

XVIII. Anhang

Die Gesundheitsstruktur in Amerika und Deutschland im Vergleich

Die Gesundheitssysteme in Europa, Nord Amerika und Japan unterscheiden sich in der Art ihrer Finanzierung. Sie werden entweder staatlich finanziert („Beveridge Model“), sind in ein Mischsystem von staatlicher und solidarischer Finanzierung eingebettet (Bismarck Model) oder werden privat finanziert. Einen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle.

Tab. 15: **Modell nach Ascher**

Beveridge Modell	Bismarck Modell	Privatversicherungsmodell
Großbritannien, Italien, Spanien, Schweden, Dänemark, Norwegen, Finnland, Kanada	Frankreich, Deutschland, Österreich, Schweiz, Belgien, Holland, Japan	USA
<ul style="list-style-type: none"> • Durch Steuern finanziert • Nationaler Gesundheitsservice • Hauptsächlich öffentliche Anbieter 	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Krankenversicherung anteilig durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert • Private und öffentliche Anbieter 	<ul style="list-style-type: none"> • Private Finanzierung • Managed Care • Medicare/ aid für bestimmte bedürftige Bevölkerungsgruppen • Hauptsächlich private Anbieter
Öffentliches System	Mischsystem	Privatsystem

In den USA gibt es weder eine Versicherungspflicht noch ein zentrales Organ, welches die Gesundheitsversorgung reguliert und koordiniert. Es herrscht ein freier Markt, der hauptsächlich durch finanzielle Mittel gesteuert wird. Die Krankenvorsorge basiert im Wesentlichen auf privater Eigenvorsorge. Der überwiegende Teil der amerikanischen Bevölkerung ist privat krankenversichert. 60% der Amerikaner sind über ihren Arbeitgeber bei so genannten *Managed Care Organisations* versichert. Das führt bei einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses oder im Falle der Arbeitslosigkeit auch zu Veränderungen in der Krankenversicherung.

Das *Managed Care System* ist ein Versorgungsnetzwerk, welches die Leistungen und deren Inanspruchnahme regelt. Für den Versicherer ist neben den medizinischen Abläufen das ökonomische Ergebnis von entscheidender Bedeutung. Aus diesem Grund werden Manager zwischen Patient und Arzt geschaltet, die den Behandlungsablauf organisieren, verfolgen, steuern und kontrollieren.

Die Wahl des Arztes, des Krankenhauses und der Apotheke sind für die Versicherten stark eingeschränkt. Der Arzt hat sich an Behandlungsleitlinien zu orientieren und ist Kontrollprozessen unterworfen, die sicherstellen, dass nur das Notwendigste an Leistungen erbracht wird. Mit dem Ziel der Kostenkontrolle und der Qualitätsverbesserung werden Ärzte und Patienten in ihrem Verhalten kontrolliert.

Die Health Maintenance Organization (HMO) ist die wichtigste und älteste Organisationsform von *Managed Care*, die sich in erster Linie durch die Kopfpauschale als Finanzierungssystem für Ärzte und die eingeschränkte Arztwahlfreiheit für Patienten (Gate-Keeper-Prinzip) auszeichnet.

Größere HMOs unterhalten selbst Krankenhäuser, kleinere HMOs schließen meist Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern zur Versorgung der Versicherten ab. Träger der HMOs sind überwiegend Versicherungen; es können jedoch auch Ärzteguppen, Krankenhäuser, Pharmafirmen und Arbeitgeber sein.

10% der Amerikaner haben eine andere private Versicherung, 12% fallen unter den Versicherungsschutz von *Medicaid* (Versicherung für die Ärmsten der Armen), 13% haben Schutz durch *Medicare* (Versicherung der Älteren). Unter den 17% der Amerikaner (das entspricht ungefähr 40 Mio.), die nicht krankenversichert sind, sind ein Drittel Kinder. Dies heißt jedoch nicht, dass 40 Millionen Menschen in den USA ohne jeglichen Versicherungsschutz auskommen müssen. Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, Nichtversicherte in ihren Notaufnahmen zu behandeln und sie mit den nötigen medizinischen Maßnahmen zu versorgen.

Dem stehen in Deutschland 90% gesetzlich Krankenversicherte, 8% Privatversicherte und 2% Nichtversicherte gegenüber. In Deutschland trägt der Arbeitgeber zwar 50% der Prämien, der Krankenversicherungsvertrag ist aber unabhängig vom Arbeitsverhältnis. Er bleibt auch bei einem Arbeitsplatzwechsel und im Falle der Arbeitslosigkeit bestehen. Auch in der Krankenhausversorgung unterscheidet sich das US-amerikanische System stark von dem deutschen. Da Kosten-Nutzen-Kalkulationen in Anbetracht der privatwirtschaftlichen Situation vieler Gesundheitseinrichtungen eine wesentlich größere Rolle spielen, ist der Behandlungsablauf in der stationären Versorgung sehr funktional und ökonomisch organisiert. Die Abteilungen sind hoch spezialisiert. Die Liegezeiten betragen in der Regel nur wenige Tage.

Im Vergleich zu anderen Ländern wird in den USA wesentlich stärker in das Gesundheitssystem investiert. Jährlich werden ca. 14% des Bruttoinlandprodukts für Gesundheitsleistungen ausgegeben, im Gegensatz zu knapp 10,5% in Deutschland (Stand: 2000, Quelle: ÖSTAT, OECD).

In den USA hat sich das Gesundheitswesen von der "Profession" zum "Business" entwickelt, ein Trend, der vor allem durch die zunehmende Ausbreitung von HMOs verstärkt wird.

Aufgrund der Unwirtschaftlichkeiten hierzulande wird *Managed Care* als ein Lösungsansatz für das deutsche Gesundheitswesen diskutiert. Das deutsche und amerikanische Gesundheitswesen sind jedoch sehr unterschiedlich. In den USA können die Ärzte die Verträge mit den HMOs selbst aushandeln. Dies führt zu einem sehr heterogenen Vertragsbestand, der einen hohen Verwaltungsaufwand erfordert (Diese Kosten machen 15 bis 25% der Beiträge aus. In Deutschland beanspruchen die Krankenkassen nur 5% und die Kassenärztlichen Vereinigungen nur 2% ihrer Mitgliederbeiträge).

In Deutschland wird die Vertragsgestaltung auf ärztlicher Seite von der Kassenärztlichen Vereinigung vorgenommen, d.h. die Vertragsfreiheit für den einzelnen Arzt ist viel stärker eingeschränkt, so dass eine Umsetzung von *Managed Care* in Deutschland nicht ohne weiteres möglich ist (vgl. Wähling 1998: 156-161). Durch die Abschaffung der Monopolstellung der kassenärztlichen Vereinigung sollen Krankenkassen durch die Möglichkeit von Einzelverträgen mit Ärzten in die Lage versetzt werden, Wirtschaftsreserven zu mobilisieren.

Aufgrund der negativen Effekte von *Managed Care* (hoher Verwaltungsaufwand, Leistungskürzungen, Einschränkungen der Handlungsfreiheit, Verschlechterung der Qualität) wird bezweifelt, ob *Managed Care* ein akzeptabler Lösungsansatz für das deutsche Gesundheitswesen sein kann (vgl. ebenda).

Wenn die Gesundheitsversorgung ein Gut ist, das ge- und verkauft wird, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit einer sozialstaatlichen Absicherung, die jedem einzelnen eine angemessene medizinische Versorgung zugesteht (vgl. Wähling 1998: 156-161).

Was die medizinischen Verhältnisse anbetrifft, steckt das amerikanische Gesundheitssystem in einer Krise bedingt durch die Kostenspirale und den Ausschluss eines Großteils der Bevölkerung aus Krankenkassen und Versicherungen (vgl. Shorter 1991: 13). Die Entfremdung zwischen Arzt und Patient dokumentieren die vielen Patientenklagen. Da eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation dringend geboten ist, lassen viele Gesundheitsorganisationen die Kommunikationsfertigkeiten ihrer Ärzte in aufwendigen Unterrichtsprogrammen schulen.

Glossar

Anamnese	Klinische Befragungsform (Interview) zur Erhebung der Vorgeschichte einer gegenwärtig bestehenden, psychischen oder physischen Symptomatik. Die Anamnese stellt die erste Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Patient dar und dient der Herstellung einer Vertrauensbeziehung. Neben ihrer Hauptaufgabe, der Diagnosefindung mit Hypothesenbildung und –abklärung, erfüllt sie auch eine therapeutische und beratende Funktion. Die Deutung der erhaltenen Informationen des Patienten setzt einen Erkenntnisprozess durch Verstehen und Einfühlung in den Patienten auf Seiten des Arztes voraus und stellt hohe Anforderungen an die ärztliche Gesprächskompetenz.
Anamnese-Gruppe	Von Studenten gegründete Selbsthilfegruppe, um die Defizite im Studium auszugleichen. Eine Anamnese-Gruppe besteht aus acht bis zwölf Teilnehmern und zwei studentischen Tutoren, die sich freiwillig einmal wöchentlich in einem Klinikum treffen, um eine patientenorientierte Anamnese ohne körperliche Untersuchung bei Patienten verschiedener Fachrichtungen zu erheben. Über die Möglichkeit zur Selbstreflexion sollen die Teilnehmer lernen, dass die Gefühle, mit denen man auf den Patienten reagiert, das eigene Verhalten beeinflussen und eine positive oder negative therapeutische Funktion haben können.
Asymmetrische Kommunikation	Eine asymmetrische Kommunikation ist durch ungleiche Ausgangsbedingungen der Gesprächspartner bedingt. Je höher die soziale Distanz aufgrund des Kompetenz- und Abhängigkeitsgefälles, unterschiedlicher Machtbefugnisse und soziokultureller Unterschiede desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kommunikationsprobleme und semantische Verständigungsprobleme auftreten.
Balint-Gruppe	Unter Anleitung eines geschulten Therapeuten treffen sich acht bis zehn Ärzte einmal pro Woche regelmäßig, um ihre Erfahrungen im Umgang mit Patienten zu diskutieren. Der gemeinsame Austausch von Erfahrungen im Gespräch soll den Teilnehmern helfen, den Patienten besser zu verstehen und Lücken in der Kommunikation zu schließen. Das Ziel ist, Empathie und Wahrnehmungsfähigkeit für unbewusste psychische Vorgänge in der ärztlichen Praxis zu schulen.
Compliance	Die Bereitschaft des Patienten, medizinische Empfehlungen zu befolgen. Der Begriff entstand zu Beginn der 70er Jahre, als erste systematische Untersuchungen der Frage nachgingen, wie Patienten die ärztlichen Anordnungen umsetzen. Am besten untersucht worden ist das Einnahmeverhalten für verordnete Medikamente. Die Compliance wird wesentlich von der Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinflusst und korreliert positiv mit der Zufriedenheit des Patienten mit der medizinischen und ärztlichen Betreuung.
Coping	Der Umgang des Patienten mit der Krankheit
Direktiva	Sprechakte, mit denen der Sprecher versucht, jemand anderen dazu zu bewegen, etwas zu tun (ärztliche Anweisungen).
Gate-Keeper-Prinzip	Eingeschränkte Arztwahlfreiheit für Patienten, d.h. Patienten haben einen fest zugewiesenen Arzt, der sie behandelt und falls nötig an einen Spezialisten überweist.
Gegenübertragung	Die spezifische Reaktion des Arztes/Therapeuten auf das Übertragungsverhalten des Patienten. Sie erfolgt meist unbewusst. Beispiel: Ein Arzt nimmt bei sich Bestrafungsimpulse gegenüber einem Patienten wahr, die sich im Verlauf der Behandlung als spezifische Reaktion des Arztes auf die hasserfüllte Vaterübertragung des Patienten auf ihn erweisen. Die Gegenübertragung kann die Mobilisierung früher, emotionaler Beziehungsmuster bedeuten, die komplementär zu den Erwartungen des Patienten sind, d.h. der Arzt reagiert seinerseits auf den Patienten, als sei dieser eine bedeutsame Person seiner Lebensgeschichte. Beispiel: Eine Ärztin, die unbewusst in der Unzufriedenheit einer Patientin mit der Behandlung (Mutterübertragung auf die Ärztin) Züge ihrer eigenen Mütter wiederfindet und sich in Wiederholung ihrer persönlichen Mutterbeziehung verzweifelt um Lob und Anerkennung bemüht und verkennt, dass das Verhalten der Patientin in deren Enttäuschung über die Mutter begründet liegt.
Health Maintenance Organisation	HMO ist die wichtigste und älteste Organisationsform von <i>Managed Care</i> , die sich in erster Linie durch die Kopfpauschale als Finanzierungssystem für die Ärzte und die eingeschränkte Arztwahlfreiheit für Patienten (Gate-Keeper-Prinzip) auszeichnet.

Institution	Der Begriff Institution bedeutet wörtlich Einrichtung und bezeichnet Strukturen sozialer Interaktionszusammenhänge (zwischenmenschliche Beziehungen), die normativ geregelt sind und bestimmte Verfestigungsgrade aufweisen. Die Institution des Krankenhauses ist eine soziale Organisation, die soziales Handeln reglementiert und hierarchisch strukturiert. Die funktionale Ordnung von Beziehungen und Rollen verpflichtet die Positionsinhaber zu rollenkongruentem Verhalten. Institutionalisiertes Verhalten ist entindividualisiert und standardisiert.
Interaktion	Prozess der Wechselbeziehung bzw. Wechselwirkung Damit Kommunikation überhaupt stattfinden kann, ist es notwendig, dass zwei Personen zueinander in Beziehung treten, dass sie interagieren. Der Sender übermittelt dem Empfänger eine Nachricht. Der Empfänger reagiert darauf, wird dadurch zum Sender und umgekehrt, und beide nehmen aufeinander Einfluss. Es ist wichtig, zwischen bloßer Interaktion und Kommunikation klar zu unterscheiden. Interaktion bezeichnet nur den wechselseitigen Austausch von Mitteilungen. Vgl. Kommunikation
Kognition, soziale	umfasst sowohl das Wissen über die Welt sozialer Geschehnisse als auch den Prozess des Verstehens von Menschen, ihrer Beziehungen sowie der sozialen Gruppen und Institutionen, an denen sie teilhaben.
Kommunikation	Wechselseitig stattfindender Prozess der vollzogenen Bedeutungsvermittlung Erst wenn zwei Menschen ihre kommunikativen Handlungen aufeinander richten (Interaktion), kann sich Kommunikation vollziehen. Erfolgreiche Kommunikation ist nach Grice erst erreicht, wenn der Empfänger die Intention, mit der der Sender die Kommunikationshandlung gesetzt hat, erkennt und versteht, was der Sender meint. Vgl. Interaktion
Managed Care	ist ein Versorgungsnetzwerk, welches die Leistungen und deren Inanspruchnahme regelt. Für den Versicherer ist neben den medizinischen Abläufen das ökonomische Ergebnis von entscheidender Bedeutung. Aus diesem Grund werden Manager zwischen Patient und Arzt geschaltet, die den Behandlungsablauf organisieren, verfolgen, steuern und kontrollieren.
Patienten, standardisierte	Standardisierte Patienten, auch Simulationspatienten genannt, sind Versuchspersonen, die trainiert werden, ein bestimmtes Krankheitsbild, an dem sie nicht leiden, immer gleich darzustellen. Sie werden für Übungszwecke und zur Beurteilung von Studenten in ärztlichen Prüfungen eingesetzt.
Soziale Rolle	Der Begriff der sozialen Rolle beinhaltet die von einer Bezugsgruppe bestimmten Verhaltenserwartungen (Rollenerwartungen), die dem Inhaber aufgrund seiner sozialen Position entgegengebracht werden. Die Position kann erworben oder aber zugeschrieben sein. Von den Positionsinhabern wird erwartet, dass sich aus der Erfüllung der speziellen Rollennormen regelmäßiges, erwartbares Verhalten ergibt. So bedeutet die Berufsrolle des Arztes die Erwartung, dass er bestimmte professionelle Verhaltensweisen und Eigenschaften zeigt.
Stereotyp	Vorgefasste Meinung mit den Merkmalen der Generalisierung, Überakzentuierung und Vereinfachung über die Eigenschaften von Mitgliedern einer Gruppe. Stereotype werden im Verlauf der Sozialisation erworben. Sie entlasten das kognitive System, indem sie die Komplexität der Welt reduzieren (Prozess der sozialen Kategorisierung). Kommen wertende, emotionale Elemente zu den Beschreibungen hinzu, spricht man von Vorurteilen.
Übertragung	Vorgang, bei dem Gefühle, Wünsche, Einstellungen und Reaktionsmuster, die aus früheren Interaktionserfahrungen mit einer bestimmten Bezugsperson stammen, auf eine andere Bezugsperson bezogen wiederholt werden. Die Übertragung spielt auch in der Arzt-Patient-Beziehung eine große Rolle, da der Arzt für den Patienten zeitweise eine wichtige Bezugsperson darstellt.

Die Kommunikation mit dem Patienten

Eine Befragung klinisch tätiger Ärzte
von Konstanze Müller

Freie Universität Berlin Institut für Publizistik –und Kommunikationswissenschaft
Arbeitsbereich Semiotik und Kommunikationstheorie

Für eine empirische Untersuchung bitte ich Sie um Ihre Mithilfe. Ich bin Kommunikationswissenschaftlerin und untersuche das Kommunikationsverhalten klinisch tätiger Ärzte/innen.

Ziel der Erhebung ist es, Informationen darüber zu erhalten, wie Ärzte/innen kommunizieren.

Bitte beantworten Sie jede Frage und geben sie auf der Antwortskala an, inwieweit die Aussagen Ihr Verhalten bzw. Ihre Einstellung beschreiben. Für keine der Fragen gibt es eine richtige oder falsche Antwort.

Die Teilnahme ist freiwillig, die Antworten bleiben geheim.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Fragebogen □□

<p>1. Haben Sie in Ihrer Ausbildung formal etwas über Kommunikation/ Gesprächsführung gelernt?</p>	gar nichts <input type="checkbox"/>	eher wenig <input type="checkbox"/>	etwas <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	
In welcher Form geschah das?					
Vorlesung	sehr nützlich <input type="checkbox"/>	nützlich <input type="checkbox"/>	weder/ noch <input type="checkbox"/>	eher nicht nützlich <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht nützlich <input type="checkbox"/>
Seminar/Übung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungskurs (Klopfkurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Beobachten von Gesprächen auf der Station/ im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte näher erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Haben Sie sich darüber hinaus mit Kommunikation/ Gesprächsführung beschäftigt?</p>	gar nichts <input type="checkbox"/>	eher wenig <input type="checkbox"/>	etwas <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	
In welcher Form geschah das?					
Bücher gelesen	sehr nützlich <input type="checkbox"/>	nützlich <input type="checkbox"/>	weder/ noch <input type="checkbox"/>	eher nicht nützlich <input type="checkbox"/>	überhaupt nicht nützlich <input type="checkbox"/>
Anamnese-Gruppe als Student besucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balint-Gruppe als Arzt besucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kursus/Kommunikationstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte näher ausführen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Kennen Sie ein Buch über Kommunikation oder Gesprächsführung ?</p>	<input type="checkbox"/> ja bitte angeben, _____ (Autor oder Titel, wenn möglich)				
	<input type="checkbox"/> nein				
<p>4. Würden Sie gerne mehr über die Ergebnisse der Forschung auf dem Gebiet der Arzt–Patient Kommunikation wissen?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<p>5. Tragen Sie ein Namensschild bei der Stationsarbeit?</p>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer				
<p>6. Was erwarten Sie von der Teilnahme an einem Kommunikationstraining für Ihre Arbeit?</p>	stimme voll und ganz zu <input type="checkbox"/>	stimme zu <input type="checkbox"/>	weder/ noch <input type="checkbox"/>	stimme nicht zu <input type="checkbox"/>	stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>
bessere Steuerung der Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
befriedigendere Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieferes Verständnis des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte näher ausführen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würden Sie sich in den folgenden Gesprächssituationen verhalten? (Bitte nur eine Antwort pro Frage)

7.

Früh im Gespräch fragen Sie den Patienten, „Was bereitet Ihnen Sorgen?“ Mit einem Schmerz verzerrten Gesicht erwidert er, „Ich habe diesen Schmerz in meinem Arm?“

- a) Sie fragen ihn, wann der Schmerz begonnen hat.
- b) Sie fragen ihn, ob er unter Atemnot leidet.
- c) Sie sagen, „Erzählen Sie weiter.“

8.

Ihre Patientin hat Ihnen eine genaue Beschreibung ihrer Symptome gegeben, und Sie sind sich ziemlich sicher, was das Problem ist. Sie möchten jedoch noch einige zusätzliche Untersuchungen durchführen, um Ihre Annahme zu bestätigen.

- a) Sie sagen der Patientin, dass es hilfreich wäre zu erfahren, was sie meint, was ihre Symptome verursacht.
- b) Sie erzählen ihr, was Sie vermuten, sagen aber, dass Sie noch einige Tests durchführen müssen, um Ihre Diagnose zu bestätigen.
- c) Sie erzählen ihr, dass Sie nicht sicher seien, was das Problem ist, und dass Sie Tests durchführen werden, um es herauszufinden.

9.

Sie haben gerade festgestellt, dass Ihr Patient einen sehr hohen Blutdruck hat. Während Sie diese Information in der Krankenakte notieren, erwähnt der Patient, dass er kürzlich seine Arbeit verloren hat. Sie schauen von der Akte hoch und sagen:

- a) „Vielleicht beeinflusst der Stress durch den Verlust der Arbeit ihre Gesundheit. Ihr Blutdruck ist sehr hoch.“
- b) „Der Verlust der Arbeit ist oft sehr schwierig. Wie ist es für Sie?“
- c) „Wir müssen über Ihren Blutdruck sprechen. Er ist sehr hoch.“

10.

Nachdem Sie die Sorgen Ihres Patienten besprochen haben, stellen Sie fest, dass das Gespräch schon fast 10 Minuten dauert.

- a) Sie stehen auf, um dem Patienten anzudeuten, dass es Zeit für die körperliche Untersuchung ist.
- b) Sie sagen, „Wir haben leider nur noch fünf Minuten. Ich möchte Sie jetzt kurz untersuchen. Aber danach, haben wir noch etwas Zeit. Wenn Sie noch Fragen haben, werde ich versuchen, sie dann zu beantworten.“
- c) Sie sagen, „Ich sehe, wir sind schon spät dran. Warum setzen Sie sich nicht schon mal auf die Liege, so dass ich Sie untersuchen kann.“

11.

Sie verordnen ein Medikament, das in einer sehr geringen Anzahl von Fällen unangenehme, wenn auch nicht lebensbedrohliche Nebenwirkungen, verursacht hat.

- a) Sie sagen nichts, weil es keinen Sinn macht, den Patienten unnötig zu beunruhigen.
- b) Sie bitten den Patienten, sofort Bescheid zu geben, wenn er irgendwelche ungewöhnlichen Nebenwirkungen verspürt.
- c) Sie erklären dem Patienten, was passieren könnte und was in diesem Fall zu tun sei.

Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen Ihre Einstellung beschreiben.

stimme voll und ganz zu stimme zu weder/noch stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
 5 4 3 2 1 Bitte Zahl eintragen

- 12. Eine klare Vorstellung für den genauen Ablauf des Gesprächs ist für die Erhebung der Anamnese sinnvoll.
- 13. Der erste Kontakt prägt das spätere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.
- 14. Für einen tieferen Einblick in die soziale Situation des Patienten bleibt meist wenig Zeit im Gespräch.
- 15. Die eigenen Vorstellungen des Patienten über seine Erkrankung sind für die Diagnose eher unbedeutend.
- 16. Das Behandlungsergebnis hängt von der Kommunikationssituation ab, in die ein Patient während der Behandlung eingebettet ist.
- 17. Die Zufriedenheit von Patienten läßt sich nicht durch mehr Information steigern.
- 18. Der Therapieerfolg ist umso aussichtsreicher, je besser die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist.
- 19. Das Gespräch bildet neben Untersuchung und Behandlung die Grundlage zur Erfassung und Lösung von Problemen.

20. Die Vorteile effektiver Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind für den Patienten:	stimme voll und ganz zu	stimme zu	weder/noch	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
weniger Angst	<input type="checkbox"/>				
größere Zufriedenheit	<input type="checkbox"/>				
kürzere Liegezeiten im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>				
besseres Behalten von Informationen	<input type="checkbox"/>				
bessere Behandlungsergebnisse	<input type="checkbox"/>				
größere Diagnosegenauigkeit	<input type="checkbox"/>				
bessere Mitarbeit	<input type="checkbox"/>				

21. Wie wichtig sind für Sie die folgenden Daten über den Patienten für die Diagnosestellung ?	sehr wichtig	wichtig	weder/noch	eher nicht wichtig	überhaupt nicht wichtig
soziale Situation	<input type="checkbox"/>				
emotionaler Zustand	<input type="checkbox"/>				
Schilderung der Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
was er über die Krankheit denkt	<input type="checkbox"/>				
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>				
Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/>				

22. Was meinen Sie, erwartet der Patient von Ihnen? (Bitte nur 6 Antworten auswählen!)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fachliche Kompetenz | <input type="checkbox"/> partnerschaftliches Verhältnis |
| <input type="checkbox"/> persönliches Gespräch | <input type="checkbox"/> Information |
| <input type="checkbox"/> individuelle Behandlung | <input type="checkbox"/> Mitspracherecht |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Einfühlungsvermögen |

Angaben zur Person (Bitte nicht vergessen)

- | | |
|---|--|
| 23. Ich bin <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | 26. Ich bin _____ Jahre alt |
| 24. Ich bin <input type="checkbox"/> Medizinstudent/in ____vorklin./____klin. Sem.
<input type="checkbox"/> AIP
<input type="checkbox"/> Assistenzarzt/ärztin
<input type="checkbox"/> Facharzt/ärztin für _____
<div style="text-align: right; font-size: small;">bitte Fachrichtung angeben</div> | 27. Ich habe zusätzlich zu meinem Medizinstudium ein/e (mehrere Antworten möglich)
<input type="checkbox"/> Ausbildung als _____
<input type="checkbox"/> Erststudium in _____
<input type="checkbox"/> Zweitstudium in _____
<input type="checkbox"/> Studienkenntnisse in _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<div style="text-align: right; font-size: small;">bitte näher erläutern</div> |
| 25. Ich arbeite auf der _____
<div style="text-align: right; font-size: small;">bitte Station angeben</div> | |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst und ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Berlin, den 25.05.2005

Konstanze Müller