

## **X. Hypothesenbildung für die empirische Analyse**

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine systematische Beschreibung der Kenntnisse und Einstellungen klinisch tätiger Ärzte zum Patienten-Gespräch sowie eine Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens unter Berücksichtigung aktueller Standards der Arzt-Patient-Kommunikationsforschung.

Die Grundlagen einer kommunikationsorientierten Medizin bilden die Basis für die Aufstellung der Hypothesen, die im Verlauf dieser Arbeit überprüft werden sollen.

Die folgenden Hypothesen sind dabei untersuchungsleitend:

Das Arzt-Patient-Gespräch ist in der Regel kurz und oberflächlich, die Beziehung zum Patienten sachlich distanziert. Der Grund hierfür ist nicht fachliche Inkompetenz, sondern ungenügende Kommunikation auf Seiten der Ärzte.

Es gilt als wissenschaftlich erwiesen, dass die Kommunikation das A und O des klinischen Prozesses zur Diagnose, Behandlung und pflegerischen Versorgung von Patienten ist. Der Einsatz effektiver Kommunikationstechniken hilft nicht nur Patienten, sondern unterstützt Ärzte und Pflegepersonal bei der Durchführung ihrer Aufgaben und der Erfüllung ihrer Pflichten und Funktionen. Wie Studien belegen, zählen eine höhere Diagnosegenauigkeit, eine größere Bereitschaft unter Patienten, ärztliche Anweisungen zu befolgen, erhöhte Patientenzufriedenheit und bessere Behandlungsergebnisse zu den Vorteilen einer verbesserten Kommunikation.

In der Regel kennen Ärzte die Bedeutung interpersoneller Kommunikation für die ärztliche Tätigkeit nicht. Dies legt die Vermutung nahe, dass Ärzte, die die Vorteile und den Nutzen effektiver Kommunikation kennen, eine positivere Einstellung zum Patienten-Gespräch haben und diesem eine größere Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit beimessen.

### **Hypothese 1**

Je besser Ärzte die Vorteile einer effektiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient kennen, desto positiver bewerten sie das Gespräch mit dem Patienten für die ärztliche Tätigkeit.

Das Konzept der Einstellung ist von großer Bedeutung für das Verhaltensmodell in der Sozialpsychologie.

In der Psychologie, die das menschliche Verhalten zu erklären und vorherzusagen versucht, geht man davon aus, dass Einstellungen das soziale Verhalten prägen. Einstellungen dienen daher als Verhaltensindikatoren oder Verhaltensprädiktoren. Darüber hinaus wird die Veränderung von Einstellungen als bedeutsamer Ausgangspunkt für eine Verhaltensänderung angesehen (vgl. Stahlberg und Frey 1996: 219).

Einstellungen sind die positiven und negativen Bewertungen eines Objekts, die die Bereitschaft zu einem bestimmten Verhalten gegenüber diesem Objekt beeinflussen (vgl. Wilker 1994: 174).

So hat die Einstellung des Arztes zum Patienten-Gespräch Einfluss auf dessen Gesprächsverhalten. Inhalt und Verlauf der Kommunikation zwischen Arzt und Patient werden davon beeinflusst.

Die ärztliche Bewertung über den Nutzen des Gesprächs für den diagnostischen und therapeutischen Prozess bestimmt die Art der Fragestellung, die den Ansichten des Patienten gewidmete Zeit und das Eingehen auf die soziale Situation des Patienten.

In einem zweiten Schritt soll deshalb geprüft werden, ob es einen positiven Zusammenhang zwischen der Einstellung klinisch tätiger Ärzte gegenüber dem Patienten-Gespräch und ihrem Kommunikationsverhalten gibt.

Denn es ist zu vermuten, dass sich eine positive Bewertung des Gesprächs im ärztlichen Kommunikationsverhalten widerspiegelt.

## **Hypothese 2**

Je positiver Ärzte das Gespräch mit dem Patienten für ihre Arbeit bewerten, desto mehr Engagement zeigen sie in der Kommunikation mit dem Patienten.

Die Bedeutung kommunikativer Aspekte für Diagnose und Therapie wird in der Mehrzahl von Medizinern beschrieben, die einen sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund haben.

Speierer bestätigt, dass das ärztliche Gespräch je nach einer mehr organmedizinischen oder sozialwissenschaftlichen Ausrichtung des Arztes einen anderen Stellenwert in der Behandlung des Patienten einnimmt. Im ersten Fall sind die Folgen Geringschätzung, Minimalisierung und Reduktion auf möglichst körperliche Klagen. Die andere Alternative stellt das Gespräch in den Vordergrund und bringt die psychischen und sozialen Dimensionen der Medizin in das Blickfeld des Arztes (vgl. Speierer 1985: 48).

Diese Tatsache deutet darauf hin, dass das Profil des Arztes in Bezug auf seine Ausbildung dessen Einstellung beeinflusst und darüber mit entscheidet, welchen Platz er dem Gespräch in der Behandlung einräumt.

Des Weiteren ist die Fachrichtung für das ärztliche Kommunikationsverständnis prägend. Da sich die Chirurgie und die Innere Medizin aufgrund unterschiedlicher Krankheitsbilder in ihren Therapieformen und -zielen (primär somatisch und operativ versus eher ganzheitlich und konservativ) grundlegend voneinander unterscheiden, ist zu vermuten, dass Chirurgen und Internisten das Patienten-Gespräch unterschiedlich bewerten.

### **Hypothese 3**

Die wissenschaftliche Ausrichtung des Arztes bestimmt den Stellenwert des Gesprächs in der Behandlung des Patienten.

In der wissenschaftlichen Diskussion engagieren sich mehrheitlich Männer für eine „sprechende Medizin“. Diesem vermeintlich passiven Forschungsverhalten weiblicher Mediziner widersprechen empirische Daten aus den USA, demzufolge Ärztinnen mehr Engagement in der kommunikativen Arbeit mit ihren Patienten zeigen als ihre männlichen Kollegen.

Die Geschlechterforschung zur Arzt-Patient-Kommunikation hat signifikante Unterschiede im Kommunikationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten zu Tage gefördert.

Ärztinnen widmen ihren Patienten mehr Zeit und hören ihnen besser zu. Sie engagieren sich öfter in partnerschaftsbildenden Gesprächen, stellen mehr Fragen und geben mehr Informationen. Die höhere Aufmerksamkeit, die Ärztinnen der Anamnese widmen, lässt auf einen patientenzentrierten Gesprächsstil schließen.

Das divergierende Verhalten wird mit empirisch nachgewiesenen Unterschieden im Kommunikationsstil der Genera begründet, demzufolge Frauen im sozialen Umgang geschickter sind, Statusdifferenzen besser ausgleichen und unmittelbarer in ihrem sozialen Verhalten sind. Frauen verfolgen andere Ziele im Gespräch, nämlich Solidarität und Verständigung.

Da Ärztinnen ein anderes Gesprächsverhalten als ihre männlichen Kollegen zeigen, ist zu vermuten, dass sie das Gespräch auch anders bewerten.

#### **Hypothese 4**

Ärzte und Ärztinnen unterscheiden sich in ihren Einstellungen und in ihrem Kommunikationsverhalten im Umgang mit ihren Patienten.