

I. Einleitung

1. Einführung in die Thematik

Das Gespräch zwischen Arzt¹ und Patient stellt das am meisten verwendete klinische Verfahren in der medizinischen Versorgung dar. Neben Untersuchung und Behandlung bildet es die Grundlage zur Erfassung und Lösung von Problemen (vgl. Wilker 1994: 249). Der Mediziner und Begründer des biopsychosozialen Modells George Engel bezeichnet es als das mächtigste, sensibelste und vielseitigste Instrument, das dem Arzt zur Verfügung steht. Da hier alle wichtigen Informationen zusammenlaufen, ist es ein entscheidender Faktor für Diagnose und Therapie. Selbst in der heutigen technisch fortgeschrittenen und apparativ hochgerüsteten Medizin gibt es dafür keinen Ersatz. Der Wert von Bluttests, Röntgenuntersuchungen etc. ist ohne das Gespräch eingeschränkt und einseitig.

"Es ist leichter, eine Krankheit zu diagnostizieren als sie zu deuten" (Geisler 1987).

Das aktive Hören und Verstehen der verbal vorgetragene Krankengeschichte geben dem Arzt die Möglichkeit, die erhaltenen Informationen in einen bedeutungstragenden Kontext für Arzt und Patient zu überführen und die Symptome und ihre Ursachen unter Einbeziehung der psychischen und sozialen Aspekte des Patienten richtig zu deuten.

Die ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten ist Ausdruck psychosozialer Kompetenz, der Fähigkeit, über Kommunikation einen verstehenden Zugang zum Patienten zu finden und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Das Gespräch bildet die Basis für die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Über die Sprache können Arzt und Patient eine gemeinsame Wirklichkeit erschließen, eine tragfähige Beziehung formen und therapeutische Ziele erreichen. Im ärztlichen Alltag verläuft der Einsatz der Sprache jedoch nicht immer ohne Probleme.

Zwischen Patienten und Ärzten vergrößert sich eine Verständigungslücke, die einerseits durch die raschen Fortschritte der naturwissenschaftlichen Kenntnisse und Methoden sowie die danach ausgerichtete Arbeitsorganisation bedingt ist, andererseits durch eine vom Patienten wahrgenommene mangelnde Fähigkeit oder Bereitschaft der Ärzte, auf wichtige Motive ihres Hilfesuchens einzugehen. (Dürholtz 1993: 6)

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist vielfach durch Verständigungsschwierigkeiten so beeinträchtigt, dass unbefriedigende Gespräche eher die Regel als die Ausnahme sind. Bliesener spricht im Zusammenhang mit der Visite von einem „verhinderten Dialog“.

¹ Auf eine generelle sprachliche Unterscheidung zur Markierung des Geschlechts wie „Arzt und Ärztin“ oder Patient/Innen wird bewusst verzichtet, um dem Leser die Lektüre zu erleichtern.

Studien zeigen, dass zwei Drittel aller Patienten nach einem Arztgespräch weder die medizinische Diagnose noch die Erklärung zur Behandlung wiedergeben können.

Sie beklagen, dass den Gedanken und Vorstellungen, die sie sich über ihre medizinischen Probleme machen, nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird und sie als Person nicht wahrgenommen werden. Beschwerden über die mangelnde zeitliche und menschliche Zuwendung sind unter Patienten weit verbreitet. Der Grund für die Unzufriedenheit ist nicht fachliche Inkompetenz, sondern eine ungenügende Kommunikation auf Seiten der behandelnden Ärzte. Untersuchungen zufolge hängt der Grad der Zufriedenheit von Patienten in starkem Maße von der Qualität der Kommunikation ab, die sie während ihrer Behandlung und Betreuung erfahren (vgl. Gordon 1995: 21).

Defizite im Kommunikationsverhalten klinisch tätiger Ärzte haben ungünstige Auswirkungen für Arzt und Patient (vgl. Fallowfield 1998). Untersuchungen belegen, dass Ärzte häufig Kommunikationssperren benutzen, die die Selbstöffnung des Patienten verhindern und dessen aktive Mitwirkung in der Beziehung blockieren. Mangelnde Compliance² und das Nichteinhalten erforderlicher therapeutischer Maßnahmen sind die Folge. Die Mehrzahl der Ärzte hat das Problem zwar wahrgenommen, ist sich aber über dessen Ursachen nicht im Klaren. Die verhaltensmäßige Wirkung von Kommunikation ist vielen Ärzten nicht bewusst. In der Regel kennen sie die Bedeutung interpersoneller Kommunikation für die ärztliche Tätigkeit nicht (vgl. Gordon 1995: 7).

Ein Arzt führt im Verlauf seines Berufslebens im Allgemeinen mehr als 150.000 Gespräche mit Patienten während seiner praktischen Tätigkeit. Ärztliche Vorbildung für eine effektive Kommunikation mit dem Patienten besteht in der Regel nicht. Die Mehrheit der heute praktizierenden Ärzte hat in ihrer Ausbildung weder formal Kommunikationsunterricht erhalten noch unter Anleitung eines auf diesem Gebiet ausgebildeten Experten ein Interview durchgeführt, um Kommunikationsfertigkeiten zu trainieren (vgl. Coulehan 1997: viii). Aufgrund dieser Defizite sind die meisten Ärzte Autodidakten im Berufsalltag (vgl. Helmich 1991: 2).

Das Ziel von Kommunikationstrainings ist es, Kenntnisse und Einstellungen zum medizinischen Interview zu prüfen und zu vertiefen und die persönlichen Kommunikationsfertigkeiten zu verbessern. Schon kurze Intensivseminare in ärztlicher Kommunikation können das Gespräch und die Situation der Gesprächspartner wesentlich verbessern (vgl. Fallowfield 1998).

² Das Befolgen ärztlicher Anweisungen wie das Einhalten des Therapieplans oder die Einnahme von Medikamenten wird als Compliance (Einhaltung), ihre Nichtbefolgung als Non-Compliance bezeichnet.

2. Ziel und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist der Kommunikation zwischen Arzt und Patient gewidmet. Sie soll einen Eindruck von dem bisherigen Erkenntnisstand vermitteln und aufzeigen, worin die Problematik besteht und wo die Defizite liegen. Die Gesprächsrichtung vom Arzt zum Patienten steht im Blickpunkt der Arbeit, die sich sowohl theoretisch als auch methodisch dem Problem zu nähern versucht.

Das Ziel der empirischen Untersuchung ist die Analyse des Patienten-Gesprächs aus ärztlicher Sicht. Hierbei geht es vorrangig darum, Ansätze und Tendenzen struktureller Verbindungen sowohl zwischen den Kenntnissen und den Einstellungen als auch zwischen den Einstellungen und Gesprächsabsichten zu finden. Die Ergebnisse können keine endgültigen Antworten liefern, aber doch Teilaspekte aufzeigen, die wiederum die Basis für weitere Forschungen bilden können.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut:

Nach einer kurzen Einführung in die Thematik (**Kapitel I**), stellt Kapitel II die Hauptgründe für Kommunikationsprobleme in der Arzt-Patient-Beziehung und deren Folgen dar.

Da die Ursachen für die Verdrängung der Sprache aus der Medizin in ihrem einseitig naturwissenschaftlich-technisch geprägten Paradigma begründet liegen, wird dessen Einfluss auf das ärztliche Denken und Handeln in **Kapitel II** skizziert. Es beschreibt weiter die ärztliche Ausbildungs- und Arbeitssituation, deren Defizite sich im ärztlichen Sprechen manifestieren. Kommunikationsmängel im ärztlichen Gesprächsverhalten sollen durch Forschungsergebnisse zur Patientenzufriedenheit dokumentiert werden. Dass Probleme der *Non-Compliance* von Patienten eine Folge der Unzufriedenheit von Patienten mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten sind, wird im letzten Abschnitt belegt.

Kapitel III (Stand der Forschung) stellt die forschungsgeschichtliche Entwicklung der Arzt-Patient-Kommunikation im anglo-amerikanischen Sprachraum abrisshaft dar. Es soll einen Überblick über bisherige Ergebnisse geben und einen Einblick in die Problematik der Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen vermitteln.

Der starke Wettbewerb im amerikanischen Gesundheitswesen zwingt medizinische Einrichtungen, bei der medizinischen Versorgung höchste Qualitätsmaßstäbe anzulegen. Um die allgemeine Patientenzufriedenheit zu steigern und Schadensersatzforderungen vorzubeugen, werden in den USA beachtliche Mittel zur Erforschung und Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient aufgewendet.

Da die Forschungsanstrengungen intensiver und praxisorientierter als hierzulande sind, werden die für den anglo-amerikanischen und den deutschsprachigen Raum dokumentierten Forschungsleistungen getrennt voneinander dargestellt³. Darüber hinaus soll die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Sozialwissenschaftlern für die Entwicklung des Forschungsbereichs aufgezeigt werden.

Auf der Grundlage der aktuellen Forschungslage formuliert **Kapitel IV** das Erkenntnisinteresse der Arbeit in Form konkreter Forschungsfragen.

Da die Interaktion zwischen Arzt und Patient zum Forschungsgegenstand der Linguistik als auch der Kommunikationsforschung geworden ist, werden in **Kapitel V** für die Medizin bedeutungsvolle Ergebnisse der Sprach- und Kommunikationsforschung, insbesondere semantische, fachsprachliche, geschlechtsspezifische sowie pragmatische und kommunikationspsychologische Aspekte referiert sowie deren Relevanz für die medizinische Praxis aufgezeigt.

Kapitel VI stellt die asymmetrische Gesprächsstruktur zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus am Beispiel der Visite dar, die in den gegensätzlichen Erwartungen an das Gespräch, der ungleichen Rollenverteilung, der Verwendung unterschiedlicher Sprachcodes sowie der divergierenden Wahrnehmung von Selbst- und Fremdbild zwischen Ärzten und Patienten zum Ausdruck kommt.

Im Anschluss an die Beschreibung der Asymmetrien im Gespräch erfolgt in den Kapiteln VII und VIII eine Soll-Definition des Arzt-Patient-Gesprächs, die die wichtigsten Voraussetzungen für eine effektive Kommunikation getrennt nach Inhalts- und Beziehungsaspekten darstellen.

Kapitel VII skizziert die grundlegenden Funktionen des anamnestischen Gesprächs und zeichnet anhand von Gesprächsbeispielen die Nachteile oft verwendeter Kommunikationssperren und die Vorteile effektiver Kommunikationstechniken nach.

Kapitel VIII definiert eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung, indem es verschiedene Formen der Partnerschaft darstellt, zwischen unterschiedlichen Arten von Autorität differenziert, Vorteile der Patientenmitarbeit benennt und zum Abschluss ein von Gordon und Edwards entwickeltes Kommunikationsmodell für eine effektive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient vorstellt.

Kapitel IX stellt Maßnahmen zur Deckung von Ist- und Sollzustand dar, die sich auf die Förderung kommunikativer Fertigkeiten von Ärzten beziehen.

³ Den Forschungsergebnissen zur Interaktion zwischen Arzt und Patient liegen weitestgehend amerikanische Untersuchungen zugrunde. Da die Übertragung der Ergebnisse nicht ohne Kenntnis der Rahmenbedingungen erfolgen sollte, unter denen sie erhoben wurden, werden im Anhang einige wichtige Hintergrundinformationen zur Gesundheitsstruktur in den USA und in Deutschland geliefert und die wesentlichen Unterschiede aufgezeigt.

Einleitend werden wissenschaftliche Institutionen, die auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation forschen und lehren, vorgestellt.

Aufbauend auf den lerntheoretischen Grundlagen der Erwachsenenbildung sollen zwei unterschiedliche Lernkonzepte, zum einen das vielen Trainingsprogrammen in Amerika und Großbritannien zugrundeliegende Kommunikationsmodell nach Lipkin und zum anderen das Konzept der in Deutschland von Studenten gegründeten Anamnesegruppen vorgestellt und miteinander verglichen werden.

Auf der Grundlage der zuvor gewonnenen Erkenntnisse einer kommunikationsorientierten Medizin erfolgt in **Kapitel X** die Aufstellung der Hypothesen, die in der empirischen Analyse überprüft werden sollen.

Kapitel XI ist dem Aufbau der Untersuchung vorbehalten und beschreibt die Art der Operationalisierung der Konstrukte, die messtheoretische Bewertung der interessierenden Variablen, die Konstruktion eines standardisierten Fragebogens zur Erhebung der untersuchungsrelevanten Messdaten sowie die in der statistischen Analyse eingesetzten Verfahren.

Kapitel XII ist der Beschreibung der untersuchten Stichprobe gewidmet.

In **Kapitel XIII** werden die in der schriftlichen Befragung gewonnen Daten mittels geeigneter statistischer Verfahren ausgewertet und die Ergebnisse einzeln dargestellt. Eine tabellarische Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung befindet sich am Ende des Kapitels.

Kapitel XIV fasst die ermittelten Kenntnisse und Einstellungen klinisch tätiger Ärzte sowie ihre kommunikativen Leistungen im Gespräch unter Berücksichtigung der aufgestellten Hypothesen zusammen und diskutiert die Ergebnisse vor dem Hintergrund aktueller Standards der Forschung.

Kapitel XV ist der Darstellung zukunftsweisender Reformprojekte in Deutschland gewidmet. Vorgestellt werden u.a. der Berliner Reformstudiengang, ein Pilotprojekt, das neue Wege in der Medizinerbildung geht und praktische sowie kommunikative Fertigkeiten von Anfang an in das Studium integriert.

Mit der Novellierung der Approbationsordnung sind auch im Regelstudium die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Etablierung neuer Lernmodelle und Unterrichtsformen gegeben. Diese Tatsache soll zum Anlass genommen werden, zum Nachdenken über realisierungsfähige Projekte zur Förderung ärztlicher Gesprächskompetenz in der Ausbildung anzuregen.

Kapitel XVI fasst den Inhalt der Arbeit zusammen.