

XVI. Zusammenfassung der Arbeit

Im Mittelpunkt einer patientenorientierten Medizin, die den Menschen in seiner Ganzheit unter Berücksichtigung psychischer und sozialer Aspekte wahrnimmt, steht die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Über das Gespräch mit dem Patienten kann der Arzt eine Vertrauensbeziehung aufbauen und sich ein umfassendes Bild von dem Problem und der Situation des Patienten machen, um angemessen diagnostisch und therapeutisch handeln zu können.

Eine ganzheitliche Medizin kann nur durch die Integrierung sozial- und kommunikationswissenschaftlicher Erkenntnisse in das Fach erreicht werden. Für die Verbesserung des ärztlichen Handelns, speziell die Interaktion mit dem Patienten, ist die Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Kenntnisse sowie die Anwendung kommunikativer Kompetenzen unerlässlich.

Ärztliches Handeln besteht zu einem Großteil aus Kommunikation. Sowohl das gesprochene Wort als auch die Körpersprache sind wichtige Instrumente des Arztes, um mit dem Patient in Beziehung zu treten, Informationen zu erhalten und mitzuteilen. Jede Mitteilung enthält neben einer Sachinformation parallel eine Beziehungsinformation, die angibt, wie die Nachricht zu verstehen ist. Dieser emotionale Anteil der Nachricht wird meist nonverbal kommuniziert. Die Erkenntnis, dass man nicht *nicht* kommunizieren kann und dass die Art der Kommunikation wesentlichen Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung hat, sind wichtige Grundlagen ärztlichen Handelns.

In der Schulmedizin, die die Krankheit nicht als ein soziales Ereignis begreift, sondern auf rein naturwissenschaftliche Kausalzusammenhänge reduziert, wird die sprachlich vermittelte Etablierung einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient als störend empfunden. Infolgedessen werden angehende Mediziner im Studium nur mangelhaft mit wichtigen Aspekten der Beziehung zwischen Arzt und Patient vertraut gemacht und nur unzureichend mit psychosozialer Kompetenz ausgestattet.

Da ärztliches Sprechen in der Ausbildung weder gelehrt noch eingeübt wird, sind Kommunikationsstörungen in der Arzt-Patient-Beziehung weit verbreitet. Es gilt als empirisch gesichert, dass die hohe Unzufriedenheit unter Patienten auf die Diskrepanz zwischen ihren Informations- und Kommunikationsbedürfnissen und der tatsächlich erfahrenen kommunikativen Zuwendung von ärztlicher Seite zurückzuführen ist. Untersuchungen zufolge wird der ärztliche Kommunikationsstil als direktiv, distanziert, problemorientiert, informationsarm und unverständlich beschrieben.

Studien zur Compliance, die das Befolgen ärztlicher Therapievorschriften durch Patienten untersuchen, dokumentieren, dass unzufriedene Patienten wenig geneigt sind, die ärztlichen Anweisungen einzuhalten. Kommunikationsmängel in der Arzt-Patient-Beziehung gelten als Hauptgrund dafür, dass Patienten sich non-compliant verhalten.

Die Non-Compliance vieler Patienten ist volkswirtschaftlich äußerst bedenklich. Nicht verwendete Medikamente und das Nichteinhalten therapeutisch erforderlicher Maßnahmen belasten den Gesundheitshaushalt durch unnötige Krankenhauseinweisungen, zusätzliche Pflegefälle sowie überflüssige Notfalleinsätze.

Bemühungen, die Patientenzufriedenheit zu steigern und die Effektivität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu erhöhen, haben, insbesondere in den USA, ein reges Forschungsinteresse an der Arzt-Patient-Kommunikation ausgelöst. Dank der intensiven Zusammenarbeit von Medizinern und Sozialwissenschaftlern hat dieser Forschungsbereich in den letzten 20 Jahren einen hohen Entwicklungsstand erreicht und verfügt über gesicherte Erkenntnisse.

Es gilt als wissenschaftlich erwiesen, dass die Kommunikationsstrukturen, in die ein Patient während seiner Behandlung eingebunden ist, weitreichende Implikationen für den Behandlungsverlauf und den Gesundungsprozess des Patienten haben. Die Qualität des Arzt-Patient-Gesprächs bestimmt im Wesentlichen die Zuverlässigkeit der Anamnese und hat entscheidenden Einfluss auf das Therapieverhalten und die Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Effektive Kommunikation verbessert nicht nur die Lebensqualität der Patienten, sondern birgt darüber hinaus Kostensenkungspotentiale in Form kürzerer Liegezeiten, geringerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und kürzerer Arbeitsunfähigkeit.

Zu den Vorteilen einer verbesserten Arzt-Patient-Kommunikation zählen eine höhere Diagnosegenauigkeit, eine größere Bereitschaft unter Patienten, ärztliche Anweisungen zu befolgen, erhöhte Patientenzufriedenheit und bessere Behandlungsergebnisse.

Die Erkenntnis, dass erfolgreiche Kommunikation Wissen, Zufriedenheit und Compliance auf Seiten der Patienten erhöht und die Gesundheit positiv beeinflusst, hat in den USA und England zur Entwicklung praxisrelevanter Lernmodelle und Unterrichtskonzepte geführt, um die kommunikativen Fertigkeiten von Ärzten bereits während des Studiums und der Ausbildung zu schulen.

Studien zur Evaluierung von Unterrichtsmethoden dokumentieren, dass Kommunikationsfertigkeiten lehr- und lernbar sind und dass Kommunikationstrainings den Gesprächsstil langfristig verändern. Kurse dieser Art gehören heute zum festen Bestandteil der Medical Schools in den USA und Großbritannien.

Während die Zusammenarbeit von Medizinern und Sozialwissenschaftlern in den USA der Arzt-Patient-Kommunikationsforschung wichtige Impulse verliehen hat, fehlt hierzulande eine interdisziplinäre und integrative Kooperation zwischen Medizinern und Wissenschaftlern sozialwissenschaftlicher Disziplinen. Die mit der Kommunikationsproblematik befassten Mediziner und Sozialwissenschaftler nehmen die Arbeit der jeweils anderen Fachrichtungen nur sehr rudimentär wahr.

Im Bereich der Linguistik kann die Arzt-Patient-Kommunikationsforschung zwar bereits auf eine lange Forschungstradition zurückblicken, die Arbeiten zeichnen sich jedoch durch eine theoretische Vorgehensweise aus. Aus den Ergebnissen werden in der Regel keine praxisrelevanten Ratschläge abgeleitet.

Abgesehen von den Verdiensten Uexkülls, eine psychosomatische Grundversorgung in der Medizin zu etablieren, gibt es im Gegensatz zu den vielen Veröffentlichungen aus der Soziologie und Linguistik vergleichsweise wenige wissenschaftliche Untersuchungen von Medizinern zur Kommunikationsproblematik. Bei der Mehrzahl der Arbeiten handelt es sich primär um Einzelleistungen, die aus der Erkenntnis entstanden, dass Gesprächsführungskompetenz weder in der Ausbildung noch in der Praxis von Bedeutung ist.

Trotz begrüßenswerter Reformprojekte ist das Erlernen von Gesprächsführung bislang kein fester Bestandteil der medizinischen Ausbildung, so dass man davon ausgehen kann, dass die Mehrheit der heute praktizierenden Ärzte keine angemessene Ausbildung im Bereich interpersoneller Kommunikation erhalten hat.

In Anbetracht der hinreichend dokumentierten Bedeutung ärztlicher Kommunikation für die medizinische Versorgung und der Etablierung international anerkannter Methoden zur Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten stellt sich die Frage, über welche Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich ärztlicher Gesprächsführung und Kommunikation klinisch tätige Ärzte hierzulande verfügen. Zu diesem Zweck wurden die Kenntnisse und Einstellungen von 93 in Berlin tätigen Krankenhausärzten zum Patienten-Gespräch ermittelt, ihre kommunikativen Leistungen im Gespräch beschrieben und im Hinblick auf die gemessenen Einstellungen und den Stand der Forschung bewertet.

Ausgehend von den Hypothesen, dass Kenntnisse über die Vorteile effektiver Kommunikation die ärztliche Einstellung zum Patienten-Gespräch positiv beeinflussen und dass sich eine positive Einstellung im Gesprächsverhalten widerspiegelt, wurden mittels eines standardisierten Fragebogens der Einfluss von Geschlecht, Fachrichtung sowie sozialwissenschaftlicher Kenntnisse auf das Kommunikationsverständnis und Kommunikationsverhalten untersucht.

Der Fragebogen enthält neben Testinstrumenten zur Erfassung von Kenntnissen und Einstellungen einen Test zum ärztlichen Gesprächsverhalten, der in fünf fiktiven Gesprächssituationen das potentielle Kommunikationsverhalten der befragten Ärzte misst.

Die Bedeutung kommunikativer Aspekte für Diagnose und Therapie wird in der Mehrzahl von Medizinern beschrieben, die einen sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund haben. Diese Tatsache deutet darauf hin, dass die wissenschaftliche Ausrichtung des Arztes (mehr organmedizinisch oder sozialwissenschaftlich) dessen Einstellung beeinflusst und darüber mitentscheidet, welchen Platz er dem Gespräch in der Behandlung einräumt. Auch die Fachrichtung, der der Arzt angehört, prägt dessen Einstellung zum Patienten-Gespräch und hat Einfluss auf das ärztliche Gesprächsverhalten. Da sich die Chirurgie und die Innere Medizin in ihren Therapieformen und -zielen (primär somatisch und operativ versus eher ganzheitlich und konservativ) grundlegend voneinander unterscheiden, ist davon auszugehen, dass das Gespräch durch Internisten und Chirurgen eine unterschiedliche Gewichtung in der Behandlung erfährt.

Aufgrund der Datenlage konnte der Einfluss sozialwissenschaftlicher Kenntnisse nicht weitergehend untersucht werden und sollte an einer größeren Stichprobe überprüft werden.

Dass die Bedeutung des Gesprächs im Umgang mit dem Patienten von der Fachrichtung des Arztes bestimmt wird, konnte in der Untersuchung in Ansätzen nachgewiesen werden und zeigte sich sowohl in der unterschiedlichen Bewertung des Gesprächs durch Internisten und Chirurgen als auch in dem unterschiedlichen Gesprächsverhalten beider Gruppen.

Im Vergleich zu Chirurgen bewerten Internisten Kommunikationsfertigkeiten für die eigene Arbeit höher und halten patientenorientierte Daten für diagnostisch wertvoller. Der Kommunikation mit dem Patienten wird von Internisten eine größere Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit beigemessen als von Chirurgen, die das Behandlungsergebnis nicht von den Kommunikationsstrukturen, in die der Patient während der Behandlung eingebunden ist, abhängig machen.

Unterschiedliche Tendenzen im Kommunikationsverhalten von Internisten und Chirurgen zeigten sich darin, dass Internisten mehr Wert auf eine zusammenhängende Schilderung der Beschwerden aus der Sicht des Patienten legen und den Patienten über die möglichen Nebenwirkungen eines Medikaments vollständiger aufklären als Chirurgen.

Die Geschlechterforschung hat signifikante Unterschiede im Kommunikationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten zu Tage gefördert. Da Ärztinnen aufgrund empirisch nachgewiesener Kommunikationsunterschiede zwischen den Genera mehr Engagement in der

Kommunikation mit ihren Patienten zeigen als ihre männlichen Kollegen, ist zu vermuten, dass sie das Gespräch auch anders bewerten.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass es schon bei der Wahl des Arbeitsgebiets geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Bei Frauen liegt die Präferenz auf der Inneren Medizin, während Männer die Chirurgie bevorzugen.

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. Ärztinnen betrachten im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen die eigenen Vorstellungen des Patienten als bedeutsamer für die Diagnose und sind mehr darum bemüht, einen Einblick in die soziale Situation ihrer Patienten zu erhalten. Die ermittelten Daten stützen die Hypothese, dass Ärztinnen dem Gespräch einen größeren diagnostischen Stellenwert beimessen.

Die in der Einstellung nachgewiesenen Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen, lassen sich auch im Gesprächsverhalten in Ansätzen wiederfinden. Unter den befragten Ärzten gehen mehr Frauen als Männer auf die soziale Situation des Patienten ein.

In der empirischen Analyse konnte hypothesenkonform ein positiver Zusammenhang zwischen den Kenntnissen über die Vorteile einer effektiven Kommunikation und der Bewertung des Gesprächs für die ärztliche Tätigkeit nachgewiesen werden, d.h. Kenntnisse beeinflussen die ärztliche Einstellung zum Gespräch positiv.

Der Mehrheit der befragten Ärzte sind die Vorteile einer effektiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient bewusst. Dazu zählen eine größere Diagnosegenauigkeit, bessere Behandlungsergebnisse sowie weniger Angst, größere Zufriedenheit, bessere Mitarbeit und eine verbesserte Erinnerungsleistung von Seiten des Patienten.

Die positive Einstellung zeigte sich darin, dass das Gespräch als Grundlage zur Lösung und Erfassung von Problemen betrachtet, der Therapieerfolg von der Art der Beziehung abhängig gemacht, der erste Kontakt als prägend für die spätere Beziehung bezeichnet und ein Zusammenhang zwischen dem Behandlungsergebnis und der Kommunikationssituation des Patienten anerkannt wurde.

Dass die Bewertung des Gesprächs für Diagnose und Therapie nicht vollständig die ärztliche Einstellung reflektiert, sondern teilweise auch auf eine soziale Erwünschtheit sowie ein positives Selbstbild zurückzuführen ist, demzufolge Ärzte sich für kompetente Gesprächspartner halten, kann nicht völlig ausgeschlossen werden.

Eine Verbindung zwischen Einstellung und potentielltem Kommunikationsverhalten ist für die Erfassung der psychosozialen Dimension des Patienten belegt.

Die untersuchten Ärzte betonten mehrheitlich, wie wichtig ein Einblick in die soziale Situation des Patienten für die Diagnose ist. Diese Einstellung spiegelte sich auch in ihren Gesprächsabsichten zur Wahrnehmung der psychosozialen Situation wider.

Die in den Kenntnissen und der Einstellung zum Ausdruck gebrachte positive Bewertung des Gesprächs findet im ärztlichen Kommunikationsverhalten allerdings nicht die erwartete Resonanz. Die Untersuchung hat zum Teil Widersprüche zwischen der nach außen dargestellten patientenorientierten Einstellung zum Gespräch und den ermittelten Kommunikationsabsichten zu Tage gefördert.

Während die Mehrheit der befragten Ärzte angab, dass die Ansichten des Patienten für die Diagnose von Bedeutung sind, fand diese Haltung in der fiktiven Gesprächssituation zum Diagnoseverhalten keine Entsprechung. Die Meinung des Patienten wurde zugunsten objektiverer Diagnoseverfahren vernachlässigt.

Obwohl die befragten Mediziner die Patientenschilderung der Beschwerden mehrheitlich als wichtig für die Diagnose einstufen, gaben vergleichsweise nur sehr wenige Ärzte dem Patienten die Möglichkeit, sein Problem im Zusammenhang darzustellen.

Als mögliche Ursache für Diskrepanzen zwischen Einstellung und Verhalten werden kontextspezifische Anforderungen und berufsbedingte Verhaltensnormen diskutiert.

Im Ergebnis festzuhalten ist, dass der Patient von ärztlicher Seite im Gespräch nicht die Möglichkeit erhält, seine Beschwerden im Zusammenhang mit eigenen Worten darzustellen und keine Gelegenheit hat, seine Sicht der Dinge mitzuteilen.

Dies spricht für einen arztzentrierten, direktiven Kommunikationsstil. Weitere Hinweise darauf sind, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte von der Teilnahme an einem Kommunikationstraining vor allem eine bessere Steuerung des Gesprächs erwartet, einen im Vorfeld genau festgelegten Gesprächsablauf für die Erhebung der Anamnese befürwortet und als Erwartungen des Patienten an den Arzt am ehesten ein partnerschaftliches Verhältnis sowie Mitspracherecht ausschließt.

Trotz einer patientenorientierten Grundhaltung und einer positiven Gesprächsbewertung weist das ärztliche Kommunikationsverhalten in Richtung eines Aktiv-Passiv-Modells, in dem die Autonomie des Patienten eingeschränkt und die Mitarbeit des Patienten eher reaktiver Natur ist.

Ein Kommunikationstraining sollte die Selbstwahrnehmung der Teilnehmer fördern, Widersprüche im Verhalten aufdecken und die in der Untersuchung zu Tage geförderten geschlechts- und fachspezifischen Unterschiede berücksichtigen.

Die Daten der vorliegenden Untersuchung belegen, dass Kommunikationsgrundlagen und Gesprächstechniken in der Ausbildung kaum vermittelt werden.

Trotz privater Lektüre oder der freiwilligen Teilnahme an einer Anamnese-Gruppe können die Versäumnisse im Studium nicht ausgeglichen werden. Die Untersuchung weist nach, dass die ärztliche Ausbildungssituation im Bereich interpersoneller Kommunikation als defizitär zu bezeichnen ist und eine Verbesserung dringend notwendig ist.

Mit der Studienreform wurde ein bedeutsamer Schritt in diese Richtung getan. Die neue Approbationsordnung für Ärzte stärkt die Hochschulautonomie und gibt Universitäten die Möglichkeit, neue Lernmodelle in das Regelstudium einzuführen und den Prüfungsablauf selbst zu bestimmen. Das Studium soll praxisorientiert, am ganzen Patienten ausgerichtet und fallbezogen sein.

Die Integrierung sozial- und kommunikationswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie die Förderung kommunikativer Kompetenzen wurden nicht verbindlich vorgeschrieben. Es liegt in der Hand der jeweiligen Hochschule, das Curriculum so zu gestalten, dass die Ausbildung interdisziplinäres Wissen integriert und einer fächerübergreifenden Sichtweise gerecht wird. Abzuwarten bleibt, ob mit der Studienreform auch eine Bewusstseinsveränderung in der Medizin einsetzt, die anerkennt, dass Kommunikation keine Option, sondern eine Notwendigkeit ist.

Auf lange Sicht wird es sich hierzulande keine Klinik wirtschaftlich mehr leisten können, sich vor den Anforderungen an die interaktive und kommunikative Kompetenz ihrer Ärzte zu verschließen. Die Meinung des Patienten wird eine größere Bedeutung erfahren und die Patientenzufriedenheit stärker in das Blickfeld der Gesundheitseinrichtungen rücken. Betriebswirtschaftliche Überlegungen und Kosten-Nutzen-Analysen werden also letztlich dazu führen, dass man der Verbesserung ärztlicher Kommunikationsfertigkeiten größere Aufmerksamkeit schenken wird.

Um den neuen Sichtweisen, der veränderten Stellung der Patienten und dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, versucht man an der Universität Bielefeld durch eine Verbesserung der festgestellten Kooperationsdefizite in der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie einem zusätzlichen Kommunikationstraining der Mitarbeiter eine höhere Versorgungsqualität, größere Patientenzufriedenheit und eine höhere Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu erreichen. Das Ziel ist die Erstellung eines Manuals zur bundesweiten Verbesserung der Kommunikations- und Kooperationsprozesse auf Krankenstationen der Akutversorgung.