

## **XIV. Diskussion der Ergebnisse**

Für die Untersuchung wurden insgesamt 93 klinisch tätige Ärzte befragt. An der Befragung nahmen 20% mehr Männer als Frauen teil. Diese waren im Schnitt 5 Jahre jünger als ihre männlichen Kollegen. Der Altersdurchschnitt lag bei 39 Jahren.

Von den befragten Ärztinnen arbeitete die Mehrheit (58%) auf der Inneren und nur 27% auf der Chirurgie, während bei den Männern das Verhältnis zwischen internistischer (39%) und chirurgischer Tätigkeit (43%) nahezu ausgeglichen war. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch auf den Stationen wider: Auf der Inneren arbeiten im Vergleich zur Chirurgie mehr Frauen, während auf der Chirurgie im Vergleich zur Inneren mehr Männer arbeiten. Eine Ausbildung zum Facharzt haben mehr Männer. In der Aus- bzw. Weiterbildung (PJ, AIP, Assistenzarzt) befinden sich mehr Frauen.

*In Bezug auf die Vermittlung von Gesprächsführung / Kommunikation in der Ausbildung hat die Untersuchung Folgendes ergeben:*

- Die befragten Ärzte gaben an, dass Kommunikationsgrundlagen und Techniken der Gesprächsführung in der Ausbildung kaum vermittelt werden. Die Ausbildung in interpersoneller Kommunikation ist infolgedessen mangelhaft. Praktische Lernformen wie der Untersuchungskurs oder das eigene Beobachten werden als nützlich bewertet, um etwas über Gesprächsführung zu lernen.
- Die freiwillige Beschäftigung mit Kommunikation und ärztlicher Gesprächsführung ist etwas intensiver als die Behandlung dieses Themas im Studium. 55% haben Bücher gelesen, 40% eine Anamnese-Gruppe besucht. Die im Studium entstandenen Defizite können durch das freiwillige Engagement jedoch nicht ausgeglichen werden.
- Als positiv zu verzeichnen ist mit 72% das hohe Interesse der Befragten an Forschungsergebnissen aus dem Bereich der Arzt-Patient-Kommunikationsforschung.
- Die Literaturkenntnisse insgesamt waren allerdings sehr gering. Nur 10% der befragten Mediziner konnten einen Titel oder Autor nennen. An diesem Forschungsgebiet interessierte Mediziner, Frauen sowie Internisten waren eher in der Lage, einen Titel oder Autor eines Buches über Kommunikation bzw. Gesprächsführung zu nennen.

- Die Erwartungshaltung, die die befragten Mediziner an ein Kommunikationstraining haben, ist ziemlich hoch. Die Mehrheit verspricht sich vor allem einen Kompetenzgewinn im Hinblick auf die Steuerung von Gesprächen.

*Die Untersuchung des Patienten- Gesprächs aus der Sicht klinisch tätiger Ärzte hat zu folgenden Ergebnissen geführt:*

### **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.

- Als positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass der Mehrheit der befragten Ärzte die Vorteile einer effektiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient bewusst sind. Dazu zählen weniger Angst, größere Zufriedenheit, bessere Mitarbeit und ein besseres Erinnerungsvermögen von Seiten des Patienten sowie eine größere Diagnosegenauigkeit und bessere Behandlungsergebnisse.
- Für eine positive Bewertung des Gesprächs spricht, dass die befragten Krankenhausärzte das Gespräch als Grundlage zur Erfassung und Lösung von Problemen betrachten, den Erstkontakt als prägend für die Arzt-Patient-Beziehung beschreiben, den Therapieerfolg von der Art der Beziehung abhängig machen und das Behandlungsergebnis auf die kommunikative Einbettung des Patienten zurückführen.
- Dass die Mehrheit der befragten Kliniker die Vorstellungen des Patienten über seine Erkrankung als nicht unbedeutend für die Diagnose wertet und einen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Informationsvermittlung und der Patientenzufriedenheit sieht, sind weitere Hinweise für eine patientenorientierte Einstellung.
- Eine bedeutsame Korrelation konnte zwischen den Kenntnissen über die Vorteile einer effektiven Arzt-Patient-Kommunikation und der Bewertung patientenorientierter Daten für die Diagnose festgestellt werden ( $r = 0,47$ ). Ärzte, die den Gesprächsnutzen kennen, stufen patientenorientierte Informationen, die die soziale Situation, den emotionalen Zustand des Patienten sowie dessen Ansicht über die Krankheit betreffen, als diagnostisch wertvoll ein.

- Zwischen den Kenntnissen und der Einstellung der befragten Mediziner konnte eine sehr signifikante Korrelation nachgewiesen werden ( $r = 0,48$ ), d.h. Kenntnisse über die Vorteile effektiver Kommunikation beeinflussen die ärztliche Einstellung zum Gespräch positiv. Die Ergebnisse bestätigen Hypothese 1. Je besser Ärzte über die Vorteile und den Nutzen effektiver Kommunikation Bescheid wissen, desto positiver bewerten sie das Gespräch mit dem Patienten für ihre Arbeit.

## **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 untersuchten Ärzte geben mehrheitlich zu, dass im Gespräch meist wenig Zeit für einen tieferen Einblick in die soziale Situation des Patienten bleibt, betonen aber dessen Bedeutung für die Diagnose. Diese Einstellung kommt auch im Verhalten von 60% der Befragten zum Ausdruck, die in der fiktiven Gesprächssituation zur Wahrnehmung der psychosozialen Situation des Patienten die psychischen Belastungen der Arbeitslosigkeit für den Patienten eingehender erkunden.
- Das in der Einstellung zum Ausdruck gebrachte Bewusstsein über die Bedeutung der Informationsweitergabe für die Patientenzufriedenheit spiegelt sich auch im ärztlichen Informationsverhalten wider. Die untersuchten Ärzte klären den Patienten über die möglichen Nebenwirkungen eines verordneten Medikaments vollständig auf, informieren ihn über den zeitlichen Rahmen und geben ihm die Möglichkeit, am Ende der ärztlichen Untersuchung, Fragen zu stellen.
- In Übereinstimmung mit Hypothese 2 konnte eine Verbindung zwischen der Einstellung zum Gespräch und dem berichteten Kommunikationsverhalten nachgewiesen werden ( $Rho = 0,21$ ), d.h. eine positive Gesprächshaltung schlägt sich in den Kommunikationsabsichten nieder.

Die nach außen bekundete positive Einstellung zum Gespräch spiegelt sich allerdings nicht in der erwarteten Intensität im ärztlichen Gesprächsverhalten wider.

## *Divergenzen zwischen Gesprächsbewertung und Kommunikationstendenzen*

- Diese deuten sich einerseits in einem normierten Kommunikationsverhalten, andererseits in einem einstellungsdiskrepanten Verhalten auf Seiten der befragten Ärzte an.
- Auf ärztlicher Seite zeigt sich ein einheitliche Vorgehen zur Bestimmung des Krankheitsproblems u.a. darin, dass zugunsten eines krankheitszentrierten Ansatzes (Eruierung der Schmerzcharakteristik) auf eine zusammenhängende Schilderung des Patienten mit dessen eigenen Worten, die ihn als Person sichtbar werden lässt, verzichtet wird.
- Eine Systematik ist auch in der ärztlichen Vorgehensweise zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose zu erkennen. Die Ansichten des Patienten über sein Problem und darüber, was die Symptome verursacht haben könnte, sind für die ärztliche Diagnose nicht von Bedeutung und werden zugunsten objektiverer Testverfahren vernachlässigt.
- Die Untersuchung hat zum Teil Widersprüche zwischen der nach außen dargestellten Einstellung zum Gespräch und dem Kommunikationsverhalten aufgedeckt.
- Die Mehrheit der befragten Ärzte betont zwar, dass die Ansichten des Patienten für die Diagnose von Bedeutung sind. In der fiktiven Gesprächssituation zum Diagnoseverhalten findet diese Haltung jedoch keine Entsprechung. Die Meinung des Patienten wird zugunsten objektiverer Diagnoseverfahren vernachlässigt.
- Während 96% der befragten Mediziner die Patientenschilderung der Beschwerden als wichtig für die Diagnose einstufen, geben im Gespräch nur 20% der Ärzte dem Patienten die Möglichkeit, sein Problem im Zusammenhang darzustellen.

Als mögliche Ursachen für Diskrepanzen zwischen Einstellung und Verhalten werden kontextspezifische Anforderungen und berufsbedingte Verhaltensnormen diskutiert, die das Kommunikationsverhalten im Gespräch bestimmen (vgl. Wilker 1994: 174, Zimbar-do 1995: 710).

Im Klinikalltag ist das ärztliche Verhalten medizinisch klinischen Verhaltensstandards unterworfen. Es wird von den realen Arbeitsbedingungen so überlagert, dass Ärzte in der Kommunikation mit dem Patienten bisweilen ihrer patientenorientierten Grundhaltung zuwider handeln und die Gesprächsbeteiligung des Patienten hemmen.

Da Verhalten meist unbewusst abläuft, werden Widersprüche nicht wahrgenommen oder durch ein positives Selbstbild korrigiert.

Festzuhalten bleibt, dass im ärztlichen Gesprächsverhalten weder die Schilderung der Beschwerden aus der Sicht des Patienten noch die Meinung des Patienten über seine Krankheit eine Rolle spielen. Dies lässt auf einen arztzentrierten, direktiven Gesprächsstil schließen.

Weitere Hinweise darauf sind, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Mediziner eine klare Vorstellung des genauen Gesprächsablaufs für die Erhebung der Anamnese befürwortet, von der Teilnahme an einem Kommunikationstraining für die eigene Arbeit vor allem eine bessere Gesprächssteuerung erwartet und als Erwartungen von Patientenseite am ehesten ein partnerschaftliches Verhältnis sowie Mitspracherecht ausschließt.

Durch die Vernachlässigung der Patientenperspektive wird der Patient zum Objekt ärztlicher Handlungen und zum Empfänger von Informationen. Seine Beteiligung am Gespräch ist reaktiver Natur und besteht in der Beantwortung zielgerichteter Fragen. Wird der Patient an der aktiven Mitarbeit zur Diagnosefindung und Behandlung gehindert, ist seine Stellung eine passive und die faktisch bestehende Asymmetrie in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird aufrechterhalten.

### **Hypothese 3**

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

- Dass die Bedeutung des Gesprächs im Umgang mit dem Patienten von der wissenschaftlichen Ausrichtung des Arztes bestimmt wird, zeigt sich sowohl in Ansätzen in der unterschiedlichen Bewertung des Gesprächs durch Internisten und Chirurgen als auch in dem voneinander abweichenden Gesprächsverhalten beider Gruppen.

- Internisten bewerten das Potential eines Kommunikationstrainings für die eigene Arbeit sehr viel höher als Chirurgen. Sie erwarten vor allem befriedigendere Gespräche, verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit und tieferes Verständnis des Patienten. Sie betrachten Gesprächsfertigkeiten als wichtiges ärztliches Instrument.
- Internisten legen im Vergleich zu Chirurgen für die Diagnosefindung etwas mehr Wert auf Daten, die an der sozialen Situation, der Meinung, dem emotionalen Zustand und den eigenen Worten des Patienten orientiert sind. Dies zeigt sich im Gespräch dergestalt, dass sie den Patienten öfter zu einer zusammenhängenden Schilderung des Problems ermutigen als Chirurgen.
- Während die befragten Internisten einheitlich darin übereinstimmen, dass das Behandlungsergebnis von den kommunikativen Rahmenbedingungen abhängt, nutzen Chirurgen das Gespräch primär für Diagnostik und Aufklärung.
- Psychosoziale Aspekte werden von Internisten und Chirurgen gleichermaßen hoch bewertet. Diese Haltung spiegelt sich auch in dem Kommunikationsabsichten beider Gruppen wider.
- Es gibt unterschiedliche Tendenzen im Kommunikationsverhalten von Internisten und Chirurgen. Internisten legen mehr Wert auf eine Schilderung der Beschwerden aus der Sicht des Patienten als Chirurgen. Des Weiteren klären sie den Patienten über die möglichen Nebenwirkungen eines Medikaments vollständiger auf als ihre Kollegen auf der Chirurgie.
- Die zwischen Internisten und Chirurgen zu Tage geförderten Unterschiede bezüglich der Bewertung des Gesprächs für Diagnose und Therapie sowie des Kommunikationsverhaltens sprechen dafür, dass die Bedeutung, die das Gespräch in der Behandlung des Patienten durch den Arzt erfährt, von der wissenschaftlichen Ausrichtung des Arztes bestimmt wird. Hypothese 3 wird durch die Ergebnisse bestätigt.

## **Hypothese 4**

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

- Die Analyse hat signifikante Unterschiede in der Einstellung zum Patienten-Gespräch zwischen männlichen und weiblichen Medizinerinnen zu Tage gefördert, denen zufolge Ärztinnen das Gespräch positiver bewerten als ihre männlichen Kollegen.
- Ärztinnen legen im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen mehr Wert auf befriedigendere Gespräche. Dies lässt sich an den hohen Erwartungen ablesen, die sie an ein Kommunikationstraining stellen.
- Ärztinnen betrachten im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen die eigenen Vorstellungen des Patienten für die Diagnose als bedeutsamer und sind mehr darum bemüht, einen Einblick in die soziale Situation ihrer Patienten zu erhalten. Sie machen das Behandlungsergebnis stärker von der kommunikativen Einbettung des Patienten abhängig und legen etwas mehr Wert auf patientenorientierte Diagnosedaten.
- Die ermittelten Daten belegen, dass Ärztinnen dem Gespräch einen größeren Stellenwert für die Diagnose beimessen. Sie korrespondieren mit der von Roter aufgestellten These, demzufolge Ärztinnen mehr auf potentielle Diagnosehinweise bei ihren Patienten achten und ihnen mehr Zeit im Gespräch widmen als ihre männlichen Kollegen.
- Die in der Einstellung nachgewiesenen Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen, lassen sich auch im Gesprächsverhalten in Ansätzen wiederfinden. Unter den befragten Ärzten gehen mehr weibliche Mediziner als männliche auf die soziale Situation des Patienten ein.
- Die Ergebnisse bestätigen gemäß Hypothese 4, dass Ärztinnen und Ärzte das Gespräch mit dem Patienten unterschiedlich bewerten.

Kirschning weist darauf hin, dass die Zeit, die Ärztinnen der Patientenversorgung und Kommunikation widmen, einer wissenschaftlichen Karriere im Wege steht.

Die Arbeit mit dem Patienten wird im medizinischen Wissenschaftsbetrieb nicht hoch bewertet, was zählt, sind die Untersuchungen, die ein Arzt durchgeführt und vorgestellt hat sowie die Zahl seiner Publikationen. Neben den Schwierigkeiten Beruf und Familie zu vereinbaren, ist die kommunikative Kompetenz von Frauen ein Grund, warum Ärztinnen weniger Karriereaussichten haben als ihre männlichen Kollegen (vgl. Kirschning 2001: 190 ff.).

Diese Problematik zeigt sich in der Untersuchung dergestalt, dass Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten auf der Ebene der Assistentenstellen wesentlich stärker vertreten sind als in Facharztpositionen.

### *Kritische Anmerkungen*

Die vorliegende Arbeit untersucht die Gesprächsrichtung vom Arzt zum Patienten, damit erfasst sie nur einen Teilbereich des Spektrums der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Der Einsatz standardisierter Patienten könnte einen umfassenderen Einblick in die Gesprächssituation liefern, denn er ermöglicht darüber hinaus die Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens aus der Sicht des Patienten und trägt damit der Wechselseitigkeit des Kommunikationsprozesses besser Rechnung.

Im Gegensatz zu dem in der Untersuchung eingesetzten Kommunikationstest, der das potentielle Verhalten der befragten Ärzte anhand fiktiver Gesprächssituationen zu ermitteln versucht, kann mit Hilfe audiovisueller Methoden tatsächliches Verhalten gemessen werden.

Mit Hilfe des Roter Interactional Analysis Systems (RIAS) könnte das anhand von Tonbandaufzeichnungen gemessene Kommunikationsverhalten sowohl mit der in einem Fragebogen zur Selbsteinschätzung ermittelten ärztlichen Haltung als auch mit der Gesprächsbewertung aus Patientensicht (Fragebogen zur Fremdeinschätzung) korreliert werden.

Das in der Arbeit untersuchte Ärztekollektiv erfüllt nicht die Anforderungen einer repräsentativen Stichprobe. Der Einfluss sozialwissenschaftlicher Kenntnisse auf das ärztliche Kommunikationsverständnis konnte aufgrund der Datenlage nicht ausreichend untersucht werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist eingeschränkt und sollte an einem größeren Datensatz validiert werden.

Die Übertragbarkeit von Ergebnissen, die innerhalb eines anderen Bezugsrahmens erhoben worden sind, stellt ein generelles Forschungsproblem dar. Den Forschungsergebnissen zur Patientenzufriedenheit, sowie denen zum ärztlichem Kommunikationsverhalten und zur Compliance liegen weitestgehend internationale Untersuchungen zugrunde, d.h. sie basieren auf einem anderen als dem deutschen Gesundheitssystem. Unterschiedliche Gesundheitsstrukturen wie z.B. das Gate-Keeper-Prinzip oder Fallpauschalen für ärztliche Gespräche haben Einfluss auf die Arzt-Patient Kommunikation.

Deshalb sollte die Aufgabe zukünftiger Forschung hierzulande sein, auf der Grundlage detaillierter Ist-Analysen stationsspezifischer Gegebenheiten, geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsabläufe, Informationsflüsse und der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu entwickeln und deren Nutzen zu evaluieren.

Befürchtungen, die Stichprobe könne im Hinblick auf die Bewertung des Patientengesprächs aufgrund der freiwilligen Untersuchungsteilnahme von Ärzten, die an dem Thema interessiert sind, positiv verzerrt sein, werden durch die Ergebnisse zum Gesprächsverhalten relativiert.

Die in den Kenntnissen und der Einstellung zum Ausdruck gebrachte positive Bewertung des Gesprächs findet im ärztlichen Gesprächsverhalten nicht die erwartete Resonanz. Dies deutet darauf hin, dass Ärzte ihr Kommunikationsverhalten im Gespräch nicht reflektieren und sich der in der Untersuchung zutage geförderten Widersprüche zwischen Einstellung und Verhalten oftmals nicht bewusst sind.

Eine erfolgversprechende Methode ist die Schulung ärztlicher Kommunikationsfertigkeiten. Ein wichtiges Ziel von Kommunikationstrainings besteht darin, die Selbstwahrnehmung der Teilnehmer zu fördern. Es steht außer Frage, dass der Erwerb kommunikativer Kompetenz ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Ausbildung sein sollte. Eine Ausbildung dieser Art sollte den in der Untersuchung zu Tage tretenden geschlechtsspezifischen Unterschieden im ärztlichen Kommunikationsverhalten Rechnung tragen, indem sie die kommunikative Kompetenz von Ärztinnen für den Kommunikationsunterricht in der Aus- und Weiterbildung stärker nutzt.

Des Weiteren sollte die Vermittlung ärztlicher Gesprächsführung die stationsspezifischen Gegebenheiten unterschiedlicher Fachrichtungen, wie sie in der Arbeit zwischen Innerer und Chirurgie zu Tage treten, angemessen berücksichtigen.