es sich um natürliche und bedeutsame Sprechpausen wie Entscheidungspause oder kommunikative Pausen handelt, oder um Pausen durch Blockierungen oder unerwünschte Unterbrechung. Die Beobachtung nonverbaler Botschaften des Gesprächspartners erleichtert die Einordnung (Geisler, 2002b). Die Pause als besondere Form des Schweigens kann Ausdruck aktiven Zuhörens sein und Respekt vor dem Erzähler und der Schilderung ausdrücken. Unter Umständen kann die Gesprächspause mehr bewirken und mehr ausdrücken, als das gesprochene Wort. Eine kurze vokale Zustimmung innerhalb der Pause, z.B. durch "hm" kann bei Pausen unterstützend wirken, weil damit eine aktive verstehende Zuwendung signalisiert wird und das Gegenüber zum Weitersprechen und zur thematischen Vertiefung motiviert wird. Unterbrechen oder Nicht-Aussprechen-Lassen ist das Gegenstück zur bewusst eingesetzten Gesprächspause und beeinträchtigt die Chance das vollständige Anliegen des Patienten zu verstehen. Die günstigste Länge der Pause im Gespräch sollte intuitiv erfasst werden, weil zu lange Pausen auch zu Missverständnissen und Aggression führen können (Geisler, 2002b). In der vorliegenden Studie wurde daher keine feste Pausenlänge nach dem initialen Redefluss des Patienten vorgegeben, sondern die teilnehmenden Ärzte wurden angewiesen, Erzählpausen durch Abwarten und kurze Zustimmungen (z.B. "hmm" , Gesten und Nicken) zu überbrücken und damit zu versuchen die Patientenrede wieder in Gang zu bringen. Erst nach verbaler oder nonverbaler Aufforderung an den Arzt, zum Gesagten Stellung zu nehmen oder einer vom Arzt ausreichend lang empfundenen Pause ohne weitere Reaktion des Patienten, sollten die Ärzte das Wort ergreifen.

2.2 Einflussfaktoren im Patienten-Arzt-Gespräch

2.2.1 Der Einfluss von Arzteigenschaften

Die Arzt-Patienten-Interaktion ist als ein Prozess anzusehen, in dem zahlreiche persönliche und situationsbedingte Einflussfaktoren eine Rolle spielen (Street et al.,

2003; Waitzkin, 1984). Alter und Geschlecht des Arztes und die Anzahl der Patienten pro Tag beeinflussen die Gesprächsdauer (Wilson, 1991). Ältere Ärzte, Frauen als Ärzte und Ärzte mit einer offenen Einstellung gegenüber psychischen Problemen haben längere Konsultationen (Britt et al., 2005; Howie et al., 1989). Bei der Untersuchung des Einflusses persönlicher Charakteristika auf den Interaktionsstil des Arztes steht in besonderem Maße das Geschlecht des Arztes im Zentrum zahlreicher Studien (Roter et al., 1991). Studien ermittelten, dass sich Ärztinnen weniger dominant verhalten und bedachter darauf sind, eine gleichberechtigte und partnerschaftliche Beziehung zu ihren Patienten zu schaffen (Hall et al., 1994a; Van den Brink-Muinen et al., 1998). Ärztinnen arbeiten patientenzentrierter als ihre männlichen Kollegen (Gray, 1982; Roter und Hall, 2004). Während der Konsultation hören Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen ihren Patienten mehr zu, fragen häufiger nach psychosozialen Inhalten, explorieren psychosoziale Grundlagen der Problematik des Patienten und beraten Patienten intensiver, wenn eine solche vorliegt (Deveugele et al., 2002; Van den Brink-Muinen et al., 1998). Der Gesprächsstil zeichnet sich durch aktives Zuhören und herzliche nonverbale Verhaltensweisen aus, die den Patienten ermuntern sich zu öffnen (Arnold et al., 1988; Roter et al., 2002). Ärztinnen akzeptieren in einem höheren Maße die Gefühle ihrer Patienten (Mendez et al., 1986). Sie sind selbst auch eher bereit, Gefühle zu zeigen und Empfindungen und Sorgen auszudrücken (Arnold et al., 1988). Frauen als Ärzte kommunizieren anders, als ihre männlichen Kollegen. Außerhalb des medizinischen Zusammenhangs sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Kommunikationsverhalten schon oft verdeutlicht wurden (Hall et al., 1994b). Qualitäten von weiblichen Ärzten und Frauen generell, sind Qualitäten, die Patienten an einem guten Arzt schätzen (Gray, 1982). Männliche Ärzte sind im Arztgespräch dominanter und bestimmen den besprochenen Inhalt häufiger (Zimmermann und West, 1975). Männliche Ärzte unterbrechen ihre Patienten bekanntlich schneller, als ihre weiblichen Kollegen, im Durchschnitt nach 47 Sekunden. Weibliche Ärztinnen warten im Durchschnitt drei Minuten (Barr, 2004). Die große Spannweite der Arzt-Patienten-Interaktion bewirkt vielfältige Unterschiede im Kommunikationsverhalten. Der Einfluss von Arztcharakteristika auf die spontane Gesprächszeit wurde nach unserem Wissen bisher nicht untersucht.

2.2.2 Der Einfluss von Patienteneigenschaften

Das Gesprächsverhalten von Patienten wird von persönlichen und sozialen Eigenschaften wie Bildungs- und Wissensstand, Alter und Geschlecht und der Anzahl ihrer gesundheitlichen Probleme beeinflusst (Street, 1991; Deveugele et al., 2002; Mechanic et al., 2001; Blumenthal et al., 1999). Betrachtet man die persönlichen Charakteristika des Patienten im Zusammenhang mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten, zeigt sich, dass insbesondere Geschlecht, Alter und die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht Einfluss auf das ärztliche Kommunikationsverhalten ausüben (Hall et al., 1994a; Stewart, 1984). Sympathische und kompetente Patienten werden häufiger wieder einbestellt (Gerbert, 1984). Patienten, die sich affektiv ausdrucksvoll verhalten, bewirken, dass Ärzte ein stärkeres Engagement zeigen und den Patienten verstärkt mit in die Entscheidungsfindung einbeziehen (Greenfield et al., 1985). Der Arzt stellt mehr Informationen zur Verfügung, wenn Patienten Kontrolle über das ärztliche Verhalten anstreben, mehr Fragen stellen oder wenn sie Emotionen und Sorgen vermehrt ausdrücken (Street, 1991).

Weibliche Patienten sprechen mehr mit Ärztinnen und bevorzugen zudem weibliche Ärzte im Gegensatz zu männlichen Patienten (Gray, 1982). Es wird beschrieben, dass Frauen eine aktivere Rolle im Gespräch übernehmen und mehr Informationen und psychosoziale Auskünfte preisgeben. Das Verhältnis ist auch ihrerseits partnerschaftlicher. Es hat sich gezeigt, dass das Verhalten der Patienten oft das des Arztes widerspiegelt, und da weibliche Ärzte mehr reden, geben auch weibliche Patienten mehr Auskünfte (Hall und Roter, 2002). Konsultationen waren bei Frauen länger (Deveugele et al., 2002). Frauen sind zudem öfter gesundheitlich beeinflusst (Kroenke und Price, 1993) und weisen ein anderes Erzählverhalten in der ärztlichen Sprechstunde auf (Kroenke und Spitzer, 1998). Kulturelle Faktoren, die bei Frauen zu einer größeren Ausdrucksfähigkeit führen, eine Erweiterung somatischer Symptome und weniger Zurückhaltung im Aufsuchen medizinischer Versorgung sowie Geschlechterunterschiede in der sozialen Rolle und Verantwortung werden hierfür beschrieben (Verbrugge, 1985; Wool und Barsky, 1994). In Bezug auf die spontane Gesprächszeit ergab sich in bisherigen Studien kein Zusammenhang mit dem Patientengeschlecht (Svab et al., 1993).

Hinsichtlich des Alters des Patienten wurde gezeigt, dass weniger Zeit beim Arztgespräch sich besonders zu Lasten der Älteren und chronisch erkrankten Patienten niederschlägt (Hu und Reuben, 2002). Vielschichtige Beschwerden und die Anzahl an Diagnosen nehmen im Alter zu. Dennoch zeigte eine Studie, dass die Länge des Arztgespräches trotz der meist höheren Komplexität der Symptome älterer Patienten im Durchschnitt bei allen Altersklassen gleich war (Lo et al., 2005). Andere Studien beobachteten, dass bei weiblichen Patienten mittleren Alters die Arztgespräche am längsten waren, gefolgt von älteren Patientinnen (Carr-Hill et al., 1998). Bei einer anderen nahm die Gesprächsdauer um je eine Sekunde mit jährlich steigendem Patientenalter zu (Deveugele et al., 2002). Traten psychosoziale Probleme bei älteren Patienten auf, verlängerte sich die Konsultationszeit (Blumenthal et al., 1999). Bezüglich der spontanen Gesprächszeit wurde ein Zusammenhang zwischen älteren Patienten und einer längeren Gesprächszeit festgestellt (Svab et al., 1993).

In Hinblick auf die Patientenbildung ist zu erkennen, dass Patienten niedriger sozialer Schichten weniger positive emotionale unterstützende Bekundungen erhalten. Ärzte dominieren in ihrem Gesprächstil und lassen weniger Mitbestimmung zu (Fiscella et al., 2002; Kaplan et al., 1995). Der Wunsch auch dieser Patienten nach Information und Anteilnahme wird oft übersehen (Willems et al., 2005). Der Kommunikationsstil des Arztes wird von dem des Patienten beeinflusst. Patienten aus den höheren sozialen Schichten kommunizieren aktiver und besitzen häufiger mehr gefühlsbezogene Ausdrucksfähigkeit, so dass sie von den Ärzten häufiger einbezogen und unterstützt werden. Dieses Verhalten könnte durch eine anscheinend nähere Verbindung zueinander, zum Beispiel aufgrund eines ähnlichen soziokulturellen Hintergrundes heraus, entstehen und dadurch die Interaktion erleichtern (Street, 1991). Ärzte zeigen mehr Sympathie und Wohlwollen gegenüber Patienten eines höheren sozioökonomischen Status (Hall et al., 93). Gerade junge weibliche Patienten mit niedriger Schulbildung bringen ihre Anliegen oft nicht zum Ausdruck (Bell et al., 2001). Gesundheitliche Unterschiede auch aufgrund von Unterschieden im sozioökonomischen Status sind Hauptthemen der heutigen Gesundheitspolitik. Die Mortalität und Morbidität ist für sozioökonomisch Benachteiligte immer noch höher. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und komplex und beinhalten neben individuellen Faktoren und Differenzen in der Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung auch die Kommunikation mit dem Arzt (Lynch et al.,

2001). Akute oder chronische Erkrankungen erfordern jeweils unterschiedliche Formen der Gesprächsführung (Langewitz, 2002). Die Krankheitsschwere des Patienten beeinflusst das Arztgespräch (Hall et al., 1996). In einer Studie wurde dargelegt, wie sich Ärzte oft „paternalistisch“ verhielten, wenn sie es mit älteren, wenig gebildeten oder sehr kranken Menschen zu tun hatten, während sie bei jüngeren, höher gebildeten oder wohlhabenden Patienten stärker patientenzentriert vorgehen (Willems et al., 2005).

2.2.3 Die Konsultationslänge

Die Literatur, die sich mit der Zeitausnutzung in hausärztlichen Praxen auseinandersetzt, ist zahlreich. Die Konsultationslänge ist abhängig von den jeweiligen Arzt- und Patienteneigenschaften und ist auch von Land zu Land und den verschiedenen Gesundheitssystemen verschieden. Patienten nehmen den Arzt und den Betrieb in der Praxis als geschäftig wahr und wissen, dass die Zeit bei ihrem Arzt begrenzt ist (Lussier und Richard, 2007). Oft ist die Länge der Konsultation einer der häufigsten Ursache für die Unzufriedenheit der Patienten (Cape, 2002). Deutschland zeigt im Rahmen der „Eurocommunication Study“ die kürzesten Konsultationszeiten von im Durchschnitt acht Minuten (Van den Brink-Muinen et al., 2003).

Dabei scheint „lang ist gut und kurz schlecht“ in Bezug auf die Güte der Beratung aber nicht unbedingt der Fall zu sein (Deveugele et al., 2004). Ein systematischer Rückblick von Wilson und Childs über den Zusammenhang zwischen der Länge des ärztlich-therapeutischen Gesprächs und Behandlungsergebnissen (Wilson und Childs, 2002) stellte heraus, dass in einem längeren Arzt-Patienten-Gespräch zwar eher wichtige Aspekte der Behandlung angesprochen werden, es aber keinen Hinweis darauf gibt, dass ein solches auch zu einem besseren Gesundheitszustand von Patienten führt. Einige Studien fanden keinen Zusammenhang zwischen der Dauer der ärztlichen Konsultation und deren Qualität (Carr-Hill et al., 1998; Ogden et al., 2004; Stunder et al., 2008). Eine Studie von McLean und Armstrong kam zu dem Schluss, dass sich längere Gespräche, in denen Patienten aufgefordert werden, ihre Anliegen kundzutun, positiv auf bestimmte Aspekte der Patientenzufriedenheit auswirken (McLean und Armstrong, 2004). Wenn der Arzt ein vom Patient offen geschildertes Problem ergründet, wird die Länge der Konsultation nicht beeinflusst (Van den Brink-Muinen et al., 2003).

Ausreichend Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch ist sehr wichtig, aber die erwähnten Studien legen dar, dass nicht allein die Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs ein Maß für Qualität und/oder Effektivität ist. Die Wahrnehmung der Zeitdauer, die beeinflusst wird durch die Art und Weise, wie Ärzte ihre Sprechstunde abhalten ist genauso bedeutend (Ogden et al., 2004; Stunder et al., 2008). Hier spielen vor allem auch emotionale Faktoren eine Rolle. So zeigte eine Untersuchung von Cape, dass die Zufriedenheit mit dem Arztgespräch unabhängig von der tatsächlichen Gesprächsdauer, jedoch aber mit der subjektiven Wahrnehmung der Zeitdauer assoziiert war. Besonders zufriedene Patienten empfinden demnach die Konsultation länger als sie tatsächlich war (Cape, 2002). Den bisherigen Studien nach fällt es Ärzten schwer, sich Freiräume in der Gestaltung ihrer Sprechstunde zu schaffen. Es besteht die Annahme, dass eine intensive Auseinandersetzung mit dem Patienten zu viel Zeit kostet. Ein als positiv erlebtes Arztgespräch hängt jedoch nicht nur von der tatsächlichen Zeitdauer ab.

2.2.4 Erst- oder Folgegespräch

Beim Erstgespräch muss der Patient Zeit bekommen, sich zu öffnen und das Gefühl der Fremdheit muss rasch überwunden werden. Nonverbale Zeichen von Ängstlichkeit und Hemmung sollten erkannt und abgebaut werden. Ist das Verhalten des Arztes durch Zuwendung, Interesse und Freundlichkeit geprägt, wird der Patient das Gefühl haben, dass er willkommen ist (Geisler, 2002b). Das erste Gespräch kann für den weiteren Verlauf der Arzt-Patienten-Beziehung bestimmend sein. Hinsichtlich der Zeitdauer ist es deshalb verständlich, wenn Ärzte mehr Zeit für Patienten aufwenden, die zum ersten Mal in ihre Praxis kommen. Es ist wichtig, sich ein umfassendes Bild vom Patienten zu verschaffen. Studien zeigen, dass Gespräche mit unbekanntem Patienten etwas länger dauern (Morrell et al., 1986; Morrell und Roland, 1987), aber im Durchschnitt nur wenige Sekunden länger als ein Folgegespräch sind (Mechanic et al., 2001; Deveugele et al., 2002). Weiterhin zeigte sich, dass sich Ärzte für Folgegespräche mehr Zeit nehmen und dabei weniger sprachlich dominierten. In diesen Folgegesprächen waren die Patienten zufriedener, da auch sozio-emotionale Themen angesprochen wurden (Graugaard et al., 2005).

3 Eigene Fragestellungen und Hypothesen

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht die Dauer der spontanen Gesprächszeit hausärztlicher Praxen in Berlin und die Frage, durch welche Faktoren der Eingangsmonolog beeinflusst wird. Ergebnisse bisheriger Studien belegen, dass Patienten sehr wenig Zeit bekommen, ihre Probleme zu schildern. Untersuchungen, die sich mit derselben Fragestellung beschäftigten, zeigten jedoch, dass sich die Redezeit der Patienten in einem überschaubaren Rahmen bewegt. Diese erwähnten Studien wurden jedoch in einem anderen Versorgungskontext erhoben und lassen sich nicht unmittelbar auf das hausärztliche Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland übertragen. Weiterhin wurde bisher nur in Ansätzen untersucht, welchen Einfluss Charakteristika von Arzt und Patient auf die spontane Gesprächszeit des Patienten ausüben. Als grundsätzliche Voraussetzung der Analyse muss angesehen werden, dass die Ergebnisse unter der von uns vorausgesetzten Sonderbedingung, nämlich des initialen Redeflusses des Patienten, beruhen. Damit werden alle anderen Arten der Gesprächsführung ausgeklammert.

3.1 Fragestellung

Wie lange sprechen Patienten zu Beginn des Arztgespräches, wenn man sie in ihrem Redefluss nicht unterbricht? Beeinflussen Geschlecht, Alter und Berufserfahrung des Arztes und Patientenbesonderheiten wie Geschlecht, Alter, Erkrankung, Bildungs- und Berufsabschluss, Gespräch als Erst- oder Folgeberatung sowie Besonderheiten der einzelnen Praxen die spontane Gesprächszeit?

3.2 Hypothese

Es wurde die folgende Null-Hypothese überprüft: Die spontane Gesprächszeit eines Patienten beträgt nicht mehr als fünf Minuten.

4 Methodik

Es wurde eine nicht randomisierte Survey–Studie zur Messung der „spontanen Gesprächszeit“ bei niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt. Der Begriff „spontane Gesprächszeit“ bezieht sich auf die Dauer des initialen Redeflusses des Patienten zu Beginn des Arztgesprächs. Für unsere Studie waren 600 Studienteilnehmer aus insgesamt sechs verschiedenen Berliner Hausarztpraxen geplant. Die Studie wurde durch die Ethikkommission überprüft und deren Durchführung bewilligt. Für eine detaillierte Auswertung kamen nach der Zeitmessung Fragebögen für die Ärzte und ihre Patienten in Anwendung. Die Studie erfasste Patienten vom 18. – 94. Lebensjahr, die an einem normalen Werktag die jeweilige Arztpraxis besuchten.

4.1 Auswahl der Ärzte

Die Studie wurde in Berlin durchgeführt. Zu den ausgewählten Stadtteilen gehörten Prenzlauer Berg, Weissensee, Lichtenberg, Kreuzberg, Schöneberg und Charlottenburg. Die Auswahl der Stadtteile erfolgte bewusst, um verschiedene sozioökonomische Gegebenheiten abzudecken. Die teilnehmenden Ärzte wurden randomisiert rekrutiert, um eine repräsentative Auswahl vorher nicht freiwillig motivierter oder hinsichtlich einer patientenzentrierten Gesprächsführung besonders geschulter Ärzte zu erhalten. Die Anzahl der Ärzte in dem jeweiligen Bezirk ermittelte sich via <http://www.kvberlin.de/60arztsuche/>. Dort erhielt man eine alphabetisch geordnete Liste und konnte die Ärzte der Auflistung nach mit Ziffern versehen. Aus der Gesamtzahl der Ärzte des jeweiligen Bezirks berechnete man durch ein Microsoft–Excel Programm ganzzahlige Zufallszahlen. Die ersten zehn Zufallszahlen wurden auf die Nummern in der geordneten Bezirksliste bezogen und damit die Ärzte für die einzelnen Bezirke ausgewählt. Die Kontaktaufnahme zu den Ärzten erfolgte entsprechend der Nummerierung. Bei Absage einer Studienteilnahme wurde der Arzt mit der nächstfolgenden Nummer angerufen.

4.2 Zeitpunkt der Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde in einem Zeitraum von insgesamt vier Monaten (Oktober 2006 bis Januar 2007) nach individuellen Absprachen mit den Hausärzten durchgeführt.

4.3 Studiendesign

Im Vorfeld der Studiendurchführung wurde das Design getestet. Dabei gelang es, die Anschaulichkeit und Verständlichkeit der Fragebögen, der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung sowie die Auswirkungen des „Eingriffs“ in den Praxisalltag und die Akzeptanz der Patienten gegenüber der Erhebung zu überprüfen. Mit den gesammelten Erfahrungen wurde entschieden, dass die Autorin an den Tagen der Untersuchung in den einzelnen hausärztlichen Praxen anwesend ist, um einen reibungsloseren Ablauf zu gewährleisten sowie die teilnehmenden Ärzte hinsichtlich der Aufklärung der Patienten zu entlasten. Vor Beginn der Studie wurden die beteiligten Hausärzte über deren Ablauf und Ziel informiert. Eine kurze Anleitung nach den Leitlinien für das aktive Zuhören nach Rogers (Rogers, 1972; siehe Anhang) fand statt. Eine Stoppuhr wurde für das Messen der spontanen Gesprächszeit bereitgestellt. Die Ärzte sollten nach einer offenen Einleitungsfrage im Sinne von „Erzählen Sie bitte...“, „Was führt sie zu mir?“ oder „Was kann ich für sie tun?“ zu Beginn der Arztkonsultation die Stoppuhr betätigen. Die Ärzte wurden angewiesen, den initialen Redefluss des Patienten nicht zu unterbrechen, keine Zwischenfragen zu stellen, Erzählpausen abzuwarten und durch das Einsetzen von nonverbalen Ausdrucksformen wie Gesten (Nicken, freundliches Lächeln) zugewandte Körperhaltung und Blickzuwendung sowie Hörersignale wie „hm“, „ja“, „weiter“ die Patientenrede wieder in Gang zu bringen. Erst nachdem der Patient sich mit einer nonverbaler Geste oder einer verbalen Bemerkung wie zum Beispiel „Das war alles“ oder mit einer Frage im Sinne von „Was meinen sie dazu?“ an den Arzt richtete und ihn damit aufforderte zu dem Gesagten Stellung zu nehmen, sowie nach dem Auftreten einer vom Arzt als ausreichend lang empfundenen Pause bei ausbleibender Reaktion des Patienten, sollten die Ärzte das Wort ergreifen. Es wurde eine Unterbrechung des Patientenmonologes vereinbart, falls der Patient länger als fünf Minuten reden würde.

Die Patienten sollten nicht bemerken, dass ihre initiale Redezeit gemessen wird. Für die Hausärzte galt es, bis zu einer jeweils individuell abgesprochenen Patientenzahl in einem bestimmten Zeitraum Daten zu erheben.

4.4 Erhebungsinstrument

Während der Studie fanden drei Fragebögen Verwendung (siehe Anhang).

Der erste Fragebogen war ein Arzt-Interaktions-Fragebogen (siehe Anhang). Hier ging es um die Charakteristika des Arztbesuches und der dargestellten Krankheitssymptomatik. Es wurde die gemessene „spontane Gesprächszeit“ von den Ärzten eingetragen und vermerkt, ob das Gespräch ein Erst- oder Folgegespräch war sowie der Grund für den Arztbesuch verzeichnet. Dabei sollte registriert werden, ob der Beratungsanlass akut war oder eine chronische Erkrankung vorlag. Hier wurden acht Hauptdiagnosen chronischer Erkrankungen zusammengestellt: Bluthochdruck, KHK, Zustand nach Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Schilddrüsen-Erkrankungen, Asthma/ COPD. Diese chronischen Erkrankungen wurden ausgewählt, weil sie in der durchschnittlichen Population sehr häufig vorkommen, angelehnt an die Morbiditätsanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der BRD 2004 (Abrechnungs-Daten-Transfer/ADT-Panel). Falls ein Arztbesuch vorwiegend wegen einer Kurzbehandlung, Überweisung zum Facharzt, Blutdruckmessung, Labor- oder Befundbesprechung oder anderen Gründen (Check-up etc.) erfolgte, konnte dies von dem Arzt auf dem Arzt-Fragebogen in dem dafür vorgesehenen Feld vermerkt werden.

Der zweite Fragebogen war der Patienten-Fragebogen (siehe Anhang). Auf diese Weise sollten soziodemographische Größen wie Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss (ohne/Hauptschulabschluss/Realschulabschluss/Abitur) und Berufsabschluss (ohne/Berufsausbildung/Fachhochschule/Hochschule) der teilnehmenden Patienten erfasst werden.

Der dritte Fragebogen war der Arzt-Fragebogen (siehe Anhang). Dieser fand im Anschluss an die Studie Verwendung und diente dazu, eventuelle Einflüsse von Arzt-

Charakteristika auf die Gesprächspartner festzustellen. Dabei wurden Geschlecht und das Alter des Arztes erfasst, sowie Berufserfahrung (Approbations- und Niederlassungszeitpunkt), Stadtteil der Praxis und Praxisauslastung (Patientenkontakte pro Woche und Bestell-Zeitraum). Die Ärzte wurden außerdem gebeten, folgende drei Fragen bezogen auf das Thema „spontane Gesprächszeit“ zu beantworten: „Finden Sie es wichtig den Patienten zu Beginn des Gespräches spontan erzählen zu lassen?“, „Haben Sie wichtige Hinweise durch das Erzählen lassen erhalten?“ und „Ist es Ihnen leicht gefallen sich auf so eine Art der Gesprächsführung einzulassen?“

4.5 Versuchsablauf

An den Tagen der Studiendurchführung wurde von dem jeweiligen Arzt bei allen Patienten, die den Einschlusskriterien entsprachen, die „spontane Gesprächszeit“ gemessen. Die Patienten mussten dabei folgende Einschlusskriterien erfüllen: ausreichend deutsche Sprachkenntnisse, Mindestalter 18 Jahre, Einwilligungsfähigkeit, Erst- oder Folgekontakt bei dem jeweiligen Hausarzt. Ausschlusskriterien waren Betreuungspflicht, ausgeprägte Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten und psychopathologische Befunde. Die Patienten wussten vorher nicht, dass ihre spontane Gesprächszeit gemessen wurde. Im Anschluss an das gesamte Arztgespräch füllte der Arzt den Arzt-Interaktions-Fragebogen aus und unterrichtete den Patienten kurz über die Studie. Die Patienten bekamen den mit einer Nummer versehenen Arzt-Interaktionsfragebogen in die Hand und wurden angehalten, damit zu der dort gegenwärtigen Autorin zu gehen, bevor sie die Praxis verließen. Bei der Autorin wurden die Patienten eingehend über die Studie informiert und erhielten eine Patienteninformation (siehe Anhang). Sie wurden gebeten den Patienten-Fragebogen vor Ort auszufüllen und eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang) zu unterschreiben, so dass die erhobenen Daten unter Wahrung des Datenschutzes in die Analyse integriert werden konnten. Die Fragebögen wurden somit unmittelbar nach der Messung der spontanen Gesprächszeit von der Autorin eingesammelt, geordnet und auf Vollständigkeit überprüft. Damit konnten Fehler sofort zeitnah korrigiert werden.

4.6 Auswertungsverfahren

Die dokumentierten Patientendaten wurden anonymisiert in einer Datenbank gespeichert. Zur statistischen Auswertung der genannten Dokumentationsbögen wurde SPSS 9.0 verwendet. Das Hauptinteresse unserer Studie galt der spontanen Gesprächszeit zu Beginn der Arztkonsultation. Im Rahmen einer nicht randomisierten Survey-Studie zur Untersuchung der „spontanen Gesprächszeit“ wurde die metrisch skalierte abhängige Variable „spontane Gesprächszeit in Erst- und Folgegesprächen“ und ihre sie beeinflussenden unabhängigen Variablen dargestellt. Für die Ermittlung der deskriptiven Ergebnisse wurden unter anderem folgende statistische Verfahren verwendet: Häufigkeitsauszählungen und -verteilungen, Kreuztabellierungen, Berechnung von Mittelwerten, Median, Minimal- und Maximalwerten, Spannweite und Standardabweichung. Beim Vergleich hinsichtlich bestimmter Variablen und bei Gruppenvergleichen fand je nach Skalenniveau der Chi²-Test oder der T-Test für unabhängige Stichproben Verwendung. Der Chi²-Test wurde bei nominal skalierten Merkmalen angewandt, während der T-Test für unabhängige Stichproben bei Variablen, die mindestens ordinal skaliert waren, zur Anwendung kam. Daraus resultierten gleiche Verteilungsvoraussetzungen für alle beteiligten Variablen. Um den Einfluss einer unabhängigen Variable auf eine abhängige Variable darzustellen, wurde eine lineare Regression durchgeführt.

5 Ergebnisse

5.1 Teilnahmebereitschaft der Hausärzte und Beschreibung der Arzt-Stichprobe

Um sechs Hausärzte aus den Stadtteilen Prenzlauer Berg, Weissensee, Lichtenberg, Kreuzberg, Schöneberg und Charlottenburg zu rekrutieren, wurden insgesamt 16 Ärzte telefonisch kontaktiert und um die Teilnahme an der Studie zur Messung der spontanen Gesprächszeit ihres Patientenkollektives gebeten. In drei der ausgesuchten Stadtteile wurde sofort zugesagt, bei den anderen war der vierte Anruf erfolgreich. Die Teilnahmebereitschaft der Ärzte betrug 44 Prozent. Die häufigsten Absagegründe waren Zeitmangel und Angst vor einer Beeinflussung des normalen Tagesablaufs. Vor allem Gemeinschaftspraxen empfanden diese Art von Intervention als störend. Eine der teilnehmenden Praxen war eine Gemeinschaftspraxis und die Ärzte erbaten später eine gemeinsame Teilnahme an der Studie. Die anderen fünf Ärzte waren in einer Einzelpraxis tätig. Daher waren am Ende sieben Hausärzte in die Studie involviert, drei Ärztinnen und vier Ärzte. Der Anteil der weiblichen Mediziner betrug damit insgesamt 43 Prozent. Die teilnehmenden Ärzte waren im Durchschnitt 47 Jahre alt, hatten 19 Jahre Berufserfahrung und im Schnitt 233 Patientenkontakte pro Woche. Zwei der Ärzte führten die Zusatzbezeichnung „Arzt für Naturheilverfahren“.

5.2 Beschreibung des Patientenkollektivs

Im Rahmen der Studie wurden Daten von 501 Patienten ausgewertet. Die soziodemografischen Merkmale der Patientenstichprobe wurden in Tabelle 1 dargestellt und zur Überprüfung der Repräsentativität mit der „Düsseldorfer Hausarztstudie“ (Tress et al., 1997) sowie der Berliner Bevölkerungsstatistik verglichen. Der Altersdurchschnitt der Stichprobe lag bei 52 Jahren, wobei das Altersminimum 18 Jahre und das Altersmaximum 94 Jahre betrug, d.h. es bestand eine Spannweite von 76 Jahren zwischen dem ältesten und dem jüngsten Patienten. Die Standardabweichung betrug 19,4 Jahre. Der Anteil der Frauen war mit 62 Prozent (N=309) größer als der Anteil der Männer mit 38 Prozent (N=192). Die Schulbildung zeigte einen annähernd gleichen prozentualen Anteil von Absolventen der Haupt- und Realschule mit 33 und 34 Prozent und mit 29 Prozent auch einen

relativ großen Anteil von Abiturienten. Vier Prozent der Patientenstichprobe waren ohne Schulabschluss. Hinsichtlich des Berufsabschlusses wiesen 56 Prozent eine abgeschlossene Berufsausbildung auf, elf Prozent einen Fachhochschulabschluss und 15 Prozent verfügten über einen Universitätsabschluss. Ohne Berufsabschluss waren 18 Prozent der Patienten.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Patientenstichprobe im Vergleich

	Patienten Stichprobe (N=501)	Tress et al. 1998 (N=527)	Berliner Bevölkerungsstatistik (Statistisches Bundesamt 2007)
Durchschnittsalter: (in Jahren)	52 (SD=19,4) (nur 18–94 Jährige)	43 (SD=15,7) (nur 16–70 Jährige)	42
Geschlecht: Männer	% 38	31	49
Frauen	% 62	69	51
Bildung: ohne Abschluss	% 4	2	5
Hauptschule	% 33	38	41
Realschule	% 34	31	21
Abitur	% 29	25	23
Berufsabschluss: ohne	% 18	k.A.	29
Berufsausbildung	% 56	k.A.	41
Fachhochschule	% 11	k.A.	6
Universität	% 15	k.A.	14

5.3 Fallidentifikation

Von 501 Konsultationen wurde die spontane Gesprächszeit gemessen und die Daten analysiert. Alle gemessenen Gesprächszeiten konnten in die Datenanalyse einbezogen werden, da die Autorin an den Tagen der Studie in den jeweiligen hausärztlichen Praxen zugegen war und die Fragebögen einsammelte, auf deren Vollständigkeit überprüfte und sicherstellte, dass die Patienten den festgelegten Kriterien entsprachen.

5.4 Die spontane Gesprächszeit

Das Hauptinteresse der vorliegenden Studie galt der spontanen Gesprächszeit. Basierend auf der Studien-Stichprobe von 501 Patienten zeigte sich eine spontane Gesprächszeit von 64 Sekunden im arithmetischen Mittel. Der Median lag bei 52 Sekunden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Die spontane Gesprächszeit der Patientenstichprobe

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	Median
SGZ (sec)	501	9.00	640.00	64.27	59.94	52,00

Aus der Box Plot-Darstellung der Abbildung 1 wird deutlich, dass sich die Mehrzahl der spontanen Gesprächszeiten um einen Median von 52 Sekunden befinden und es einige Ausreißer gibt, welche sehr lange spontane Gesprächszeiten aufweisen. Um auf Hinweise für mögliche Ursachen langer spontaner Gesprächszeiten zu stoßen, wurden in einem zweiten Analyseschritt Patienten mit besonders langen spontanen Gesprächszeiten genauer betrachtet. Als Ausreißer verwendete man diejenigen, deren spontane Gesprächszeit 200 Sekunden überschritten hatten. Acht Fälle konnten somit genauer untersucht werden (siehe Tabelle 3). Zunächst bewährte es sich, diese Fälle auf besondere soziodemographische Merkmale hin zu überprüfen:

Hinsichtlich ihres Alters wiesen die Befragten mit einem Durchschnittsalter von 57 Jahren nur ein geringfügig höheres Alter im Vergleich zur Untersuchungspopulation (Durchschnittsalter 52 Jahre) auf. Die längste spontane Gesprächszeit wurde bei einem 69-jährigen Patient gemessen (Fall 78). Es zeigte sich außerdem eine ausgeglichene Repräsentation aller Bildungs- und Ausbildungsgrade. Bezüglich des Geschlechts zeigt sich eine deutliche Ausprägung: Sechs der acht Ausreißer waren Frauen. Fünf der Ausreißer waren bekannte Patienten, die zu einem Folgegespräch erschienen waren und drei waren Erstkontakte. Die beiden längsten spontanen Gesprächszeiten waren Folgegespräche mit einer Länge von 640 (Fall 78) und 600 (Fall 123) Sekunden. Die drei Erstkontakte wiesen akute Erkrankungen auf und die fünf Folgegespräche litten an chronischen Erkrankungen, vier von ihnen an mehreren zugleich. Der Fall (Ausreißer Nummer 123) zeigte eine chronische Erkrankung, die nicht den acht chronischen Erkrankungen auf dem Fragebogen entsprach. Was alle betrachteten Ausreißerpatienten verbindet ist, dass es sich bei den Ausreißern nicht um Patienten handelt, die aufgrund eines Kurzberatungsanlasses in die Praxis kamen. Zusammenfassend gibt die Feinanalyse der Ausreißer deutliche Hinweise darauf, dass extrem lange spontane Gesprächszeiten am meisten der Komplexität multipler chronischer Erkrankungen bei Folgegesprächen geschuldet sind, oder der Darstellung einer akuten Krankheit bei einem Erstgespräch. Soziodemographische Merkmale scheinen eine geringere Rolle zu spielen.

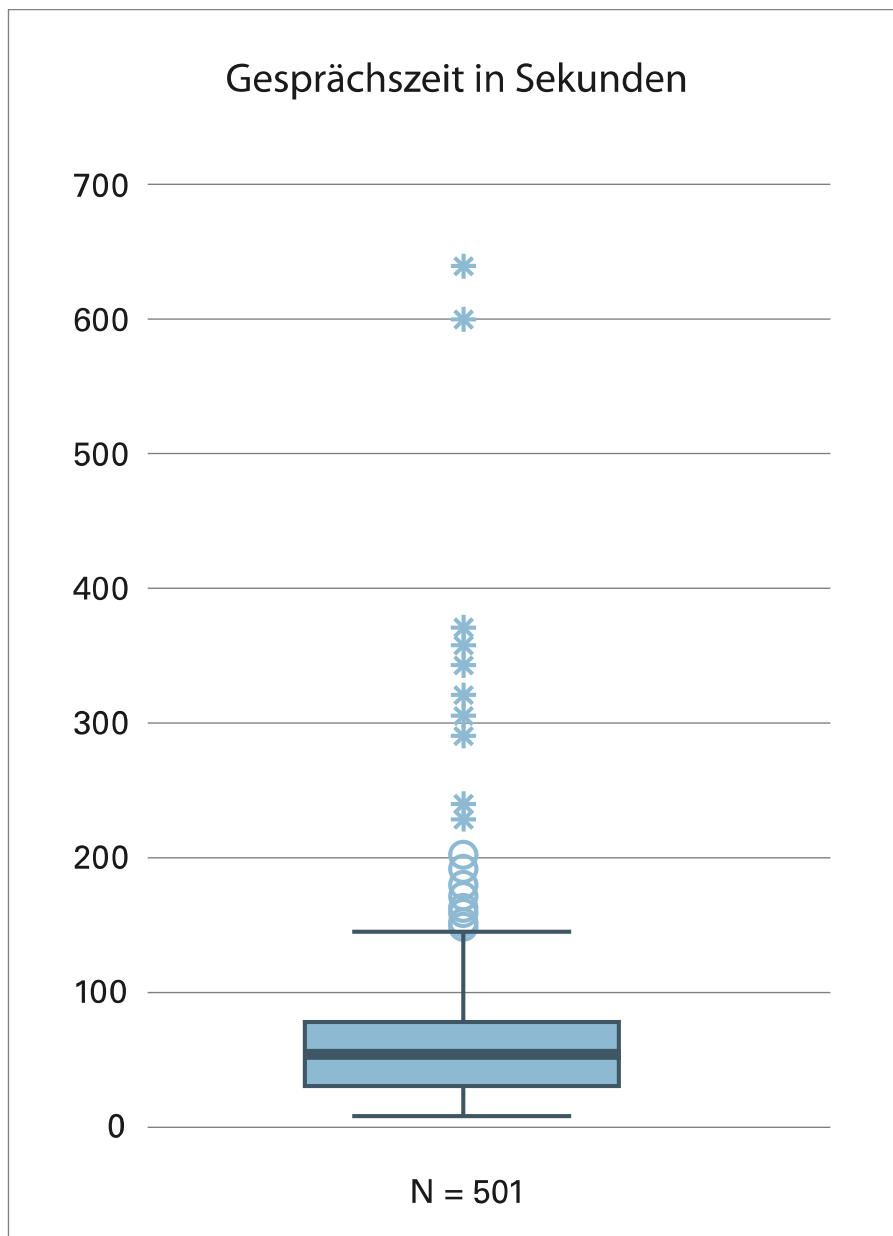


Abbildung 1: Die spontanen Gesprächszeiten für alle untersuchten Fälle (N=501)

Tabelle 3: Patienten mit besonders langen spontanen Gesprächszeiten (Ausreißer)

Fall	Bildung	Berufsabschluss	Alter	w/m	Gesprächsart	Chronisch krank	Akut krank	SGZ (sec)
3	Hauptschule	Berufsausbildung	69	w	Folgegespräch	Multiple Krankheiten	nein	344
78	Abitur	Hochschulabschluss	69	m	Folgegespräch	Multiple Krankheiten	nein	640
86	Hauptschule	Berufsausbildung	65	m	Folgegespräch	Multiple Krankheiten	nein	240
103	Abitur	Hochschulabschluss	45	w	Erstgespräch	Keine	ja	230
112	Realschule	Berufsausbildung	47	m	Erstgespräch	Keine	ja	201
115	Abitur	Hochschulabschluss	28	w	Erstgespräch	Keine	ja	320
123	Hauptschule	Berufsausbildung	51	w	Folgegespräch	Andere Krankheit als in Fragebogen	ja	600
455	Realschule	Berufsausbildung	82	w	Folgegespräch	Multiple Krankheiten	ja	357

5.5 Gesprächsmerkmale

5.5.1 Patientenmerkmale (Auswertung des Patienten-Fragebogens)

5.5.1.1 Alter der Patientenpopulation

In der Studienstichprobe betrug der Altersdurchschnitt aller Patienten 52 Jahre (Tabelle 4). Das Minimum betrug 18 Jahre und das Maximum 94 Jahre.

Tabelle 4: Alter der Patientenstichprobe

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	501	18	94	51,61	19,45

Eine Altersverteilung der Patienten der Stichprobe ist der Abbildung 2 sowie der Tabelle 5 zu entnehmen. Es zeigte sich eine stärkere Besetzung höherer Altersklassen, wobei die 66- bis 75- und 56- bis 65-jährigen am häufigsten vertreten waren, gefolgt von den 36- bis 55-jährigen. Die Gruppe der 18- bis 35-jährigen war mit fast 13 Prozent auch noch recht häufig vertreten. Die Altersgruppe der 76- bis 85-jährigen war zu zehn Prozent vertreten, die der 86 und älteren jedoch nur noch zu zwei Prozent.

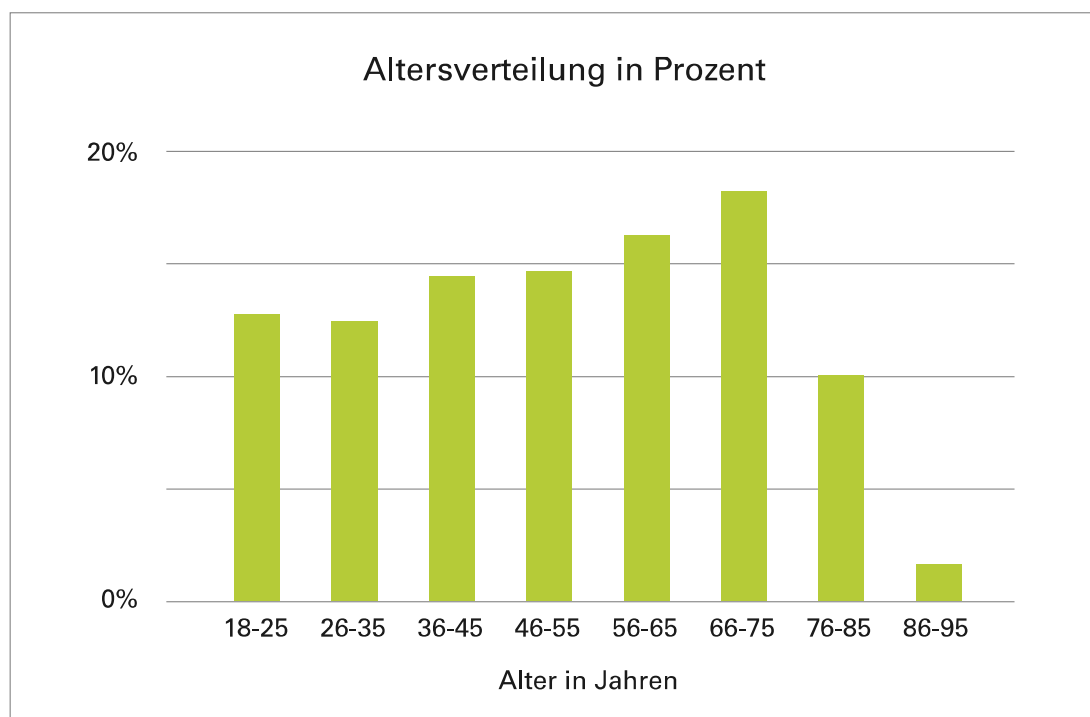


Abbildung 2: Altersverteilung der Patientenstichprobe

Tabelle 5: Altersverteilung der Patientenstichprobe

Alter in Jahren	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
18-25	64	12,8
26-35	62	12,4
36-45	72	14,4
46-55	73	14,6
56-65	81	16,2
66-75	91	18,2
76-85	50	10,0
86 und älter	8	1,6
Gesamt	501	100

5.5.1.2 Geschlecht der Patientenpopulation

Aus Tabelle 6 und Abbildung 3 ist zu erkennen, dass die Patientenpopulation zu 38 Prozent (N=192) aus Männern und zu 62 Prozent (N=309) aus Frauen bestand. Der Anteil an Frauen überwog damit deutlich den der Männer.

Tabelle 6: Geschlecht der Patientenstichprobe

	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Männer	192	38,3
Frauen	309	61,7
Gesamt	501	100

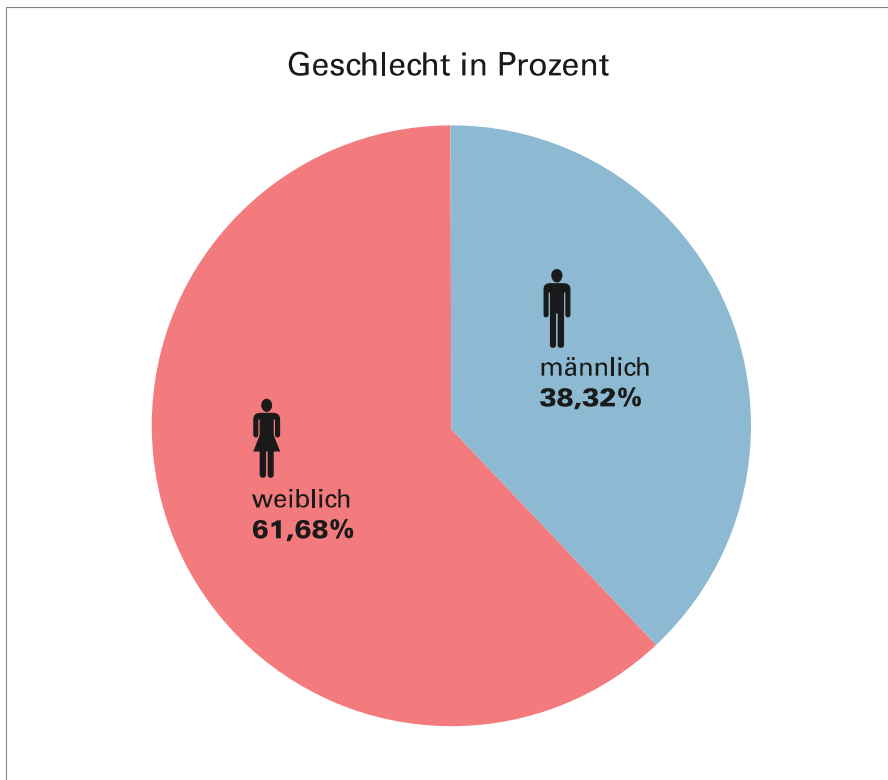


Abbildung 3: Geschlecht der Patientenstichprobe

5.5.1.3 Bildungs- und Berufsabschluss der Patientenpopulation

Von allen Patienten besaß die Mehrheit einen Realschul- (34 Prozent) und einen Hauptschulabschluss (33 Prozent). Abiturienten waren zu 29 Prozent vertreten. Vier Prozent waren ohne Abschluss (siehe [Abbildung 4](#)).

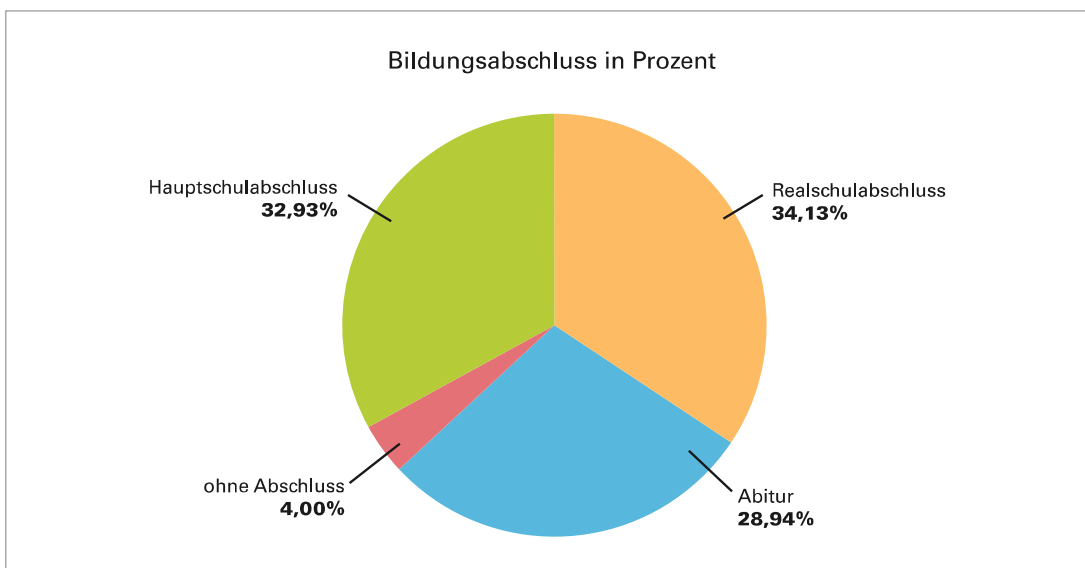


Abbildung 4: Bildungsabschluss der Patientenstichprobe

Die Ergebnisse für den Berufsabschluss sind in Tabelle 7 und Abbildung 5 dargestellt. Über die Hälfte (56 Prozent) der Patienten hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung, elf Prozent wiesen einen Fachhochschulabschluss auf, 15 Prozent verfügten über einen Universitätsabschluss und 18 Prozent waren ohne Abschluss.

Tabelle 7: Berufsabschluss der Patientenstichprobe

Berufsabschluss	Häufigkeiten (N)	Prozente (%)	Kumulierte Prozente (%)
Ohne Abschluss	92	18,4	18,4
Berufsabschluss	279	55,7	74,1
Fachhochschule	53	10,6	84,6
Universität	77	15,4	100,0
Gesamt	501	100,0	

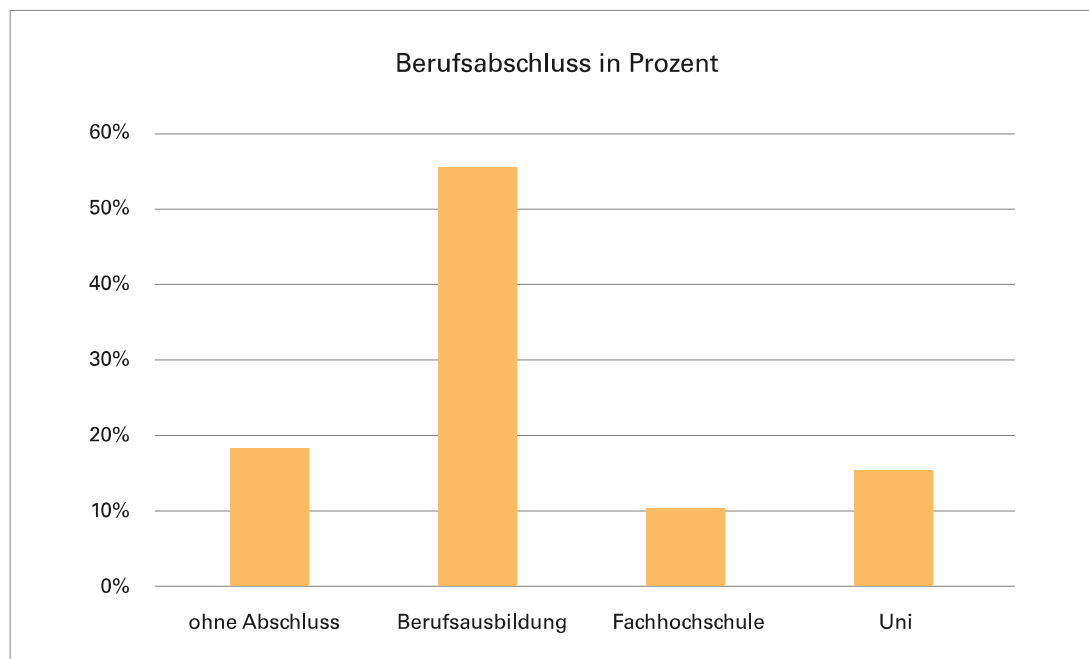


Abbildung 5: Berufsabschluss der Patientenstichprobe

5.5.2 Merkmale des Arzt-Patienten-Gesprächs

5.5.2.1 Erst- oder Folgegespräch

Eine Unterscheidung erfolgte zwischen Patienten die erstmalig bei einem Arzt vorstellig wurden (Erstkontakte) und denen, die bereits ein- oder mehrfach bei demselben Arzt die Sprechstunde besucht hatten (Folgekontakte). Diese Unterscheidung war notwendig, um Veränderungen in der spontanen Gesprächszeit bei einer erneuten Konsultation zu dokumentieren. Abbildung 6 gibt die Verteilung der Erst- und Folgegespräche wieder. 75 Prozent der Arzt-Patienten-Gespräche waren Folgegespräche. Bei 25 Prozent lag ein Erstgespräch vor.



Abbildung 6: Verteilung von Erst- und Folgegesprächen

5.5.2.1.1 Geschlechterunterschiede bei Erst- und Folgegesprächen

Betrachtete man, ob Erst- und Folgegespräche Geschlechterunterschiede aufwiesen, wurde deutlich, dass die Geschlechterverteilung bei Erst- und Folgegesprächen nahezu gleich war. Frauen und Männer gingen ungefähr gleichviel zu Erst- und Folgegesprächen (siehe Abbildung 7). Dabei war eine leichte Tendenz zu mehr Folgegesprächen bei den Frauen und zu mehr Erstgesprächen bei den Männern zu verzeichnen.

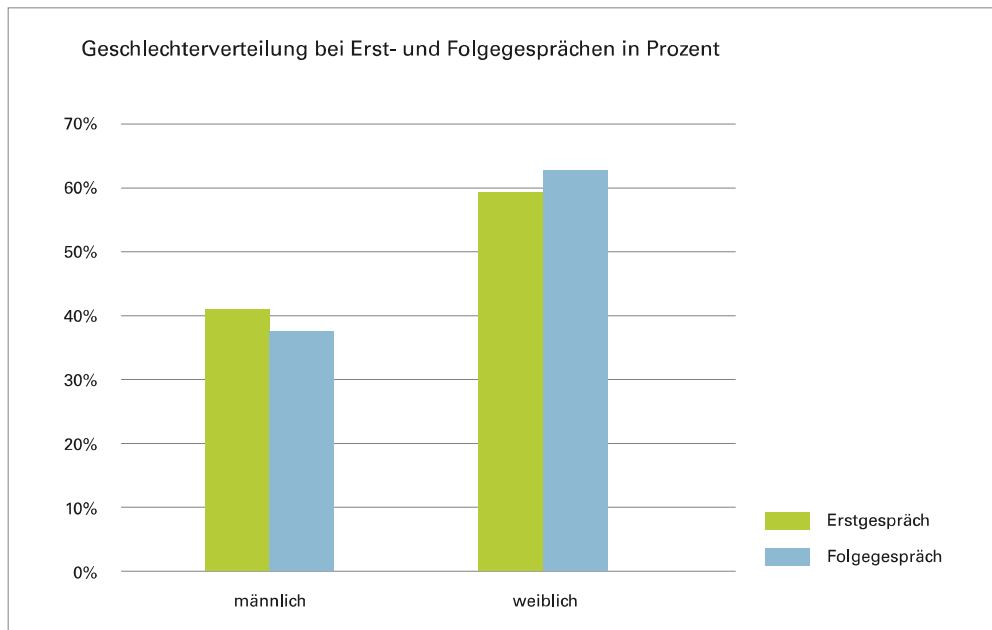


Abbildung 7: Geschlechterverteilung bei Erst- und Folgegesprächen

5.5.2.1.2 Altersverteilung bei Erst- und Folgegesprächen

Untersuchte man Erst- und Folgegespräche hinsichtlich des Patientenalters, zeigte sich eine deutliche Überzahl älterer Patienten bei den Folgegesprächen. Hier dominierte vor allem die Altersgruppe der über 66-jährigen. Die jüngere Patientengruppe der 18- bis 35-jährigen war annähernd gleich auf Erst- und Folgegespräche verteilt. Ab dem 36. Lebensjahr ist eine deutliche Zunahme der Folgegespräche zu verzeichnen (siehe Abbildung 8).

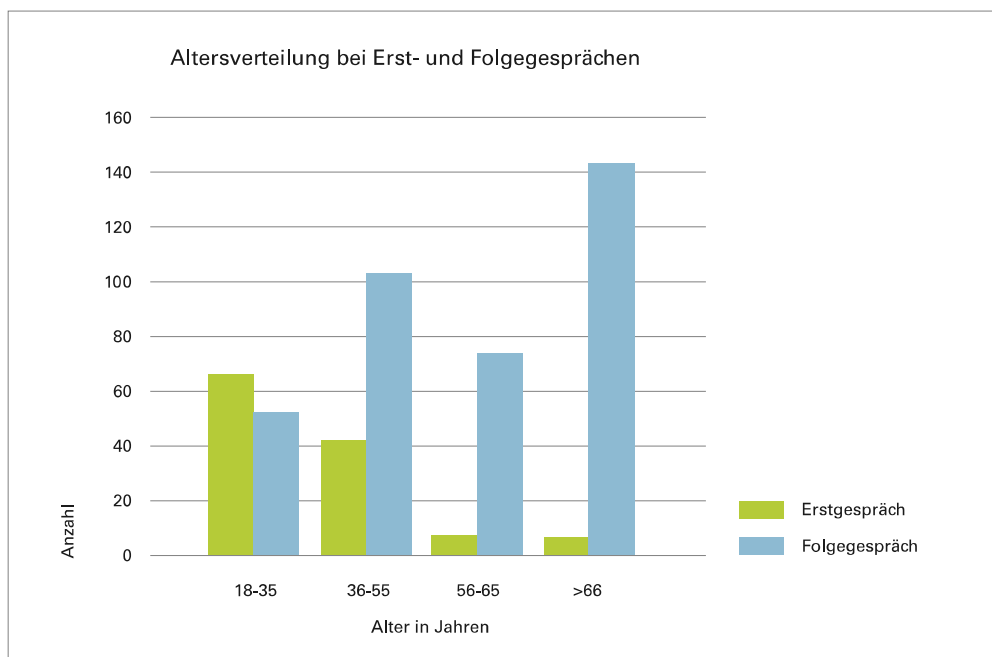


Abbildung 8: Altersverteilung der Patientenstichprobe bei Erst- und Folgegesprächen

5.5.2.2 Grund des Arzt-Besuchs

Es wurde beim Arztbesuch auf dem Arztfragebogen (siehe Anlage) vermerkt, ob Patienten mit chronischen oder akuten Krankheiten die Konsultation aufsuchten. Tabelle 8 und die Kreuztabelle der Tabelle 9 veranschaulichen, dass 271 der Patienten akut krank waren, bei 92 Patienten aber gleichzeitig eine chronische Erkrankung vorlag. 54 Prozent der Patienten suchten demnach wegen einer teils akuten Erkrankung den Arzt auf. Rein akut Erkrankte waren davon 179 Patienten (36 Prozent). Die Mehrzahl der Patienten (62 Prozent) suchte den Arzt wegen einer chronischen Erkrankung auf. Von diesen 322 Patienten lag bei 222 (44 Prozent) eine rein chronische Erkrankung als Ursache für den Arztbesuch vor. Für eine Aufschlüsselung der chronischen Krankheiten, wurden auf dem Arztfragebogen acht Hauptdiagnosen häufiger chronischer Erkrankungen zusammengestellt: Bluthochdruck, KHK, Zustand nach Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Schilddrüsen-Erkrankungen, Asthma/ COPD. Dabei konnten auch mehrere Diagnosen gleichzeitig angegeben werden. In der Tabelle 9 wurden diese dem Vorhandensein einer akuten Erkrankung gegenüber gestellt. Die Darstellung aller chronischen Erkrankungen in Abbildung 9 gibt dabei folgendes Beschwerdebild wieder: Es zeigte sich, dass zwölf Prozent der chronisch erkrankten Patienten unter einem Hypertonus litten, drei Prozent unter Asthma/ COPD, zwei Prozent einen Diabetes oder KHK vorwiesen, bei fast zwei Prozent Schilddrüsenerkrankungen und bei unter einem Prozent zerebrovaskulären Erkrankungen und Herzrhythmusstörungen vorlagen. Sechzehn Prozent zeigten andere als die acht auf dem Fragebogen vorgegebenen Erkrankungen oder litten an multiplen Erkrankungen (26 Prozent).

Tabelle 8: Chronisch und akut Erkrankte

	Akute Erkrankung	Chronische Erkrankung	Sowohl akute als auch chronische Erkrankung
Patientenanzahl (in %)	36 (N=179)	44 (N=222)	18 (N=92)

Tabelle 9: Art der chronischen Erkrankung und Vorliegen akuter Erkrankungen in der Patientenstichprobe

Chronische Erkrankungen		Akute Erkrankungen (N)		Gesamtanzahl (N)
		liegen vor	liegen nicht vor	
Chronische Erkrankungen	Keine	179	8	187
	Diabetes	1	9	10
	Hypertension	19	39	58
	KHK	4	6	10
	Herzrhythmusstörungen	2	1	3
	Zerebrovaskuläre Erkrankungen		2	2
	Schilddrüse	2	6	8
	Asthma/COPD	9	4	13
	Multiple Erkrankungen	37	93	130
	Andere	18	62	80
Gesamt		271	230	501

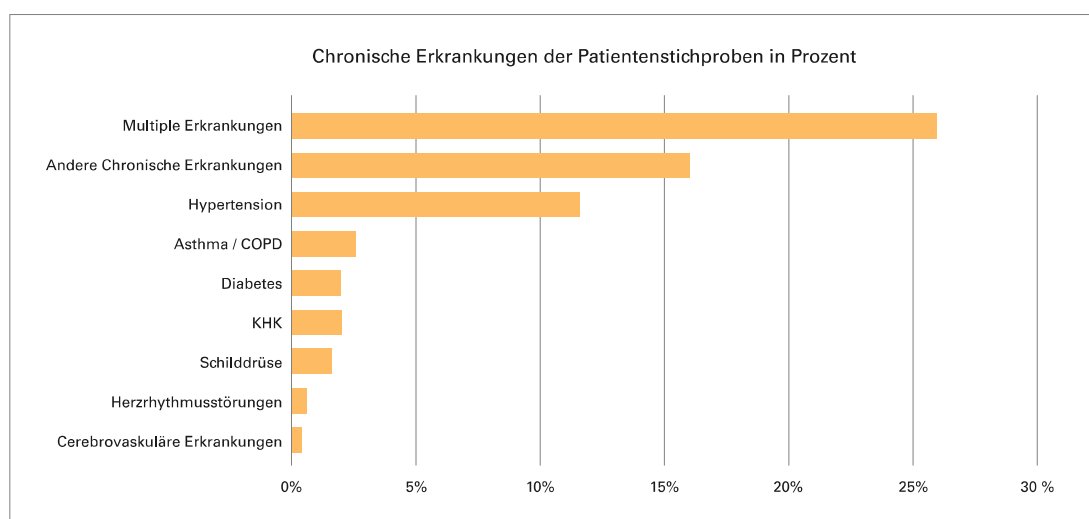


Abbildung 9: Chronische Erkrankungen der Patientenstichprobe

5.6 Feinanalyse der spontanen Gesprächszeit

Das Hauptinteresse der vorliegenden Studie galt der spontanen Gesprächszeit. Aus der Abbildung 1 war zu erkennen, dass sich die spontane Gesprächszeit in einem überschaubaren Bereich von 64 Sekunden im arithmetischen Mittel und bei 52 Sekunden im Median bewegte. Weiterhin galt es zu untersuchen, welche Faktoren den Eingangsmonolog beeinflussen. Dabei wurden sowohl das Geschlecht, Alter und die Berufserfahrung des Arztes als auch Geschlecht, Alter, Erkrankung, Bildungs- und Berufsabschluss der Patienten mit in die Betrachtung einbezogen. Es wurde außerdem geprüft ob Gesprächsmerkmale wie Erst- oder Folgegespräch, Beratungsanlass oder Besonderheiten der einzelnen Praxen die spontane Gesprächszeit beeinflussen.

5.6.1 Die spontane Gesprächszeit und Patienten-Charakteristika

5.6.1.1 Spontane Gesprächszeit und Patientenalter

Betrachtete man die spontane Gesprächszeit hinsichtlich des Alters der Patienten gab sich folgendes zu erkennen: Das Alter als eine für sich allein stehende Größe korrelierte mit der spontanen Gesprächszeit: Korrelation: 0,69 (Tabelle 10). Je älter die Patienten, desto länger war die spontane Gesprächszeit.

Tabelle 10: Spontane Gesprächszeit und Patientenalter

	Alter	SGZ
Korrelation nach Pearson	1	0,69
Signifikanz (2seitig)		0,121
N	501	501

5.6.1.2 Spontane Gesprächszeit und Patientengeschlecht

In der vorliegenden Studie wurde die spontane Gesprächszeit unter dem Einfluss des Patientengeschlechts untersucht. Tabelle 11 verdeutlicht, dass das Geschlecht als für sich allein betrachtete Größe dabei nicht mit der spontanen Gesprächszeit korrelierte.

Tabelle 11: Spontane Gesprächszeit und Patientengeschlecht

	Geschlecht	SGZ
Korrelation nach Pearson	1	0,009
Signifikanz (2seitig)		0,836
N	501	501

5.6.1.3 Spontane Gesprächszeit und Patientenbildung

In Hinblick auf die Patientenbildung und ihre Einflussnahme auf die spontane Gesprächszeit gab sich folgender Zusammenhang zu erkennen. Bildung als allein für sich betrachtete Größe zeigte keine Korrelation mit der spontanen Gesprächszeit (Tabelle 12).

Tabelle 12: Spontane Gesprächszeit und Patientenbildung

	Bildung	SGZ
Korrelation nach Pearson	1	-,016
Signifikanz (2seitig)		0,713
N	501	501

5.6.1.4 Einfluss von Alter und Bildung der Patienten auf die spontane Gesprächszeit

Um den Einfluss von Alter und die Bildung auf die spontane Gesprächszeit zu untersuchen wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt (Tabelle 13). Dabei zeigte sich eine nur sehr geringe Zunahme der SGZ bei steigendem Alter: durch die Effektstärke $B = 0,214$. Dieser Zusammenhang ist mit einer Signifikanz von 0,121 jedoch nicht bezeichnend. Bei einem Vergleich von Modell 1: Alter und SGZ mit dem Modell 2: Alter, Bildung und SGZ wurde deutlich, dass ein Hinzunehmen des Faktors Bildung die Ergebnisse nicht verändert: R, die erklärte Varianz ist bei beiden gleich: 0,07. Die Signifikanz liegt mit 0,121 bzw. 0,133 deutlich unter der zulässigen Schwelle von 0,05 und ist damit nicht gewichtig.

Tabelle 13: Einfluss von Alter und Bildung der Patienten auf die spontane Gesprächszeit

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten(a)		Standardisierte Koeffizienten (a)	T	Signifikanz	R
		B	Standard fehler	Beta			
1	Konstante	53,24	7,59		7,01	0,000	0,07
	Alter	0,214	0,14	0,069	1,55	0,121	
2	Konstante	53,349	10,74		4,97	0,000	0,07
	Alter	0,213	0,14	0,069	1,51	0,133	
	Bildung	-0,045	3,15	-0,001	-0,01	0,988	

a: Abhängige Variable: Gesprächszeit

5.6.2 Die spontane Gesprächszeit und Arzt-Charakteristika

5.6.2.1 Der Einfluss von Alter und Geschlecht des Arztes auf die spontane Gesprächszeit

Das Alter des Arztes wurde mit Hilfe einer linearen Regressionsanalyse hinsichtlich dessen Einfluss auf die spontane Gesprächszeit untersucht. Es wurde daraus ersichtlich, dass mit steigendem Alter die spontane Gesprächszeit abnahm. Die nicht standardisierte Koeffiziente= -2,016. (siehe Tabelle 14). Das heißt, mit steigendem

Alter des Arztes ist der Zusammenhang zur Gesprächszeit negativ. Je älter der Arzt, umso kürzer war die spontane Gesprächszeit.

Tabelle 14: Einfluss des Arzt-Alters auf die spontane Gesprächszeit

	Nicht standardisierte Koeffizienten	Standardisierte Koeffizienten	T-Test	Signifikanz
Konstante	149,693			
Alter des Arztes	-2,016	-0,162	-3,662	0,000

a: Abhängige Variable: Gesprächszeit

Auch in Anbetracht des Arzt-Geschlechts und dessen Einwirkung auf die spontane Gesprächszeit wurde eine lineare Regression durchgeführt. Es war daraus keine Einwirkung feststellbar (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Einfluss des Arzt-Geschlechts auf die spontane Gesprächszeit

	Nicht standardisierte Koeffizienten	Standardisierte Koeffizienten	T-Test	Signifikanz
Konstante	52,626			
Geschlecht des Arztes	7,101	0,058	1,297	0,195

a: Abhängige Variable: spontane Gesprächszeit

5.6.2.1.1 Der Einfluss von Arzt- und Patientengeschlecht auf die spontane Gesprächszeit

Um der Frage nachzugehen, ob männliche und weibliche Patienten bei Ärzten oder Ärztinnen eine längere spontane Gesprächszeit aufweisen, wurde zunächst die Anzahl der Arztbesuche von männlichen und weiblichen Patienten bei Ärzten und Ärztinnen in einer Kreuztabelle gegenübergestellt (siehe Tabelle 15). Daraus erscheint es, dass sowohl männliche als auch weibliche Patienten häufiger zu männlichen Ärzten gehen. Die scheinbar ungleiche Verteilung ergab sich jedoch aus einer Mehrverteilung der männlichen gegenüber den weiblichen Ärzten in der Studie (4:3). Bei einer angenommenen Gleichverteilung der Patienten auf die Ärzte (Verhältnis der Patientengeschlechter zur Verteilung der Arztgeschlechter), wird deutlich, dass es keine Präferenz gibt.

Tabelle 16: Patientengeschlecht in Hinblick auf das Arztgeschlecht

		Patientengeschlecht		Gesamt (N)
		Männlich (N)	Weiblich (N)	
Arztgeschlecht	Männlich (N)	117 (188,29 bei Gleichverteilung)	185	302
	Weiblich (N)	75 (129,7 bei Gleichverteilung)	124	199
Gesamt (N)		192	309	501

Angesichts der Fragestellung ob männliche oder weibliche Patienten bei Ärzten oder Ärztinnen länger reden, wurde durch eine deskriptive Statistik jedoch ersichtlich, dass weibliche Patienten bei Ärztinnen im Durchschnitt fast zwölf Sekunden länger redeten als bei ihren männlichen Kollegen. Bei den männlichen Patienten ließ sich hingegen kein Unterschied in der spontanen Gesprächszeit hinsichtlich des Arztgeschlechtes ableiten. In Abbildung 10 wird dieser Sachverhalt graphisch veranschaulicht.

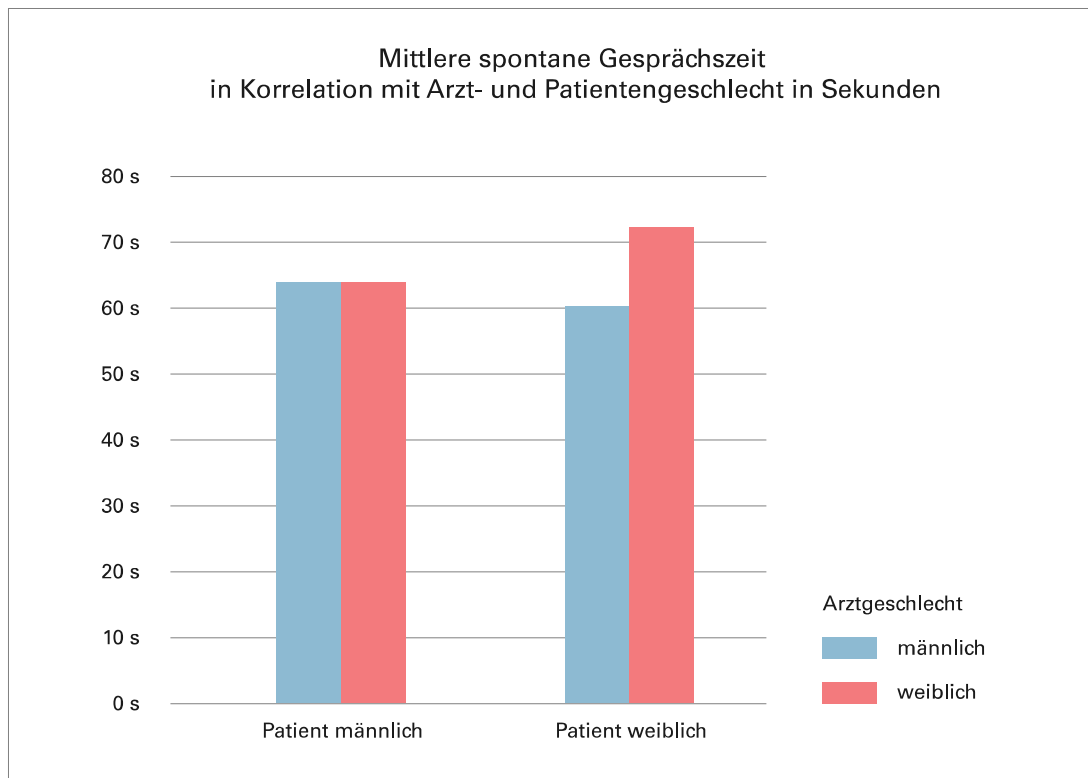


Abbildung 10: Die spontane Gesprächszeit in Verbindung mit dem Arzt- und Patientengeschlecht

5.6.3 Die spontane Gesprächszeit und Gesprächscharakteristika

5.6.3.1 Der Einfluss der Gesprächsart auf die spontane Gesprächszeit

Tabelle 17 zeigt die Mittelwerte der spontanen Gesprächszeit unter der Aufschlüsselung nach Erst- und Folgegesprächen. Es ist zu erkennen, dass die spontane Gesprächszeit bei den Erstgesprächen bei 63 Sekunden (N=127) und bei den Folgegesprächen bei 65 Sekunden (N=374) liegt. Damit unterscheiden sich die spontanen Gesprächszeiten hinsichtlich der Gesprächsart nur gering voneinander. Die spontane Gesprächszeit in den Erstgesprächen war im Mittel sogar geringfügig kürzer als in den Folgegesprächen.

Tabelle 17: Die spontane Gesprächszeit von Patienten in Erst- und Folgegesprächen

Gesprächsart	SGZ (sec)	N	Standardabweichung
Erstgespräch	62,55	127	51,03
Folgegespräch	64,85	374	62,73
Insgesamt	64,27	501	69,94

Die spontanen Gesprächszeiten wurden daher zusätzlich bezüglich der Gesprächsart genauer aufgeschlüsselt (siehe Abbildung 11). Dabei wurde ersichtlich, dass 40 Prozent der Patienten ein Erstgespräch mit einer spontanen Gesprächszeit von zwei Minuten aufwiesen, jedoch auch 37 Prozent der Folgegespräche bei einer spontanen Gesprächszeit von zwei Minuten lagen. Auch bei den einminütigen spontanen Gesprächszeiten waren Erst- und Folgegespräche gleichermaßen vertreten. Erst bei den längeren spontanen Gesprächszeiten wurde ein Unterschied deutlich: Bei den drei- bis vierminütigen spontanen Gesprächszeiten überwogen die Folgegespräche und ab einer Dauer von fünf Minuten und länger dominierten die Erstgespräche. Es lässt sich daher schlussfolgern, dass die spontanen Gesprächszeiten bei Erst- und Folgegesprächen im Durchschnitt zwar annähernd gleich waren, sich bei einer genaueren Betrachtung jedoch erwies, dass Erstgespräche zu den deutlich längeren spontanen Gesprächszeiten beitrugen.

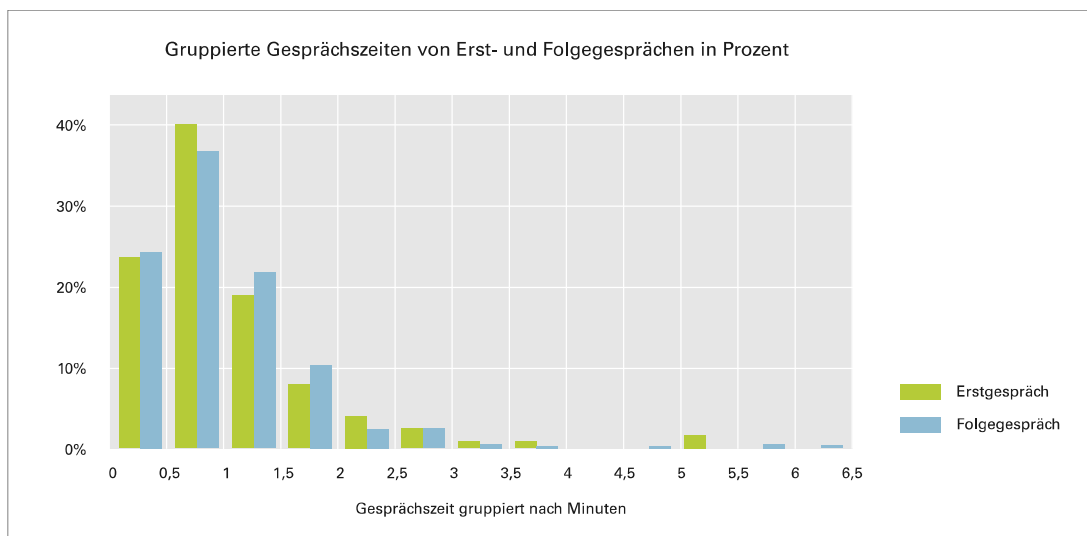


Abbildung 11: Die spontane Gesprächszeit von Patienten bei Erst- und Folgegesprächen gruppiert nach Minuten

5.6.3.2 Die spontane Gesprächszeit in Verbindung mit dem Grund des Arzt-Besuchs

Tabelle 18 gibt die spontanen Gesprächszeiten bei dem jeweiligen Beratungsanlass wieder, welcher in akut und chronisch eingeteilt wurde. Akut Erkrankte wiesen die kürzesten Gesprächszeiten von 53 Sekunden auf. Zählte man die Gesprächszeiten aller chronisch Erkrankten zusammen lag die spontane Gesprächszeit bei fast 70 Sekunden. Im Mittel lagen die spontanen Gesprächszeiten aller Patienten, sowohl akut als auch chronisch erkrankt, bei 64 Sekunden, wobei deutlich wurde, dass die spontane Gesprächszeit bei den chronisch Erkrankten länger ist, als bei den akut Erkrankten. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den multiple chronisch Erkrankten: Hier belief sich die spontane Gesprächszeit auf 76 Sekunden.

Tabelle 18: Die spontane Gesprächszeit von Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen

	Akute Erkrankungen	Akute und chronische Erkrankungen	Chronische Erkrankungen	Multiple chronische Erkrankungen
SGZ (sec)	53,19 (SD=43,76)	64,26 (SD=59,94)	69,80 (SD=48,39)	75,72 (SD=71,38)

Wie aus Tabelle 19 ersichtlich, gab es Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen die längere bzw. kürzere Gesprächszeiten aufwiesen. Für zwei Patienten wurde als Beratungsursache eine zerebrovaskuläre Erkrankung angegeben. Diese lagen mit 115 Sekunden deutlich über dem Mittelwert. Nachfolgend zeigten Patienten, die an einer KHK erkrankt waren (N=10) eine spontane Gesprächszeit von 90 Sekunden. Patienten mit „andere als auf dem Fragebogen“ auswählbaren Erkrankungen, lagen mit ihrer spontanen Gesprächszeit bei 72 Sekunden (N=80). Patienten mit einem Hypertonus (N=58), zeigten eine durchschnittliche Gesprächszeit von 64 Sekunden, Patienten mit Herzrhythmusstörungen 62 Sekunden (N=3). Diabetes (N=10) und Asthma/COPD (N=13) Kranke redeten initial 57 Sekunden und Patienten mit einem Schilddrüsenleiden 35 Sekunden (N=8).

Tabelle 19: Die spontane Gesprächszeit von Patienten bei den unterschiedlichen chronischen Erkrankungen

Chronische Erkrankungen	SGZ (sec)	N	Standardabweichung
Keine	53,19	187	43,76
Diabetes	57,10	10	57,06
Hypertension	64,14	58	40,74
KHK	90,30	10	82,90
Herzrhythmusstörungen	61,67	3	41,04
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	115,00	2	7,07
Schilddrüse-Erkrankungen	35,12	8	23,01
Asthma /COPD	57,00	13	31,79
Multiple Erkrankungen	75,73	130	71,40
Andere als auf dem Fragebogen	72,18	80	80,54
Insgesamt	64,27	501	59,94

5.6.4 Die spontane Gesprächszeit unter stadtteilspezifischer Sicht

In der vorliegenden Studie wurde die spontane Gesprächszeit von Patienten von Ärzten aus sechs verschiedenen Berliner Stadtbezirken gemessen. Pankow/Prenzlauer Berg, Weissensee und Lichtenberg aus dem ehemaligen Ost-Berlin waren vertreten sowie Kreuzberg, Schöneberg und Charlottenburg aus dem einstigen West-Berlin. Im Stadtteil Pankow/Prenzlauer Berg wollten beide Ärzte einer Gemeinschaftspraxis an der Studie teilnehmen. Daraus ergab sich folgende Besonderheit: Es wurden insgesamt 95 Patienten von beiden Ärzten zusammen erhoben. Die Patienten der beiden Ärzte unterschieden sich deutlich in ihrer spontanen Gesprächszeit: Der jüngere männliche Arzt ermittelte eine mittlere spontane Gesprächszeit von 78 Sekunden und von seiner weiblichen, etwas älteren Kollegin wurden die mittlere spontane Gesprächszeit von 65 Sekunden gemessen. Allerdings ist bei diesem Arzt auch der Ausreißer mit der längsten spontanen Gesprächszeit von 640 Sekunden zu beobachten. Würde man diesen nicht mitzählen, käme man auf eine durchschnittliche spontane Gesprächszeit von 66 Sekunden. Damit würde der Unterscheid in der mittleren spontanen Gesprächszeit für die beiden Ärzten entfallen. Tabelle 20 zeigt eine Übersicht über die mittleren spontanen Gesprächszeiten der jeweiligen Bezirke, sowie der damaligen Ost- und West-Berlin Einteilung. Es wurde deutlich, dass die spontane Gesprächszeit der

Patienten aus dem Stadtteil Kreuzberg mit 83 Sekunden die anderen Bezirke übertraf. Diesem folgten die Patienten aus Lichtenberg mit 76 Sekunden und die Patienten von den Ärzten der Gemeinschaftspraxis Pankow/ Prenzlauer Berg mit 72 Sekunden. Unter den Mittelwert von 64 Sekunden lagen die Patienten des Bezirks Charlottenburg mit 62 Sekunden, sowie jene aus der Praxis im Stadtteil Weissensee mit 55 Sekunden. Die kürzeste mittlere spontane Gesprächszeit von 39 Sekunden wurde bei Patienten aus der Schöneberger Praxis gemessen. Die zusammengefassten spontanen Gesprächszeiten des ehemaligen „Ost und West-Berlins“ zeigten mit 67 Sekunden (ehemaliges „Ost-Berlin“) und 61 Sekunden (ehemaliges „West-Berlin“) keinen drastischen Differenzen. Die Abbildung 12 verdeutlicht die Unterschiede der spontanen Gesprächszeiten der Patienten aus den verschiedenen Stadtteilen Berlins noch einmal graphisch.

Tabelle 20: Die spontane Gesprächszeit von Patienten in den einzelnen Stadtteilen

Stadtteil	SGZ (sec)	N	Standardabweichung
Pankow/Prenzlauer Berg	71,55 (65,37 und 77,83)	95	76,47
Weissensee	55,27	75	41,47
Lichtenberg	76,04	83	47,13
<i>Ehemaliges „Ost Berlin“</i>	<i>67,61</i>	<i>253</i>	<i>55,03</i>
Schöneberg	38,50	95	31,92
Charlottenburg	61,66	68	20,48
Kreuzberg	83,46	85	91,00
<i>Ehemaliges „West Berlin“</i>	<i>61,20</i>	<i>248</i>	<i>47,80</i>
<i>Insgesamt</i>	<i>64,26</i>	<i>501</i>	<i>59,93</i>

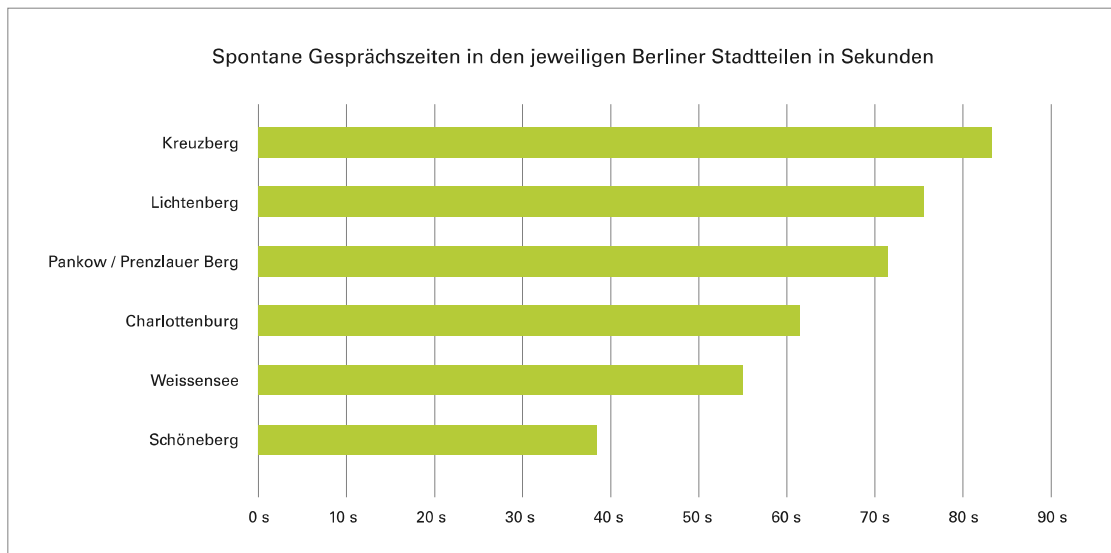


Abbildung 12: Die spontane Gesprächszeit von Patienten in den jeweiligen Berliner Stadtteilen

5.6.5 Die spontane Gesprächszeit im Hinblick auf die Berufserfahrung der Ärzte und deren Praxisauslastung

5.6.5.1 Die spontane Gesprächszeit in Anbetracht der Berufserfahrung der Ärzte

Die spontane Gesprächszeit wurde den Angaben aus dem Arztfragebogen (siehe Anhang) mit den jeweiligen Charakteristika der teilnehmenden Ärzte gegenübergestellt. Betrachtete man die spontane Gesprächszeit hinsichtlich der Berufserfahrung wurde deutlich, dass die kürzesten spontanen Gesprächszeiten bei einem 57-jährigen männlichen Arzt auftraten, der schon seit 1993 niedergelassen arbeitet und die längste Berufserfahrung unter den teilnehmenden Ärzten zeigte (31 Jahre). Die zweitkürzeste spontane Gesprächszeit wies ein 43-jähriger Arzt auf, der sich erst 2003 niedergelassen hatte und 14 Jahre Berufserfahrung vorwies. Die längste spontane Gesprächszeit wurde bei einem 45-jährigen Arzt beobachtet, welcher seit 1991 niedergelassen arbeitet und 21 Jahre Berufserfahrung aufweist. Die drei Ärztinnen zeigten mittlere spontane Gesprächszeiten zwischen 62 und 76 Sekunden und hatten im Durchschnitt 20 Jahre Berufserfahrung und waren 13 Jahre niedergelassen. Dabei wurde von der Ältesten unter ihnen (48 Jahre) mit der längsten Berufserfahrung (22 Jahre) die drittlängste spontane Gesprächszeit von 76 Sekunden gemessen.

Der jüngste Arzt aus der Gemeinschaftspraxis Pankow/Prenzlauer Berg mit der geringsten Berufserfahrung und einer Niederlassungszeit von sechs Jahren, wies die zweitlängste spontane Gesprächszeit von 78 Sekunden auf (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Die Arzt-Charakteristika der teilnehmenden Ärzte und die spontanen Gesprächszeiten ihrer Patienten

Ärzte	Pankow	Kreuzberg	Weissen- see	Schöne- berg	Charlotten- burg	Lichten- berg
Alter (in Jahren)	47, 40	45	43	57	44	48
Geschlecht	W,M	M	M	M	W	W
Appro- bation (im Jahr)	1990, 1997	1986	1993	1976	1987	1985
Berufs- Erfahrung (in Jahren)	17, 10	21	14	31	20	22
Nieder- lassung (im Jahr)	1997, 2002	1991	2003	1993	1993	1991
SGZ (sec)	65,37, 77,83	83,46	55,27	38,5	61,67	76

5.6.5.1.1 Die spontane Gesprächszeit im Hinblick auf die Praxisauslastung

Vergleicht man die einzelnen Praxen hinsichtlich ihrer Patientenkontakte pro Woche und des Bestellzeitraumes, so zeigten die Praxen mit den kürzesten spontanen Gesprächszeiten in Schöneberg und Weissensee weniger Patientenkontakte (200 und 250 pro Woche) als die Praxen mit den längste spontanen Gesprächszeiten in Kreuzberg und Lichtenberg (300 und 350 Patientenkontakte pro Woche). Außerdem suchten die Patienten der Kreuzberger Praxis den Arzt ohne Bestelltermin auf. Auch

in Charlottenburg war das der Fall, wobei hier bei einer Patientenanzahl (280 pro Woche) die spontane Gesprächszeit mit 62 Sekunden über 20 Sekunden unter der in Kreuzberg gemessenen Zeit lag. Die Gemeinschaftspraxis in Pankow/Prenzlauer Berg hatte die wenigsten Patientenkontakte pro Woche (100 und 150) und lange Bestellzeiträume von 30 Minuten (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Charakteristika der einzelnen Praxen und die jeweilige spontane Gesprächszeit

	Pankow/ Prenzlauer Berg	Kreuzberg	Weissen- see	Schöne- berg	Charlotten- burg	Lichten- berg
Patienten Kontakte/Wo	100 150	300	200	250	280	350
Bestell- zeitraum (min)	30 30	Ohne Bestellung	15	30	Ohne Bestellung	15
SGZ (sec)	71,55	83,46	55,27	38,5	61,67	76

5.6.6 Die Bedeutung der spontanen Gesprächszeit–eine persönliche Einschätzung der einzelnen Hausärzte

Im Anschluss an die Gesprächszeitmessungen in den jeweiligen Arztpraxen sollten auf dem Arztfragebogen (siehe Anhang) drei Fragen zur persönlichen Einschätzung und individuellen Bedeutung des spontanen Erzählenlassens von den jeweiligen Hausärzten beantwortet werden. Auf die Fragen „Finden Sie es wichtig, den Patienten zu Beginn des Gespräches spontan erzählen zu lassen?“ antworteten fünf der sieben Ärzte mit „sehr wichtig“ und zwei mit „wichtig“. Einer der letzteren beiden war der Arzt mit den längsten spontanen Gesprächszeiten(Kreuzberg). Bei „Haben sie wichtige Hinweise durch das Erzählenlassen erhalten?“ gaben drei von sieben „sehr viele“, zwei davon „viele“ und einer „wenige“ an. Dabei waren die drei Ärzte, die der Meinung waren sehr viele Hinweise durch das Erzählen lassen erhalten zu haben, die Ärzte mit den längsten Redezeiten aus Kreuzberg, Lichtenberg und Pankow/Prenzlauer Berg (männlicher Kollege), als auch der Arzt in Schönberg mit

den kürzesten spontanen Gesprächszeiten. Diejenige mit der Meinung „wenige“ zeigte eine spontane Gesprächszeit von 65 Sekunden. Auf die Frage „Ist es Ihnen leicht gefallen sich auf so eine Art der Gesprächsführung einzulassen?“ wurde von zwei der sieben Ärzte mit „sehr leicht“ und von fünf mit „leicht“ beantwortet (siehe Tabelle 23). Die zwei der Ärzte denen diese Art der Gesprächsführung sehr leicht fiel, waren diejenigen mit den längsten spontanen Gesprächszeiten.

Tabelle 23: Die persönliche Einschätzung der teilnehmenden Ärzte

	Pankow/ Prenzlauer Berg	Weissen- see	Lichten- berg	Kreuzberg	Schöne- berg	Charlotten- burg
Finden sie es wichtig den Patienten zu Beginn des Gespräches spontan erzählen zu lassen?	(w): wichtig (m): sehr wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig	wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig
Haben sie wichtige Hinweise durch das Erzählen lassen erhalten?	(w): kaum (m): sehr viele	viele	sehr viele	sehr viele	sehr viele	viele
Ist es Ihnen leicht gefallen sich auf so eine Art der Gesprächsführung einzulassen?	(w): leicht (m): sehr leicht	leicht	leicht	sehr leicht	leicht	leicht

6 Diskussion der Ergebnisse

Das Interesse der vorliegenden Studie galt der spontanen Gesprächszeit von Patienten in hausärztlicher Praxen. Einflussnahme von Arzt- und Patientencharakteristika, der Grund des Arztbesuches und Besonderheiten der einzelnen Praxen wurden außerdem in die Betrachtung mit einbezogen. Dabei wurden insbesondere Geschlecht, Alter, Bildungs- und Berufsabschluss der Patienten, der Beratungsanlass, Erst- oder Folgekontakt, Geschlecht, Alter und Berufserfahrung der Ärzte; deren Praxisstandorte und Patientenanzahl pro Woche und Bestellzeiträume erfragt und mit der spontanen Gesprächszeit korreliert. In der Studie kam es dabei zu folgenden Ergebnissen: Die spontane Gesprächszeit lag bei 63 Sekunden für die Erstkonsultation und 65 Sekunden für Folgekonsultationen. Mit steigendem Patientenalter war eine Tendenz zu einer Zunahme der spontanen Gesprächszeit zu erkennen. Akut Erkrankte zeigten kurze spontane Gesprächszeiten von 53 Sekunden; chronisch Erkrankte sprachen fast 70 Sekunden und multipel chronisch Erkrankte 76 Sekunden. Mit steigendem Alter des Arztes nahm die spontane Gesprächszeit der Patienten ab. Außerdem redeten weibliche Patienten bei Ärztinnen im Durchschnitt zwölf Sekunden länger als bei den männlichen Kollegen. Unter den Stadtteilen lag die Praxis aus Kreuzberg mit einer spontanen Gesprächszeit von 84 Sekunden an der Spitze.

6.1 Soziodemographische Daten

Die soziodemografischen Merkmale der Patientenstichprobe wurden in Tabelle 1 zusammengefasst und mit der „Düsseldorfer Hausarztstudie“ von Tress et al. sowie der Berliner Bevölkerungsstatistik verglichen (Tress et al., 1997). Dabei stimmen die erhobenen Daten grob mit denen der vergleichenden Literatur überein. In der hier beschriebenen Studie fällt im Vergleich zur „Düsseldorfer Hausarztstudie“ ein höheres Durchschnittsalter (52 Jahre) der Patientenpopulation auf (Tress et al., 1997), dass sich teilweise durch dessen Altersbegrenzung erklären lässt. Hinsichtlich der Berliner Bevölkerungsstatistik ist anzunehmen, dass das höhere Durchschnittsalter der Studienpopulation durch einen größeren Anteil älterer Menschen bedingt ist, die häufiger den Arzt aufsuchen. Das Geschlechterverhältnis zeigt in der hier präsentierten Studie ein deutliches Überwiegen von Patientinnen, wie es auch in der Studie von Tress et al. der Fall war (Tress et al., 1997). Schon in

der in den 80er Jahren durchgeführten und häufig zitierten EVaS-Studie wurde ein Geschlechterverhältnis von 60,3 Prozent Frauen zu 39,7 Prozent Männern angeführt (Schach et al., 1989). Die hier vorliegende Studie beschreibt demnach ein Geschlechterverhältnis, das vergleichbar mit anderen repräsentativen Studien ist. Frauen suchen häufiger den Arzt auf. In der allgemeinen Berliner Bevölkerung besteht ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis. Das höhere Durchschnittsalter und das Überwiegen der weiblichen Patienten bestätigt, dass die Zahl der primärärztlichen Kontakte in Deutschland sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht abhängig ist. Studien zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit den Daten der Bundesgesundheitsumfrage bestätigen diese Annahme: Frauen und Patienten in den höheren Altersgruppen gehen häufiger zum Hausarzt als Männer und jüngere Menschen (Bergmann et al., 2005). In der Schulbildung besteht ein deutlicher Unterschied zwischen der in der Studie beschriebenen Stichprobe und der Berliner Bevölkerungsstatistik. So zeigte die vorliegende Studien-Stichprobe ein höheres Bildungsniveau mit weniger Patienten ohne Abschluss oder mit einem Hauptschulabschluss und mehr Patienten mit Realschulabschluss und Abitur als die durchschnittliche Berliner Bevölkerung. Auch die Daten der Bundesgesundheitsumfrage zeigten, dass Patienten mit niedrigerem Sozialstatus häufiger den Arzt aufsuchen (Bergmann et al., 2005). In Gegenüberstellung mit der Vergleichsstichprobe von Tress et al. findet sich jedoch eine annähernde Übereinstimmung hinsichtlich des Bildungsabschlusses (Tress et al., 1997). Unterschiede bezüglich der Schul- und Berufsausbildung könnten durch die Altersbegrenzung der vorliegenden Studie entstanden sein, da hier Patienten erst ab dem vollendeten 18. Lebensjahr erfasst wurden und auch durch die Studiendurchführung in einer Großstadt. Die hier beschriebene Untersuchung ist als repräsentativ einzustufen. Bei der Arztstichprobe betrug das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Ärzte 47 Jahre und entspricht damit dem durchschnittlichen Alter der deutschen Ärzte, die sich an der Euconom Studie beteiligten (Bahrs, 2000).

6.2 Methodendiskussion

In dieser Analyse wurde die spontane Gesprächszeit mit Hilfe einer Stoppuhr gemessen, so wie dies auch in den Studien von Wolf Langewitz und Svab der Fall war (Langewitz et al., 2002; Svab et al., 1993). Damit wurde eine Methode gewählt, die es erlaubte den zeitlichen Rahmen der spontanen Gesprächszeit zu bemessen.

Für die Hausärzte aus den sechs verschiedenen Berliner Praxen galt es, für einen jeweils individuell abgesprochenen kontinuierlichen Zeitraum Daten zu erheben. Das ursprüngliche Ziel waren Daten von 600 Patienten. Aufgrund der vorher festgelegten Zeiträume, war eine Anzahl von 100 Patienten je Praxis jedoch nicht immer zu realisieren.

Im Zusammenhang mit der Arztstichprobe bleibt kritisch anzumerken, dass die Teilnahme an einer Studie dieser Art, ein hohes Maß an Kooperation voraussetzt. Es ist somit davon auszugehen, dass ausschließlich interessierte und motivierte Ärzte an der Studie teilnahmen, die bereit waren, Einblicke in ihre Praxis zu gewähren und die Anwesenheit der Autorin akzeptierten. Keiner der Ärzte hatte zuvor eine Schulung hinsichtlich einer patientenzentrierten Gesprächsführung oder eine psychotherapeutische Weiterbildung absolviert. Es handelt sich also um eine Arztstichprobe, bei der die teilnehmenden Ärzte einerseits eine offene Einstellung zu psychosozialen Fragestellungen zeigten, sie jedoch andererseits keine spezifischen Kompetenzen in diesem Bereich erworben hatten. In der Arzt-Stichprobe gab es jedoch einen Arzt, welcher zudem auch in der Lehre tätig ist. Bei diesem wurden die längsten spontanen Gesprächszeiten gemessen, so dass anzunehmen ist, dass diesem Arzt die Technik des Förderns der freien Patientenrede geläufig ist und seine Patienten demnach auch gewohnt sind, länger frei zu reden.

Durch Anwesenheit der Autorin konnte eine 100 Prozent Teilnahme aller den Studienkriterien entsprechenden Patienten gesichert werden. Die Hauptvorteile dieser Studie sind die große Patientenzahl und die Besonderheit der Messung in sechs verschiedenen Berliner Stadtteilen sowie der umfangreichen Erfassung von Arzt-, Praxen- und Patientenbesonderheiten.

Diese Untersuchung hatte insofern Unsicherheiten, da die Ärzte die spontane Gesprächszeit ihrer Patienten unbeaufsichtigt stoppten. Obwohl Studien zeigen, dass sich die Mehrzahl der Patienten durch die Anwesenheit eines Studenten während einer Konsultation bezüglich deren Qualität und Länge nicht beeinflussen lässt (Cooke et al., 1996; Price et al., 2008), wurde sich gegen eine Anwesenheit der Autorin während der Konsultation entschieden, um eine solche Einflussnahme auf die spontane Gesprächszeit sicher auszuschließen. Die Untersuchung basiert auf

dem Vertrauen in die teilnehmenden Ärzte und deren exaktem Ausführen der Aufgaben der Studie. Zweifel an der Genauigkeit der Messungen können sich daraus ergeben. Außerdem konnten weder nonverbale Ausdrucksformen, wie Gesichtsausdruck oder Körperhaltung, erfasst, noch Hörsignale wie „hmhm“, „ja“, „weiter“ oder die Pausenlänge nach der Patientenrede beurteilt werden. Um eine exakte Messung und Begutachtung zu gewährleisten wäre eine videogestützte Aufzeichnung der Konsultationen nötig gewesen, so wie dies in der Eurokommunikationsstudie (Deveugele et al., 2002) der Fall war. Ein Aufwand dieser Art wäre jedoch für die vorliegende Studie nicht tragbar gewesen.

Die Auswahl der Krankheiten auf dem Fragebogen erschien im Nachhinein als nicht repräsentativ genug für Patienten einer hausärztlichen Praxis. Patienten „anderer“ Erkrankungen lagen mit N=80 deutlich über der Anzahl der Patienten mit den vorgegebenen Krankheitsbildern. Die Datenlage bezüglich der Morbidität im ambulanten Bereich ist bisher unbefriedigend. Die hier verwendeten Beispiele für chronischen Erkrankungen wurden ausgewählt, weil sie in der durchschnittlichen Population sehr häufig vorkommen, angelehnt an Morbiditätsanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der BRD 2004 (Abrechnungs-Daten-Transfer/ADT-Panel). Da es sich jedoch um Abrechnungsdaten handelt ist ihre Validität begrenzt. Nach den neusten Forschungsergebnisse der CONTENT Studie sind die häufigsten Beratungsergebnisse Infekte der oberen Atemwege, Tonsillitis, Sinusitis, Influenza, Zystitis und Rückenbeschwerden sowie chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus mit steigendem Alter (Kühlstein et al., 2008).

6.3 Die spontane Gesprächszeit und ihre Einflussgrößen

Die spontane Gesprächszeit von Patienten in Berliner Hausarztpraxen betrug im Durchschnitt 64 Sekunden. Die Länge der spontanen Gesprächszeit wird deutlich besser durch den Median (entsprechend 52 Sekunden) repräsentiert (siehe Abbildung 1) als durch das arithmetische Mittel (entsprechend 64 Sekunden), da der Mittelwert von einer Anzahl extrem langer Monologe beeinflusst wird (siehe Tabelle 3). Ein ähnlicher Unterschied wurde sowohl bei Rabinowitz und Marvel berichtet (Rabinowitz et al., 2004; Marvel et al., 1999). Es zeigte sich, dass die durchschnittliche spontane Gesprächszeit mit 64 Sekunden über 50 Prozent länger

dauerte, als die bisherigen, im hausärztlichen Rahmen durchgeführten Studien in den USA (Marvel et al., 1999), Israel (Rabinowitz et al., 2004) und Slowenien (Svab et al., 1993), wobei bei der letztgenannten Studie auch nur Folgegespräche gemessen wurden. In diesen Studien war eine durchschnittliche Redezeit von 30 Sekunden zu verzeichnen. Das Ergebnis erstaunt insofern, da Deutschland in der Eurokommunikationsstudie im Ländervergleich eine weniger emotionale und auf biomedizinische Sachverhalte bezogene Kommunikation mit den kürzesten und am stärksten vom Arzt dominierten Arzt-Patienten-Gesprächen darbot und Rückmeldungsmethoden wie beispielsweise „hmhm“ und andere Zeichen des Verstehens vergleichsweise wenig zu finden waren und der direkte Blickkontakt mit dem Patient bei den deutschen Ärzten am kürzesten anhielt (Van den Brink-Muinen et al., 2003). Schlussfolgerungen im Vergleich mit den USA, Israel und Slowenien sind schwer zu ziehen, da die Einflussfaktoren durch Verschiedenheiten kultureller Art, im Gesundheitssystem und der Rolle des Hausarztes, nicht ohne weiteres auf unsere Studie übertragen werden können. Vergleicht man die ermittelte mittlere spontane Gesprächszeit der Erstgespräche von 63 Sekunden (Tabelle 17) mit der mittleren spontanen Redezeit von 103 Sekunden, welche bei 20 Patienten mit Erstkontakt in der Praxisanalyse von Wolfgang Stunder in Zell a.H. ermittelt wurde (Stunder, 2004), tritt die spontane Gesprächszeit aus der vorliegenden Studie als deutlich geringer hervor. Bei einer näheren Betrachtung (Abbildung 11) erkennt man aus der vorliegenden Untersuchung jedoch auch, dass einige Erstgespräche zu deutlich längeren Gesprächszeiten bis zu 320 Sekunden beitrugen (siehe auch Tabelle 3). Die mittlere spontane Gesprächszeit der vorliegenden Studie liegt auch unter dem Durchschnitt poliklinisch organisierter Messungen von Blau und Langewitz (Blau, 1989; Langewitz et al., 2002). Die Kürze ist aber nicht überraschend. Blaus Patienten sprachen im Durchschnitt eine Minute und 40 Sekunden. Die gemessene Zeit bezog sich auf Arztbesuche bei einem Spezialisten für Neurologie, dem sich die Patienten ausführlicher mitteilen mussten. Auch bei Langewitz war der Hintergrund ein anderer. Hier wurden 92 Sekunden bei poliklinischen Patienten gemessen. Dem Hausarzt sind die meisten seiner Patienten bekannt. Konsultationen in der allgemeinmedizinischen Praxis beschäftigen sich zudem auch oft mit leichten Krankheitsbildern, Vorsorge und Besprechungen erfolgter und geplanter Untersuchungen. Diese Kontinuität des Arztbesuches kann zu sehr kurzen Schilderungen des Grundes für den Arztbesuch führen (Freeman et al., 2002). Es können aber auch eine große

Vielfalt an Problemen an den Hausarzt herangetragen werden, besonders von Patienten die sich dem Arzt zum ersten Mal anvertrauen oder aber an schweren chronischen Erkrankungen leiden.

Vierundsechzig Sekunden Zeit für die Problemschilderung eines Patienten, wäre selbst in einer vollen Praxis zu realisieren. Das vorliegende Ergebnis lässt die Schlussfolgerung zu, dass Patienten ihre Schilderungen nicht unverhältnismäßig ausdehnen. Andere Studien belegen, dass Patienten oft von selbst die Gesprächsdauer limitieren, aus der Annahme heraus, dass Ärzte sehr beschäftigt sind, keinen Wert auf ihre Meinung legen und die Zeit sehr begrenzt und wertvoll ist (Pollock und Grime, 2002; Scheibler et al., 2005). Ein Patient der Studienstichprobe verdeutlichte dies mit folgendem Kommentar: „Wenn ein Arzt meine Schilderung mit „ja ja ja..“ abwürgt, fühle ich mich gehemmt weiter zu reden obwohl ich noch mehr zu berichten hätte. Ich habe dann das Gefühl, dass er mich schnell los werden möchte, dass kein echtes Interesse da ist...“(siehe Anhang). Auch der durch mehrfache Klinikaufenthalte erfahrene Patient weiß, dass von ihm eine knappe, am Körperlichen orientierte Leidensschilderung in „Berichtsform“ erwartet wird (Lalouschek, 2002). Lange Wartezeiten rufen schon im Voraus bei vielen Patienten ein Gefühl von Zeit-Zuständigkeit hervor und hemmen das Ausmaß ihrer Offenlegungen wenn sie schließlich an der Reihe sind (Cape und McCulloch, 1999; Cromarty, 1996). Durch den Patientenkommentar: „Man muss selbst darauf achten nicht zu viel zu reden wenn das Wartezimmer voll ist“, wird diese Vermutung noch einmal verdeutlicht (siehe Anhang). Patienten vermeiden es auch teilweise über Probleme zu sprechen, weil sie denken, dass der Arzt ihnen nicht helfen kann. Sie haben Angst von emotional aufwühlenden Fragen überhäuft zu werden oder haben sich mit ihrer Situation schon abgefunden (Gulbrandsen et al., 1997). Psychosoziale Probleme werden oft versteckt ausgedrückt (Peltenburg et al., 2004). Es ist außerdem belegt, dass Ärzte sich im Laufe der Zeit an einen Konsultationsstil gewöhnen und es ihnen schwer fällt sich umzustellen (Huygen et al., 1992). Es ist daher anzunehmen, dass die für diese Studie rekrutierten Ärzte zwar höher motiviert waren und es wichtig fanden, den Patienten Zeit zu geben, dieses aber nonverbal nicht übermitteln konnten oder Pausen als zu lang empfanden und die Patientenrede vorzeitig als beendet erklärten. Die Patienten selbst gewöhnen sich an einen Arztstil und konnten sich deswegen möglicherweise auch nicht vollständig darauf einlassen

uneingeschränkt zu berichten (Hart, 1998). Der folgende Kommentar eines Patienten: „Ungewohnt, so lange reden zu können, aber gut. Mir ist wirklich noch mehr eingefallen“ verdeutlicht diese Annahme (siehe Anhang).

Ärzte sollten sich der vielfältigen Ursachen bewusst sein, den Patienten zum Gespräch ermutigen und ihnen das Gefühl geben von der Konsultation voll zu profitieren (Bell et al., 2001). Ausreichend Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch ist sehr wichtig, aber die Wahrnehmung der Zeitdauer, die beeinflusst wird durch die Art und Weise, wie Ärzte ihre Sprechstunde abhalten, ist ebenso von Bedeutung. Eine Zufriedenheit mit dem Arztgespräch scheint mehr mit der subjektiven Wahrnehmung der Zeitdauer assoziiert zu sein, als mit der tatsächlichen Gesprächsdauer (Ogden et al., 2004; Stunder et al., 2008). Durch folgenden Patientenkommentar: „Nur eine Minute habe ich geredet? Das kam mir viel länger vor!“ lässt sich diese Schlussfolgerung unterstreichen. Nicht die Dauer der Konsultation ist von Bedeutung, sondern die Tatsache, wie die verfügbare Zeit genutzt wird (Ogden et al., 2004; Martin et al., 1999). Patienten werden selber aktiver, wenn der Arzt einen die Teilnahme unterstützenden Gesprächsstil betreibt (Huygen et al., 1992). Diese Art der Kommunikation schätzt die Perspektive des Patienten und gibt ihm die Möglichkeit seine Bedürfnisse und Sorgen darzulegen (Street et al., 2005). Der Patientenkommentar: „Ich komme extra weil er sich Zeit nimmt und dann, nach dem er alles gehört hat, zielgerichtet fragt“ bekräftigt dies. Patienten die aktiv teilnehmen in dem sie ihre Sorgen ausdrücken und detailliert ihre Symptome schildern versorgen den Arzt außerdem mit wertvollen Informationen (Marvel et al., 1999; Roter, 2000). Aktive Patienten sind ferner zufriedener, halten zuverlässiger Behandlungspläne ein und erfahren eine schnellere Besserung ihrer Gesundheit als passive Patienten (Stewart, 1995; Huygen et al., 1992). Nach einer Studie von Anden bewerten die Patienten den Erfolg einer Arztkonsultation nicht vorsätzlich an einer verbesserten Symptomatik. Der eigentliche Erfolg ist das Gefühl zu Verstehen und verstanden zu werden, eine „gemeinsame Basis“ geschaffen zu haben (Anden et al., 2005). „Zuhören ist das Wichtigste– das ist die beste Therapie!“– ein Kommentar von einem der Patienten, bestärkt diese Annahme. Daher ist es wichtig, sensibel zu sein für die Art und Weise wie Patienten reden, sich entsprechend zu verhalten und zu reagieren (Anden et al., 2005). Ein stark kontrollierendes Verhalten des Arztes schränkt die Teilnahme des Patienten ein und kann ihn entmutigen (Street et al., 2005).

Natürlich gibt es auch Fürsprecher für ein Eingreifen in den Patientenmonolog: Beckmann und Frankel gaben zu bedenken, dass eine Unterbrechung den Patienten auch helfen könnte, sein Anliegen besser zu formulieren (Beckman und Frankel, 1984). Auch Marvel und Mitarbeiter fanden heraus, dass Ärzte mit Übung in Interviewtechniken dazu tendierten mit gezielten Fragen zu unterbrechen und dann eine Zusammenfassung zu ziehen (Marvel et al., 1999). Ein Unterbrechen oder Nichtunterbrechen der Patientenrede soll sich nach Dyche und Swiderski nicht darauf auswirken, wie gut man das Anliegen des Patienten erfasst, aber ein Versäumnis, überhaupt nach den Vorstellungen des Patienten zu Fragen, war mit einem verminderten Verständnis für die Probleme des Patienten assoziiert (Dyche und Swiderski, 2005).

Betrachtet man das Ergebnis der vorliegenden Studie und setzt dieses in ein Verhältnis zu einer durchschnittlichen Unterbrechungszeit von 19 Sekunden aus den drei erwähnten ausländischen Studien, wären die Patienten nur bei einem Drittel ihrer Berichtszeit unterbrochen worden. Bei der vorliegenden Untersuchung ging es jedoch nicht darum möglichst rasch zu einer fundierten Diagnose zu gelangen, sondern den Patienten in seinem Anliegen und aus seinem Lebenskontext heraus zu verstehen und Wert auf die Entwicklung eines emotionalen Verständnisses zu legen. Werden Patientenäußerungen in Einzelbeschwerden zerlegt und seine Deutungen und Auslegungen außen vor gelassen, gelingt es kaum die Lebens- und Leidensgeschichte des Patienten zu verstehen. Diese Art von Gesprächsführung ist nicht auf eine ganzheitliche Beschwerdeerfassung ausgerichtet und fördert das Phänomen des von Böker beschriebenen „fragmentierten Patienten“: Die Wahrnehmung des Kranken bleibt dabei unvollständig und eingeschränkt (Böker, 2003). Dies widerspricht auch dem Ursprung des Wortes „heil machen“ im Sinne von „vollständig machen“, abgeleitet von „hal“ aus dem „Anglosaxon“ (Grondin, 2003). Ärzte sollten wissen, wann es an der Zeit ist zu reden und noch wichtiger, wann nicht. Die Geschichte des Patienten ist die seine (Rizo et al., 2002). Auch wenn mehr Beteiligung zu längeren Konsultationen führen kann (Kaplan et al., 1995; Deveugele et al., 2004), zeigen andere Studien, dass ein Vermeiden von Unterbrechungen und Verantwortlichkeit gegenüber dem Anliegen des Patienten das Gespräch nicht notwendigerweise verlängert (Marvel et al., 1998; Bergh, 1996) und dass dieses selbst im Rahmen einer geschäftigen Praxis umzusetzen wäre (Levinson et al.,

2000). Es wurde zudem belegt, dass Ärzte die ihre Aufmerksamkeit auch auf psychische Belastungen richten, dabei nicht beschäftigter und genauso zufrieden und erschöpft sind wie andere Ärzte, die das nicht tun. Es wird demnach im Allgemeinen nicht mehr Zeit und Energie verwendet, wenn man sich psychischer Anliegen annimmt (Zantinge et al., 2006). Die Angst vor ausufernden Erzählungen ist unbegründet. Patienten suchen den Arzt nicht auf um zu plaudern, sondern weil sie konkrete Unterstützung suchen. Der Arzt muss sich seinen Redeanteil nicht erkämpfen (Schwantes, 2006).

Als Besonderheit im Vergleich zu den bisherigen Studien zur Redezeit von Patienten wurden in dieser Untersuchung verschiedene Einflussgrößen auf die spontane Gesprächszeit der Patienten analysiert. Die dargestellten Einflussfaktoren des Arztes und der Patienten waren voneinander unabhängig und deswegen auch miteinander vergleichbar. Es ergaben sich daraus folgende Einwirkungen in Hinblick auf die spontane Gesprächszeit:

6.3.1 Der Einfluss der Patientencharakteristika

Einflüsse von Alter, Geschlecht, Bildungs- und Berufsabschluss der Patienten auf ihre spontane Gesprächszeit wurden in der Studie untersucht. Es stellte sich heraus, dass die spontane Gesprächszeit deutlich mit dem Alter der Patienten korrelierte. In einer linearen Regressionsanalyse zeigte sich eine sehr geringe Zunahme der spontanen Gesprächszeit bei steigendem Alter (siehe Tabelle 10 und Tabelle 13). Damit konnte die vorliegende Studie den von Svab und Langewitz festgestellten Zusammenhang zwischen älteren Patienten und längeren spontanen Gesprächszeiten bekräftigen (Svab et al., 1993; Langewitz et al., 2002). Längere spontane Gesprächszeiten älterer Patienten sind aufgrund vielschichtiger Beschwerden mit oft multiplen chronischen Erkrankungen nachvollziehbar. Im Patientenkollektiv dieser Studie waren die 56- bis 75-jährigen am häufigsten vertreten. Bei der Analyse von Patienten besonders langer spontaner Redezeiten (siehe Tabelle 3), waren vier der sieben Patienten über 65 Jahre und wiesen verschiedene chronische Erkrankungen auf. Eine Zunahme in der Gesamtlänge von Konsultationen wurde auch in der Studie von Deveugele beschrieben (Deveugele et al., 2002). Andere Untersuchungen berichten über längere Gesprächszeiten bei Frauen mittleren Alters, gefolgt von älteren Patientinnen (Carr-Hill et al., 1998) bis hin

zu gleichen Gesprächszeiten über alle Altersklassen (Lo et al., 2005; (siehe dazu auch Absatz 2.2.2)). Eine Befangenheit gegenüber dem Arzt wird jedoch sowohl bei jungen Patienten (Bell et al., 2001) als auch bei älteren Patienten beschrieben (Robinson und Thomson, 2001), so dass man demnach eine Zurückhaltung selbst bei einer ermöglichten uneingeschränkter Redezeit vermuten könnte. Hier kann man eine Dominanz des Arztbildes vermuten, bei dem allein medizinische Sachverhalte vorherrschen.

Aus Tabelle 11 wird deutlich, dass das Geschlecht als Merkmal nicht mit der spontanen Gesprächszeit korreliert. Es gibt keine Unterschiede in der mittleren spontanen Gesprächszeit von Männern oder Frauen. Dies dokumentiert auch die Studie von Svab und Langewitz (Svab et al., 1993; Langewitz et al., 2002). Es zeigt sich damit eine Diskrepanz zu den allgemeinen Beobachtungen aus Absatz 2.2.2, in denen längere Redezeiten von weiblichen Patienten in ärztlichen Konsultationen beschrieben wurden. Es wurde dabei aus verschiedenen Studien deutlich, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine aktivere Rolle im Gespräch übernehmen und mehr reden (Kroenke und Spitzer, 1998). Konsultationen von weiblichen Patienten dauern länger (Carr-Hill et al., 1998; Britt et al., 2005; Deveugele et al., 2002). In der vorliegenden Studie wurde die Gesamtlänge der Konsultation nicht erfasst, so dass ein eventueller Unterschied zwischen Männern und Frauen in der gesamten Redezeit nicht beurteilt wurde. Aus der Übereinstimmung der mittleren spontanen Redezeit bei Männern und Frauen könnte man annehmen, dass Frauen erst im Lauf des Gespräches ein Vertrauensverhältnis zu dem Arzt aufbauen und erst im weiteren Verlauf mehr berichten. In der Ausreißeranalyse zeigte sich zumindest sehr deutlich: Sechs der acht Ausreißer waren Frauen (siehe Tabelle 3). Studien, die eine längere Gesprächszeit von Patientinnen aufwiesen, zeigen außerdem, dass Patientinnen auch mehr mit Ärztinnen als mit Ärzten sprechen (Hall und Roter, 2002), jenen mehr Informationen geben (Roter et al., 1991) und diese auch gegenüber ihren männlichen Kollegen bevorzugen (Gray, 1982). Diesen Zusammenhang konnte die vorliegende Studie bestätigen und in Abbildung 10 darstellen: Weibliche Patienten redeten bei Ärztinnen im Durchschnitt zwölf Sekunden länger als bei ihren männlichen Kollegen. Bei den männlichen Patienten ließ sich hingegen kein Unterschied in der spontanen Gesprächszeit hinsichtlich des Arztgeschlechtes

ableiten. Eine Bevorzugung eines der beiden Geschlechter für die Arztkonsultation war hingegen nicht zu erkennen (siehe Tabelle 16).

Das Merkmal "Bildungsgrad" korrelierte nicht mit der spontanen Gesprächszeit (siehe Tabelle 12), so wie es auch in der Studie von Langewitz beobachtet wurde (Langewitz et al., 2002). Auch in der Studie von Deveugele über die Gesamtdauer von Konsultationen ist keine Korrelation des Bildungsgrades festgestellt worden (Deveugele et al., 2002). In einer weiteren Analyse wurden Alter, Bildung und die spontane Gesprächszeit mit Hilfe einer linearen Regression verglichen. Dabei wurde zusätzlich deutlich, dass der Faktor Bildung keinen Einfluss ausübt (Tabelle 13). Damit lassen sich Ergebnisse anderer Forschungen über das Gesprächsverhalten im Zusammenhang mit dem Patientenbildung nicht stützen (siehe auch Absatz 2.2.2). Hier wird einerseits beschrieben, dass Patienten aus den höheren sozialen Schichten aktiver kommunizieren (Street, 1991) und im Gegensatz zu Patienten aus niedrigeren Bildungsniveau mehr reden (Deveugele et al., 2002) sowie ferner, dass junge weibliche Patienten mit niedriger Schulbildung ihre Anliegen oft nicht zum Ausdruck bringen können (Graugaard et al., 2005). Diese Ergebnisse hätten längere spontane Gesprächszeiten bei höherer Bildung vermuten lassen. Im Gegensatz dazu verzeichnen andere Arbeiten bei höher gebildeten Patienten sowohl eine verminderte Beteiligung (Kaplan et al., 1995) als auch weniger emotionales Interesse am Arzt-Patienten-Gespräch (Ben-Sira, 1980) und hätten damit kürzere spontane Gesprächszeiten vermuten lassen.

6.3.2 Der Einfluss der Arztcharakteristika

Der Einfluss vom Alter und Geschlecht der teilnehmenden Ärzte auf die spontane Gesprächszeit ihrer Patienten wurde untersucht. Dabei zeigte sich, dass Patienten kürzere spontane Gesprächszeiten aufwiesen, je älter ihr Hausarzt war (siehe Tabelle 14). Daraus kann abgeleitet werden, dass durch ein eventuell schon langjähriges Arzt-Patienten-Verhältnis, eine Gewöhnung an den Konsultationsstil erfolgte (Hart, 1998). Die Patienten können sich nicht so schnell an eine veränderte Gesprächsführung anpassen und nicht vollständig uneingeschränkt berichteten. Außerdem müssen hier sicherlich eine gewisse Ehrfurcht vor erfahrenen älteren Ärzten und hierarchische Rollenverständnisse berücksichtigt werden. Der Einfluss des Arztalters und Arztgeschlechts auf die spontane Gesprächszeit wurde bisher in

vergleichbaren Studien nicht untersucht. Eine Studie berichtet über eine deutlich längere Gesamtdauer von Konsultationen bei Ärztinnen als bei jüngeren und männlichen Kollegen (Britt et al., 2005). Eine andere Arbeit hingegen, stellt keine Einwirkung von Arztgeschlecht und -Alter auf die gesamte Gesprächsdauer fest (Deveugele et al., 2002).

Das Arztgeschlecht ist in zahlreichen Studien über das Arzt-Patienten-Verhältnis ein Thema (siehe Abschnitt 2.2.1) und macht deutlich, dass Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen, ihren Patienten mehr zuhören (Deveugele et al., 2002; Van den Brink-Muinen et al., 1998), herzliche nonverbale Verhaltensweisen zeigen, die den Patienten ermuntern sich zu öffnen (Arnold et al., 1988; Roter et al., 2002) und in einem höheren Maße die Gefühle ihrer Patienten akzeptieren (Mendez et al., 1986). Hieraus wäre eine längere spontane Gesprächszeit bei weiblichen Ärzten zu erwarten gewesen. In dieser Studie konnte allerdings keine Korrelation zwischen Arzt- und Patientengeschlecht zur spontanen Gesprächszeit festgestellt werden (Tabelle 15). Durch eine deskriptive Statistik wurde jedoch deutlich, dass weibliche Patienten bei Ärztinnen im Durchschnitt zwölf Sekunden länger redeten als bei ihren männlichen Kollegen. Männliche Patienten zeigten kein Unterschied in der spontanen Gesprächszeit bezüglich des Arztgeschlechtes (siehe Abbildung 10). Auf diese Weise lassen sich die Ergebnisse der oben erwähnten Studien unterstreichen. Das Verhalten der Patienten spiegelt oft das des Arztes wieder (Hall und Roter, 2002). Weibliche Patienten reden bei weiblichen Ärzten mehr und geben mehr Informationen preis (Roter et al., 1991). Sprechen weibliche Patienten mit weiblichen Ärzten, wird im Durchschnitt eine Minute zur gewöhnlichen Gesprächslänge addiert (Carr-Hill et al., 1998). Männliche Patienten äußern ihre Anspannung und Sorgen weniger als weibliche Patienten und erfahren auch weniger Gefühlsbezeugungen von ihrem Arzt (Stewart, 1984). In der vorliegenden Studie bekamen männliche und weibliche Patienten die gleiche Möglichkeit sich auszudrücken und interessanterweise bestand dieser Unterschied weiterhin fort. Kulturelle Faktoren, die bei Frauen zu einer größeren Ausdrucksfähigkeit führen, sowie Geschlechterunterschiede in der sozialen Rolle und Verantwortung werden hierfür beschrieben (Verbrugge, 1985). Weibliche Patienten scheinen außerdem weibliche Ärzte zu bevorzugen (Gray, 1982) und männliche Patienten zeigen im Gesprächsverhalten bei männlichen Ärzten am wenigsten Teilnahme (Kaplan et al., 1995). In der hier vorliegenden Studie gab sich keine Präferenz zu einem der Arzt

Geschlechter zu erkennen (Tabelle 15). Das Registrieren der Berufserfahrung und die Dauer der Niederlassung der einzelnen Ärzte eröffnete weitere interessante Aspekte: Der älteste Arzt (57 Jahre), mit der längsten Berufserfahrung von 31 Jahren und einer Niederlassung seit 1993, wies die kürzeste spontane Gesprächszeiten von 39 Sekunden auf. Bei dem jüngsten teilnehmenden Arzt (40 Jahre), mit der geringsten Berufserfahrung und einer Niederlassung seit 2002, lagen die zweitlängsten spontanen Gesprächszeiten von 78 Sekunden vor. Unter den weiblichen Ärzten war das Gegenteil zu vermerken: Hier wurde von der ältesten teilnehmenden Ärztin (48 Jahre), mit der längsten Berufserfahrung von 22 Jahren und einer Niederlassung seit 1991, die drittlängste spontane Gesprächszeit gemessen (76 Sekunden). Die längste spontane Gesprächszeit von 84 Sekunden, ergab sich bei einem Arzt, der in seinem Alter (45 Jahre), seiner Berufserfahrung (21 Jahre) und Niederlassungszeit der Ärztin entsprach. Diese Feststellungen lassen nur sehr vage Vermutungen über den Einfluss einer längeren Berufserfahrung und Niederlassungszeit zu. In Hinblick auf den ältesten Arzt könnte man annehmen, dass eine Vielzahl an Erfahrungen mit Patienten zu einem sehr direkten Gesprächsstil führen und die Patienten sich an diesen Stil anpassen (Huygen et al., 1992). Bei langjährigen Patientenkontakten wurde jedoch auch eine Entwicklung von einem initial vom Arzt dominierten und auf eine gesetzte Aufgabe fokussierenden Gespräch, in Richtung einer am Patienten orientierten Gesprächsform beobachtet (Graugaard et al., 2005). Eine solche Entwicklung könnte man bei der ältesten Ärztin und dem Arzt mit der längsten spontanen Gesprächszeit konstruieren. Bei weniger erfahrenen, jüngeren Ärzten, wäre jedoch auch eine vermehrte Flexibilität im Gespräch mit den Patienten anzunehmen. Jenes könnte wiederum dazu führen, dass Patienten mehr Raum bekommen, von sich zu erzählen. In dieser Studie kann man diese Annahme durch das Beispiel des jüngsten Arztes mit der zweitlängsten spontanen Gesprächszeit stützen. Hinzu kommt das Beispiel des Arztes mit der längsten spontanen Gesprächszeit. Dieser ist auch als in der Lehre tätig und demnach vielleicht geübter in Beratungs- und in Kommunikationsfertigkeiten. Dieses Beispiel bestätigt Aussagen über unterschiedliche Kommunikationsstile von Ärzten, die in der Gesprächsführung bezüglich eines offenen Gesprächsbeginns und dem Fördern der freien Patientenrede geübt sind im Vergleich zu anderen Ärzten (Marvel et al., 1999; Maguire und Pitceathly, 2002).

Beobachtungen zur Praxisauslastung ließen hinsichtlich eines Einflusses auf die spontane Gesprächszeit keine klaren Schlussfolgerungen zu. Die Praxen mit den kürzesten spontanen Gesprächszeiten in Schöneberg und Weissensee, hatten im Durchschnitt weniger Patientenkontakte (200 und 250 pro Woche) als die Praxen mit den längsten und drittlängsten spontanen Gesprächszeiten in Kreuzberg und Lichtenberg (300 und 350 Patientenkontakte pro Woche). Die Gemeinschaftspraxis in Pankow/Prenzlauer Berg mit den zweitlängsten spontanen Gesprächszeiten, hatte jedoch die wenigsten Patientenkontakten pro Woche (je 100 und 150) und lange Bestellzeiträumen von 30 Minuten (siehe Tabelle 21). In der Kreuzberger Praxis suchten die Patienten den Arzt ohne Bestelltermin auf. Auch in Charlottenburg war das der Fall. Hier lag jedoch bei einer Patientenanzahl von 280 pro Woche die spontane Gesprächszeit 20 Sekunden unter der in Kreuzberg gemessenen Zeit. Damit sind diese Resultate konform zu Studien über die Beziehung zwischen Konsultationszeit, Patientenanzahl und Arbeitslast, die der Patientenliste auch keinen bedeutenden Einfluss zusprachen– es sei denn die Liste war extrem voll oder klein (Butler und Calnan, 1987; Knight, 1987). Längere Buchungsintervalle werden jedoch als hilfreich für den Arzt selbst angesehen (Wilson et al., 1991). Vor allem in kleineren Praxen mit einem engen und vertrauten Arzt Patientenverhältnis (Howie et al., 1999) sind sie vorteilhaft für eine ausführlichere und patientenzentrierte Arztkonsultation (Wilson und Childs, 2002; Morrell et al., 1986).

Ein Interesse an Kommunikation und eine Motivation zur Teilnahme muss bei allen teilnehmenden Ärzten vorausgesetzt werden. In der Befragung zur Bedeutung der spontanen Gesprächszeit am Ende der Studie, empfanden es die Mehrzahl der Ärzte als sehr wichtig, den Patienten zu Beginn des Arztgespräches spontan erzählen zu lassen. Das erklärte auch der Arzt, bei dem die kürzesten spontanen Gesprächszeiten gemessen worden. Die Überzahl war der Meinung, sehr viele oder viele wichtige Hinweise durch diese Studie erhalten zu haben. Nur eine Ärztin fand die Hinweise kaum wichtig. Den Ärzten mit langen spontanen Redezeiten fiel diese Art der Gesprächsführung sehr leicht (siehe Tabelle 23). Trotz der unterschiedlich langen spontanen Redezeiten ihrer Patienten unterschieden sich die Ärzte kaum in ihren Antworten.

6.3.3 Der Einfluss der Gesprächscharakteristika

6.3.3.1 Erst- oder Folgegespräch

In der hier vorliegenden Studie wurde unterschieden, ob die Patienten zu einem Erst- oder Folgegespräch bei dem jeweiligen Arzt erschienen. Dabei wurde deutlich, dass drei Viertel der Patienten wiederholt ihren Arzt aufsuchten und ihm somit bekannt waren und ein Viertel der Patienten für den Arzt neue unbekannte Patienten darstellten. Man könnte vermuten, dass neue Patienten mehr Zeit beanspruchen. Studien zeigen jedoch, dass dieser Unterschied oft nur wenige Sekunden ausmacht (Scheibler et al., 2005; Niederer, 2006; (siehe auch Abschnitt 2.2.4)). Auch in der spontanen Gesprächszeit zeigte sich im Durchschnitt kein großer Unterschied. Die Redezeit der Erstgespräche lag mit 63 Sekunden sogar knapp unter der der Folgegespräche mit 65 Sekunden. Bei einer näheren Untersuchung zeigt sich jedoch, dass die längsten Gesprächszeiten vor allem durch Erstgespräche hervorgerufen wurden (siehe Abbildung 11). Dieses Resultat bestätigt Studien über eine etwas längere Gesprächsdauer bei vorher unbekannten Patienten (Morrell und Roland, 1987). Es lassen sich somit die Annahmen aus Absatz 2.2.4 bestätigen. Mit diesem Ergebnis untermauert die vorliegende Studie die Schlussfolgerung von Rabinowitz über längere spontane Gesprächszeiten bei unbekannten Patienten. In seiner Studie wurde eine Verdopplung in der spontanen Gesprächszeit bei unbekannten Patienten festgestellt (Rabinowitz et al., 2004). Auch wenn der Unterschied in den Redezeiten bei der vorliegenden Studie weniger stark ausgeprägt war, lassen sich die Schlussfolgerung von längeren Redezeiten bei unbekanntem Patienten hiermit bestätigen. Die beiden längsten spontanen Gesprächszeiten waren Folgegespräche von chronisch Erkrankten (Tabelle 3). Das vorliegende Ergebnis von durchschnittlich langen Folgegesprächen und überrascht nicht, denn es wurde bereits in der Literatur berichtet, dass Patienten mit schweren Diagnosen mehr Zeit beanspruchen und Ärzte dabei weniger sprachlich dominieren (Graugaard et al., 2005; (siehe 6.3.3.2)). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigte sich kaum ein Unterschied bei Erst- und Folgegesprächen (siehe Abbildung 7). Frauen gehen zwar häufiger zum Arzt als Männer, ihr Anteil an Erst- und Folgegesprächen ist jedoch fast gleich. Eine Tendenz zu etwas mehr Folgegesprächen bei den Frauen und zu etwas mehr Erstgesprächen bei den Männern war jedoch zu verzeichnen. Studien beschreiben, dass die meisten medizinischen Symptome überwiegend bei Frauen auftreten (Kroenke und Price, 1993) und Frauen auch weniger zurückhaltend im

aufsuchen medizinischer Versorgung sind (Wool und Barsky, 1994), was mit diesem Ergebnis zu bestätigen wäre. Betrachtet man die Verteilung auf Erst- und Folgegespräche hinsichtlich des Alters, so war ein deutliches Überwiegen älterer Patienten bei den Folgegesprächen zu erkennen (siehe Abbildung 8). Die Anzahl der Beschwerden nimmt im Alter zu und ältere Patienten müssen deswegen häufiger wiederholt zum Arzt. Die Überalterung der Bevölkerung wird absehbar zu größerer Multimorbidität führen. Eine Überzahl älterer Patienten in der Gesamtstichprobe lag den Erwartungen entsprechend vor (siehe Abbildung 2).

6.3.3.2 Akute oder chronische Erkrankungen

In dieser Studie wurde die Mehrzahl der Patienten, 44 Prozent, wegen einer chronischen Erkrankung beim Hausarzt vorstellig. Eine Vielzahl, 36 Prozent, kam jedoch auch aufgrund eines akuten Leidens. Sowohl chronisch als auch akute Erkrankte waren dabei zu 18 Prozent vertreten (siehe Tabelle 8). Die häufigste chronische Erkrankung war der Hypertonus. Die acht auf dem Fragebogen vorgegebenen chronischen Krankheitsbilder kamen selten und wahrscheinlich eher im Rahmen multipler Erkrankungen vor.

Die Auswertung der erhobenen Daten ergab, dass die akut Erkrankten im Durchschnitt 53 Sekunden sprachen, chronisch Erkrankte fast 70 Sekunden und die multipel chronisch Erkrankten sogar 76 Sekunden. Bei der Ausreißeranalyse finden wir drei Erstkontaktpatienten mit akuten Erkrankungen und fünf Folgekontaktpatienten mit chronischen Erkrankungen. Vier davon waren mehrfach erkrankt. Das sind deutliche Hinweise, dass eine extrem lange spontane Gesprächszeit oft der Komplexität multipler chronischer Erkrankungen bei Folgegesprächen geschuldet ist oder aber der Darstellung einer akuten Krankheit bei einem Erstgespräch. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend und auch andere Studien beschreiben längere Konsultationen bei chronisch Erkrankten (Britt et al., 2005). Die Krankheitsschwere des Patienten beeinflusst das Arztgespräch (Hall et al., 1996) und Ärzte fokussieren bei schwer erkrankten Patienten oft stärker auf dessen Sorgen und streben ein partnerschaftliches Verhältnis an, nehmen sich mehr Zeit und sind sprachlich zurückhaltender (Graugaard et al., 2005). Chronische Erkrankungen stellen eine komplexere Behandlungssituation und eine Herausforderung für den Arzt dar, insbesondere mehrfach chronische Erkrankungen. Die längsten spontanen

Gesprächszeit bei multiple chronisch Erkrankten war zu erwarten und lies sich hiermit bestätigen.

6.3.4 Relevanz der Fragestellung und Zukunftsperspektive

Für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung ergibt sich folgende Konsequenz: Interaktionelle Kompetenz, im Sinne eines Trainings in patientenzentrierter Gesprächstechnik sollte ein wesentlicher Bestandteil in Schulungs- und Trainingsprogrammen sein mit dem Ziel, Gespräche zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern, sich in Geduld zu üben für die Themen, Assoziationen und Reflexion der Patienten und zur Erweiterung der krankheitsorientierten Perspektive um die der Patientenbedürfnisse (Terzioglu et al., 2003). Dem Patienten sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, seine Anliegen, Sorgen und Bedenken umfassend zu schildern. Damit könnte es dem Arzt möglich werden, ihm Perspektiven zu eröffnen, die in seinem Leben des Patienten auch wirklich umzusetzen sind. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird umso ergiebiger sein, je besser der Arzt in der Lage ist, die freie Aussage des Patienten zu fördern. Genauso wie es Wolf Langewitz in einem Interview ausdrückte: „Jeder Arzt kann es lernen, seinen Patienten Raum zu geben, damit sie sich als Individuen darstellen können, eine gewisse Neugierde am Menschen vorausgesetzt“ (Flintrop und Gerst, 2008). Eine deutsche Studie über den „Gesundheitsfaktor Zuhören“ zeigte, dass 85 Prozent der Befragten die Qualität der Kommunikation für den Behandlungserfolg als „sehr bedeutsam“ bzw. „bedeutsam“ ansahen. Die wenigsten hätten jedoch ihre kommunikativen Fähigkeiten im Medizinstudium erworben. Neben der ungenügenden Ausbildung in Gesprächsführung nannten 46 Prozent den Zeitdruck in der Praxis, 29 Prozent das Vergütungssystem in Deutschland und zwölf Prozent die Arbeitsorganisation als das größte Hindernis für gekonntes Zuhören (Hemmer-Schanze und Fießl, 2006).

Diejenige Zeit, die eventuell durch eine Förderung der Patientenrede aufgewendet werden müsste, könnte im Endeffekt durch eine Zeit-Ersparnis zu einem späteren Zeitpunkt kompensiert werden, indem weniger häufige Arztkonsultationen und bessere Compliance erreicht würden. Diese Studie hat diese Folgen nicht überprüft, weshalb weitere empirische Forschungen hierzu wünschenswert wären. Es wird daher sehr wichtig und weiterhin notwendig sein, eine Verbindung zwischen gelungener Kommunikation und einer effektiven und damit kostengünstigen

Behandlung wissenschaftlich nachzuweisen. Der kranke Mensch muss im Mittelpunkt stehen hieß es in einem erst neulich erschienen Artikel im Deutschen Ärzteblatt zum „Ulmer Papier“–Dort wird auf die Individualität der Patienten-Arzt-Beziehungen hingewiesen und hervorgehoben, dass ärztliches Handeln stets an der Individualität des erkrankten Menschen ausgerichtet sein müsse (Flintrop, 2008).

7 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Diese Studie untersucht die spontane Gesprächszeit von Patienten und ihre Einflussgrößen. Patienten teilen bereits mit den ersten Äußerungen wichtige Aspekte ihrer aktuellen Beschwerden und ihrer Krankengeschichte mit und werden von ihren Ärzten aus Sorge, durch einen Redeschwall des Patienten überrollt zu werden, im Durchschnitt schon nach 19 Sekunden unterbrochen. Wenn man Ärzte befragt, wie lang Patienten ungehindert reden würden, rechnen sie mit einer durchschnittlichen Gesprächszeit von dreieinhalb Minuten. Im Rahmen einer nicht randomisierten Survey– Studie wurden Daten von 501 Patienten aus sechs Berliner Hausarztpraxen aus verschiedenen Stadtteilen erhoben. Mittels Stoppuhr wurde die „spontane Gesprächszeit“ gemessen, nachdem der Patient zum Erzählen aufgefordert und so lange nonverbal und durch Hörersignale ermuntert wurde, bis er von sich aus den Arzt aktiv in das Gespräch einbezog. Zusätzliche Parameter zu Patient und Arzt wurden anhand von Fragebögen erhoben und deskriptiv statistisch ausgewertet. Die spontane Redezeit von Patienten betrug im Durchschnitt 64 Sekunden (Median 52 Sekunden). Die spontanen Gesprächszeiten betragen bei Erstgesprächen 63 Sekunden und bei Folgegesprächen 65 Sekunden.

Folgende Patientencharakteristika hatten einen Einfluss: Die spontane Gesprächszeit nahm mit steigendem Alter der Patienten zu. Akut Erkrankte zeigten kurze spontane Gesprächszeiten von 53 Sekunden; chronisch Erkrankte sprachen fast 70 Sekunden und multipel chronisch Erkrankte 76 Sekunden. Charakteristika der teilnehmenden Ärzte ergaben folgendes Bild: Mit steigendem Alter des Arztes nahm die spontane Gesprächszeit der Patienten ab. Außerdem redeten weibliche Patienten bei Ärztinnen im Durchschnitt zwölf Sekunden länger als bei den männlichen Kollegen. Männliche Patienten zeigten hinsichtlich des Arztgeschlechtes keinen Unterschied in ihrer spontanen Gesprächszeit. Von den Stadtteilen war die Praxis in Kreuzberg mit einer spontanen Gesprächszeit von 84 Sekunden an der Spitze, gefolgt von der Lichtenberger Praxis mit 76 Sekunden und der Gemeinschaftspraxis Pankow/ Prenzlauer Berg mit 72 Sekunden. Unter dem Mittelwert von 64 Sekunden lagen die Praxen der Bezirke Charlottenburg (62 Sekunden), Weißensee (55 Sekunden) und Schöneberg mit der kürzesten spontanen Gesprächszeit von 39 Sekunden.

Unterschiede in Sprache und Kultur schien einen Einfluss auf die durchschnittliche Länge der Patientenmonologe auszuüben, denn die durchschnittliche spontane Gesprächszeit war mit 64 Sekunden über 50 Prozent länger als die bisherigen, im hausärztlichen Rahmen durchgeführten Studien in den USA, Israel und Slowenien. Längere Monologe waren hingegen in poliklinisch organisierten Messungen der Fall sowie in einer deutschen Praxisanalyse von 20 Erstgesprächen.

Patienten überstrapazieren den ihnen gewährten Zeitrahmen in der Regel nicht. Ärzte müssen sich ihren Redeanteil nicht durch frühes Eingreifen sichern und gehen kein Risiko ein, wenn sie den Redefluss der Patienten zu Beginn des Arztgespräches nicht abbrechen. Die Angst vor ausufernden Erzählungen ist unbegründet. Eine Minute zuhören reicht im Durchschnitt aus. Das ist auch in einer vollen Praxis zu realisieren. Dem Patienten kann die Möglichkeit eingeräumt werden, seine Anliegen, Sorgen und Bedenken zu schildern. Damit gewinnt der Arzt Perspektiven, die ihm im Sinne des Patienten die Handlungsspielräume erweitern.

8 Literaturverzeichnis

Anden, A.; Andersson, S. O. und Rudebeck, C. E. (2005): Satisfaction is not all-patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. BMC.Fam.Pract. 6, Seite 43.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit., DGVT-Verlag, Tübingen.

Arnold, R. M.; Martin, S. C. und Parker, R. M. (1988): Taking care of patients-does it matter whether the physician is a woman? West J Med. 149 [6], Seite 729-33.

Bahrs, O. (2000):Patientenzentrierung in der hausärztlichen Praxis- eine europäische Vergleichsstudie. 3. Symposium der Akademie für patientenorientierte Medizin (APAM).

Balint, M. (1957): The doctor, his patient and the illness. Tavistock, London

Balint, E. und Norell J.S. (1973): Six Minutes for the Patient: interactions in general practice consultation. Tavistock, London.

Bang, R. (1968): Das gezielte Gespräch. E. Reinhardt-Verlag, München.

Barr, D. A. (2004): A time to listen, Ann.Intern.Med. 140 [2], Seite 144.

Barry, C. A.; Bradley, C. P. et al. (2000): Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ. 320 [7244], Seite 1246-50.

Barsky, A. J. (1981): Hidden reasons some patients visit doctors. Ann Intern Med. 94, Seite 492-8.

Beckman, H. B. und Frankel, R. M. (1984): The effect of physician behavior on the collection of data. Ann.Intern.Med. 101 [5], Seite 692-6.

Bell, R. A.; Kravitz, R. L.; Thom, D.; Krupat, E. und Azari, R. (2001): Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. Arch Intern Med. 161 [16], Seite 1977-84.

Ben-Sira, Z. (1980): Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory. J Health Soc Behav. 21 [2], Seite 170-80.

Bensing, J. (2000): Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient.Educ.Couns. 39 [1], Seite 17-25.

Bergh, K. D. (1996): Time use and physicians' exploration of the reason for the office visit. Fam.Med. 28 [4], Seite 264-70.

Bergmann, E.; Kalcklosch, M. und Tiemann, F. (2005): Public health care utilisation. Initial results of the Telephone Health Survey 2003. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 48 [12], Seite 1365-73.

Blau, J. N. (1989): Time to let the patient speak. BMJ 298, Seite 39.

Blumenthal, D. et al. (1999): The duration of ambulatory visits to physicians. J Fam.Pract. 48 [4], Seite 264-71.

Böker, W. (2003): Arzt-Patient-Beziehung. Der fragmentierte Patient. Dtsch Arztebl 100, Ausgabe 1-2 vom 06.01.2003 Seite A24.

URL:<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=35041>

Britt, H. C.; Valenti, L. und Miller, G. C. (2005): Determinants of consultation length in Australian general practice. Med J Aust. 183 [2], Seite 68-71.

Burack, R. C. und Carpenter, R. R. (1983): The predictive value of the presenting complaint. J Fam Pract. 16, Seite 749-54.

Butler, J. R. und Calnan, M. W. (1987): List sizes and use of time in general practice. Br.Med J (Clin.Res.Ed). 295 [6610], Seite 1383-6.

Byrne, P. S. and Long, B. (1976): Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. Her Majesty`s stationery office, London.

Cape, J. und McCulloch, Y. (1999): Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. Br.J.Gen.Pract. 49 [448], Seite 875-9.

Cape, J. (2002): Consultation length, patient-estimated consultation length and satisfaction with the consultation. Br.J.Gen.Pract. 52 [485], Seite 1004-6.

Carr-Hill, R.; Jenkins-Clarke, S.; Dixon, P. und Pringle, M. (1998): Do minutes count? Consultation lengths in general practice. J Health Serv.Res.Policy. 3 [4], Seite 207-13.

Centor, R. M. (2007): Seek first to understand. Philos.Ethics Humanit.Med. 2, Seite 29.

Charles, C.; Gafni, A. und Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc.Sci.Med. 44 [5], Seite 681-92.

Clothier, C. M. (1988): The patient's dilemma. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Cooke, F.; Galasko, G. et al. (1996): Medical students in general practice: how do patients feel? Br.J Gen Pract. 46 [407], Seite 361-2.

Cromarty, I. (1996): What do patients think about during their consultations? A qualitative study. Br.J Gen.Pract. 46 [410], Seite 525-8.

Daniel, S. L. (1986): The patient as text: a model of clinical hermeneutics. *Theor.Med.* 7 [2], Seite 195-210.

Davenport, S. et al. (1987): How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet* 2 [8556], Seite 439-41.

De Maeseneer J.M., Van Driel M.L. (2003): The need for research in primary care. *Lancet* 362 [9392], Seite 1314-9.

Deveugele, M.; Derese, A.; Van den Brink-Muinen, A.; Bensing, J. und De, Maeseneer J. (2002): Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ.* 325 [7362], Seite 472.

Deveugele, M.; Derese, A.; De Bacquer, D.; van den Brink-Muinen, A.; Bensing, J. und De Maeseneer, J. (2004): Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient.Educ.Couns.* 54 [2], Seite 227-33.

Dugdale, D. C. und Epstein, R. M. (1999): Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 14 [Suppl 1], Seite 34-40.

Dyche, L. und Swiderski, D. (2005): The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen.Intern.Med.* 20 [3], Seite 267-270.

Ehlich, K. (1986): *Interjektionen*. Niemeyer Max Verlag GmbH, Tübingen.

Elwyn, G. (2001): *Shared decision making Patient involvement in clinical practice*. University of Nijmegen, Netherlands.

Ende, M. (1973): *Momo*. Thielemanns, Stuttgart.

Epstein, R. M. (2007): Physician self-disclosure in primary care visits. *Arch Intern Med* 167, Seite 1321-6.

Fagerberg, C. R.; Kragstrup, J.; Stovring, H. und Rasmussen, N. K. (1999): How well do patient and general practitioner agree about the content of consultations? Scand J Prim Health Care. 17 [3], Seite 149-52.

Fiscella, K.; Goodwin, M. A. und Stange, K. C. (2002): Does patient educational level affect office visits to family physicians? J Natl.Med Assoc. 94 [3], Seite 157-65.

Flintrop, J. und Gerst, T. (2008): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft: Gute Medizin ist kein Industrieprodukt., Dtsch Arztebl.105 [18], Seite B803-4.

Foucault, M. (1988): Die Geburt der Klinik, Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

Frankel R., Beckman H. (1989): Evaluating the patient's primary problem(s). Stewart M, Roter D eds., Communicating With Medical Patients, Seite 86-98, Calif: Sage Publications, Newbury Park.

Freeman, G. K.; Horder, J. P.; Howie, J. G. et al. (2002): Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. BMJ. 324 [7342], Seite 880-2.

Gadamer, H. G. (1960): Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Mohr Siebeck, Tübingen.

Gask, L. und Usherwood, T. (2002): ABC of psychological medicine. The consultation. BMJ. 324 [7353], Seite 1567-9.

Geisler, L. (2002a): Der gute Arzt. GEO WISSEN-Die neuen Wege der Medizin. 30, Seite 76-81.

Geisler, L. S. (2002b): Arzt und Patient, Begegnung im Gespräch– Wirklichkeit und Wege. pmi Verlag AG.

Geisler, L. (2003): Wie kommunizieren Sie mit Ihren Patientinnen? FRAUENARZT [44], Seite 685-9. URL: <http://www.linus-geisler.de/art2003/06frauenarzt-kommunikation.html>

Gerbert, B. (1984): Perceived likeability and competence of simulated patients: influence on physicians' management plans. Soc Sci Med. 18 [12], Seite 1053-9.

Goldberg D.P. et al. (1993): The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. Psychol Med 23, Seite 185-93.

Graugaard, P. K. et al. (2005): Changes in physician-patient communication from initial to return visits: a prospective study in a haematology outpatient clinic. Patient.Educ.Couns. 57 [1], Seite 22-9.

Gray, J. (1982): The effect of the doctor's sex on the doctor-patient relationship. J R.Coll.Gen.Pract. 32 [236], Seite 167-9.

Greenfield, S.; Kaplan, S. et al. (1985): Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. Ann Intern Med. 102 [4], Seite 520-8.

Grondin, J. (2003): Kleine Phänomenologie der Gesundheit. In: Riedel, M.; Seubert, H. und Padrutt, H.: Zwischen Philosophie, Medizin und Psychologie. Heidegger im Dialog mit Medard Boss. Böhlau, Köln/Weimar.

Gulbrandsen, P.; Hjortdahl, P. und Fugelli, P. (1997): General practitioners' knowledge of their patients' psychological problems: multipractice questionnaire survey. BMJ. 314, Seite 1014.

Hall, J. A.; Epstein, A. M. et al. (1993): Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care. Health Psychol. 12 [2], Seite 140-6.

Hall, J. A.; Irish, J. T.; Roter, D. L. et al. (1994a): Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Med.Care. 32 [12], Seite 1216-31.

Hall, J. A.; Irish, J. T.; Roter, D. L. et al. (1994b): Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol.* 13 [5], Seite 384-92.

Hall, J. A.; Roter, D. L. et al. (1996): Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits. A synthesis of four studies. *Med Care.* 34 [12], Seite 1205-18.

Hall, J. A. und Roter, D. L. (2002): Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient.Educ.Couns.* 48 [3], Seite 217-24.

Hart, J. T. (1998): Expectations of health care: promoted, managed or shared? *Health Expect.* 1 [1], Seite 3-13.

Hawkins, W. L.; French, L. C. et al. (1988): Depressed affect and time perception. *J Abnorm.Psychol.* 97 [3], Seite 275-80.

Hemmer-Schanze, C. und Fießl, H. S. (2006): Gesundheitsfaktor Zuhören., *MMW Fortschr Medizin* 148 [1], Seite 1-8.

Herran, A.; Sierra-Biddle, D. et al. (2001): Diagnostic Accuracy in the First 5 min of a Psychiatric Interview. Impact of the information given by patients. *Psychother.Psychosom.* 70 [3], Seite 141-44.

Howie, J. G.; Heaney, D. J. et al. (1999): Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ.* 319 [7212], Seite 738-43.

Howie, J. G.; Porter, A. M. und Forbes, J. F. (1989): Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ.* 298 [6679], Seite 1008-10.

Hu, P. und Reuben, D. B. (2002): Effects of managed care on the length of time that elderly patients spend with physicians during ambulatory visits: National Ambulatory Medical Care Survey, *Med Care.* 40 [7], Seite 606-13.

Huygen, F. J.; Mokkink, H. G.; Smits, A. J. et al. (1992): Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *Br.J.Gen.Pract.* 42 [357], Seite 141-4.

Kamps, H. (2004): Der Patient als Text- Metaphern in der Medizin. Skizzen einer dialogbasierten Medizin. *Z Allg Med* 80, Seite 438-42.

Kaplan, S. H.; Gandek, B.; Greenfield, S.; Rogers, W. und Ware, J. E. (1995): Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care.* 33 [12], Seite 1176-87.

Kaptchuk, T. J.; Kelley, J. M. et al. (2008): Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ.* 336 [7651], Seite 999-1003.

Kaupen-Haas, H. (1969): Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität. Enke, Stuttgart.

Kern D.E., Grayson M. Barker L.R. et al. (2008): Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. *J Gen Intern Med* 989 [4], Seite 421-31.

Kerschensteiner, H. zit. n. Wittern R. (1991): Kontinuität und Wandel des Arztbildes im Abendland. In: Geßler, U.; Pilgrim, R. und Gmelin, B.: *Der Arzt.* Dustri-Verlag. München-Deisenhofen.

Knight, R. (1987): The importance of list size and consultation length as factors in general practice. *J R.Coll.Gen.Pract.* 37 [294], Seite 19-22.

Kroenke, K. und Price, R. K. (1993): Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med.* 153 [21], Seite 2474-80.

Kroenke, K. und Spitzer, R. L. (1998): Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med.* 60 [2], Seite 150-5.

Kruse, J.; Heckrath, C.; Schmitz, N.; Alberti, L. und Tress, W. (1999): Diagnosis and management of patients with psychogenic disorders in family practice. Results of a field study. *Psychother.Psychosom.Med Psychol.* 49 [1], Seite 14-22.

Kruse, J.; Schmitz, N.; Woller, W.; Heckrath, C. und Tress, W. (2004): Why does the general practitioner overlooks psychological disorders in his patient? *Psychother.Psychosom.Med Psychol.* 54 [2], Seite 45-51.

Kühlstein, T.; Laux, G.; Gutscher, A.; and Szecsenyi, J. (2008): Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis, Urban&Vogel 2008

Lalouschek, J. (2002): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Verlag für Gesprächsforschung, Mannheim.

Lang, F.; Floyd, M. R. und Beine, K. L. (2000): Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch.Fam.Med.* 9 [3], Seite 222-7.

Langewitz, W. et al. (1998a): Improving communication skills-a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 60 [3], Seite 268-76.

Langewitz, W.; Kiss, A. und Schächinger, H. (1998b): Von der Wahrnehmung zum Symptom vom Symptom zur Diagnose: Somatoforme Störungen als Kommunikationsphänomen zwischen Arzt und Patient. *Schweizer Medizinische Wochenschrift* 128 [7], Seite 232-44.

Langewitz, W. (2002): Arzt-Patient-Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten. In: Brähler/Strauss: Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. Hogrefe-Verlag, Göttingen.

Langewitz, W.; Denz, M.; Keller, A.; Kiss, A.; Ruttimann, S. und Wossmer, B. (2002): Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 325 [7366], Seite 682-3.

Levenstein, J. H.; McCracken, E. C. et al. (1986): The patient-centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam.Pract.* 3 [1], Seite 24-30.

Levinson, W.; Gorawara-Bhat, R. und Lamb, J. (2000): A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*. 284 [8], Seite 1021-7.

Lipkin, M. (1997): The medical interview. In: Lipkin, M. et al.: *Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide*. Seite 1-7, Appleton & Lange, Stamford, CT.

Lo, A.; Ryder, K. und Shorr, R. I. (2005): Relationship between patient age and duration of physician visit in ambulatory setting: does one size fit all? *J Am.Geriatr.Soc.* 53 [7], Seite 1162-7.

Lussier, M. T. und Richard, C. (2007): Communication tips. Time flies: patients' perceptions of consultation length and actual duration. *Can.Fam Physician.* 53 [1], Seite 46-7.

Lynch, J.; Smith, G. D. et al. (2001): Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*. 358 [9277], Seite 194-200.

Maguire, P. und Pitceathly, C. (2002): Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 325 [7366], Seite 697-700.

Makoul, G.; Arntson, P. und Schofield, T. (1995): Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med.* 41 [9], Seite 1241-54.

Margalit, R. S.; Roter, D. et al. (2006): Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient.Educ.Couns.* 61 [1], Seite 134-41.

Martin, C. M.; Banwell, C. L. et al. (1999): Consultation length and chronic illness care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust.* 171 [2], Seite 77-81.

Martina, B. (1997): First clinical judgment by primary care physicians distinguishes well between nonorganic and organic causes of abdominal or chest pain, *J Gen Intern Med* 12 [8], Seite 459-65.

Marvel, M. K.; Doherty, W. J. und Weiner, E. (1998): Medical interviewing by exemplary family physicians. *J Fam.Pract.* 47 [5], Seite 343-8.

Marvel, M. K.; Epstein, R. M.; Flowers, K. und Beckman, H. B. (1999): Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* 281 [3], Seite 283-7.

McDaniel, S. H.; Beckman, H. B. et al. (2007): Physician self-disclosure in primary care visits: enough about you, what about me? *Arch.Intern.Med.* 167 [12], Seite 1321-6.

McLean, M. und Armstrong, D. (2004): Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *Br.J Gen Pract.* 54 [506], Seite 663-6.

Mead, N. und Bower, P. (2002): Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient.Educ.Couns.* 48 [1], Seite 51-61.

Mechanic, D.; McAlpine, D. D. und Rosenthal, M. (2001): Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N.Engl.J Med.* 344 [3], Seite 198-204.

Mendez, A.; Shymansky, J. A. und Wolraich, M. (1986): Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information. *Med Educ.* 20 [5], Seite 437-43.

Morrell, D. C.; Evans, M. E.; Morris, R. W. und Roland, M. O. (1986): The "five minute" consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. Br.Med J (Clin.Res.Ed) 292 [6524], Seite 870-3.

Morrell, D. C. und Roland, M. O. (1987): How can good general practitioner care be achieved? Br.Med J (Clin.Res.Ed) 294 [6565], Seite 161-2.

Nessa, J. (2003): Medisin og Eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmenntmedisin. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Nicholson, M. (1993): The art of diagnosis. Bynum, W. F., The companion encyclopaedia to the history of medicine, Seite 801-25, Routledge, London.

Niederer, A. (2006): Die Bedeutung von Pausen beim Überbringen schlechter Nachrichten. Interview mit Prof. Dr. med. Wolf Langewitz. In: Neue Zürcher Zeitung. URL: <http://www.nzz.ch/2006/01/18/ft/articleDFXZ3.html>

Nordmeyer, J. (1982): Verbale und nonverbale Kommunikation zwischen Problempatienten und Ärzten während der Visite. Medizinische Psychologie 8, Seite 20-39.

O'Neil, J. (1-10-2002): Vital Signs: Perceptions; When Patients Have Their Say. New York Times.

Ogden, J. et al. (2004): "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. Fam.Pract. 21 [5], Seite 479-83.

Peltenburg, M.; Fischer, J. E.; Bahrs, O.; Van Dulmen S. und Van den Brink-Muinen, A. (2004): The unexpected in primary care: a multicenter study on the emergence of unvoiced patient agenda. Ann Fam Med. 2 [6], Seite 534-40.

Perron, N. J.; Favrat, B. und Vannotti, M. (2004): Patients who attend a private practice s a university outpatient clinic: how do they differ, Swiss Med Wkly 134, Seite 730-7.

Platt, F. W.; Gaspar, D. L. et al. (2001): "Tell me about yourself": The patient-centered interview. *Ann.Intern.Med.* 134 [11], Seite 1079-85.

Pollock, K. und Grime, J. (2002): Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *BMJ.* 325 [7366], Seite 687.

Popper, K. (1989): *Gedankenskizzen über das, was wichtig ist.* In: Dürr, H. P und Zimmerli, W. C.: *Geist und Natur. Über den Widerspruch zwischen naturwissenschaftlicher Erkenntnis und philosophischer Welterfahrung.* Scherz, Bern.

Price, R.; Spencer, J. und Walker, J. (2008): Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Med Educ.* 42 [4], Seite 374-81.

Rabinowitz, I.; Luzzati, R.; Tamir, A. und Reis, S. (2004): Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of the clinical encounter: observational intervention study in primary care. *BMJ.* 328 [7438], Seite 501-2.

Rizo, C. A.; Jadad, A. R. und Enkin, M. (2002): What's a good doctor and how do you make one? Doctors should be good companions for people. *BMJ.* 325 [7366], Seite 711.

Robinson, A. und Thomson, R. (2001): Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual.Health Care.* 10. [1], Seite 34-38.

Rogers, C. R. (1972): *Die nicht-direktive Beratung.* Fischer, Frankfurt am Main.

Rogers, C. R. (1994): *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie.* Fischer, Frankfurt am Main.

Rosenberg, E. und Lussier, M. (1997): Lessons for clinicians from physician-patient communication literature. *Arch Fam Med.* 6, Seite 279-83.

Roter, D.; Lipkin, M. und Korsgaard, A. (1991): Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care.* 29 [11], Seite 1083-93.

Roter, D. L.; Stewart, M. et al. (1997): Communication patterns of primary care physicians. *JAMA.* 277 [4], Seite 350-6.

Roter, D. L. (2000): The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient.Educ.Couns.* 39 [1], Seite 5-15.

Roter, D. L.; Hall, J. A. und Aoki, Y. (2002): Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 288 [6], Seite 756-64.

Roter, D. L. und Hall, J. A. (2004): Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health* 25, Seite 497-519.

Schach, E.; Schwartz, F. W.; and Kerek-Bodden, H. E. (1989): EVaS Studie: Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Scheibler, F.; Schwantes, U.; Kampmann, M. und Pfaff, H. (2005): Shared decision-making. In: GGW Beilage der Zeitschrift Gesellschaft und Gesundheit, Bonn. WIdO. Wissenschaftliches Institut der AOK (1):23–31, Seite 23-31.

Schmidt, L. R. (1984): *Psychologie in der Medizin.*, Thieme, Stuttgart - New York.

Schulz von Thun, F. (2003): *Miteinander Reden. 1.: Störungen und Klärungen- Allgemeine Psychologie der Kommunikation.* 38. Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Schwantes, U. (2006): *Narrative Medizin. Die Besondere Rolle des Erzählens und Zuhörens.* "Erzählen sie doch bitte...". *Berliner Ärzte* 43 [2], Seite 19-21.

Schwantes, U. und Kampmann, M. (2007): Gesundheitsorientierte Gesprächsführung. In: Der Mensch 38 [1]. URL: <http://www.apam-gesundheit.de/>

Shaughnessy A.F., Slawson D.C. Becker L. (1998): Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine. J Fam Pract. 47 [6], Seite 425-8.

Simpson M. et al. (1991): Doctor-patient communication: The Toronto Consensus Statement. BMJ 303, Seite 1385-7.

Smith, R. C. (1996): The Patient's story: Integrated Patient-Doktor interviewing. Little Brown & Co Inc, Boston Mass.

Stewart M. (2003): Evidence for the patient-centered clinical method as a means of implementing the biopsychosocial approach. In: Frankel R.M. et al.: The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. Seite 123-34, University of Rochester Press, Rochester, NY.

Stewart, M. (1979): The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. J R Coll Gen Pract 29, Seite 77-82.

Stewart, M. (1984): Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction. Fam Pract. 1 [1], Seite 30-6.

Stewart, M. A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 152 [9], Seite 1423-33.

Street, R. L. Jr. (1991): Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. Soc Sci Med. 32 [5], Seite 541-8.

Street, R. L. Jr.; Gordon, H. S.; Ward, M. M.; Krupat, E. und Kravitz, R. L. (2005): Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. Med.Care. 43 [10], Seite 960-9.

Street, R. L. Jr.; Krupat, E. et al. (2003): Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. *J Gen.Intern.Med.* 18 [8], Seite 609-16.

Stunder, W. (2004): Spontane Redezeit von Patienten zu Beginn der Konsultation in einer Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 80, Seite 1-4.

Stunder, W.; Scherer, M. und Himmel, W. (2008): Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? *FreiburgDtsch med Wochenschr* 133 [3], Seite 67-70.

Svab, I.; Katic, M. und Cuk, C. (1993): The time used by the patient when he/she talks without interruptions. *Aten.Primaria* 11 [4], Seite 175-7.

Terzioglu, P.; Jonitz, B.; Schwantes, U. und Burger, W. (2003): Kommunikative und soziale Kompetenzen: Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. *Deutsches Ärzteblatt* 100 [36].

Tress, W.; Kruse, J.; Heckrath, C.; Schmitz, N. und Alberti, L. (1997): Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 43, Seite 211-32.

Van den Brink-Muinen; Bensing, J. M. und Kerssens, J. J. (1998): Gender and communication style in general practice. Differences between women's health care and regular health care. *Med Care.* 36 [1], Seite 100-6.

Van den Brink-Muinen et al. (2003): Communication in general practice: differences between European countries. *Fam.Pract.* 20 [4], Seite 478-85.

Verbrugge, L. M. (1985): Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav.* 26 [3], Seite 156-82.

Von Uexküll, T. (1994): Rückmeldung als Modell interpersonaler Beziehungen: Psychosomatische Medizin als Beziehungsmedizin. In: Hahn, P. und Werner, A. et al.: Modell und Methode in der Psychosomatik. Deutscher Studienverlag, Weinheim.

Von Uexküll, T.; Adler, R. H. und Hermann, J. M. (2003): Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Urban und Fischer Bei Elsevier.

Waitzkin, H. (1984): Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. JAMA. 252 [17], Seite 2441-6.

Watzlawick, P. P.; Beavin, J. H. und Jackson, D. D. (1969): Menschliche Kommunikation. Huber, Bern.

Weisbach, C.; Eber-Götz, M. und Ehresmann, S. (1979): Zuhören und Verstehen. Rowohlt, Reinbek.

Whitcomb, M. E. (2000): Communication and professionalism. Patient.Educ.Couns. 41 [2], Seite 137-44.

White, J.; Levinson, W. und Roter, D. (1994): "Oh, by the way ...": the closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med. 9, Seite 24-28.

Whorf, B. L. (1984): Sprache-Denken-Wirklichkeit. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek.

Willems, S.; De, Maesschalck S.; Deveugele, M.; Derese, A. und De, Maeseneer J. (2005): Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient.Educ.Couns. 56 [2], Seite 139-46.

Williams, S. J. und Calnan, M. (1991): Key determinants of consumer satisfaction with general practice. Fam.Pract. 8 [3], Seite 237-42.

Wilm, S.; Haase, A. und Kreuder, B. (2003): Fragen Hausärzte ihre Patienten nach deren Krankheitskonzept? Z Allg Med 79, Seite 586-90.

Wilm, S.; Knauf, A.; Peters, T. und Bahrs, O (2004): Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? Z Allg Med 80, Seite 53-7.

Wilson, A. (1991a): Consultation length in general practice: a review. Br.J Gen.Pract. 41 [344], Seite 119-22.

Wilson, A.; McDonald, P.; Hayes, L. und Cooney, J. (1991b): Longer booking intervals in general practice: effects on doctors' stress and arousal. Br.J.Gen.Pract. 41 [346], Seite 184-7.

Wilson, A. und Childs, S. (2002): The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. Br.J.Gen.Pract. 52 [485], Seite 1012-20.

Wittgenstein, L. (2003): Tractatus logico-philosophicus: Logisch-philosophische Abhandlung. 4.Auflage. Auflage , Bibliothek Suhrkamp.

Wolff, J. und zit.n.Wittern, R. (1991): Kontinuität und Wandel des Arztbildes im Abendland. In: Geßler, U. Pilgrim R. & Gmelin B.: Der Arzt. Dustri-Verlag, München-Deisenhofen.

Wool, C. A. und Barsky, A. J. (1994): Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. Psychosomatics. 35 [5], Seite 445-52.

Zantinge, E. M.; Verhaak, P. F. et al. (2006): Does the attention General Practitioners pay to their patients' mental health problems add to their workload? A cross sectional national survey. BMC.Fam.Pract. 7, Seite 71.

Zimmermann, D. H. und West, C. (1975): Sex-roles: interruptions and silences in conversation. In: Thorne, B.; Henley, N.: Language and sex: difference and dominance, Newbury House, Rowley MA.

9 Anhang

Patientenkommentare

„Nur eine Minute habe ich geredet? Das kam mir viel länger vor!“

„Komisch, wenn er nichts sagt.“

„Ungewohnt, so lange reden zu können, aber gut. Mir ist wirklich noch mehr eingefallen.“

„Ich komme extra weil er sich Zeit nimmt und dann, nach dem er alles gehört hat, zielgerichtet fragt.“

„Ich habe den Arzt gewechselt. Der andere war ein sehr gebildeter Mensch und in dieser Hinsicht ein guter Arzt, aber ich konnte mit ihm nicht reden. Er schien einfach nicht interessiert an dem was ich erzählen wollte, was mich besorgte.“

„Zuhören ist das Wichtigste- das ist die beste Therapie.“

„Er hört mir wirklich zu- deswegen gehe ich zu ihm.“

„Er nimmt sich die Zeit und lässt mich ausreden, das finde ich sehr wichtig.“

„Ich habe oft das Gefühl das man durchgeschleust wird, ja schnell abgefertigt. Bei ihm ist das nicht so, deswegen komme ich hierher.“

„Wenn ein Arzt meine Schilderung mit „ja ja ja...“ abwürgt, fühle ich mich gehemmt weiter zu reden, obwohl ich noch mehr zu berichten hätte. Ich habe dann das Gefühl, dass er mich schnell loswerden möchte, dass kein echtes Interesse da ist...“

„Man muss selbst darauf achten nicht zu viel zu reden wenn das Wartezimmer voll ist.“

Leitlinien für das Aktive Zuhören nach Carl R. Rogers (Rogers, 1972) zur Anleitung der teilnehmenden Ärzte

Die drei Basisvariablen des Gesprächsverhaltens:

- Unbedingte Akzeptanz und emotionale Wertschätzung
- Echtheit
- Empathie und offene Grundhaltung

Das Verstehen des Sprechers wird weiterhin wie folgt unterstützt:

- Sich auf das Gegenüber einlassen, konzentrieren und dies durch die eigene Körperhaltung ausdrücken
- Mit der eigenen Meinung zurückhaltend umgehen
- Nachfragen bei Unklarheiten
- Zuhören heißt nicht gutheißen
- Pausen aushalten, sie können ein Zeichen sein für Unklarheiten, Angst oder Ratlosigkeit
- Auf eigene Gefühle achten
- Die Gefühle des Partners erkennen und ansprechen
- Bestätigende kurze Äußerungen
- Geduld haben und den Sprecher nicht unterbrechen, ausreden lassen
- Blickkontakt halten
- Sich durch Vorwürfe und Kritik nicht aus der Ruhe bringen lassen
- Empathie ausüben und sich innerlich in die Situation des Sprechers versetzen.

Arzt-Interaktions-Fragebogen

A) Informationen zu Dauer und Art des Gesprächs

1) Gemessene Gesprächszeit in Minuten/Sekunden

2) Handelt es sich um ein...

a) Erstgespräch:

Ja **Nein**

b) Folgegespräch

Ja **Nein**

B) Informationen zu Beratungshauptdiagnosen

3) Liegt eine chronische Erkrankung vor?

Ja **Nein**

Wenn ja, welche der folgenden Erkrankungen?

- Diabetes Mellitus
- Hypertension
- KHK
- Z. n. Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen
- Schilddrüse
- Asthma/ COPD

andere: -

4) Liegt eine akute Erkrankung vor?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

5) Beratungsanlass, wenn Kurzberatung:

- Laborwerte besprechen
- Befund Besprechung
- Blutdruckmessung
- Kurz-Behandlung (Marcumar Spritze..)
- Überweisung zum Facharzt

anderer Anlass:

PATIENTENFRAGEBOGEN

NUMMER:

Lieber Patient, liebe Patientin,

da wir stets bemüht die Interaktion von Arzt und Patienten zu verbessern, möchten wir Sie bitten, nachfolgenden Fragebogen zu beantworten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Engagement!

ALTER:

GESCHLECHT: weiblich

männlich

BILDUNGSABSCHLUSS

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Abitur

ohne

BERUFSABSCHLUSS

Hochschule

Fachhochschule

Berufsausbildung

ohne

Arzt-Fragebogen

Arzt:

Alter:

Geschlecht:

Berufserfahrung:

- Approbation:
- Niedergelassen seit:

Stadtteil:

Praxisauslastung:

- Patientenkontakte/ Woche:
- Bestell- Zeitraum:

Finden sie es wichtig den Patienten zu Beginn des Gespräches spontan erzählen zu lassen?

1 (sehr wichtig)	2	3	4	5(unwichtig)
------------------	---	---	---	--------------

Haben sie wichtige Hinweise durch das Erzählen lassen erhalten?

1(sehr viele)	2	3	4	5(keine)
---------------	---	---	---	----------

Ist es Ihnen leicht gefallen sich auf so eine Art der Gesprächsführung einzulassen:

1(sehr leicht)	2	3	4	5(sehr schwer)
----------------	---	---	---	----------------

Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Ulrich Schwantes
Tel.: (+49 30) 450 514 092
Fax: (+49 30) 450 514 932
allgemein.medizin@charite.de
www.charite.de/allgemeinmedizin

6.9.2006

Patienteninformation

zur Studie:

Spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient!

In Zusammenarbeit mit Ihrem Hausarzt führt das Institut für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin im Rahmen einer Doktorarbeit eine Studie zur Beurteilung der Gesprächszeit von Patienten durch. Studienleiter ist Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Leiter des Instituts, durchgeführt wird sie durch Frau cand. med. Teresa Bär.

Zweck der Studie ist es heraus zu finden, wie lange die Gesprächszeit des Patienten ist, wenn er am Beginn des Gespräches mit der Ärztin/dem Arzt ohne Unterbrechung von seinem Problem berichten kann. Dazu wird vom Beginn bis zu dem Zeitpunkt des Gesprächs die Zeit festgehalten, die Sie ohne Unterbrechung reden durften. Es wird also beobachtet, was ohnehin täglich in der Begegnung mit der Ärztin/dem Arzt geschieht. Es soll wie in einer früheren Untersuchung in einer Universitätspoliklinik gezeigt werden, dass Patienten den ihnen gewährten Raum zielgerichtet nutzen und das Gespräch nicht übermäßig ausdehnen. In diese Beobachtungsstudie eingeschlossen werden alle erwachsenen Patienten, die ausreichend deutsche Sprachkenntnisse haben und in der Lage sind der Auswertung der gewonnenen Daten zuzustimmen.

Außerdem werden folgende Angaben zu Ihrer Person erfasst: Alter, Geschlecht, Bildungs- und Berufsabschluss. Außerdem schreibt die Ärztin/der Arzt neben der gestoppten Zeit den Beratungsanlass auf. Aus den Daten ist ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich.

Sie dürfen der Einbeziehung der in Ihrem Fall erfassten Daten (ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt) widersprechen.

Die Daten werden im Institut für Allgemeinmedizin von den genannten Personen zusammen geführt und ausgewertet. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Die Ergebnisse werden ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt. Das bedeutet, niemand kann später aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben gemacht worden sind.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

gez. Prof. Dr. med. U. Schwantes

Teresa Bär

Danksagung

Ich möchte den Menschen danken, die mir bei der Anfertigung dieser Arbeit hilfreich zur Seite gestanden haben:

Mein Dank gilt Prof. Dr. U. Schwantes, der die Dissertation betreut hat und mir mit Rat und Unterstützung zur Seite stand.

Allen Patientinnen und Patienten, sowie den Hausärztinnen und Hausärzten, die an der Studie teilgenommen haben, sei an dieser Stelle besonders gedankt. Sie haben diese Arbeit erst möglich gemacht.

Danken möchte ich besonders meinen lieben Freunden, vor allem bei Clemens Blümel, der mir mit großer Ausdauer und Fachkenntnis eine unerlässliche Hilfe bei der statistischen Auswertung und Umsetzung war; bei Robert Jäger für die Hilfe beim Verschönern der SPSS Graphiken und bei Jenny Pliefke, Kristine Weißbarth, Henning und Harald Kamps für Anregungen, Korrekturvorschläge und ihre Zuversicht.

Herzlicher Dank gilt meinen Eltern Lilo und Gert Bär, die mich das ganze Studium über sehr großzügig und in vielerlei Hinsicht unterstützt haben.

Lebenslauf

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Teresa Bär, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgespräches in der hausärztlichen Praxis“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

09. Dezember 2008