

Aus der
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
der Albert- Ludwigs- Universität Freiburg im Brsg.
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. M. Wirsching)

Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient bei emotionalen und psychosozialen Themen

INAUGURAL – DISSERTATION
zur
Erlangung des Zahnmedizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Albert- Ludwigs- Universität
Freiburg im Brsg.

Vorgelegt 2005
von Steffen Alexander Decker
geboren in Friedrichshafen

Dekan:

1. **Gutachter:**

2. **Gutachter:**

Jahr der Promotion:

Prof. Dr. med. Christoph Peters

PD. Dr. Kurt Fritzsche

PD. Dr. Hartmut Bertz

2007

Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei allen Mitarbeitern des Instituts dafür bedanken, dass Sie mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen. So wurde mir der manchmal triste Alltag versüßt!

Im Besonderen bedanke ich mich bei Herrn PD. Dr. Kurt Fritzsche und Herrn Dipl.- Psych. Axel Schweickhardt für die gute Unterstützung während meiner Arbeit. Trotz eines vollen Terminkalenders haben Sie sich Zeit für mich genommen! Vielen Dank dafür!

Nicht zu vergessen ist natürlich meine ganze Familie, die mir bei allen Dingen so gut es geht unter die Arme greift und mir all das überhaupt ermöglicht hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei all meinen Freunden, die mir auch in nicht so schönen Zeiten ein Lächeln geschenkt haben und stets ein offenes Ohr für mich hatten. Ich bin froh euch zu haben!

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

<u>1 Einleitung.....</u>	<u>1</u>
<u>2 Stand der Forschung.....</u>	<u>1</u>
2.1 Die Gesprächsführung.....	1
2.1.1 Die Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung.....	4
2.1.2 Evaluation des Trainings zur Verbesserung ärztlicher Gesprächsführung	5
2.2 Erkenntnisse der Emotionsforschung.....	8
2.2.1 Übersicht über die Forschungsergebnisse.....	9
2.2.2 Der Begriff „Emotion“.....	11
2.2.3 Funktionen der Emotionen.....	11
2.2.4 Der Begriff „Basisemotionen“.....	12
2.2.5 Fehler im Umgang mit Emotionen.....	13
2.2.6 Antwortverhalten der Ärzte auf Emotionen.....	13
2.3 Emotionale Kompetenz.....	17
2.3.1 Verbesserung der emotionalen bzw. kommunikativen Kompetenz.....	19
2.4 Psychosoziale Themen.....	20
2.4.1 Antwortverhalten der Ärzte auf psychosoziale Themen.....	21
2.5 Zusammenfassung.....	22
<u>3 Fragestellungen und Ziele</u>	<u>24</u>
3.1 Gründe und Ziele der Studie.....	24
3.2 Fragestellungen der Studie.....	25
3.3 Hypothesen.....	25
<u>4 Methodik.....</u>	<u>26</u>
4.1 Das Roter Interaction Process Analysis System (RIAS).....	26
4.2 Kodier- Kategorien bei RIAS.....	29
4.3 Vorgehen bei der Evaluation.....	31
4.4 Der Ärztekodex.....	32
4.4.1 Arztnamen.....	32
4.4.2 Setting der Studie.....	33
4.4.3 Gesprächssituation.....	33
4.5 Vorgehen bei der Auswertung emotionaler und psychosozialer Themen.....	33
4.5.1 Ziele bei der Auswertung emotionaler und psychosozialer Themen.....	34
4.6 Vorgehen bei der Auswertung emotionaler Kompetenz.....	34

4.6.1 Positive Antwortmöglichkeiten des Arztes	36
4.6.1.1 Zeigen von Bedauern und Sorge.....	36
4.6.1.2 Persönliche Bemerkungen, allgemeine Konversation	36
4.6.1.3 Einfühlungsvermögen und Verständnis für körperliche Beschwerden	37
4.6.1.4 Partnerschaft	37
4.6.1.5 Beruhigung, Mut, Zeigen von Optimismus	38
4.6.1.6 Self- Disclosure	38
4.6.1.7 Zeigen von direkter Anerkennung	39
4.6.1.8 Frage nach der Meinung des Patienten	39
4.6.1.9 Eingehen auf psychosoziale Belastungen	40
4.6.1.10 Spiegeln von Emotionen und psychosozialen Inhalten	40
4.6.2 Ziele bei der Auswertung emotionaler Kompetenz.....	41

5 Ergebnisse der Studie.....42

5.1 Auswertung der Arzt- Patienten- Gespräche.....	43
5.2 Vergleich der Arzt- Patienten- Äußerungen.....	45
5.3 Emotionen im Arzt- Patienten- Gespräch.....	45
5.3.1 Reaktion des Patienten auf Lob	48
5.3.2 Reaktion des Arztes auf Lob	49
5.3.3 Reaktion des Arztes auf Komplimente des Patienten.....	49
5.3.4 Reaktion des Arztes auf geäußerte Kritik des Patienten.....	50
5.3.5 Reaktion des Arztes auf Missbilligung des Patienten	51
5.3.6 Reaktion des Arztes auf Sorgen des Patienten.....	52
5.3.7 Reaktion des Arztes auf Angst oder Furcht des Patienten.....	54
5.3.8 Reaktion des Arztes auf Zorn bzw. Wut beim Patienten.....	56
5.3.9 Einflüsse auf Lachen bzw. Freude beim Patienten.....	57
5.3.10 Reaktionen des Arztes auf Emotionen (allgemein).....	58
5.4 Psychosoziale Themen im Arzt- Patienten- Gespräch.....	60
5.4.1 Inhalte von psychosozialen Themen	62
5.4.2 Reaktionen des Arztes auf psychosoziale Themen.....	63
5.5 Emotionale Kompetenz.....	65
5.5.1 Antwortverhalten der Ärzte auf Emotionen.....	65
5.5.2 Antwortverhalten der Ärzte auf psychosoziale Themen.....	66
5.5.3 Vergleich der emotionalen Kompetenz.....	66

6 Diskussion.....67

6.1 Bewertungen der Ergebnisse.....	67
-------------------------------------	----

6.2 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	71
6.3 Ergebnisse der Studie im Vergleich zu bisherigen Studien.....	72
6.4 Stärken und Schwächen der Untersuchung.....	73
6.5 Weiterführende Fragen- Ausblick.....	75
<u>7 Zusammenfassung.....</u>	<u>76</u>
<u>8 Literaturverzeichnis.....</u>	<u>77</u>
<u>9 Anhang.....</u>	<u>81</u>
9.1 Grundlage des Ärztetrainings - Die Gesprächsführung.....	81
9.2 Trainingsinhalte.....	82
9.2.1 Einleitung.....	82
9.2.1.1 Psychosomatische Medizin und biopsychosoziales Modell.....	82
9.2.1.2 Erklärung biopsychosoziales Modell (Bsp. Koronare Herzkrankheit).....	82
9.2.1.3 Psychosomatische Medizin in Klinik und Forschung.....	82
9.2.1.4 Beispiele für Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper.....	82
9.2.1.5 Coping- Krankheitsverarbeitungsstrategien.....	82
9.2.2 Arzt- Patienten- Interaktion.....	82
9.2.2.1 Ein allgemeines Modell- Das partnerschaftliche Modell.....	82
9.2.2.2 Vorteile des partnerschaftlichen Modells.....	82
9.2.3 Gesprächsführung.....	82
9.2.3.1 Was ist eine gute ärztliche Gesprächsführung?.....	82
9.2.3.2 Warum sollten Ärzte kommunikative Kompetenz erwerben?.....	82
9.2.3.3 Den Gesprächspartner verstehen: Bedeutungen von Nachrichten.....	82
9.2.3.4 Patientenzentrierte und arztzentrierte Gesprächsführung.....	82
9.2.3.5 Techniken der patienten- und arztzentrierten Gesprächsführung.....	82
9.2.3.6 Strukturierung des Gesprächs.....	82
9.2.3.7 Das CALM- Modell.....	82
9.2.4 Psychosomatische Aspekte bei Tumorpatienten.....	83
9.2.4.1 Umgang mit Emotionen.....	83
9.2.5 Das Familiengespräch.....	83
9.2.5.1 Gesprächsführung im Familien- und Angehörigengespräch.....	83
9.3 Erläuterungen zu den Trainingsinhalten.....	83
9.4 Ziele der Intervention.....	87
<u>10 Lebenslauf.....</u>	<u>89</u>

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:Patientenbaum	8
Abb. 2:Benutzeroberfläche von RIAS.....	28
Abb. 3:Nachrichtenquadrat nach Schulz von Thun.....	84
Abb. 4:Die vier Ohren des Empfängers.....	84
Abb. 5:Der Arzt ist nicht nur Sender und versucht sich verständlich mitzuteilen, er ist auch Empfänger und hört ebenfalls bestimmte Bedeutungen einer Nachricht stärker als andere. Das Beispiel der folgenden Abbildung 5 zeigt eine solche Situation exemplarisch. Patientenäußerung und ihre verschiedenen Bedeutungen Patientenäußerung und ihre verschiedenen Bedeutungen.....	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:Fehler und Mängel im Arzt- Patienten- Gespräch 3	
Tabelle 2:Videoevaluationen1 allgemeiner ärztlicher Gesprächskompetenz	7
Tabelle 3:Forschungsergebnisse der Emotionsforschung. .	9
Tabelle 4:Aspekte der biologischen Psychologie	9
Tabelle 5:Die wichtigsten Emotionstheorien	10
Tabelle 6:Funktionen von Emotionen.....	11
Tabelle 7:Zehn fundamentale bzw. primäre Emotionen. .	12

Tabelle 8:Häufige Fehler im Umgang mit Emotionen nach Görlitz.....	13
Tabelle 9:In RIAS verwendete Kategorien.....	30
Tabelle 10:Hinzugefügte RIAS- Kategorien.....	31
Tabelle 11:Wahrgenommene bzw. nicht wahrgenommene Gelegenheiten.....	35
Tabelle 12:Ergebnisse- Anzahl an Emotionen und psychosozialen Äußerungen.....	43
Tabelle 13:Anzahl der Emotionen bzw. psychosozialen Inhalte in jedem Gespräch.....	44
Tabelle 14:Auftretende Emotionen bzw. psychosoziale Themen bei Arzt und Patient.....	46
Tabelle 15:Im Gespräch auftretende Emotionen	47
Tabelle 16:Reaktion des Patienten auf Lob	48
48	
Tabelle 17:Reaktion des Arztes auf Lob	49
Tabelle 18:Reaktion des Arztes auf Kritik	51
Tabelle 19:Reaktion des Arztes auf Missbilligung	52
Tabelle 20:Reaktion des Arztes auf Sorge.....	53
Tabelle 21:Reaktion des Arztes auf Angst bzw. Furcht ...	55
Tabelle 22:Reaktion des Arztes auf Zorn bzw. Wut	56
Tabelle 23:Einflüsse auf Lachen/Freude beim Patienten. 	57
Tabelle 24:Antworten der Ärzte auf Emotionen (allgemein)	59

Tabelle 25:Psychosoziale Äußerungen des Patienten.....	61
Tabelle 26:Inhalte von psychosozialen Problemen.....	62
Tabelle 27:Reaktion des Arztes auf psychosoziale Inhalte	64
Tabelle 28:Antwortverhalten auf Emotionen (allgemein)	65
Tabelle 29:Antwortverhalten auf psychosoziale Probleme (allgemein).....	66
Tabelle 30:Ergebnisse der Studie	71
Tabelle 31:Techniken der arzt- und patientenzentrierten Gesprächsführung.....	87

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit behandelt einen Teilaspekt in der Pilotstudie „Die Verbesserung der Arzt- Patienten- Kommunikation“ an der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg. Mit Hilfe des Messinstruments RIAS (Roter Interaction Process Analysis System) werden die Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient bei emotionalen und psychosozialen Themen evaluiert.

2 Stand der Forschung

Das Kapitel „Stand der Forschung“ gibt einen Überblick über verschiedene Studien zu den folgenden Themengebieten:

1. Gesprächsführung
2. Emotionsforschung
3. Emotionale Kompetenz
4. Psychosoziale Themen

Im Zusammenhang der aufgeführten Aspekte werden die Studien genannt, erläutert und die Bedeutung für diese Intervention verdeutlicht. Ziel ist es einen groben Überblick über den derzeitigen Forschungsstand auf den einzelnen Gebieten zu gewinnen und bestehende Forschungslücken zu benennen.

2.1 *Die Gesprächsführung*

Die Veränderung des Gesundheitswesens mit steigendem Kostendruck und dem zunehmenden Zwang zu ökonomischer Behandlung und der damit verbundene Zeitdruck scheinen der Verbesserung der Arzt- Patienten- Kommunikation zuwider zu laufen. Auf der anderen Seite verlangen gerade diese neuen Anforderungen eine optimierte Diagnostik und Behandlung, die sowohl Mehrfachbehandlungen als auch Compliance- Probleme zu vermeiden sucht. Um beides zu vereinen, benötigt der Arzt eine professionelle Gesprächsführung, die es ihm erlaubt, seine Zeitressourcen sinnvoll einzusetzen und dabei die Patientenbelange stärker als bisher zu berücksichtigen.

Eine gute Gesprächsführung der Ärzte ist nicht nur die Grundlage für den Umgang mit Kollegen, sondern vor allem für den Umgang mit Patienten. Welche Bedeutung das ärztliche Gespräch sowohl für den Patienten als auch für den Arzt hat, wie versucht wird die Arzt-Patienten- Kommunikation mit Hilfe von Trainingsprogrammen zu verbessern und wo die häufigsten Mängel bestehen, soll im Folgenden dargestellt werden.

Die wichtigste diagnostische und therapeutische Intervention des Arztes in Klinik und Praxis ist das ärztliche Gespräch. Dies wurde in zahlreichen Untersuchungen bestätigt:

- In den meisten Fachgebieten entfallen mindestens ein Drittel bis über die Hälfte der Arbeitszeit eines Arztes auf das Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen.
- Trotz einer immer weiter expandierenden Vielfalt technischer Untersuchungsmethoden bleibt das ärztliche Anamnesegespräch zusammen mit der körperlichen Untersuchung das wichtigste diagnostische Instrument. Allein nach dem Anamnesegespräch können 70%, zusammen mit der körperlichen Untersuchung 90% aller Diagnosen richtig gestellt werden.
- Die Kooperation des Patienten und damit der Erfolg oder Misserfolg einer ärztlichen Behandlung hängen im hohen Maße von der Qualität der Arzt- Patienten- Kommunikation ab.

Das Anamnesegespräch ist somit eines der wichtigsten diagnostischen Instrumente eines Arztes. Der Patient verlangt bei seiner Behandlung stets eine professionelle Arbeitsweise bzw. fachliche und auch emotionale Kompetenz. Erstaunlicherweise ist in der Bevölkerung die Meinung weit verbreitet, dass mit der Wahl zum Arztberuf quasi automatisch auch die Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Patienten erworben wird. Die tägliche Erfahrung in Praxis und Klinik zeigt hingegen, dass eine selbstverständliche, naturgegebene Kompetenz in Gesprächsführung, auf die ein Arzt einfach zurückgreifen braucht, die Ausnahme darstellt.

Eine weitere Bestätigung hierfür liefert die Tatsache, dass selbst aus der Sicht junger Ärzte neben dem Erwerb praktischer Fähigkeiten die größten Defizite im Medizinstudium bei folgenden Faktoren liegen (Richter-Kuhlmann et al. 2003):

- Umgang mit Patienten
- der psychosozialen (Eigen-)Kompetenz
- der Kommunikationsfähigkeit

Speziell bei der Kommunikationsfähigkeit sind noch weitere Mängel aufzuzeigen, wie die folgende Tabelle (nach Buddeberg et al. 1998) zeigt.

Tabelle 1: Fehler und Mängel im Arzt- Patienten- Gespräch

- Unterbrechen von Schilderungen des Patienten, durchschnittlich nach 18 Sekunden (Beckmann und Frankel 1984, Geisler 1987)
- Mangelnde Strukturierung des Gesprächs
- Einengung des Patienten durch Suggestivfragen und geschlossene Fragen
- Unklare und missverständliche Erklärungen zu Untersuchungsbefunden, Krankheitsdiagnosen und therapeutische Empfehlungen
- Vertikale Kommunikation: Der Arzt in der Funktion als Lehrer, Festhalten an schulmedizinischem Wissen
- Zu rasche Psychologisierung des Problems bei fehlendem psychosomatischem Krankheitsverständnis des Patienten
- **Nichteingehen auf emotionale und psychosoziale Gesprächsinhalte**

Auf den letzten Punkt wird später nochmals ein genaues Augenmerk gelegt (siehe Kapitel 2.2.6 bzw. 2.4). Ein Grund für die Notwendigkeit einer genaueren Betrachtung dieses Sachverhaltens liegt darin, dass 30%- 50% aller Arztbesuche psychosoziale und/oder emotionale Hintergründe haben.

In Bezug auf diese Studie ist es deshalb wichtig zu untersuchen, ob und wie Ärzte auf Emotionen und psychosoziale Themen eingehen. Es steht fest, dass Patienten erst dann mit einem Gespräch zufrieden sind und es als besonders angenehm beschreiben, wenn sie die Bereitschaft des Arztes spüren, auf ihre Erwartungen, Ängste und persönlichen Vorstellungen zur Krankheit einzugehen und wenn auch psychische und soziale Belastungen thematisiert wurden (Bertakis et al. 1991, Suchman & Matthews 1988).

Verschiedene Untersuchungen hingegen zeigen, dass viele Patienten mit Information und Beratung durch den Arzt unzufrieden sind (Übersicht bei Coulder 1998; Ong 1995; Steward 1995). Hauptgrund hierfür ist die starke Fokussierung auf die Krankheit und ihrer Behandlung, weniger die Einbeziehung des Patienten und seiner Umwelt. Um den Patienten mehr einbinden zu können, muss sich der Patient verstanden fühlen. Dazu gehört die Fähigkeit des Arztes psychosoziale Zustände und Emotionen mittels projektiver Identifikation in sich ähnlich wie in einem Behälter (Container) aufzunehmen und zu halten, diese aufgenommenen Elemente in eine für den Patienten verträgliche Form zu bringen und sie dem Patienten als solche zurückzugeben. Aus diesem Grund wird eine Verbesserung gerade in diesem Bereich in zahlreichen Trainingsprogrammen angestrebt. Eine gute Gesprächsführung ist schließlich die Basis für den Erfolg einer Behandlung (Fritzsche 2003). Weitere Verbesserungsmöglichkeiten liegen vor allem in der vollständigen Erfassung von gewissen Einschränkungen in der Lebensqualität des Patienten (z.B. Verzicht auf ein Hobby), sowohl körperlich als auch psychosozial (Calkins et al. 1991) und im Eingehen auf Erwartungen, Ängste und subjektiven Krankheitstheorien des Patienten (Maguire et al. 1986a, 1986b. Morrel et al. 1986).

2.1.1 Die Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung

In den letzten 20 Jahren wurde wegen den bestehenden Defiziten eine ganze Reihe von Interventionsstudien durchgeführt, die eine Verbesserung verschiedener Aspekte des Arzt-Patienten- Gesprächs zum Ziel hatten. Verschiedene Studien fanden heraus, dass die Entwicklung von gemeinsamen Erklärungsmodellen für die Krankheit, Erklärungen zu den Behandlungszielen und die Behandlungserwartungen des Patienten im Arzt- Patienten- Gespräch selten zur Sprache kommen (Maguire et al. 1986a, 1986b, Kravitz et al. 1994, Sanchez- Menegay & Stalder 1994, Joos et al. 1993, Morrel et al. 1986).

Um all dem entgegenzuwirken betreffen die wichtigsten Elemente einer Verbesserung des Arzt- Patienten- Gesprächs die patientenzentrierte Gesprächsführung (Übersicht bei Mead & Bower 2000), insbesondere die Einbeziehung der Perspektive des Patienten (Delbanco 1992), sein Krankheitsverständnis und seine Einbeziehung bei der Entscheidungsfindung zum therapeutischen Vorgehen (Kassirer 1994).

Sieben randomisierte Studien und 6 der 8 kontrollierten Beobachtungsstudien konnten bis heute einen positiven Effekt auf die gesundheitliche Entwicklung des Patienten durch eine gemeinsame Betrachtungsweise von Arzt und Patient über die Entstehung und Behandlung ihrer Erkrankung nachweisen (Roter 1977, Martin & Bass 1989).

Im deutschsprachigen Raum gibt es dazu erst eine randomisierte, kontrollierte Studie, die ein Trainingsprogramm für Klinikärzte mit Hilfe von Schauspielerpatienten durchgeführt und evaluiert hat. Die Auswirkungen des Trainings auf die Gesprächsführung unter Alltagsbedingungen wurden dabei bisher noch nicht untersucht. Des Weiteren erfolgte bisher erst eine Überprüfung der Wirksamkeit der empfohlenen veränderten Gesprächsführung in wenigen kontrollierten randomisierten Studien (Branch et al. 1991, Evans et al. 1987, Putnam 1988, Langewitz 1998, Mason 1988, Roter et al. 1995, Smith et al. 1998).

All diese Studien plädieren für einen nicht direktiven, mehr patientenzentrierten Gesprächsstil. Patienten, die aktiver am Behandlungsprozess teilnehmen, erzielen bessere Behandlungsergebnisse (Greenfield 1988, Broudy et al. 1989, Kaplan et al. 1989). Die besseren Behandlungsergebnisse sind auf eine verbesserte Compliance zurückzuführen, deren Grundlage eine gute Zusammenarbeit in einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient ist (Roter 1977, Martin & Bass 1989, Rost et al. 1989, Bartlett et al. 1984, Stewart 1984).

Um so eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient aufbauen zu können, muss sich der Patient vom Arzt verstanden fühlen. Ein Mittel kann dabei sein, dass der Arzt dem Patienten emotionale Kompetenz entgegenbringt. Dazu gehört die Fähigkeit Emotionen und psychosoziale Probleme, die vom Patienten während eines Gesprächs geäußert werden, gegebenenfalls aufzugreifen, zu spiegeln und zu thematisieren. Speziell in diesem Bereich gibt es derzeit wenige Veröffentlichungen, die deutlich machen, wie Ärzte unter Bedingungen des klinischen Alltags auf emotionale oder psychosoziale Äußerungen, auf Zeichen bzw. Signale des Patienten reagieren und was für Emotionen überhaupt im Arzt- Patienten- Gespräch auftauchen. Kapitel 2.2 befasst sich in diesem Zusammenhang gezielt mit dem derzeitigen Forschungsstand auf diesem Gebiet und verdeutlicht, was bisher auf dem Gebiet der Emotionen und psychosozialen Themen geforscht wurde und welche Erkenntnisse darüber bestehen, wie Ärzte auf solche Äußerungen antworten bzw. reagieren.

Zuvor soll aber das folgende Kapitel darüber Aufschluss geben, wie die ärztliche Gesprächsführung ausgewertet werden kann und welche Vor- bzw. Nachteile Evaluationsinstrumente haben.

2.1.2 Evaluation des Trainings zur Verbesserung ärztlicher Gesprächsführung

Die Auswertung von Trainingsprogrammen in Bezug auf ihre Effektivität kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen.

- Die erste Ebene betrifft die Selbsteinschätzung der Ärzte in Bezug auf eine Verbesserung im Umgang mit Emotionen und psychosozialen Problemen als Trainingsfolge.
- Die zweite Ebene bezieht sich auf eine unabhängige Verhaltensbeobachtung der Arzt-Patienten- Interaktion. Die Verhaltensbeobachtung kann als wichtigster Indikator von Trainingserfolgen betrachtet werden, da die vermittelten Interventionstechniken im gezeigten Gesprächsverhalten auf die direkteste Weise sichtbar werden und überprüft werden können (→ direkte Beobachtung).
- Eine dritte Ebene umfasst die Messung von Outcomeeffekten, z.B. der Patientenzufriedenheit (Hulsman et al. 1999).

Von den möglichen Beurteilungsverfahren von Interaktionsmustern bei emotionalen und psychosozialen Inhalten hat die zuvor erwähnte direkte Beobachtung ärztlichen Verhaltens die höchste Validität, da dieses Verfahren am Nächsten an die reale professionelle Ebene heranreicht (Van der Vleuten 1996).

Zu den direkten Verfahren gehören der Einsatz von Schauspielerpatienten, eines Gesprächsbeobachters und die Aufnahme von Gesprächen mit realen Patienten auf Video.

Die methodische Vorraussetzungen für die Evaluation mittels Videoverfahren (z.B. bei RIAS) sind unter anderem durch die Entwicklung der Videotechnik entscheidend verbessert worden (Obliers et al. 1996). Videoaufnahmen können von verschiedenen, dafür ausgebildeten neutralen Beobachtern beurteilt werden, ohne dass der Gesprächsverlauf dadurch unterbrochen wird (Foram et al. 1999). Sie ermöglichen einen einzigartigen, immer wieder reproduzierbaren Zugang zur Arzt- Patienten- Interaktion, zu Aspekten wie Bewegungen, Körperhaltung und Mimik, zu ärztlichen Gesprächsstrategie und in geringerem Maße auch zu Untersuchungstechniken (Gerlach, Stehle 1996).

In Großbritannien, den Niederlanden, Skandinavien und den USA gehören Videoaufzeichnungen bereits seit längerem zum Standardrepertoire bei der Beurteilung allgemeinärztlichen Handels in der Praxis und Krankenhaus (vgl. z.B. Arborelius und Timpka, 1990; Jackson und Pinkerton, 1983; Royal College of General Practitioners, 1985; Turner und Edwards, 1990, Verby, Holden und Davis, 1979). Videodokumentationen ermöglichen eine außerordentlich umfängliche Nachvollziehbarkeit und unübertroffene Anschaulichkeit des Arzt- Patienten- Kontaktes (Bahrs et al. 1992). Im Vergleich zum Audioverfahren bietet es den großen Vorteil eines vollständigen Bildes der Gesprächssituation, da auch nonverbales Verhalten sowie Tonfall als Stimmungs- und Gefühlsausdruck beurteilt werden können (Gask et al. 1998).

Gegenüber der Selbsteinschätzung der Ärzte in Bezug auf eine Verbesserung im Umgang mit Emotionen und psychosozialen Problemen bietet Video- Evaluation als Fremdrating-Verfahren außerdem den Vorteil, dass ein externer Beobachter dem Arzt nicht bewusste Gesprächsfertigkeiten sowie verdeckte Schwächen in der Gesprächsführung, z.B. nicht wahrgenommene emotionale oder psychosoziale Patientenäußerungen, in die Beurteilung mit einbeziehen kann.

„Die Stärke beim Kodieren von Videokassetten liegt darin, dass der Ton und die Betonung des Gesagten in die Interpretation mit einbezogen werden können. Ausdrücke, die zum Beispiel Kritik, Angst/Furcht, Sorge, Lachen/Freude oder Komplimente widerspiegeln, werden sowohl durch Ton, Betonung, Bild als auch über Wortinhalt und Zusammenhang übermittelt. Obwohl Nuancen in Ton und Betonung schwierig zu erklären und zu beschreiben sind, werden sie von den meisten Leuten ähnlich wahrgenommen und interpretiert“ (Roter, RIAS 1990).

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über Publikationen zur Videoevaluation der ärztlichen Gesprächskompetenz (Dissertation Schmitz 2001).

Legende zu Tabelle 2:

- ¹ ausgenommen Studien von Levinson et al. (1993), Liese et al. (1995) und Roter et al. (1995): Audioevaluation
- ² GP = general practitioner = Allgemeinarzt
- ³ f.-up = follow up
- ⁴ RCT = randomisierte, kontrollierte Studie
- ⁵ comm. = communication
- ⁶ K = Kontrollgruppe

Tabelle 2: Videoevaluationen¹ allgemeiner ärztlicher Gesprächskompetenz

Autor / Jahr	Studien mit Training	Design	Beschreibung des Messinstruments	Gesprächsführung	Key words	Teilnehmer / Zielgruppe
Bensing, Sluijs, 1985	prä, post			allgemein	psychosocial problems	GP ²
Bowman et al. 1992	prä, post, f.-up ³			allgemein	interview skills	GP ²
Cox et al. 1993			+	allgemein	assessment of consultations	GP ²
Gask et al. 1987, 1988	prä, post			speziell	psychiatric interviewing skills	GP (trainer) GP trainees
Gask et al. 1989	prä, post			speziell	management of somatization	GP trainees
Hays, 1990			+	allgemein	clinical competence, feedback	GP ²
Kaaya et al. 1992	prä, post			speziell	management of somatization	GP trainees
Langewitz et al. 1998	prä, post	RCT ⁴		allgemein	patient centred comm. ⁵ skills	residents (internal med.)
Levinson et al. 1993	prä, post	K ⁶		allgemein	comm. skills in primary care	primary care physicians
Liese et al. 1995			+	allgemein	psychological skills	GP ²
Mason et al. 1998	prä, post	RCT ⁴		allgemein	interviewing skills	medical students
Obliers et al. 1996			+	allgemein	ärztliches Gesprächsverhalten	GP ²
Ram et al. 1999			+	allgemein	clinical competence	GP ²
Roter et al. 1990	post, Vergleich			speziell	psychosocial skills	residents (internal med.)
Roter et al. 1995	post, f.-up ³	RCT ⁴		speziell	comm. skills, emotional distress	primary care physicians
Smith et al. 1998	prä, post	RCT ⁴		speziell	interviewing skills, patients' outcome	residents (primary care)
van der Pasch, Verhaak, 1998			+	speziell	recognition mental illness, comm.	GP ²
Verby et al. 1979			+	allgemein	interviewing techniques	GP ²

2.2 Erkenntnisse der Emotionsforschung

Der Bereich „Emotionen“ umfasst ein riesiges Forschungsgebiet mit zahlreichen Publikationen. Die wichtigsten Erkenntnisse der Emotionsforschung werden kurz zusammengefasst.

Ein Einstieg in dieses komplexe Themengebiet soll die Karikatur „Patientenbaum“ geben (Fritzsche 2003).

Abb. 1: Patientenbaum



Patienten kommen selten allein zum Arzt!

2.2.1 Übersicht über die Forschungsergebnisse

Zur Entstehung von Emotionen gibt es, ähnlich wie bei Intelligenz, viele unterschiedliche Meinungen und Forschungsergebnisse.

Diese führen zu den folgenden Erkenntnissen:

Tabelle 3: Forschungsergebnisse der Emotionsforschung

- Gefühle sind genetisch angelegt und allen Menschen gemeinsam
- Emotionen dienen dem Überleben des Organismus
- Sie dienen der Anpassung an die Umwelt
- Evolutionsbiologisch betrachtet, sind Emotionen positiv zu sehen, da sie helfen, den Reproduktionserfolg sicherzustellen
- Emotionen sind komplexe Verhaltensketten
- Sie tragen zu einem Gleichgewichtszustand bei
- Sie variieren auf drei Dimensionen: Intensität, Ähnlichkeit und Polarität
- Es gibt primäre (z.B. Angst) und sekundäre Emotionen (z.B. Angst vor Angst) sowie Mischformen (Scheu wird z.B. bei Zimbardo (1995) als eine Kombination von Furcht und Überraschung bezeichnet).

Im Rahmen der biologischen Psychologie weisen Birnbaumer und Schmidt (1991) noch auf folgende Aspekte hin.

Tabelle 4: Aspekte der biologischen Psychologie

- Gefühle bewegen sich in den Dimensionen angenehm- unangenehm sowie erregend- deaktivierend (Freude z.B. ist angenehm/erregend, Trauer dagegen unangenehm/deaktivierend).
- Die Ausdrucksäußerungen des Gesichts, welche die primären Emotionen begleiten, sind angeboren. Sie können in allen menschlichen Kulturen, sogar in sog. Primitivkulturen identifiziert werden.
- Bestimmte Darstellungsregeln für einzelne Gefühle können zwar die angeborenen Muskelreaktionen überlagern, aber nicht völlig maskieren.
- Unwillkürliche, primäre Gefühle sind symmetrisch auf beiden Seiten des Gesichts. willkürliche dagegen stärker auf der linken Seite.
- Gefühle manifestieren sich nicht nur im Bereich der Gesichtsmuskeln, sondern auch in der Stimme, im Gang, in Handbewegungen und sogar in Mikrobewegungen der Finger (diese sind messbar mit einem sog. Sentographen).
- Elektrische und mechanische Reizung verschiedener Hirnregionen können unmittelbar intensive Gefühle der Furcht, der Trauer oder der Einsamkeit auslösen, auch ohne einen entsprechenden äußeren Reiz.
- Die Dauer der primären Emotionen (Freude, Trauer, Furcht, Wut, Überraschung und Ekel) überschreitet selten Sekunden.
- Gefühle sind von gleichzeitigen physiologischen Reaktionen begleitet.
- Stimmungen halten länger an als Gefühle (Stunden oder Tage). Sie machen das Auftreten bestimmter Gefühle wahrscheinlicher.

Zimbardo fasst die wichtigsten Emotionstheorien wie folgt zusammen.

Tabelle 5: Die wichtigsten Emotionstheorien

- **Darwins (1872) Theorie des evolutionären Erbes** besagt, dass der emotionale Ausdruck angeboren ist und deshalb die Möglichkeiten des Ausdrucks von Gefühlen durch die Mimik für alle Menschen gleich sind. Er betont den Anpassungswert von Emotionen. Nach seiner Theorie folgt der Gesichtsausdruck der inneren emotionalen Empfindung.
- Die umstrittene **James- Lange- Theorie (1884)** besagt, dass das beobachtbare Verhalten den anderen emotionalen Prozessen vorgeordnet sei (nach James- Lange sind wir ängstlich, weil wir zittern, usw.).
- Eine moderne Version dieser James- Lange- Theorie wird als „**facial- feedback“-Hypothese** (Izard, 1971; Tomkins, 1962) bezeichnet, d.h. eine Rückkopplung auf den Gefühlszustand durch den Gesichtsausdruck (Lächeln Sie und Sie fühlen sich froh).
- In der **Zwei- Faktoren- Theorie** von **Schachter und Singer (1962)** wird angenommen, dass Emotion entsteht, wenn unerklärter Erregung aufgrund von Hinweisreizen aus der gegenwärtigen sozialen Situation Bedeutung verliehen wird.
- Die **Theorie der kognitiven Bewertung** von **Lazarus (1982)** geht von einem Zusammenspiel von Umweltfaktoren, kognitiver Bewertung und emotionaler Erfahrung aus. Sie postuliert, dass zunächst eine kognitive Bewertung der Situation vorgenommen wird, die dann darüber entscheidet, ob und ggf. welche Emotionen wir fühlen werden.
- Nach der **vaskulären Theorie** der emotionalen Efferezenzen von **Zajonc (1985)** gehen affektive Präferenzen und Gefühle der kognitiven Bewertung oder gar dem Erkennen eines Reizes voraus.

Von diesen Theorien gibt es zwei, auf denen die meisten anderen Theorien aufbauen:

- Zum einen die physiologische „Schiene“, die von **William James um 1890** aufgestellt wurde. Sie sagt, dass Gefühle nur durch körperliche Merkmale entstehen.

Um ein Beispiel zu nennen: Der Schmerz, den wir haben, weil uns jemand geschlagen hat, erzeugt die Emotion „Wut“.

- Zum anderen den kognitiven Ansatz, den **Walter Cannon 1927** entwickelte. Er sagt aus, dass ein Gefühl zuerst gedanklich existiert und dann die typischen körperlichen Merkmale entstehen.

Ein Beispiel: Weil wir uns vor etwas ekeln, verziehen wir das Gesicht.

Die meisten Theorien und Forschungsergebnisse basieren hierauf, weil eine Wechselwirkung zwischen den kognitiven und physiologischen Aspekten von Emotionen existiert. Die Autoren des Selbstmanagement- Ansatzes (Greenberg & Safran, 1990) weisen allerdings auf die Gefahr der Überbetonung der kognitiven Ebene hin, die zu der Fehlannahme führen könnte, dass menschliches Handeln in erster Linie eine Folge von Logik und rationalen Überlegungen sein könnte. Sie betonen, dass die Bedeutung von Emotionen keinesfalls vernachlässigt werden darf.

2.2.2 Der Begriff „Emotion“

Zwei definitorische Bestimmungstücke charakterisieren den Gebrauch des Begriffs "Emotion".

Definition: *Emotion*: 1.) Biologisch fixierte Reaktionssyndrome, die eine neuronale Basis haben, aus angeborenen Körper- und Ausdrucksreaktionen und einem nur introspektiv zugänglichen subjektiven Gefühlserleben bestehen (Ekman 1972; Izard 1981).

2.) Dynamisches, psychisches System innerhalb der Tätigkeitsregulation einer Person. Sie setzt sich aus vier Komponenten zusammen, aus der Appraisal-, der motorischen (Ausdruck), der Körperregulations- und der Gefühlskomponente (Holodynski 1992).

2.2.3 Funktionen der Emotionen

Allgemein gesehen, haben Emotionen eine doppelte biologische Funktion. Erstens auf die auslösende Situation eine spezifische Reaktion hervorzurufen und zweitens den inneren Zustand des Organismus zu regulieren. Einzelne Funktionen werden in der folgenden Tabelle gezeigt.

Tabelle 6: Funktionen von Emotionen

- Motivierende Funktion; zum Handeln anspornen
- Verhalten auf spezielle Ziele richten und aufrechterhalten (z.B. verliebt sein, Ideale...)
- Rückmeldung über den eigenen Zustand
- Verstärkung von Lebenserfahrungen
- Selbstrelevanz von Ereignissen
- Innere Konflikte bewusst machen bei unvernünftigen oder unangemessenen Reaktionen
- Soziale Funktion: Emotion als sozialer „Klebstoff“ verbindet Menschen,
- als soziales „Abwehrmittel“ distanzieren Menschen
- Steuerung von Interaktionen und Gesprächsverhalten
- Reaktion auf non- verbales Verhalten

2.2.4 Der Begriff „Basisemotionen“

Zwei definitorische Bestimmungsstücke charakterisieren den Gebrauch des Begriffs "basic emotions" (Ekman, 1992).

1. Die Annahme, dass es eine bestimmte Zahl deutlich unterscheidbarer Emotionen gibt, deren Erfassung die Möglichkeiten dimensionaler Beschreibungen überschreiten.
2. Die spezifischen und die gemeinsamen Eigenschaften der Affekte sowie ihre Funktionen ist größtenteils das Resultat evolutionärer Entwicklungsprozesse.

Bei Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) findet sich folgende ausführliche Darstellung von zehn fundamentalen Emotionen nach Izard (1994).

Tabelle 7: Zehn fundamentale bzw. primäre Emotionen

- 1) Interesse/Erregung
- 2) Vergnügen/Freude
- 3) Überraschung/Schreck
- 4) Kummer/Schmerz
- 5) Zorn/Wut
- 6) Ekel/Abscheu
- 7) Geringschätzung/Verachtung
- 8) Furcht/Entsetzen
- 9) Scham/Schüchternheit/Erniedrigung
- 10) Schuldgefühle/Reue

Betrachtet man nur die eben genannten primären Emotionen, fällt zwar die Erörterung eines Problems leichter, aber darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass es zahlreiche andere Verhaltensweisen gibt, die mit dem Etikett „Emotion“ versehen worden sind. Die sog. sekundären oder sozialen Emotionen. Hinzu kommen jene Regungen, die Hintergrundemotionen genannt werden, etwa wie Anspannung oder Ruhe.

Diese non- verbal geäußerten Hintergrundemotionen können in vier Ebenen eingeteilt werden.

- Körpersprache (Körperposition, Haltung, Gestik)
- Sprachmelodie (Lautstärke, Pausen, Geschwindigkeit)
- Räumliche Anordnung (Vertikaler oder horizontaler Abstand zueinander, Gegenstände zwischen den Gesprächspartnern)
- Berührung (Händedruck, andere Berührungen während der Untersuchung)

2.2.5 Fehler im Umgang mit Emotionen

Für den Umgang mit Emotionen sollte der Arzt im Gespräch mit seinen eigenen Emotionen umgehen können. Seine Aufgabe ist es, diese unter Kontrolle zu bringen und nicht auszuagieren. Aber auch der Umgang mit den Emotionen des Patienten bedarf der Kontrolle. Gelegentlich sollten deshalb Interventionen erfolgen, um den Patienten zu entlasten, insbesondere wenn er von - bisher unbewussten - Gefühlen plötzlich im Gespräch überwältigt wird. Diese Emotionen bedürfen der Ansprache. Dadurch wird der Patient entlastet. Er spürt, dass der Arzt mitfühlt, ihn nicht weiter drängt, diese unerwünschten Gefühle zu thematisieren. Dadurch wird es im Moment leichter, sie auszuhalten. Mit Emotionen richtig umzugehen fällt den meisten Ärzten sehr schwer. Häufige Fehler im Umgang mit Emotionen sind in Tabelle 8 genannt.

Tabelle 8: Häufige Fehler im Umgang mit Emotionen nach Görlitz

1. Ausreden von Emotionen und falsches Mitgefühl („Das ist doch nicht so schlimm!“)
2. Negieren bzw. nicht verstehen von negativen Übertragungsreaktionen (z.B. aggressive Äußerung des Patienten gegenüber dem Arzt, wobei ganz andere Menschen gemeint sind)
3. Fehlerhafte Haltung des Arztes, der seinem Patienten als der ewige Besserwisser gegenübertritt

Für den Umgang mit Emotionen gilt grundsätzlich, dass der Arzt den Patienten stets dort treffen und abholen muss, wo er sich befindet und wo dieser sich fühlt. Man kann nichts von ihm a priori einfordern.

2.2.6 Antwortverhalten der Ärzte auf Emotionen

In der Sozialisation des Arztes wird durch Anatomiekurse, Sektionen, Laborbefunde und hoch technisierte diagnostische Verfahren die Illusion gefördert, dass der Arzt den Körper eines Patienten besser kennt als der Patient. Die Diagnose einer Krankheit wird dadurch eher anhand von „objektiven“ körperlichen Untersuchungsbefunden gestellt als anhand einer genauen Beobachtung des Körpers des Patienten, das Einfühlen in seine Beschwerden und die Herstellung einer verständnisvollen Beziehung. Ärzte glauben den Körper sehr genau zu kennen. Patienten aber schildern körperliche Beschwerden oft sehr subjektiv und vage. Ein Arzt, der es nur gewohnt ist, körperlich Symptome in Bezug auf organische Ursachen zu sehen, hat es schwer, ein psychosomatisches Krankheitsbild zu erkennen. Psychosomatische Beschwerden halten sich nicht an die vorgegebenen anatomischen Strukturen und physiologischen Gesetzmäßigkeiten.

Je besser der Arzt wirklich versteht, welche existenziellen Botschaften und Verletzungen der Patient mit seinen Beschwerden ausdrückt, desto genauer wird seine Diagnose sein. Der Weg dorthin führt über die so genannte körperliche Empathie (Rudebeck 1999), ein Einfühlungsvermögen für das, was ein anderer Mensch körperlich wahrnimmt, wie er seine Krankheitssymptome erlebt und wie er darauf reagiert. Einfühlungsvermögen oder Empathie bedeutet weiterhin ein Einfühlen in die Lebenswelt des anderen, die ausgeht von einer Haltung von Echtheit, Anteilnahme und Wertschätzung. Hier gilt, dass der Arzt den Patienten nicht wirklich erreichen kann. Er kann sich nur so verhalten, dass er für den Patienten erreichbar ist und auf diese Weise von ihm berührt wird (Dörner 2001). Die Art und Weise wie sich der Arzt in einer Situation verhält entscheidet über Antipathie oder Zuwendung und hat entscheidenden Einfluss auf das Selbstwertgefühl des Patienten (Fritzsche 2003). Als Anleitung für Ärzte empathisch zu antworten und eine emotionale Öffnung des Patienten zu fördern liefert Koerfer folgende Anhaltspunkte (Koerfer 2004):

1. Emotionen beachten

- Verbal (z.B. Metaphern)
- Nonverbal (z.B. Gestik, Mimik)

2. In die Situation des Patienten einfühlen

3. Empathisch antworten

- Angemessen Hilfe und Trost anbieten
„Ich kann Sie beruhigen, weil...“
- Belastungen und Bewältigung anerkennen
„Das haben Sie gut hingekriegt.“

4. Emotionale Öffnung fördern

- Ansprechen „Nehme ich richtig wahr, dass...“
- Benennen „Das macht Sie dann traurig.“
- Klären „Wie fühlen Sie sich dann?“
- Interpretieren „Ihre Angst kommt von...“

5. Eigene Emotionen als Indikator nutzen

- Abneigung, Interesse, Ärger etc.

Fortbildungsprogramme zur Förderung von Empathie als Teil kommunikativer Kompetenz des Arztes haben Schwierigkeiten zu berücksichtigen, die mit der Abwehr von Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde zusammenhängen. Dies belegen sowohl internationale Interventionsforschungen, als auch Evaluationsstudien und Erfahrungen zur Fortbildung in der psychosomatischen Grundversorgung (Koerfer 2004). Ärzte befürchten, dass als Folge der Erweiterung ihrer Kompetenz Patienten sie mit den Gefühlen zu „überfluten“ drohen. Die Emotionen des Patienten, seine mit der Erkrankung verbundenen Sorgen, Ängste, Trauer, Hoffnungen und Befürchtungen, werden nicht mehr dem Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns zugerechnet und können deshalb zu Recht abgewehrt werden.

Seit den anfänglichen Studien Balints (1964; Balint & Norell, 1973) hat es nur wenige empirische Studien darüber gegeben, wie Ärzte mit Patienten, die emotionale Probleme zeigen, umgehen und ob Ärzte empathisch sind. Viele Ärzte haben Schwierigkeiten auf psychosoziale Sachverhalte und Sorgen des Patienten zu achten. Mehr Zeit damit zu verbringen diese Faktoren zu diskutieren hat sich in Kommunikationstrainings als effektiv erwiesen. Trotzdem bleibt unklar, ob Ärzte dies tun als Reaktion auf eine Äußerung des Patienten. Die wichtigste Frage aber ist wie Ärzte auf Emotionen und psychosoziale Äußerungen antworten, ob sie überhaupt darauf antworten und was adäquat für eine richtige Reaktion erscheint. Eine der wichtigsten dazu durchgeführten Studien ist eine amerikanische (Levinson 2000). Diese Studie untersuchte bereits das Antwortverhalten von Ärzten auf sog. soziale bzw. emotionale Zeichen und Signale.

In dieser Studie wurde anhand von Audiotapes untersucht, wie viele Signale oder Zeichen in einem Anamnesegegespräch auftauchen und wie Ärzte darauf antworten. Dieser Abschnitt befasst sich in diesem Zusammenhang mit den in der Studie genannten Zeichen und Signalen, die während eines Arzt- Patienten- Gesprächs auftauchen.

Definition: *Zeichen/Signale:* direkter oder indirekter Kommentar, der Informationen über die Lebensumstände und Gefühle des Patienten liefert.

Zeichen/Signale können in zwei verschiedene Gebiete unterteilt werden:

Sozial und Emotional

- 1.) *Sozial:* Bietet sich dem Arzt die Möglichkeit mehr über das Leben eines Patienten zu erfahren ohne in Verbindung mit Emotionen zu stehen, so spricht man von sozialen Hintergründen.

z.B.: *Patient: „Irgendwann will ich mal das regnerische Friedrichshafen für ein paar Wochen verlassen!“*
Arzt: „Ist das wahr? Wohin wollen Sie denn?“
Patient: „ Nach Dortmund vielleicht.“
Arzt: „Schön.“

- 2.) *Emotional:* zeigt der Patient Emotionen oder sucht der Patient implizit die Unterstützung des Arztes.

z.B. : *Patient: „Ich habe mich heute zum ersten Mal wieder richtig amüsiert, seitdem meine Frau an Parkinson vor 5 Jahren gestorben ist.“*
Arzt: „Mmm, das finde ich gut. Ihre Frau hätte das bestimmt auch so gewollt!“
Patient: „Sie hatte eine ziemlich starke Lähmung!“
Arzt: „Ja, das muss ziemlich hart für Ihre Frau und Sie gewesen sein!“

Die Antwortmöglichkeiten der Ärzte wurden in zwei Kategorien geteilt.

- 1.) Wahrgenommene Gelegenheit und
- 2.) nicht wahrgenommene Gelegenheit

Unter einer wahrgenommenen Gelegenheit versteht man eine, die generell unterstützend wirkt und den Patienten dazu ermutigt seine emotionalen und psychosozialen Sorgen auszudrücken (Einteilung: Ermutigung, Anerkennung, Unterstützung).

Auf der anderen Seite bedeutet eine nicht wahrgenommene Gelegenheit, wenn der Arzt es nicht schafft einen Patienten zu unterstützen und dazu zu ermutigen eine Diskussion über emotionale Sorgen zu führen oder solche Themen nicht im Arzt- Patient- Gespräch aufgreift (Einteilung: Verneinung, Beendigung, unpassender Sinn für Humor, unzureichende Anerkennung).

Ergebnis der Studie war, dass in 61 (52,6%) der untersuchten 116 Anamnesegespräche im Schnitt 2,2 Signale von den Patienten und den Ärzten geäußert wurden. Insgesamt wurden 85 emotionale Zeichen und 49 soziale Zeichen von beiden Seiten angesprochen. Die Ärzte zeigten auf emotionale Hinweise in 28% ein positives Antwortverhalten. Die häufigste Antwort darunter war die direkte Anerkennung. 72% der geäußerten Signale des Patienten wurden nicht wahrgenommen und nicht näher darauf eingegangen.

Eine amerikanische Studie fand heraus, dass Patienten selten ihre Emotionen direkt verbalisieren und stattdessen eher die eben genannten Zeichen und Signale äußern. Die Studie versuchte mit Hilfe von 11 Transskripten und 12 Videoaufnahmen ein Model für empathische Kommunikation zu entwickeln. Ergebnis der Studie war, dass Patienten, wenn sie durch gezielte Fragen zu emotionalen Äußerungen eingeladen werden, direkter ihre Emotionen äußern und Ärzte eher darauf reagieren können. Der Patient fühlt sich daraufhin vom Arzt verstanden.

Auch weitere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen auf diesem Gebiet. Eine Studie aus den Niederlanden, die ebenfalls mit Videoaufnahmen arbeitete, fand heraus, dass Gynäkologen am häufigsten mit den RIAS- Kategorien Agree, Legit und Gives- Med antworteten. Empathische Antworten wurden wenig beobachtet (van Dulmen S. et al. 2003).

Außerdem wurde herausgefunden, dass mindestens 9 Emotionen pro Gespräch von Patienten geäußert wurden. Ärzte antworten auf Emotionen eher auf abwiegelnde Art und Weise als auf empathische (van den Brink- Muinen A. et al. 2003).

Eine englische Studie, in der 88 Patienten mit emotionalen Problemen untersucht wurden, ergab, dass Patienten, die ohne ermutigende Worte des Arztes ihre Probleme schildern konnten, den größten Effekt erzielten, obwohl Behandlungen mit ermutigenden Äußerungen des Arztes im Allgemeinen mit positiven Erfahrungen der Patienten in Verbindung gebracht wurden. Die Ergebnisse werden in Bezug auf die Untersuchungen Balints (1964) und den Ergebnissen empirischer Studien der Psychotherapie noch diskutiert (Cape JD et al. 1996).

Eine norwegische Studie, in der 115 Patientengespräche mit dem Messinstrument RIAS ausgewertet wurden, veröffentlichte folgende Ergebnisse:

- Die häufigste Antwort der Ärzte auf emotionale Sorgen des Patienten war eine minimal ermutigende, bestätigende oder optimistische Antwort.
- Das Messinstrument RIAS wurde als sehr nützlich für die Untersuchung der Arzt-Patienten-Kommunikation empfunden und für weitere Studien in diesem Bereich weiterempfohlen (Gask et al. 1989).

Eine australische Studie untersuchte, wie Ärzte auf emotionale und informative Zeichen bzw. Signale antworten. An der Studie nahmen insgesamt 298 krebskranke Patienten teil. Ergebnis der Studie war, dass Patienten häufiger informative Signale zeigen als emotionale. Ärzte antworteten auf die meisten informativen Signale, achteten aber weniger auf emotionale Signale und waren nicht fähig diese aufzugreifen. Signale können aufgegriffen werden ohne die Zeit der Behandlung dabei zu verlängern (Butow P.N. et al. 2002).

Studien belegen, dass Ärzte in der Erstuntersuchung nur in 28% der Fälle die Gelegenheit wahrnehmen auf offene und versteckte Emotionen einzugehen (Levinson, 2000). Wenn es dem Arzt gelingt solche Emotionen aufzugreifen, gewinnt er möglicherweise das so wichtige Vertrauen des Patienten für sich und erkennt auch nicht somatisch bedingte Krankheiten besser. Daraus resultierend stellt sich nicht nur ein besseres Arzt- Patienten- Verhältnis ein, sondern auch die Patientenzufriedenheit steigt und das Belastungserleben des Arztes nimmt ab.

2.3 Emotionale Kompetenz

Emotionale Kompetenz oder Intelligenz bedeutet den persönlich richtigen Umgang mit eigenen und fremden Emotionen. Sie wurde 1990 von Salovey und Mayer erstmals benannt. Ein einheitliches und wissenschaftlich allgemein anerkanntes Konzept für emotionale Kompetenz muss noch entwickelt werden. Über vieles besteht jedoch inzwischen Einvernehmen: Emotionale Kompetenz meint auch die Fähigkeit, mit den Beziehungen zu anderen Resonanz zu erzeugen und Empathie für andere spürbar zu machen.

Aus medizinischer Sicht kann man sagen, dass Ärzte mit hoher emotionaler Kompetenz Begeisterung wecken, für ein spürbar gutes Klima sorgen, die Emotionen anderer und die eigenen verstehen können. Es sind Menschen mit hoher persönlicher Integrität und Authentizität.

Emotionale Kompetenz bedeutet für den Arzt in keiner Weise, sich dem Patienten anzubiedern, sondern die richtige Balance zwischen der Grenzachtung und dem Mitmenschlichen zu finden (Meier DE, Back AL, Morrison RS, 2001).

Die grundsätzlichen Techniken zum Ausbau emotionaler Kompetenz können zwar in kurzer Zeit eingeübt werden (Goleman D, Boyatzis R, McKee A, 2002), aber damit sie authentisch sind, sollte im Sinne von learning by doing im Trainingsprogramm dafür genügend Zeit eingeplant werden.

Emotionale Kompetenz hat positive wirtschaftliche Auswirkungen (Goleman D, Boyatzis R, McKee A, 2002) wie bessere Geschäftsergebnisse, geringere Mitarbeiterfluktuation und höhere Motivation bei den Kollegen und beim Patienten.

Bessere Kundenbindung wurde für viele Wirtschaftsbereiche belegt; entsprechende Untersuchungen über das Arzt-Patienten-Verhältnis stehen aus.

Emotionen zu erkennen und zu handhaben sind eine nicht zu unterschätzende Fähigkeit bei der Arzt-Patienten-Interaktion. Emotionale Erschöpfung ist das Hauptelement von Burn- Out (Graham J, Potts HW, Ramirez AJ, 2002). Viele erfolgreiche persönliche Maßnahmen gegen Burn- Out steigern somit die emotionale Kompetenz. Die korrekte Selbstwahrnehmung ist der Schlüsselfaktor zur emotionalen Kompetenz. Das meint die Fähigkeit und Bereitschaft, unterschiedliche Aspekte und Impulse in sich selbst wahrzunehmen.

Ärzte mit gut ausgeprägter Selbstwahrnehmung

- sind nicht übermäßig selbstkritisch,
- können sich und anderen Fehler zugestehen,
- kennen ihre Schwächen und nehmen sie mit Humor,
- haben ein hohes Maß an Selbstverständnis,
- wissen, welche Ziele sie warum verfolgen,
- verstehen ihre Werte und Stärken,
- erkennen ihre Träume, Ziele und Visionen an,
- bringen ihre Entscheidungen immer mit ihren Werten und inneren Strukturen überein.

Als zweite Säule emotionaler Kompetenz werden das Selbstmanagement und die Selbstmotivation definiert – das Außen mit sich selbst in Gleichklang bringen (Meier DE, Back AL, Morrison RS, 2001). Es bedeutet in keiner Weise, nicht empathisch oder abweisend und uninteressiert zu sein und auch nicht, von sich nichts preiszugeben. Transparenz als eine authentische Offenheit gegenüber anderen bezüglich der eigenen Gefühle, Emotionen, Ideen und Überzeugungen ermöglichen dem Patienten und dem Mitarbeiter Vertrauen in den Arzt. So ist Integrität als Einklang zwischen dem Verhalten und den eigenen Werten und Bedürfnissen möglich.

Soziale Kompetenz bedeutet, sich adäquat verhalten zu können oder die auch nicht ausgesprochenen Konventionen und Verhaltensmuster eines Zusammenhangs außerhalb von sich selbst in dem für die Kommunikation notwendigen und dem menschlichen Kontakt förderlichen Maß wahrnehmen zu können.

Die Balance zwischen Kopf und Bauch ist gerade im Arztberuf notwendig. An der Steigerung der emotionalen Kompetenz sollte bereits während des Medizinstudiums und nicht erst im Rahmen der Facharztweiterbildung nach dem Studium gearbeitet werden. Dafür ist ihre pragmatische Vermittlung zumindest als Option anzubieten. Damit eröffnet sich die Chance, auf breiter Ebene langfristig das öffentliche Vertrauen in die Ärzteschaft zu steigern.

Emotionale Kompetenz kann helfen, die Würde des Arztes und die des Patienten zu stärken. Dazu gehört auch, sich um sich selbst zu sorgen, das Leben zu genießen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu respektieren. Emotionale Kompetenz kann auch während des Berufslebens wirkungsvoll ausgebaut werden, um das Wesentliche des Arztseins authentisch zu fördern.

Die Erfahrung zeigt, dass die Person des Arztes und die damit verbundene Arzt- Patienten- Beziehung mehr für den Kranken bewirken kann als ein Medikament. In einer Literaturübersicht im „The Lancet“ untersuchten Di Blasi et al. (2001) die verschiedenen Aspekte des Placeboeffekts. Sie zeigten, wie unspezifische oder so genannte Kontextfaktoren wie die Arzt- Patienten- Beziehung das gewählte spezifische Therapieverfahren beeinflussten. Ein Ergebnis war, dass die Ärzte, die emotionales Einfühlungsvermögen mit sicherem Auftreten und verständlicher Information verbanden, die besseren Therapieergebnisse hatten im Vergleich zu eher unbeteiligt, unpersönlich, formal und vage auftretenden Kollegen (Di Blasi et al. 2001).

2.3.1 Verbesserung der emotionalen bzw. kommunikativen Kompetenz

In einer international bekannten Interventionsstudie berichten Putnam et al. (1988) zunächst überzeugend von den Erfolgen in der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der von ihnen fortgebildeten Assistenzärzte, beschreiben dann aber deren Problem des kommunikativen Umgangs mit Emotionen, an dem sich letztlich die Grenzen einer patientenzentrierten Medizin erweisen. Dieses Problem erstreckt sich quer durch alle allgemein- und fachärztlichen Bereiche bis hin zu spezialisierten Versorgungseinrichtungen (Koerfer 2004).

Auf Grund der eben genannten Erkenntnis und der, dass es sehr schwer fällt Ärzte auszubilden, die sowohl technisch kompetent arbeiten und eine richtige Diagnose stellen, als auch den kranken Menschen als solchen wahrnehmen, steht die medizinische Ausbildung unter starker Kritik. Zu emotionaler und kommunikativer Kompetenz gehören:

- die Fähigkeit, dem Patienten genügend Raum zu lassen,
- Emotionen und psychosoziale Äußerungen zu erkennen und
- diese aufzugreifen und zu spiegeln.

Für jeden Arzt sollte die einfühlsame Wechselwirkung zwischen ihm und seinem Patienten ein zentrales Anliegen bleiben. Seine Aufgabe ist es, die Hoffnungen, Ängste, Sorgen und soziale Situation des Patienten zu verstehen, genauso wie auch seine eigenen Beweggründe und Einstellungen, die sich häufig in seiner Hilflosigkeit zeigen. Die ständig sich weiterentwickelnde Technologie, Rationalismus, Zeit und der dauerhafte Erfolgsdruck lassen in der ärztlichen Behandlung immer weniger Raum auf solch elementare Dinge für eine gute Gesprächsführung einzugehen. Obwohl die meisten Patienten die medizinische Behandlung als sehr gut empfinden, beschweren sie sich dennoch darüber, dass der emotionale Beistand oft unzureichend ist. Jeder Arzt sollte für sein Wohl und das seines Patienten mehr Mitgefühl zeigen. Ärzte brauchen, um mit ihren Patienten umgehen zu können, nicht nur die medizinische Ausbildung, sondern auch zusätzliches Training in der psychosomatischen Medizin (Siegel J et al. 1998).

Ein Versuch diesem Problem entgegenzutreten ist, Ärzte in einem Trainingsprogramm auch darin zu schulen, wie sie mit Emotionen und psychosozialen Gesprächsinhalten umzugehen haben, die Patienten als Folge ihrer medizinischen Probleme äußern. Eine Verbesserung der kommunikativen Kompetenz hat sich in empirischen Untersuchungen (Putnam et al. 1988, Butow et al. 2002, Koerfer 2004) gezeigt.

Studien liefern Beweise für die Wirksamkeit und Durchführbarkeit eines solchen Trainings, das Ärzte darin ausbildet, wie man auf emotionale Sorgen des Patienten antwortet. Nur Ärzte, die an der Schulung teilgenommen haben, zeigten starke Verbesserungen in ihrer Fähigkeit auf emotionale Sorgen des Patienten einzugehen (Wolf FM et al. 1987).

2.4 Psychosoziale Themen

Psychosozialen und psychischen Faktoren bzw. Themen wird heute eine bedeutende Rolle für die Ätiologie verschiedener Krankheiten zugemessen. Auf psychosozialer Ebene wird der chronischen Einwirkung von stresserzeugenden Faktoren (Stressoren) und einer unzureichenden Verarbeitungsfähigkeit dieser Belastungen durch den Patienten eine große Bedeutung zuteil. Stressoren können physischer, psychischer und sozialer Natur sein (siehe auch unten). Zu physischen Stressoren zählen Schmerz, Schlafmangel, Lärm, Kälte, Wärme, Hunger und Durst. Psychische Stressoren sind Angst, Unsicherheit und schulische oder berufliche Anspannung und Überforderung. Sozialer Kontaktmangel und Armut sind Beispiele für soziale Stressoren. Da sich psychische und soziale Faktoren häufig nicht genau voneinander trennen lassen, werden sie in der Regel unter dem Oberbegriff „psychosozial“ zusammengefasst.

Unabhängig von der Art der einwirkenden Stressoren reagiert der Organismus nach dem gleichen Muster. Im vegetativen Nervensystem sowie im endokrinen System der betroffenen Person kommt es zu typischen physiologischen Veränderungen (Sympathikusaktivierung mit Anstieg von Adrenalin und Noradrenalin, Aktivierung der Achse Hypothalamus-Hypophysenvorderlappen- Nebennierenrinde), deren Ziel es ist, sämtliche verfügbaren Energien zum Zwecke des Selbstschutzes bereitzustellen. Dadurch sind alle Voraussetzungen für körperliche (muskuläre) Aktivität geschaffen (Flucht- und Kampfreaktion). In der Regel verhindern allerdings gesellschaftliche Normen, dass sich das gestresste Individuum adäquat abreagieren kann. Die aufgestaute Energie findet kein Ventil, der eigentliche Schutzmechanismus kehrt sich zum Gegenteil um und wird zu einer Belastung für den Organismus. Eine wiederholte Einwirkung von Stressoren über längere Zeit kann bei gleichzeitig ungenügenden oder fehlenden Erholungsphasen zu negativen gesundheitlichen Folgen führen. Beispiele dafür sind stressbedingte organische Erkrankungen wie Stressulkus, koronare Herzerkrankungen und Hypertonie (Strub 1999).

Wenn der Arzt sich nur auf die körperlichen Beschwerden des Patienten konzentriert und nicht auf eventuell begleitende psychosoziale Belastungen eingeht, kann er auch nur begrenzte Behandlungsziele erreichen. Der Patient will zum Beispiel die verordneten Medikamente nicht einnehmen, führt die vereinbarten krankengymnastischen Übungen wegen starker beruflicher Überlastung nicht durch oder fühlt sich in seinem Anliegen nicht richtig verstanden und wechselt den Arzt. Eine Optimierung des Behandlungsergebnisses lässt sich nur erzielen, wenn neben der körperlichen Ebene auch die emotionale Seite, die Gedanken und Behandlungsvorstellungen des Patienten und die Verhaltensebene miteinbezogen werden (Fritzsche 2003).

Da psychosoziale Probleme und Emotionen oft miteinander auftreten, wird nun zusätzlich nochmals dargestellt, was unter dem Begriff psychosoziale Probleme zu verstehen ist und welche Themen sie weiterhin beinhalten können.

Definition: *Psychosozial:* Die Wirkung von wichtigen Lebensereignissen und Stressfaktoren auf die Gesundheit einer Person.

Psychosozialen Themen umfassen:

- bestehende psychische Probleme (Depression, Alkoholismus, Suizidversuche)
- mangelnde soziale Einbindung und Unterstützung
- aktuelles Erleben von Trennung und/oder Tod
- Ehe- und Familienprobleme
- negative Krankheitserfahrungen
- unkontrollierte Schmerzen
- ungünstige Prognose
- körperliche und emotionale Erschöpfung
- finanzielle, berufliche Probleme
- negative Kindheitserfahrungen (z.B. Gewalt)

2.4.1 Antwortverhalten der Ärzte auf psychosoziale Themen

Untersuchungen ergaben, dass psychosoziale Themen als Hauptgrund für einen Arztbesuch zu sehen sind. 30-50% aller Arztbesuche haben psychosoziale Hintergründe. Ärzte tendieren dazu diese zu übersehen, wenn sie nicht direkt vom Patienten angesprochen werden. Sogar wenn sie direkte Fragen zu psychosozialen Themen stellen, passiert dies in ungefähr 25% der Gespräche. Eine norwegische Studie besagt sogar, dass 19-53% der psychosozialen Probleme die momentane Gesundheit des Patienten beeinflusst (Fritzsche 2003).

Die Häufigkeit psychosozialer Probleme im Arzt-Patienten- Gespräch, ihre gesundheitspolitische Bedeutung sowie die unzureichende Schulung der Ärzte in der Vermittlung psychosomatischer Grundkenntnisse haben deshalb seit den frühen 90er Jahren zu vermehrten Forschungsbemühungen im Bereich der Entwicklung geeigneter Trainingsprogramme für Ärzte geführt. Ein Trainingsprogramm stellt dabei die „Vermittlung psychosomatischer Grundkenntnisse für Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung“ am Universitätsklinikum Freiburg dar (Inhalte siehe Kapitel 9).

2.5 Zusammenfassung

Während in Lehrbüchern und zahlreichen Publikationen die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs betont wird und mehrere Studien die oben aufgeführten Defizite belegen, gibt es bisher nur wenige Studien, die versuchen, die Arzt- Patienten- Kommunikation und die emotionale Kompetenz durch Interventionsprogramme zu verbessern und ihre Auswirkungen im direkten Praxisvergleich zu evaluieren. Die meisten Untersuchungen sind älter und weisen methodische Mängel auf. Sie sind auch wegen der strukturellen Unterschiede in der Patientenversorgung nur begrenzt auf die Bundesrepublik Deutschland zu übertragen. Als Ursache für den Mangel an gut dokumentierten und evaluierten Trainingsprogrammen ist aufzuführen, dass ihre Entwicklung großen finanziellen und personellen Aufwand erfordert. Einschränkend ist auch zu sagen, dass die Evaluation solcher Interventionen dadurch erschwert wird, dass es einen eigentlichen „Goldstandard“ nicht gibt (Stillman et al. 1991), so dass in den bisher vorliegenden Studien verschiedene Messinstrumente bei unterschiedlichen Zielvorstellungen verwendet wurden. Die alleinige Veränderung der Kommunikation selbst ist für die Bewertung unzureichend. Die Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patienten und das berufliche Belastungserleben der Ärzte sind ebenso zu berücksichtigen.

Einigkeit besteht darüber, dass eine gute Gesprächsführung durch einen Wechsel zwischen patientenzentrierten und arztzentrierten Gesprächsanteilen variiert und sich flexibel an die Bedürfnisse des Patienten anpassen sollte. In der patientenzentrierten Gesprächsführung wird der Patient an der Entscheidungsfindung beteiligt und falls unterschiedliche Vorstellungen zwischen Arzt und Patient bestehen, werden diese Unterschiede besprochen und ein gemeinsames Vorgehen ausgehandelt. Außerdem werden Emotionen aufgegriffen und wenn Diskussionsbedarf besteht näher darauf eingegangen. Patienten, die aktiv am Gespräch teilnehmen und sich verstanden fühlen, sind kooperativer bei der Behandlung und sprechen schneller auf die Behandlung an (Brody et al. 1989, Kaplan et al. 1989, Greenfield et al. 1988).

Zur Messung der Arzt- Patienten- Kommunikation wurden Patientenzufriedenheitsbögen (Putnam et al. 1988, Evans et al. 1987), Selbstbeurteilungsbögen der ärztlichen Gesprächskompetenz (Smith et al. 1995) oder Instrumente zur Analyse der sprachlichen Interaktion, z.B. RIAS (Levinson & Roter 1993) eingesetzt.

Eine Untersuchung der Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient bei emotionalen und psychosozialen Themen wurde bisher nicht durchgeführt. Emotionen und psychosoziale Themen stehen oft direkt miteinander in Verbindung und können gleichzeitig auftreten. Sie haben somit erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden des Patienten. Es ist erforderlich diese Emotionen und psychosozialen Äußerungen wahrzunehmen und aufzugreifen. Studien zu diesem Thema zeigen jedoch, dass die wenigsten Ärzte Emotionen und psychosoziale Inhalte im Arzt-Patienten- Gespräch aufgreifen und näher darauf eingehen. Es wird deutlich, dass hier noch viel verbessert werden muss.

Die folgende Arbeit befasst sich in diesem Zusammenhang gezielt mit der Videoevaluation von Kommunikationsmuster bei emotionalen und psychosozialen Gesprächsinhalten im Arzt-Patienten- Gespräch unter Alltagsbedingungen vor dem Trainingsprogramm bzw. vor Randomisierung (T0). Eine Überprüfung erfolgt in meiner Dissertation auf der genannten zweiten Auswertungsebene, d.h. mit der unabhängigen Verhaltensbeobachtung als direkteste Form der Beurteilung, ob und wie Ärzte im Alltag auf Emotionen und psychosoziale Themen reagieren. Ziel ist es eine quantitative Untersuchung mit Hilfe des von Debra Roter entwickelten Programms RIAS durchzuführen, die eine Vorgabe zur Verbesserung der Arzt- Patienten-Kommunikation darstellt und in 10-20% anwendbar sein sollte.

3 Fragestellungen und Ziele

Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen soll hier dargestellt werden, in welchen Bereichen noch nicht ausführlich genug geforscht worden ist und wie die Dissertation dazu beitragen kann, ein Teil der Forschungslücken auf diesem Gebiet zu schließen.

3.1 Gründe und Ziele der Studie

Im zweiten Kapitel wurde gezeigt, was in den letzten Jahren geforscht wurde, um ein Trainingsprogramm zu entwickeln, das den Ärzten helfen soll mit Hilfe einer patientenzentrierten Gesprächsführung ihre emotionale und kommunikative Kompetenz zu verbessern und so einen größeren Nutzen aus einem Anamnesegespräch zu ziehen und das öffentliche Vertrauen in die Ärzteschaft zu steigern.

Emotionen und psychosoziale Themen spielen dabei eine entscheidende Rolle. Bis heute existieren zwar sehr viele Untersuchungen auf dem Gebiet der Emotionen, doch bisher wurde das Messinstrument RIAS nur in wenigen Studien für die Auswertung eines Arzt- Patienten- Gesprächs benutzt. Trotz der vielen Untersuchungen zu diesem Gebiet wurden keine Ergebnisse dazu vorgelegt, welche verschiedenen Emotionen in einem Arzt- Patienten- Gespräch auftauchen, wie häufig Emotionen und psychosoziale Äußerungen vorkommen, wie Ärzte auf psychosoziale Äußerungen des Patienten antworten und ob Ärzte im klinischen Alltag emotionale Kompetenz zeigen. Des Weiteren hat das Kapitel „Stand der Forschung“ gezeigt, dass sich nur wenige Studien mit echten Patienten damit befassen, wie Ärzte auf verschiedene emotionale und psychosoziale Äußerungen antworten. Trainingsprogramme, die versuchen die emotionale Kompetenz der Ärzte im Klinikalltag zu verbessern, sind ebenfalls kaum in Publikationen erwähnt.

Hauptziel dieser Studie war ein Teil der noch offenen Fragen zu diesem komplexen Thema zu klären und zu untersuchen,

- was für verschiedene Emotionen im Gespräch auftauchen.
- ob Ärzte Emotionen und psychosoziale Themen im Arzt- Patienten- Gespräch im Klinikalltag aufgreifen, wenn ja auf welche Art und Weise und wie viele Emotionen bzw. psychosoziale Äußerungen in einem Anamnesegespräch vorkommen.
- ob Ärzte emotionale Kompetenz im Klinikalltag zeigen.
- ob RIAS als Messinstrument für die Evaluation geeignet ist.

Die Studie umfasste 46 Anamnesegespräche von insgesamt 11 Ärzten aus verschiedenen Bereichen an der Universitätsklinik Freiburg vor dem Beginn des Trainingprogramms.

Durch die Studie erwarten wir einen Beitrag zu Verbesserung des manualisierten Trainings- und Interventionsprogramms, dahingehend, dass anhand von exemplarischen Videoaufnahmen von Arzt- Patienten- Gesprächen den Teilnehmern am Trainingsprogramm ein positives Feedback gegeben wird.

Es soll zum einen dargestellt werden, was für unterschiedliche Emotionen im Gespräch auftauchen und wie Ärzte darauf reagieren bzw. antworten. Zum anderen wird ein Augenmerk auf psychosoziale Probleme gelegt und dabei untersucht, was für Probleme bestehen, wie oft diese auftauchen und auf welche Art und Weise der Arzt darauf reagiert. Abschließend soll basierend auf den unterschiedlichen Antworten gezeigt werden, ob Ärzte im klinischen Alltag emotionale Kompetenz offenbaren und ob sie die Gelegenheit wahrnehmen emotionale und psychosoziale Äußerungen zu erkennen und aufzugreifen. Aus den Ergebnissen können dann die wichtigsten Erkenntnisse in das Trainingsprogramm aufgenommen werden und so die Gesprächsführung verbessert werden.

3.2 Fragestellungen der Studie

Die Studie soll folgende Fragen beantworten:

- **Hauptfragestellung:**

Welche Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient zeigen sich bei emotionalen und psychosozialen Themen unter Bedingungen des klinischen Alltags?

- **Nebenfragestellung:**

Ist das Messinstrument RIAS für die Evaluation geeignet und können damit die verschiedenen Emotionen erfasst werden?

3.3 Hypothesen

1. Patienten äußern nur wenige der folgenden Grundemotionen (*RIAS- Kategorien: Sorge, Lachen/Freude, Lob, Komplim, Missbill, Kritik, Weinen, Angst/Furcht, Schuldgef., Trauer, Scham, Zorn/Wut, Ekel*)
2. Ärztinnen bzw. Ärzte gehen wenig auf emotionale und psychosoziale Äußerungen ein, nehmen sie oft nicht wahr oder spiegeln sie gegebenenfalls wieder (*RIAS- Kategorien: Einfühl, Verständ, Beru/Optim, Partner, Intim, ?/[?]PsS/Gef, ?/[?]LeSt, Proficiency: Spiegeln der Emotion*). Stattdessen antworten sie zumeist auf einer Fach- und Sachebene (*RIAS- Kategorien: Geben-Med, Geben-Thera, ?/[?]Med, ?/[?]Thera*).
3. Untrainierte Ärzte greifen Emotionen und psychosoziale Gesprächsinhalte unzureichend auf. Sie antworten auf psychosoziale Informationen und emotionale Äußerungen des Patienten zu wenig mit Einfühlungsvermögen, Sorge, Verständnis und Beruhigung (*RIAS- Kategorien: Einfühl, Sorge, Verständ, Beru/Optim*).
4. Psychosoziale Probleme treten sehr häufig auf (*RIAS- Kategorie: Geben-PsS/Gef*)
5. Das Messinstrument RIAS ist in der Lage, die im Gespräch vorkommenden Inhalte adäquat zu erfassen.

4 Methodik

Im Rahmen einer Pilotstudie werden mit dem von Debra Roter entwickelten Programm RIAS Videoaufnahmen von Arzt- Patienten- Gesprächen vor dem Trainingsprogramm bzw. Randomisierung (T0) quantitativ ausgewertet. Dafür wurden bisher insgesamt 12 Ärzte des Klinikums unterschiedlicher Fachrichtung, Schwerpunkt Medizinische Klinik und Neurologie, vor Beginn des Kurses „Psychosomatische Grundkenntnisse in der Facharztweiterbildung“ je 5 Erstgespräche, die auf Video dokumentiert wurden, geführt. Nach Abschluss des insgesamt 40-stündigen Kurses mit Schwerpunkt ärztlicher Gesprächsführung findet eine erneute Evaluation des Gesprächsverhaltens statt. Den Fachärzten wird dadurch ein positives Feedback bei ihrer Schulung gegeben und eine Verbesserung der Arzt- Patient- Kommunikation ermöglicht. Dies ist besonders von Bedeutung, da die bei einem Gespräch häufig auftretenden Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patient eine große Lücke darstellen, die es zu schließen gilt.

Im Rahmen der Pilotstudie wird untersucht, welche Kommunikationsmuster bei emotionalen und psychosozialen Gesprächsinhalten im Arzt- Patient- Gespräch im Klinikalltag auftauchen und wie Ärzte darauf reagieren, damit in den Trainingsprogrammen den Fachärzten anhand von Beispielen die Techniken der Gesprächsführung nahe gebracht und so die emotionale Kompetenz verbessert werden kann. Eine Kurzbeschreibung der Trainingsinhalte zur Vermittlung psychosomatischer Grundkenntnisse findet sich im Kapitel 9.

4.1 Das Roter Interaction Process Analysis System (RIAS)

RIAS: Ein System zur Analyse von Interaktionsprozessen, das die Äußerungen von Kommunikationspartnern kodiert. Dabei werden alle Äußerungen in Kategorien eingeteilt, die für beide Sprecher anwendbar sind. Diese Kategorien spiegeln Inhalt und Kontext des Gespräches direkt wider. Durch die direkte Kodierung von Videokassetten, ist eine Einschätzung des emotionalen Hintergrundes möglich.

Das von Debra Roter entwickelte System zur Analyse von Interaktionsprozessen kodiert die Äußerungen von Kommunikationspartnern im medizinischen Bereich. Es basiert auf den Arbeiten von Robert Bales (Interaction Process Analysis, Cambridge, Mass.: Addison- Wesley, 1950).

Unterschiede zur Bales- Studie gibt es jedoch in folgenden vier Punkten:

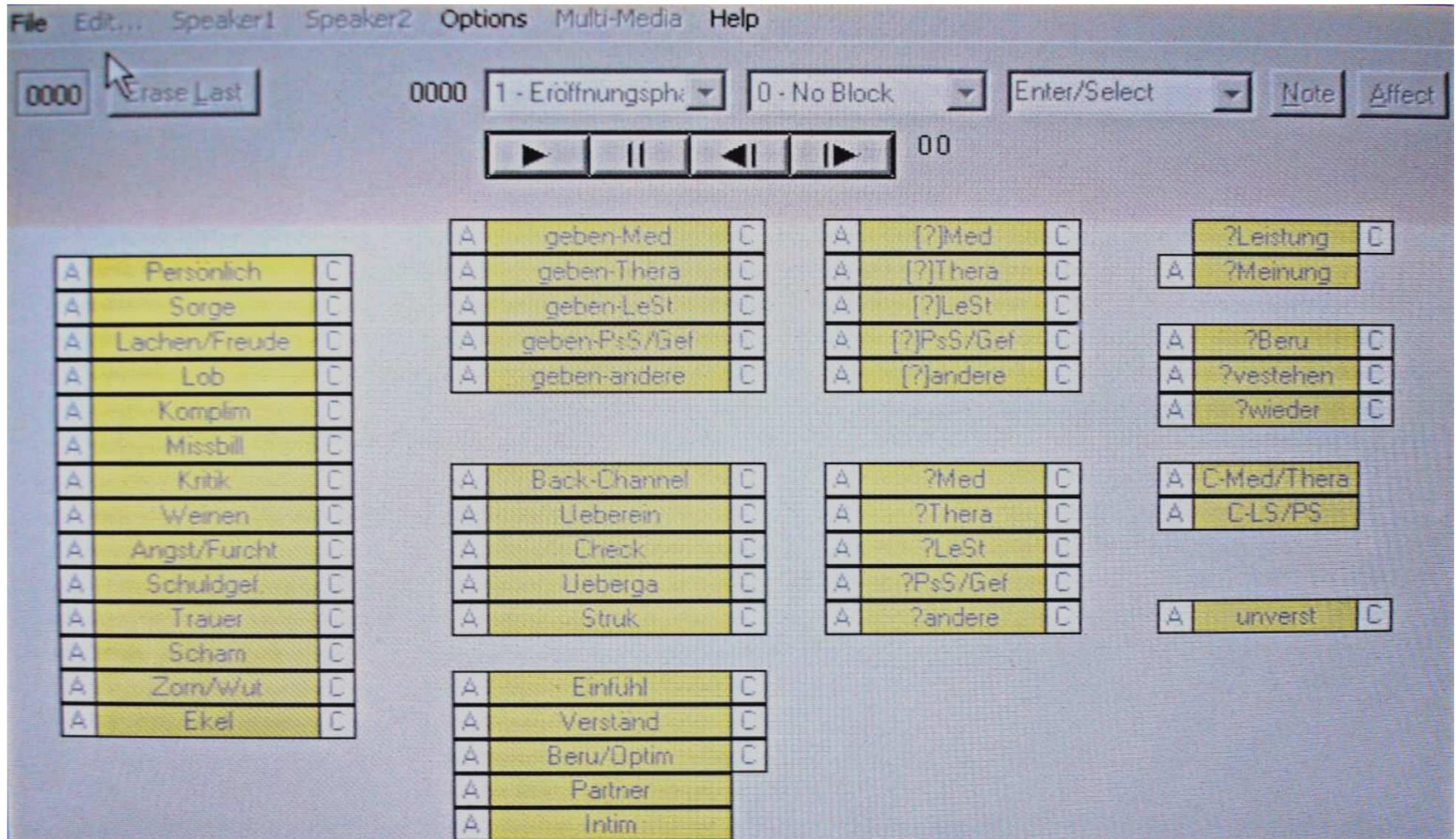
1. Das Kodiersystem ist auf eine dyadische Gesprächssituation zugeschnitten. Alle Äußerungen während eines Arzt- Patienten- Gespräches werden in Kategorien eingeteilt, die für beide Sprecher anwendbar sind.
2. Die Kategorien des Kodiersystems spiegeln Inhalt und Kontext des Gespräches direkt wider.
3. Kodiert wird direkt von Videos und nicht von einem Transskript.
4. Durch die Kodierung unmittelbar von einer Originalaufnahme ist eine Einschätzung der „tonal qualities“ möglich. Diese sollen zusätzlich den emotionalen Hintergrund der gesprochenen Worte übermitteln.

Folgende Kategorien von Äußerungen werden beim Arzt unterschieden:

- Offene Fragen mit den Subkategorien: medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Themenbereiche
- Geschlossene Fragen mit denselben Subkategorien.
- Vermitteln von medizinischer Information und Beratung (counseling)- einschließlich Informationen, die das medizinische Befinden und die Behandlung des Patienten betreffen.
- Informationen bezüglich des Lebensstils und bezüglich präventiver Maßnahmen, einschließlich Äußerungen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und Verhalten.
- Unmittelbare Äußerungen mit psychosozialem Schwerpunkt wie Äußerungen zu Gefühlen und sozialen Beziehungen, sowie emotionale Äußerungen, inklusive Aussagen, die den Patienten beruhigen sollen, seine Klagen anerkennen (Verständnis) und das Einfühlungsvermögen und die Sorge des Arztes verdeutlichen.
- Soziale Konversation: Diese Kategorie betrifft jeglichen nicht unmittelbar das Thema der Konsultation betreffenden Dialog.
- Aussagen, die eine partnerschaftliche Beziehung verdeutlichen: Aussagen, die eine Allianz zwischen Arzt und Patient bezüglich Hilfe, Unterstützung, Entscheidungsfindung oder Definition des Therapieplans tragen.

Patientenäußerungen werden mit den gleichen Kategorien beschrieben wie Arztäußerungen; sie umfassen also ebenso Äußerungen zu medizinischer Information, psychosoziale Äußerungen, Lebensstil und Prävention, Partnerschaft und sozialer Konversation. Ein thematischer Unterschied ergibt sich bei emotionaler Konversation, wo auf Patientenseite vor allem das Zeigen von Sorge, Angst/Furcht, Zorn/Wut, Lob, Kompliment, Kritik, Missbilligung, Lachen/Freude und Verlangen nach Beruhigung bewertet werden.

Abb. 2: Benutzeroberfläche von RIAS



4.2 Kodier- Kategorien bei RIAS

Abbildung 2 zeigt die Benutzeroberfläche des Messinstruments RIAS mit den dazugehörigen Kategorien, die sich sowohl auf den Arzt (A), als auch auf den Patienten (C) beziehen. Kategorien beziehen sich auf Äußerungen (utterances): Das kleinste Gesprächssegment, dem eine Klassifikation zugewiesen werden kann, ist eine Äußerung. Diese Einheit kann in der Länge von einem einzigen Wort bis zu einem langem Satz variieren. Ein Satz wird als Einheit betrachtet, wenn er einen einzigen Gedanken enthält oder sich auf einen Gegenstand des Interesses bezieht. Komplexe Sätze werden oft an ihren Konjugationen aufgespalten. Wenn ein Gedanke oder ein Satz durch eine Pause unterbrochen wird, die länger als eine Sekunde dauert, so wird jedes Segment als separate Äußerung kodiert. Das erste Fragment einer solchen aufgesplitterten Äußerung bestimmt die Kategorie, der Inhalt des folgenden Satzes wird der ersten Kategorie zugeschrieben. Sollte das erste Fragment keinen Inhalt haben, wird es als Übergangswort (Übergang) kodiert. In der folgenden Tabelle 9. sollen die in RIAS vorkommenden Kodier- Kategorien tabellarisch dargestellt werden. Auf der linken Seite befinden sich die Abkürzungen der RIAS- Kategorien und auf der anderen Seite die dazu gehörende Begriffserklärung.

Tabelle 9: In RIAS verwendete Kategorien	
RIAS- Kategorie	Erklärung
<i>Persönlich</i>	Persönliche Bemerkungen
<i>Sorge</i>	Zeigen von Sorge und Bedauern
<i>Lachen/Freude</i>	Lachen, Witze
<i>Lob</i>	Zeigen direkter Anerkennung
<i>Komplim</i>	Übermitteln von Komplimenten, generell
<i>Missbill</i>	Zeigen von Missbilligung, direkt
<i>Kritik</i>	Kritik zeigen, generell
<i>Weinen</i>	Weinen, generell
<i>Angst/Furcht</i>	Angst bzw. Furcht zeigen, generell
<i>Schuldgef.</i>	Schuldgefühle haben, generell
<i>Trauer</i>	Trauer, generell
<i>Scham</i>	Scham zeigen, generell
<i>Zorn/Wut</i>	Zorn bzw. Wut zeigen, generell
<i>Ekel</i>	Ekel zeigen, generell
geben-Med	Übermitteln von Information - medizinisch
geben-Thera	Übermitteln von Information - Therapie
geben-LeSt	Übermitteln von Information - Lebensstil
geben-PsS/Gef	Übermitteln von Information - Psychosozial, Gefühle
geben-andere	Übermitteln von Information - andere
Back-Channel	"back-channel" - Antworten
Ueberein	Zeigen von Verstehen oder Übereinstimmung
Check	Paraphrasieren, Vergewissern zum Verständnis
Ueberga	Übergangswort
Struk	Orientieren, Anweisungen
Einfühl	Einfühlungsvermögen
Verständ	Legitimation, Verständnis
Beru/Optim	Beruhigung, Mut, Zeigen von Optimismus
Partner	Partnerschaft
Intim	Selbstenthüllung ("Self-Disclosure")
[?]Med	Geschlossene Frage - medizinisch
[?]Thera	Geschlossene Frage - Therapie
[?]LeSt	Geschlossene Frage - Lebensstil
[?]PsS/Gef	Geschlossene Frage - Psychosozial, Gefühle
[?]andere	Geschlossene Frage - andere
?Med	Offene Frage - medizinisch
?Thera	Offene Frage - Therapie
?LeSt	Offene Frage - Lebensstil
?PsS/Gef	Offene Frage - Psychosozial, Gefühle
?andere	Offene Frage - andere
?Leistung	Gesuch nach Leistungen (Patientenkategorie)
?Meinung	Frage nach der Meinung des Patienten
?Beru	Frage nach Beruhigung
?vestehen	Verständnisfrage
?wieder	Aufforderung, Bitte zu wiederholen
C-Med/Thera	Empfehlungen - medizinisch, therapeutisch (Arztkategorie)
C-LS/PS	Empfehlungen - Lebensstil, Psychosozial (Arztkategorie)
unverst	Unverständliche Äußerungen

4.3 Vorgehen bei der Evaluation

In dem geplanten Projekt soll die Wirksamkeit eines Trainingsprogramms zur Verbesserung der Arzt- Patient- Kommunikation im Klinikalltag geprüft werden. Hierfür werden 60 Anamnesegespräche vor dem Interventionsprogramm mit Hilfe einer Kamera aufgezeichnet. Die Gespräche werden nicht wie in vielen Studien zu ärztlicher Kommunikation zuvor mit Schauspielpatienten, sondern mit realen Patienten geführt werden, um die tägliche Arbeitssituation der Ärzte möglichst realistisch wiederzugeben.

Bei der Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung wird das von Roter entwickelte Messinstrument RIAS verwendet. Die Vorteile dieser Art der Evaluation wurden bereits erwähnt. Um nun das ärztliche Gespräch in Bezug auf emotionale und psychosoziale Gesprächsinhalte evaluieren zu können, wurden die folgenden Kategorien dem Evaluationsinstrument RIAS hinzugefügt. So ist es möglich die Reaktionen der Ärzte auf unterschiedliche Emotionen zu kodieren.

Tabelle 10:Hinzugefügte RIAS- Kategorien

RIAS- Kategorie	Erklärung
Lachen/Freude	Lacher, Witze
Weinen	Weinen, generell
Angst/Furcht	Angst bzw. Furcht zeigen, generell
Schuldgef.	Schuldgefühle haben, generell
Trauer	Trauer, generell
Scham	Scham zeigen, generell
Zorn/Wut	Zorn bzw. Wut zeigen, generell
Ekel	Ekel zeigen, generell

Diese neu hinzugefügten Kategorien zeigen zusammen mit den bereits vorher bestehenden Kategorien die emotionalen Äußerungen, die sowohl beim Arzt, als auch beim Patienten im Verlauf eines Anamnesegespräches auftauchen können. Da bei RIAS einige Kategorien nur dem Arzt vorbehalten waren, wurde auch dies geändert, so dass eine Äußerung von beiden Seiten möglich ist.

Evaluiert wurden insgesamt 46 Arzt- Patientengespräche von 11 Ärzten des Klinikums unterschiedlicher Fachrichtung, Schwerpunkt Medizinische Klinik und Neurologie, vor Beginn des Kurses „Psychosomatische Grundkenntnisse in der Facharztweiterbildung“. Tritt eine der angeführten Äußerungen im Gespräch auf, so wird diese als solche kodiert. Die Regeln für die Kodierung von Gesprächen entnehmen sich dem Handbuch zu Roter Interaction Process Analysis System. Nachdem die Aufnahmen mit Hilfe von RIAS evaluiert worden sind, erfolgte die quantitative Auswertung der Ergebnisse. Das bedeutet, dass tabellarisch die direktiven Kommunikationsmuster aufgeführt und mit Organigrammen die Ergebnisse dargestellt werden. Um das Antwortverhalten besser beurteilen zu können, ist es wichtig den Sachverhalt zu betrachten, dass Aussagen auf verschieden Art und Weise vom Arzt verstanden werden können. Schulz von Thun unterscheidet dabei vier Bedeutungsebenen (Kapitel 9, Abb. 3).

Da RIAS non- verbale Hintergrundemotionen nicht oder nur sehr gering aufgreift, können wir nur anhand der Videoaufnahmen Körpersprache, Sprachmelodie und räumliche Anordnung in unsere Auswertung einfließen lassen. Dabei muss stets darauf geachtet werden, dass nicht zu viel in eine Situation hineininterpretiert wird. Wenn außer den verbalen Informationen auch die Körpersprache, die Sprachmelodie und die räumliche Anordnung berücksichtigt werden kann, fällt es oft einfacher Emotionen zu kodieren.

Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass hauptsächlich Emotionen verbal, aber auch non- verbal geäußert werden, da der Arzt mit seinen Fragen ja genau auf solche Dinge oftmals stößt ohne sie vielleicht direkt anzusprechen. Deshalb gilt es in den Videoaufnahmen genau darauf zu achten, auf welche Weise der Patient eine Emotion bzw. ein psychosoziales Thema zeigt.

4.4 Der Ärztekodex

Nach den Aufzeichnungen der Gespräche werden diese mit einem 8-stelligen Kode versehen (Tabelle 13). Dieser Kode dient dazu, dass die nachfolgenden Gesprächsauswertungen durch Fremdrater blind erfolgen können und die Aufzeichnungen vom Messinstrument erkannt werden. Der Kode beinhaltet in dieser Studie den Arztnamen, das Setting des Gesprächs und die Art des Gesprächs.

4.4.1 Arztnamen

An der Studie nahmen insgesamt 12 Ärzte des Klinikums unterschiedlicher Fachrichtung, Schwerpunkt Medizinische Klinik und Neurologie, vor Beginn des Kurses „Psychosomatische Grundkenntnisse in der Facharztweiterbildung“ teil, wobei nur 11 Ärzte in der Evaluation enthalten sind. Unter den Ärzten, bei denen eine Auswertung erfolgte, waren insgesamt 3 Ärztinnen und 8 Ärzte. Die ersten vier Stellen des Arztkodes (Tabelle 13) beinhalten den Namen des Arztes.

Beispiel: **10010531**

4.4.2 Setting der Studie

Bei der Evaluation werden Gespräche aus dem klinischen Alltag des Arztes aufgenommen. Da die Aufnahmen an der Universitätsklinik Freiburg gemacht wurden, werden die unterschiedlichen Schauplätze des Arzt- Patienten- Gesprächs ebenfalls in der siebten Stelle des Arztkodes vermerkt.

Dabei unterscheidet man die folgenden Settings:

- Patient liegt im Krankbett (Ziffer 1)
- Gespräch findet im Krankenzimmer statt (Ziffer 2)
- Gespräch findet im Arztzimmer statt (Ziffer 3)

Beispiel: 10010531

4.4.3 Gesprächssituation

In der Evaluation werden nur Anamnesegespräche aufgezeichnet, die in der achten Stelle mit der Ziffer 1 vermerkt ist.

Beispiel: 10010531

4.5 Vorgehen bei der Auswertung emotionaler und psychosozialer Themen

Für die Auswertung emotionaler und psychosozialer Inhalte im Arzt- Patienten- Gespräch, werden die RIAS- Kategorien quantitativ ausgewertet.

Im ersten Schritt werden alle im Gespräch vorkommenden Emotionen seitens des Patienten und seitens des Arztes grafisch dargestellt.

Im nachfolgenden Schritt wird genauer untersucht, wie der Arzt auf die vorgekommenen Emotionen reagiert bzw. antwortet.

Auf dieselbe Art und Weise wird bei den psychosozialen Gesprächsinhalten vorgegangen. In dem von Debra Roter entwickelten Programm RIAS werden dabei psychosoziale Äußerungen als „Geben-PsS/Gef kodiert. Da RIAS diese Kategorie „Geben-PsS/Gef benutzt, was bedeutet, dass sowohl psychosoziale Themen als auch zum Teil Gefühle in dieser Kategorie miteinbezogen sind, fällt es in einigen Gesprächssituationen schwer eine Emotion oder ein psychosoziales Probleme zu kodieren. Die Kategorie kann sich auf andere „Geben-„ Äußerungen beziehen, unterscheidet sich jedoch durch ihr affektives Ausmaß.

Die in RIAS verwendeten Emotionen unterscheiden sich vor allem von der Kategorie Geben PsS/Gef darin, dass Emotionen stärker, heftiger und eindeutiger sind als psychosoziale Themen und keine Inhalte von psychosozialen Problemen beinhalten (siehe Tabelle 25).

Außerdem unterscheidet sich die Kategorie Geben- PsS/Gef von der Kategorie Geben- LeSt darin, dass sich die zweite Kategorie auf Aussagen, Fakten oder Meinungen, die den Lebensstil betreffen (Rauchen, Diät, Alkohol, Sport etc.) bezieht. Dabei haben die Statements keinen psychosozialen Inhalt und sind affektneutral.

4.5.1 Ziele bei der Auswertung emotionaler und psychosozialer Themen

Ziel ist es dabei die Reaktionen und Antworten der Ärzte bildlich darzustellen, um so besser beurteilen zu können, inwieweit Ärzte emotionale Kompetenz im Klinikalltag zeigen.

4.6 Vorgehen bei der Auswertung emotionaler Kompetenz

Um emotionale Kompetenz messen zu können werden die Antworten der Ärzte auf Emotionen und psychosoziale Themen in wahrgenommene Gelegenheit, nicht wahrgenommene Gelegenheit und sonstige eingeteilt. Die Antwortmöglichkeiten der Ärzte wurden nach Suchman et al. in zwei Kategorien geteilt (Levinson 2000).

- **Wahrgenommene Gelegenheit und**
- **nicht wahrgenommene Gelegenheit**

Unter einer wahrgenommenen Gelegenheit versteht man eine, die generell unterstützend wirkt und den Patienten dazu ermutigt seine emotionalen und psychosozialen Sorgen auszudrücken.

Auf der anderen Seite bedeutet eine nicht wahrgenommene Gelegenheit, wenn der Arzt es nicht schafft einen Patienten zu unterstützen und dazu zu ermutigen eine Diskussion über emotionale Sorgen zu führen oder solche Themen nicht im Arzt- Patient- Gespräch aufgreift.

Diese beiden Kategorien werden in der folgenden Tabelle noch in Unterpunkte eingeteilt.

Tabelle 11: Wahrgenommene bzw. nicht wahrgenommene Gelegenheiten

Antwortarten Arzt (Kategorien bei RIAS)	Definition	Beispiel
	Wahrgenommene Gelegenheit	
Anerkennung (Verständ, Einfühl, Sorge, ? /[?]LeSt, ?/[?]PsS/Gef, Persönlich <u>Proficiency</u> : Spiegeln der Emotion, Warten)	Der Arzt benennt die Gefühle des Patienten oder greift die Besorgnis auf	Arzt: „Sie müssen sich jetzt ganz schön schlecht fühlen!“
Ermutung, Lob, Beruhigung (Beru/Opt, Lob)	Der Arzt ermutigt, lobt oder beruhigt	Arzt: „Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen, das schaffen Sie!“
Unterstützung (Partner, Intim, ?Meinung)	Dient zur Unterstützung der Sorgen des Patienten	Arzt: „Ich glaube es ist sehr wichtig, dass Sie sich noch eine zweite Meinung über das schwierige Problem einholen. Sie wollen ja das Beste für sich selbst.“
	Nicht wahrgenommene Gelegenheit	
Unzureichende Anerkennung	Der Arzt erkennt zwar den Hinweis, geht aber nicht auf die Sorgen ein	Patient: „Ich bin so müde!“ Arzt: „Ja, dann machen Sie sich schon einmal frei.“
Unpassender Sinn für Humor	Der Arzt lacht und reißt Witze an unangebrachter Stelle	Arzt: „Ich glaube wir müssen...Sie werden immer älter...Sie erschießen.“
Verneinung	Der Arzt verneint die Sorgen	Arzt: „Das ist wirklich keine große Sache!“
Beendigung	Der Arzt beendet eine Diskussion über Gefühle	Patient: „Ich stelle mir vor,...“ Arzt: „Gut, dann sehen wir uns am Freitag.“

Zur wahrgenommenen Gelegenheit bzw. positive Antwortmöglichkeiten zählen folgende RIAS- Kategorien: Verständ, Einfühl, Persönlich, Lob, Sorge, Partner, Intim, Beru/Optim, ? Meinung, ?/[?] LeSt, ?/[?] PsS/Gef und Proficiency: Spiegeln der Emotionen, Warten.

Sonstige beinhaltet die Kategorien Überein, Back- Channel und Check. Zur nicht wahrgenommenen Gelegenheit gehören die übrigen RIAS- Kategorien.

Damit kann in Form eines Kuchendiagramms dargestellt werden, wie oft der Arzt die Gelegenheit wahrnimmt auf eine Emotion oder psychosoziales Problem einzugehen und nicht auf sachlicher Ebene mit dem Gespräch fortfährt.

Um emotionale Kompetenz noch besser beurteilen zu können, ist es auch sinnvoll, dass man mit dem von Schulz und Thun (1997) entwickelten Nachrichtenquadrat, worin vier Botschaften beschrieben werden (Abb. 3), die Antworten der Ärzte noch weiter unter folgenden Ebenen betrachtet.

Der Sachinhalt:	Worüber werde ich informiert?
Die Selbstoffenbarung:	Was sagt die andere Person über sich aus?
Der Appell:	Wozu möchte mich der andere veranlassen, was will er bewirken?
Die Beziehung:	Was sagt die andere Person darüber aus, wie wir zueinander stehen – wie fühle ich mich behandelt?

4.6.1 Positive Antwortmöglichkeiten des Arztes

Emotionale Kompetenz verlangt vom Arzt die Fähigkeit Emotionen und psychosoziale Probleme zu erkennen und die Gelegenheit zu nutzen positiv zu antworten und näher auf diese einzugehen. Der Arzt hat dabei verschiedene Möglichkeiten positiv auf eine Äußerung zu antworten. Die positiven Antworten werden in diesem Teil näher erklärt und Beispiele aus der Studie angefügt.

4.6.1.1 Zeigen von Bedauern und Sorge

RIAS: Sorge

Aussagen, die um Entschuldigung bitten oder Beunruhigung über den Zustand des anderen vermitteln. Selbstkritische Äußerungen des Arztes z.B. zu einer Punction oder zu einer bestimmten Frage (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System).

4.6.1.2 Persönliche Bemerkungen, allgemeine Konversation

RIAS: Persönlich

Persönliche Bemerkungen und soziale Konversation können während der Visite bzw. im Arzt-Patienten- Gespräch ein Mittel sein, um den Patienten von der Untersuchung abzulenken. Dazu gehören unter anderem Unterhaltungen über das Wetter, den Sport und andere nicht-konsultationsspezifische Themen (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System)

Beispiel aus der Studie:

A: „Es ist schon ziemlich heiß draußen.“ (*Persönlich*)

P: „Das stimmt.“ (Überein)

A: „Sie kommen aus Italien, da trinkt man dann eher Wein.“ (*Persönlich*)

P: „Ja, Wein, aber nicht alle.“ (*Persönlich*)

4.6.1.3 Einfühlungsvermögen und Verständnis für körperliche Beschwerden

RIAS: Einfühl, Verständ

Aussagen, die Emotionen des anderen paraphrasieren, interpretieren oder benennen und Äußerungen, die zeigen, dass Handlungen, Emotionen oder Gedanken des anderen verständlich und normal sind (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System).

Beispiele aus der Studie:

P: „Mich beschäftigt das schon, die Krankheit.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Klar.“ (**Verständ**)

P: „Und meine Kinder auch. Es tut mir weh, wenn er so aggressiv ist.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Wenn man nur das beste will für den anderen.“ (**Einfühl**)

P: „Nervlich ist es halt ein Problem.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Dass das Thema auf einem lastet ist verständlich.“ (**Einfühl**)

P: „Wir machen uns ja auch Sorgen und können nicht den ganzen Tag von der Krankheit sprechen.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Nein, das kann man nicht. Haben Sie denn jemanden, mit dem Sie darüber reden können?“ (**Verständ**; [?]LeSt)

P: „Nervlich ist er ziemlich angeschlagen.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Meine Güte, da ist man ja tüchtig aufgeregt, ob es jetzt klappt.“ (**Einfühl**)

4.6.1.4 Partnerschaft

RIAS.: Partner

Statements, die eine Allianz, die Partnerschaft zwischen Arzt und Patienten betonen bezüglich Hilfe, Unterstützung, Entscheidungsfindung oder Therapieplan (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System).

Beispiel aus der Studie:

A: „Das Optimale wäre der Chirurg könnte das operieren und deshalb liegt mir ja auch so viel daran dem die Bilder zu zeigen.“ (*Geben-Med; Einfühl*)

P: „Ja.“ (*Back-Channel*)

A: „Und selbst wenn wir das jetzt nicht operieren können, können wir weiter versuchen, daran arbeiten, gemeinsam daran arbeiten, dass das keiner wird mit der Chemo.“ (*geben-Med; Partner*)

4.6.1.5 *Beruhigung, Mut, Zeigen von Optimismus*

RIAS: Beru/Optim

Antwortet der Arzt in einer anerkennenden Art und Weise auf etwas, das der Patient sagt, für das er aber nicht selber verantwortlich ist, bzw. was von ihm nicht initiiert wurde, wird diese Aussage unter Beru/Optim kodiert.

Außerdem Aussagen, die Optimismus, Mut machen oder eine Beruhigung erreichen wollen. Emotionale Beschreibungen von sich selbst, von der medizinischen Situation oder positiv gefärbte Äußerungen nicht spezifischer Gefühle, auch wenn sie sich auf einen physischen Zustand beziehen.

Die Kategorie beinhaltet weiterhin positive Aussagen über die Gefühle des anderen, sowie die Beantwortung einer sorgenvollen Frage. Diese Aussagen stärken den Patienten und er schöpft eventuell neue Energien für die weitere Behandlung. Diese Äußerungen haben einen persönlichen, intimen Inhalt, der unmittelbar widerspiegelt, wie sich Arzt oder Patient unmittelbar während des Gesprächs fühlen. Die Aussagen beziehen sich auf die konkrete Interviewsituation und die in ihr ausgedrückten Emotionen.

Diese Kategorie schließt auch tröstende Aussagen ein, die sich auf physische oder emotionale Folgen einer Handlung beziehen. (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System).

Beispiel aus der Studie:

A: „Frau X, haben Sie sonst noch etwas auf dem Herzen?“ (*[?]Med*)

P: „Nein, das war's jetzt.“ (*Geben-Med*)

A: „Unangenehme Mitteilung was die ...“ (*Einfühl*)

P: „Ja, irgendwie habe ich mir das schon gedacht.“ (*Überein, Proficiency: Unterbrechen; Geben-PsS/Gef*)

A: „Jetzt machen wir das beste daraus!“ (*Beru/Optim*)

P: „Klar.“ (*Überein*)

4.6.1.6 *Self- Disclosure*

RIAS: Intim

Aussagen, welche die persönliche Erfahrung des Arztes widerspiegeln und die medizinisch oder emotional nicht relevant für den Patienten sind (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System).

4.6.1.7 Zeigen von direkter Anerkennung

RIAS: Lob

Komplimente, Wertschätzungen und Dankbarkeit, die direkt an die andere Person gerichtet sind. Weiterhin alle Bekundungen von Lob, Beifall, Respekt und Bewunderung, einschließlich respektvollen Äußerungen.

Beispiele aus der Studie:

A: „Nehmen Sie den Kaugummi zur Beschäftigung?“ (*[?]Med*)

P: „Nein, den hab ich genau, weil Sie mich.... Wenn Sie bei mir in den Mund schauen.“ (*Geben-andere; Lachen/Freude; Geben-andere*)

A: „Das ist ja sehr zuvorkommend.“ (**Lob**)

A: „Gut, dass Sie die Unterlagen mitgebracht haben.“ (**Lob**)

P: „Ja, sonst vergesse ich die.“ (*Lachen/Freude; Geben-andere*)

A: „Ich habe den Eindruck, dass sie beide das sehr gut meistern.“ (**Lob**)

4.6.1.8 Frage nach der Meinung des Patienten

RIAS: ?Meinung

Fragen, die eine Meinung oder Ansicht des Patienten, bezüglich der Diagnose, Therapie, Ätiologie, Prognose oder den persönlichen Gefühlszustand betreffen (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System).

Beispiel aus der Studie:

A: „Was meinen Sie denn wie es weiter gehen soll?“ (**?Meinung**)

4.6.1.9 Eingehen auf psychosoziale Belastungen

RIAS: ?/[?] PsS/Gef, ?/[?] LeSt

Beinhaltet Fragen, welche zum einen die psychosoziale oder affektive Situation betreffen und zum anderen Fragen, die den Lifestyle, die familiäre und häusliche Situation, die Arbeit, sowie die allgemeine Vorsorgeleistungen aufgreifen (Skript: Debra Roter; Roter Interaction Process Analysis System).

Beispiel aus der Studie:

A: „Da haben Sie sich schon Sorgen gemacht?“ (*[?]PsS/Gef*)

P: „Ja, dann habe ich auch Dr. X angerufen.“ (*Geben-PsS/Gef; Geben-Med*)

P: „Der Arzt sagte, ich solle meinen Mann mitnehmen zum Sterben. Da ist bei mir irgendwie...“ (*Sorge; Übergang*)

A: „Da kam der Kampfgeist in Ihnen hoch?“ (*[?]PsS/Gef, Proficiency: Spiegeln der Emotion*)

P: „Wir machen uns ja auch Sorgen und können nicht den ganzen Tag von der Krankheit sprechen.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Nein, das kann man nicht. Haben Sie denn jemanden, mit dem Sie darüber reden können?“ (*Verständ; [?]LeSt*)

4.6.1.10 Spiegeln von Emotionen und psychosozialen Inhalten

RIAS: Proficiency: Spiegeln von Emotion

Das Spiegeln ist der Paraphrase sehr ähnlich. Paraphrasieren bedeutet einzelne Worte aus dem Gesagten des Patienten entweder durch Synonyme oder auch wörtlich zu wiederholen. Das Spiegeln bezieht sich allerdings vor allem auf emotionale Inhalte. Manchmal werden Emotionen direkt angesprochen, oftmals liegt dem Aufgreifen der Emotion aber eine Beobachtung der Körperreaktion zugrunde oder bezieht sich auch das, was zwischen den Zeilen gesagt wurde.

Beispiele aus Studie:

P: „Der Arzt sagte, ich solle meinen Mann mitnehmen zum Sterben. Da ist bei mir irgendwie...“ (*Sorge; Übergang*)

A: „Da kam der Kampfgeist in Ihnen hoch?“ (*[?]PsS/Gef, Proficiency: Spiegeln der Emotion*)

P: „Ich habe halt Angst, dass ich wieder am Boden zerstört bin.“ (*Angst/Furcht*)

A: „Dass man nicht wieder auf die Beine kommt.“ (*Einfühl, Proficiency: Spiegeln der Emotion*)

4.6.2 Ziele bei der Auswertung emotionaler Kompetenz

Ziel hierbei sollte sein, eine Darstellung aus den positiven Antwortmöglichkeiten zu gewinnen, die aufzeigt, in wie viel Prozent der Arzt- Patienten- Gespräche der Arzt emotionale Kompetenz zeigt, sowohl als Reaktion auf Emotionen, als auch auf psychosoziale Inhalte. Dies ist besonders wichtig für die Beurteilung, ob neben der fachlichen Kompetenz auch die emotionale Seite des Arztes im Gespräch vorhanden ist.

5 Ergebnisse der Studie

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie mit Hilfe unterschiedlicher Diagrammtypen und Tabellen verdeutlicht. Folgende Themen werden dabei berücksichtigt:

1. Übersicht- Emotionale und psychosoziale Äußerungen im Arzt- Patienten- Gespräch
2. Auftretende Emotionen bei Arzt und Patient
3. Alle vorkommende Emotionen im Überblick
4. Reaktion des Patienten auf Lob
5. Reaktion des Arztes auf Lob
6. Reaktion des Arztes auf Kritik
7. Reaktion des Arztes auf Missbilligung (RIAS: Missbill)
8. Reaktion des Arztes auf Sorgen
9. Reaktion des Arztes auf Angst/Furcht
10. Einflüsse von Lachen/Freude beim Patienten
11. Reaktion des Arztes auf Zorn/Wut
12. Reaktion des Arztes auf Komplimente (RIAS: Komplim)
13. Übersicht- Alle Reaktionen des Arztes auf Emotionen
14. Psychosoziale Äußerungen beim Patienten
15. Unterschiedliche psychosoziale Probleme
16. Reaktion des Arztes auf psychosoziale Äußerungen
17. Untersuchung der emotionalen Kompetenz

Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Darstellungen und der Kommunikationsmuster werden zusätzlich exemplarisch Gesprächssituationen aus der Studie entnommen und zitiert. Bei allen emotionalen oder psychosozialen Äußerungen muss berücksichtigt werden, dass der Arzt nicht auf jede Emotion oder psychosoziale Äußerung eingehen kann. Diese liegt zum einen daran, dass das kleinste Gesprächssegment, dem eine Klassifikation zugeordnet werden kann, eine Äußerung ist und diese als Einheit betrachtet wird, wenn sie einen einzigen Gedanken beinhaltet oder sich auf einen Gegenstand des Interesses bezieht. Beinhaltet ein Satz mehrere Gedanken des Patienten, so kann er Arzt nicht auf jede Äußerung eingehen, sondern nur zu einer gesamten Aussage des Patienten Stellung nehmen. Zum anderen kommt es in den Gesprächen vor, dass eine Emotion wie z.B. Lachen/Freude geäußert wird, aber nicht dringend einer Ansprache bedarf.

5.1 Auswertung der Arzt- Patienten- Gespräche

In der folgenden Tabelle 13 wird dargestellt, wie viele unterschiedliche Emotionen und psychosoziale Äußerungen in jedem Arzt- Patienten- Gespräch auftauchen.

Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie:

1. die meisten Gespräche finden im Arztzimmer statt (33 von 46 Gesprächen), 13 Gespräche sind im Krankenzimmer, darunter zwei Gespräche, in denen der Patient im Krankenbett liegt.
2. in 93,5% der Gespräche tauchen Emotionen oder psychosoziale Themen auf.
3. bei allen 46 ärztlichen Anamnesegesprächen tauchen 253 emotionale Äußerungen (61,3% aller emotionaler bzw. psychosozialer Äußerungen) und 160 (38,7% aller emotionaler bzw. psychosozialer Äußerungen) psychosoziale Äußerungen auf (Bandbreite: 0- 35 Emotionen/psychosoziale Themen). Im Durchschnitt tauchen 5,5 Emotionen in jedem Gespräch auf (Bandbreite: 0-15).
4. im Schnitt kommen knapp 9 Emotionen/psychosoziale Äußerungen pro Gespräch vor.
5. die meisten Emotionen/psychosozialen Äußerungen werden im Arztzimmer geäußert (318 von 413).
6. insgesamt kommen acht unterschiedliche Emotionen vor (Anzahl): 37,74% Lachen/Freude (156), 5,81% Lob (24), 5,33% Kritik (22), 5,33% Sorge (22), 3,63% Angst/Furcht (15), 2,66% Kompliment (11), 0,48% Missbilligung (2), 0,24% Zorn/Wut (1).
7. in 30 Gesprächen kommen 160 psychosozialen Äußerungen (38,74%) vor, dabei reicht die Bandbreite von auftretenden psychosozialen Äußerungen (abhängig von den Gesprächsthemen) von 0 bis 34 Äußerungen. Das bedeutet weiterhin, dass in jedem Gespräch im Durchschnitt 3,5 Mal „Geben-PsS/Gef“ vom Patienten geäußert wird.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse gibt die folgende Tabelle 12:

Tabelle 12: Ergebnisse- Anzahl an Emotionen und psychosozialen Äußerungen

	Total (Anzahl)	Schnitt (Emotionen/Gespräch)	Angabe in %
Emotionen/PsS-Themen	413	8,98	100
Emotionen	253	5,50	61,26
Geben-PsS/Gef	160	3,48	38,74
Lachen/Freude (Arzt =A und Patient =P)	156	3,39	37,78
Lob (Arzt =A und Patient =P)	24	0,52	5,81
Kritik	22	0,48	5,33
Sorge	22	0,48	5,33
Angst/Furcht	15	0,33	3,63
Kompliment	11	0,24	2,66
Missbilligung	2	0,04	0,48
Zorn/Wut	1	0,02	0,24

Tabelle 13: Anzahl der Emotionen bzw. psychosozialen Inhalte in jedem Gespräch

Arztcode	Lob(A)	Lob (P)	Kompliment	Kritik	Missbilligung	Geben-PsS/Gef	Sorge	Angst/Furcht	Lachen/Freude(A)	Lachen/Freude(P)	Zorn/Wut	Emotionen/PsS-Themen
10012731				1		27	2	1		1		32
10011631	2	1		2		3	4	1				11
10017731					1	1			1	1		4
10010531									2	11		13
10019331	2					1	1		3	3		8
10023431		2				16	3	2	3	3		29
10021331		1				1				2		4
10027831	2					18			3			21
10020231	2		2	6		12	1	2	1	2		26
10029931			2			1		1				4
10037131			1									1
10030731				1					1			2
10031131		3				2			1	4		10
10032431						2	5	2		3		12
10036331			1					1				2
10049231												0
10040131						2						2
10041231												0
10046431												0
10049431										1		1
10054031						34		1				35
10051431		2		5		9		1		1		18
10053331										7		7
10055131						3				3		6
10052531			1			1		1				3
10065231						5	1			6		12
10060331						3				1		4
10073111						1			3	5		9
10078011						1						1
10074111			1			1			2			4
10081531						5	2				1	8
10088131	2								3	5		8
10080411		2	1							12		15
10083511				6		4			2	1		13
10085321			1			2			4	6		13
10092621						1				3		4
10090611						1			3	8		12
10097211										2		2
10099511									4	1		5
10102811	3								3	2		5
10100811			1						2	3		6
10109611						1			3	2		6
10110931						1				2		3
10115431									1	6		7
10118831					1			1		2		4
10117931				1		1	3	1		2		8
Total	13	11	11	22	2	160	22	15	45	111	1	413
Schnitt(Emotionen/Gespräch)	0,28	0,24	0,24	0,47826	0,04	3,48	0,47826	0,33	0,98	2,41	0,02	8,98
%	3,15	2,66	2,66	5,32688	0,48	38,74	5,32688	3,63	10,90	26,88	0,24	

5.2 Vergleich der Arzt- Patienten- Äußerungen

In der folgenden Tabelle 14 wird dargestellt, wie viele unterschiedliche Emotionen und psychosoziale Äußerungen in jedem Arzt- Patienten- Gespräch unter Bedingungen des klinischen Alltags auftauchen. Nun wird aber bei den Emotionen unterschieden, ob Patient oder Arzt diese äußert.

Ergebnisse der Studie sind

1. Nur Lob und Lachen/Freude werden sowohl vom Arzt als auch vom Patient geäußert
2. Der Arzt lobt den Patienten häufiger (13 Mal) als der Patient den Arzt (11 Mal)
3. Der Arzt äußert im Vergleich zum Patienten viel weniger Lachen/Freude (45 zu 111)
4. Der Arzt zeigt kaum eigene Emotionen nach außen (58 Mal)

5.3 Emotionen im Arzt- Patienten- Gespräch

Bevor in den folgenden Kapiteln näher darauf eingegangen wird, wie Ärzte auf die einzelnen Emotionen reagieren, soll nochmals dargestellt werden, welche Emotionen in den 46 ausgewerteten Gesprächen gezeigt werden. Wie Ärzte auf die unterschiedlichen Emotionen antworten, sollen die nächsten Kapitel verdeutlichen.

Tabelle 15 veranschaulicht nochmals alle Emotionen im Überblick. Die in den Gesprächen geäußerten Emotionen bzw. Reaktionen sind unter anderem:

156 Äußerungen Lachen/Freude (37,77%):	Einflüsse
22 Äußerungen Lob (5,81%):	Reaktion des Patienten und des Arztes
22 Äußerungen Kritik (5,33%)	Reaktion des Arztes
22 Äußerungen Sorge (5,33%)	Reaktion des Arztes
15 Äußerungen Angst/Furcht (3,63%)	Reaktion des Arztes
11 Äußerungen Komplimente (2,66%)	keine Reaktion
2 Äußerungen Missbilligung (0,48%)	Reaktion des Arztes
1 Äußerung Zorn/Wut (0,24%)	Reaktion des Arztes

Tabelle 14: Auftretende Emotionen bzw. psychosoziale Themen bei Arzt und Patient

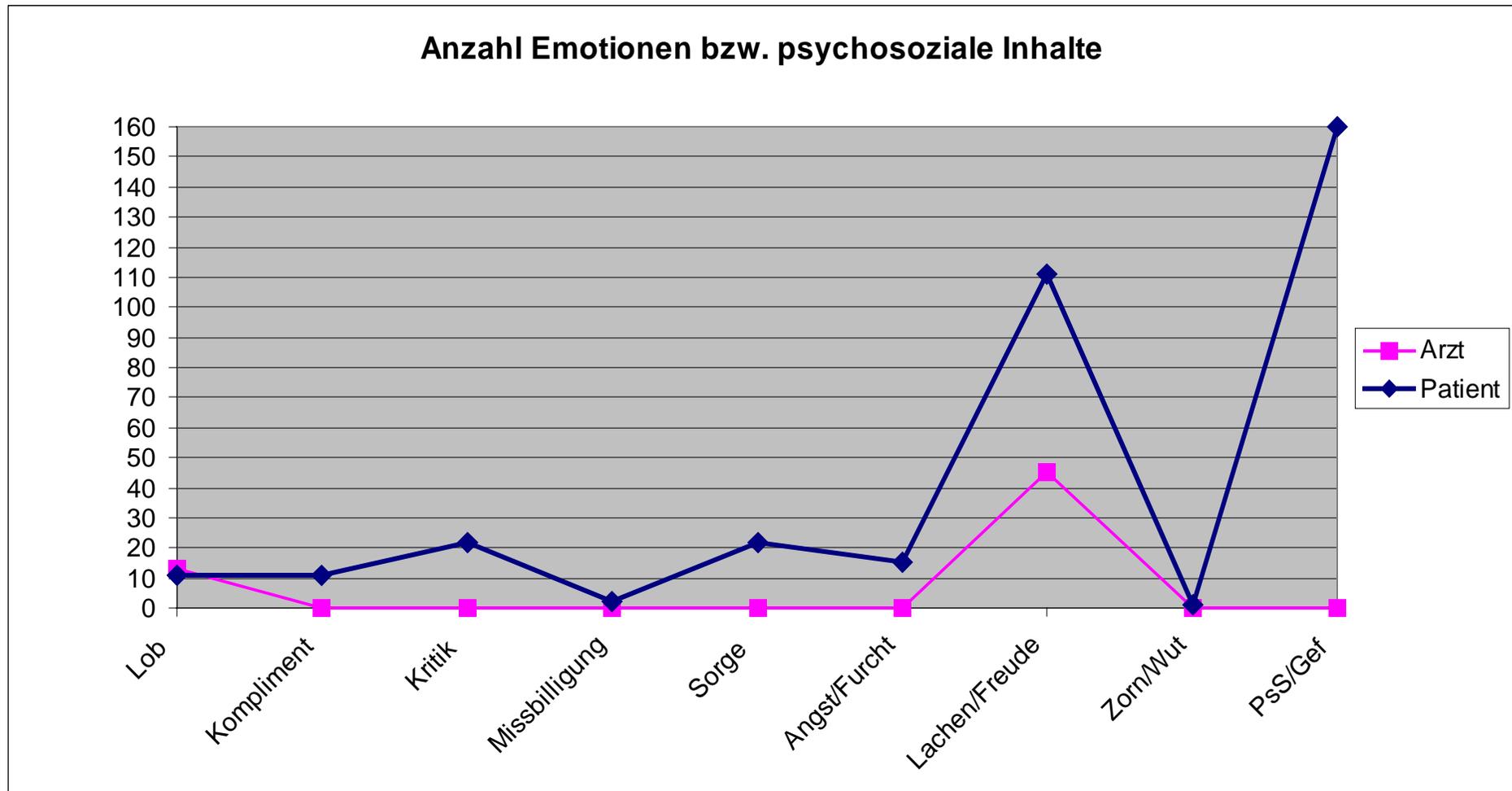


Tabelle 15: Im Gespräch auftretende Emotionen

Legende:

Komplim = Kompliment

Missbill = Missbilligung

Emotionen (Anzahl in %)



5.3.1 Reaktion des Patienten auf Lob

Ärzte loben ihre Patienten häufig während der Untersuchung oder während des Gesprächs für eine gute Handlung des Patienten. Meistens gehen die Patienten aber nicht näher darauf ein. Tabelle 16 zeigt auf wie oft und auf welche Art und Weise die Patienten während des Anamnesegesprächs auf ein Lob des Arztes reagieren. Patienten reagieren sehr wenig auf ein Lob des Arztes. Wenn sie darauf reagieren, so tun sie das am häufigsten in Form von Lachen/Freude (2). Weiterhin geben sie Informationen über ihren Lebensstil oder zeigen Verständnis.

Beispiele:

A: „Gut, dass Sie die Unterlagen dabei haben.“ (*Lob*)

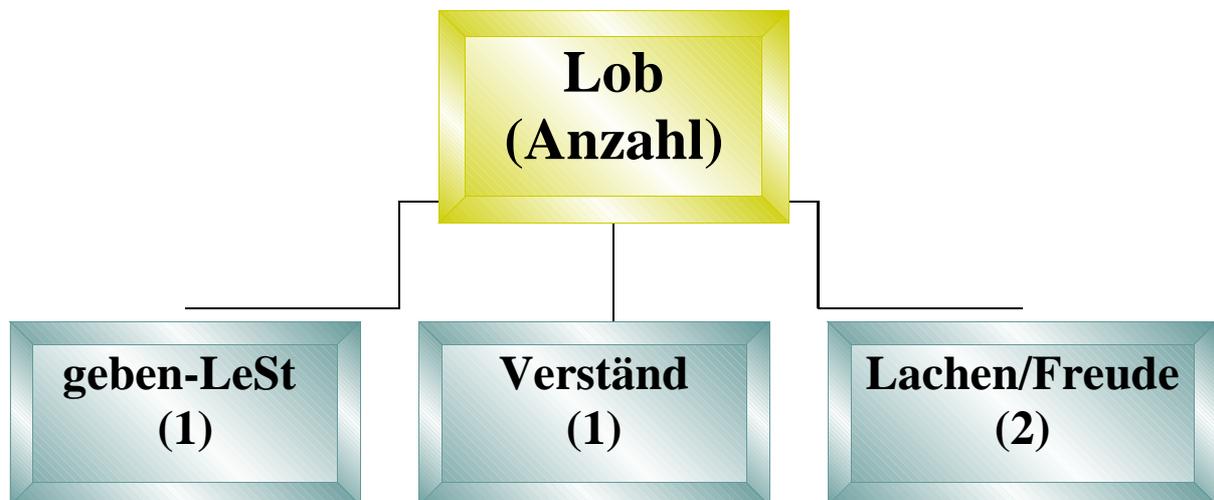
P: „Ich hab auf einen Schlag aufgehört zu rauchen.“ (Geben-Med)

A: „Nicht schlecht, das schafft nicht jeder.“ (*Lob*)

A: „Ganz richtig, dass Sie hier sind.“ (*Lob*)

P: *zeigt Lachen/Freude*

Tabelle 16: Reaktion des Patienten auf Lob



5.3.2 *Reaktion des Arztes auf Lob*

Wenn der Patient mit der Behandlung zufrieden ist, so drückt er dies auch aus. Das Beispiel zeigt, dass der Patient den Arzt sogar für seine Arbeit bewundert. Der Arzt reagiert nur in einem Fall auf ein Lob des Patienten (Tabelle 17). Dies tut er, indem er einen „Small Talk“ beginnt (RIAS- Kategorie: Persönlich).

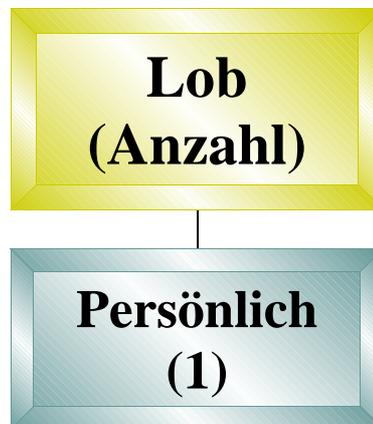
Beispiel:

P: „Ich lasse mich vom Krebs nicht unterkriegen.“ (Geben-PsS/Gef)

A: „Deshalb schaffen Sie das auch so gut.“ (Beru/Optim)

P: „Wissen Sie Frau X, wir bewundern Sie, wie Sie das machen.“ (*Lob*)

Tabelle 17: Reaktion des Arztes auf Lob



5.3.3 *Reaktion des Arztes auf Komplimente des Patienten*

In der Studie geben die Patienten dem Arzt 11 Mal ein Kompliment. Eine direkte Reaktion darauf kann nicht aufgezeigt werden.

Beispiele:

P: „Wir waren sehr zufrieden mit der Behandlung.“ (*Komplim*)

P: „Sie sind ein guter Arzt.“ (*Komplim*)

5.3.4 Reaktion des Arztes auf geäußerte Kritik des Patienten

Allein die Feststellung, dass in den 46 Gesprächen insgesamt 22 Mal Kritik am Verhalten eines Arztes geäußert wurden, macht deutlich wie unzufrieden Patienten noch mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis sind. Umso wichtiger ist es zu betrachten, wie Ärzte auf solche Kritik reagieren. Dies wird in der Tabelle 18 verdeutlicht.

Ärzte reagieren auf Kritik wie folgt:

- 2 Mal mit einer medizinischen Information
- 2 Mal hat der Arzt Verständnis dafür
- 1 Mal beruhigt der Arzt den Patient
- 1 Mal fragt er genauer nach, was ihn den so bedrückt
- 4 Mal folgt der Arzt den Schilderungen des Patienten aktiv

Beispiele:

P: „Leider hatten wir mit dem anderen Arzt eine sehr negative Erfahrung. Es hat ihn einfach überhaupt nicht interessiert. Irgendwie ist das Vertrauen jetzt nicht mehr da!“ (3* **Kritik**)

A: „Klar.“ (Verständ)

P: „Mein Hausarzt nimmt das Ganze nicht ernst.“ (**Kritik**)

A: „Hmm.“ (Verständ)

P: „Es ist ein Wort für vieles, aber bei jedem Patient ist das anders.“ (Geben-Med)

A: „Klar.“ (Verständ)

P: „Beim letzten Gespräch, in Anführungszeichen, da hat der Arzt so hopp, hopp weitergemacht. Schmeißt die Fragen rüber. Ich dachte, er erzählt mir was.“ (3* **Kritik**)

A: „Hmm.“ (Back-Channel)

P: „Aber jetzt ist es ja gut. Was haben denn Sie hier für Erfahrungen gemacht?“ (Lob, ?Med)

P: „Die nennen sich alle Fachärzte. Ich war beim Radiologen und der hat mir die Tür zugefeuert, weil er nicht ganz dicht ist.“ (**Kritik**)

A: „Warum hat er das gemacht?“ (?PsS/Gef)

P: „Weil er die Wahrheit vielleicht nicht ertragen konnte.“ (Geben-Med)

P: „Da sagt mir der Arzt, dass ich gar nicht im OP-Plan drinstehe und wieder nach Hause gehen könne.“ (**Kritik**)

A: „Diesmal ist es nicht so. Sie stehen im OP-Plan drin.“ (Beru/Optim)

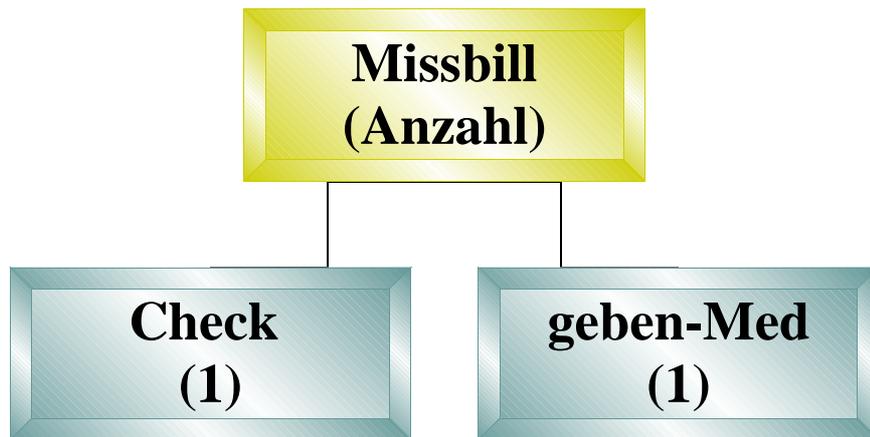
P: „Er hat die Nadel ganz grausam reingemacht.“ (**Kritik**)

A: „Das passiert tatsächlich mal.“ (Beru/Optim)

P: „Ich kann nicht verstehen wie ein Arzt so wenig Einfühlungsvermögen haben kann. Es muss doch Vertrauen da sei.“ (2* **Kritik**)

A: „Hmm, und jetzt machen wir folgenden Plan.“ (Back-Channel, C-Med/Thera)

Tabelle 19: Reaktion des Arztes auf Missbilligung



5.3.6 Reaktion des Arztes auf Sorgen des Patienten

Die Reaktion der Ärzte auf emotionale Sorgen ist eine der wichtigsten zu untersuchenden Punkte. In den Arzt- Patienten- Gesprächen tauchen insgesamt 22 Mal emotionale Sorgen beim Patienten auf. Ärzte reagieren in 21 Fällen auf diese Äußerungen auf drei verschiedenen Ebenen.

1. Auf der Sachebene mit: Struk, ?/[?] Med, geben- Med.
2. Appell: ?/[?] Thera, geben- Thera.
3. Selbstoffenbarung: Einfühl, Verständ, Partner, ?/[?] PsS/Gef

Tabelle 20 veranschaulicht die Reaktion der Ärzte auf emotionale Sorgen anhand eines Baumdiagramms. Die Studie liefert dafür folgende Beispiele:

P: „Ich leide schon oft daran.“ (*Sorge*)

A: „Hmm, gut, was ist denn sonst noch bekannt?“ (Übergang, ?Med)

P: „Nach dem ich das Medikament eingenommen hatte, hat es begonnen zu jucken. Das hat gejuckt!“ (Geben- Thera, *Sorge*)

A: „Haben Sie jetzt auch Juckreiz?“ ([?]Med)

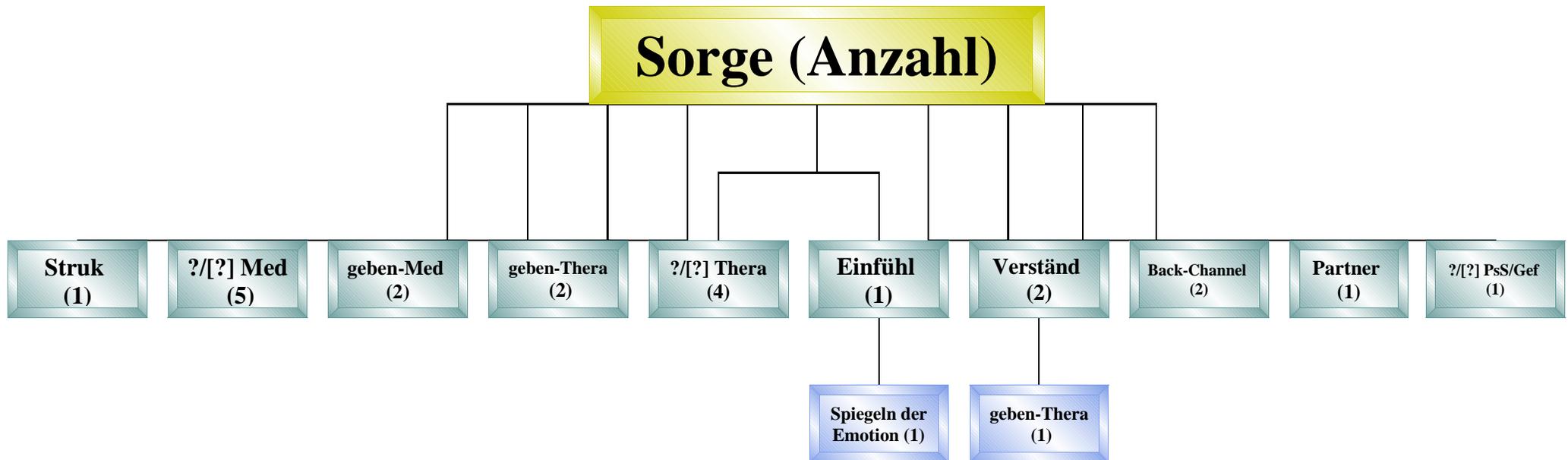
P: „Das macht mir schon zu schaffen, das Cortison.“ (*Sorge*)

A: „Hmm, das gibt´s.“ (Verständ)

P: „Der Arzt sagte, ich solle meinen Mann mitnehmen zum Sterben. Da ist bei mir irgendwie...“ (*Sorge; Übergang*)

A: „Da kam der Kampfgeist in Ihnen hoch?“ ([?]PsS/Gef, Proficiency: Spiegeln der Emotion)

Tabelle 20: Reaktion des Arztes auf Sorge



5.3.7 Reaktion des Arztes auf Angst oder Furcht des Patienten

Diese Kategorie bezeichnet ebenfalls emotionale Sorgen, allerdings diesmal speziell die Emotion Angst. Auch hier kommt man, wie Tabelle 21 zeigt, zu dem Ergebnis, dass der Arzt häufiger auf der Sachebene (7 Mal) antwortet als dass er emotionale Kompetenz zeigt (5 Mal). Allerdings spiegelt der Arzt insgesamt drei Mal die Emotion des Patienten und versucht sich in den Patient einzufühlen. In zwei Fällen folgt auf eine Emotion keine weitere Reaktion des Arztes

Beispiele:

P: „Die Nebenwirkungen haben mir ganz schön Schiss gemacht.“ (*Angst/Furcht*)

A: „Da muss man immer den Beipackzettel lesen.“ (Geben-Med)

P: „So schlimm war´s noch nie!“ (Sorge)

A: „Gut, die medizinischen Briefe sind hier.“ (Übergang, Check)

P: „Wenn ich die ganzen Nebenwirkungen sehe, dann bekomme ich es mit der Angst zu tun.“ (*Angst/Furcht*)

A: „Natürlich.“ (Verständ)

P: „Ich habe Angst, dass er den Kopf in en Sand steckt. Ich habe halt auch Angst, dass ich wieder am Boden zerstört bin.“ (*Angst/Furcht*)

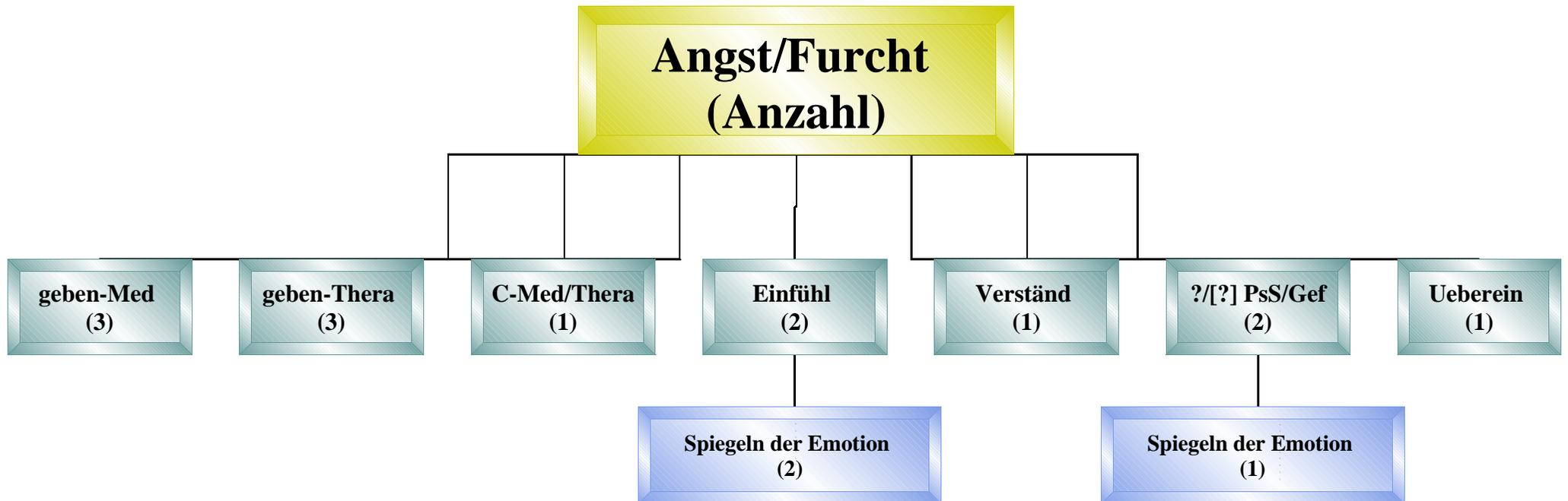
A: „Dass man nicht wieder auf die Beine kommt.“ (Einfühl, Proficiency: Spiegeln der Emotion)

P: „Ja, doch ich find es lohnt sich immer wieder.“ (Überein, Beru/Optim)

P: „Ich hab halt Angst mit den Gefäßen.“ (*Angst/Furcht*)

A: „Natürlich.“ (Verständ)

Tabelle 21: Reaktion des Arztes auf Angst bzw. Furcht



5.3.8 Reaktion des Arztes auf Zorn bzw. Wut beim Patienten

Wie ein Arzt darauf reagiert, wenn der Patient verärgert ist, kann nur anhand eines Beispiels gezeigt werden. Der Patient ist verärgert über die Verlegung einer OP. Er wurde darüber nicht informiert und ist den weiten Weg vergebens gefahren. Der Arzt bestätigt ihn in seinem Ärger und versucht so den Ärger zu schlichten.

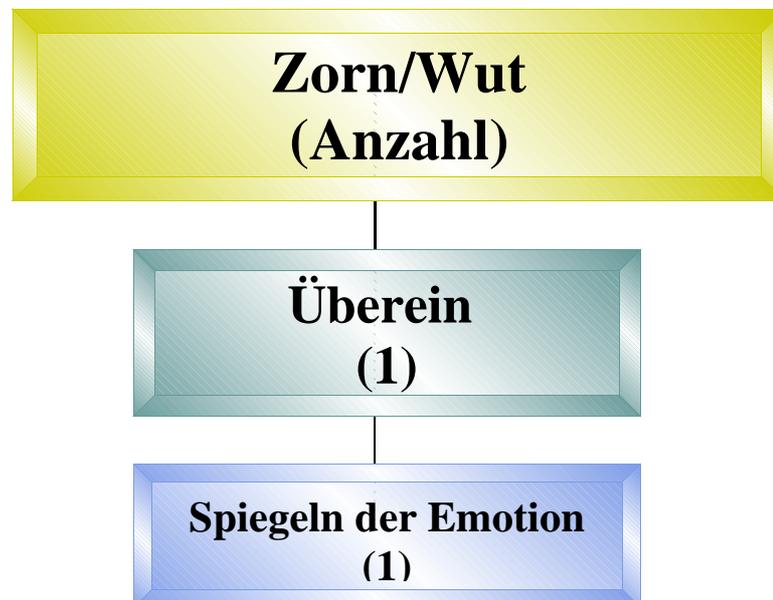
Beispiel:

A: „Muss Sie jemand abholen?“ ([?]Med)

P: „Ja, das ist jetzt ärgerlich.“ (Überein, **Wut/Zorn**)

A: „Ja, das ist ärgerlich.“ (Überein, Proficiency: Spiegeln der Emotion)

Tabelle 22: Reaktion des Arztes auf Zorn bzw. Wut



5.3.9 Einflüsse auf Lachen bzw. Freude beim Patienten

In diesem Teil wird näher untersucht, welchen Einfluss die Ärzte auf die Stimmung des Patienten im Arzt- Patienten- Gespräch haben und was Patienten in einem Gespräch dazu veranlasst zu lachen bzw. Freude zu zeigen. Da Patienten im Schnitt 2,4 Mal in einem Gespräch lachen, wird nun untersucht, ob der Arzt dies hervorrufen kann. In der folgenden Statistik wird aufgezeigt, dass in 19 von insgesamt 111 auftretenden Emotionen der Arzt direkt dafür verantwortlich ist, dass der Patient lacht. Dies geschieht sowohl durch Informationen, die nicht direkt mit der Behandlung zu tun haben, als auch durch selbst geäußerte Emotionen.

Beispiele:

A: „Gut, dass Sie rechnen, dann muss ich das schon nicht machen.“ (Geben-andere)

A: „Das dient den meinen Kollegen als Lernhilfe. Das Herz hört sich so an, wie es sich gehört.“ (Geben-andere, Beru/Optim)

A: „Hier ist ein Zimmerservice wie in einem Hotel.“ (Geben-andere)

A: „So kann man den Patienten kontrollieren.“ (Geben- andere)

A: „Die Werte sind jetzt auf 90 abgefallen.“ (Geben-Med)

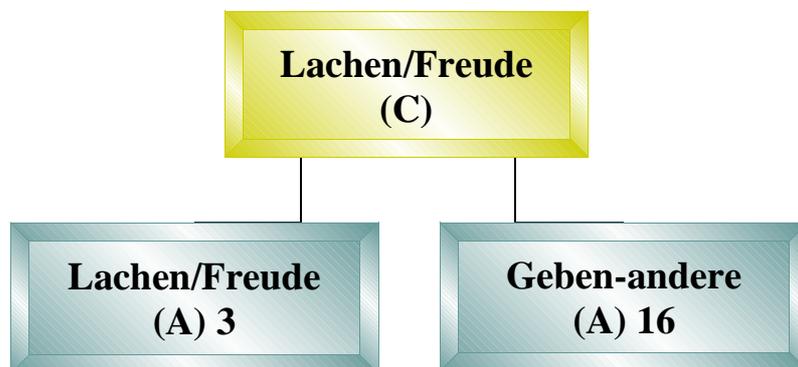
P: „Gott sei Dank.“ (**Lachen/Freude**)

P: „Der Mann war verbraucht.“ (Geben-PsS/Gef)

A: „Mit dem Alter darf man das auch sein.“ (Einfühl)

P: „Nein, laut der BRD nicht.“ (Geben-andere)

Tabelle 23:Einflüsse auf Lachen/Freude beim Patienten



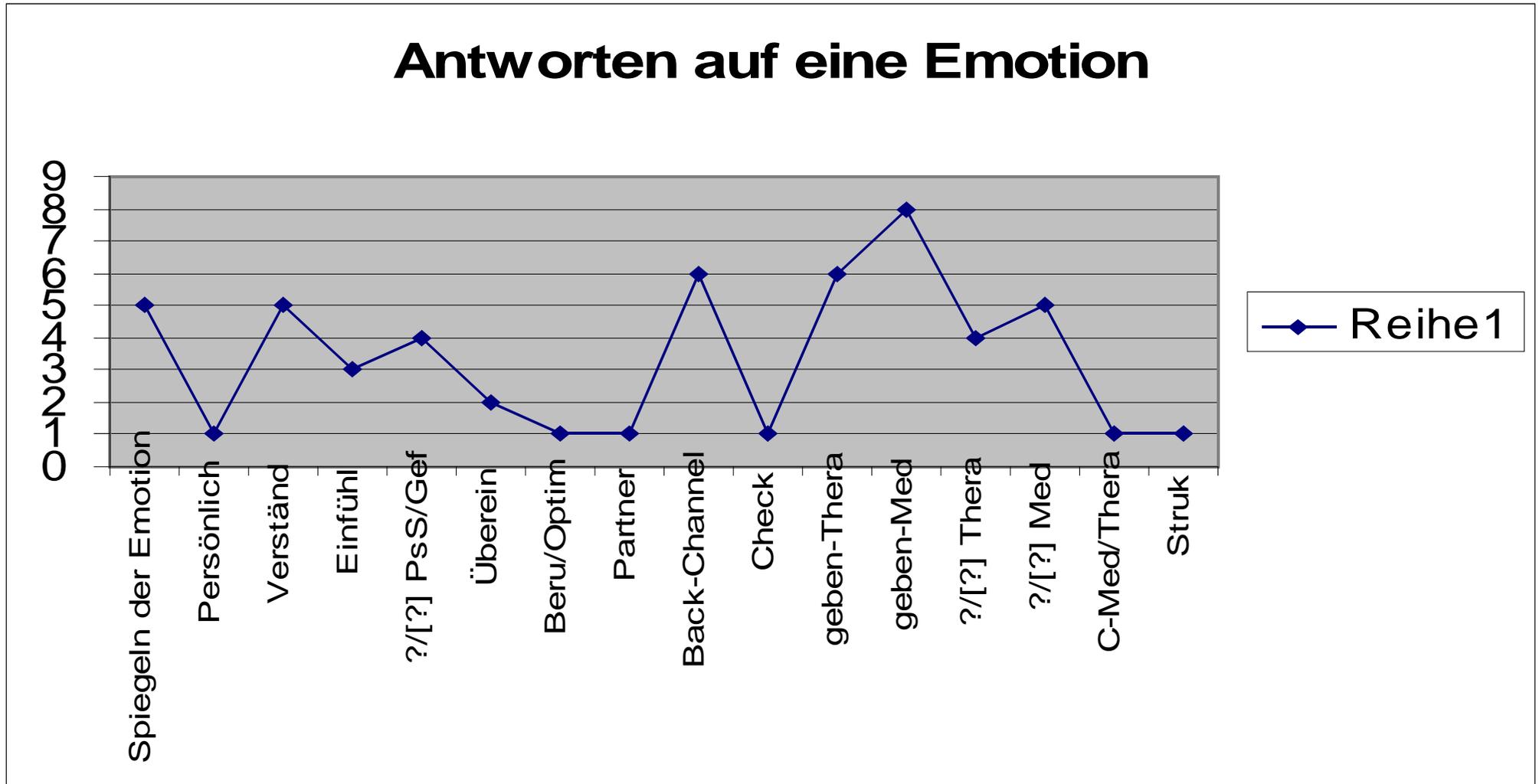
Legende: C: Äußerung des Patienten
A: Äußerung des Arztes

5.3.10 Reaktionen des Arztes auf Emotionen (allgemein)

Im nun folgenden Kapitel wird untersucht wie Ärzte in der Regel auf Emotionen unter Bedingungen des klinischen Alltags antworten. Dies spielt eine entscheidende Rolle bei der Gesprächsführung. In der folgenden Tabelle 24 wird dies im Überblick dargestellt. Von links nach rechts stellen die ersten acht Kategorien positive Antwortmöglichkeiten dar und die letzten sechs Antworten auf der Sach- bzw. Fachebene. Es werden auch hier die einzelnen Antworten in die drei Bedeutungsebenen eingeteilt. Diese liefert die folgenden Ergebnisse:

1. Auf der Sachebene wurde insgesamt 14 Mal geantwortet, darunter Geben-Med (8), ?/[?] Med (5), Struk (1)
2. Auf der Ebene Appell insgesamt 11 Mal, darunter 6 Mal Geben- Thera und 4 Mal ?/[?] Thera und ein Mal C-Med/Thera
3. Auf der Ebene Selbstoffenbarung insgesamt 20 Mal geantwortet, darunter:
 - Spiegeln der Emotion (5)
 - Persönlich (1)
 - Verständ (5)
 - Einfühl (3)
 - ?/[?] PsS/Gef (4)
 - Beru/Optim (1)
 - Partner (1)

Tabelle 24: Antworten der Ärzte auf Emotionen (allgemein)



5.4 Psychosoziale Themen im Arzt- Patienten- Gespräch

Welche Rolle psychosoziale Themen im Arzt- Patienten- Gespräch haben, wurde in den vorherigen Kapiteln ausführlich dargestellt. In diesem Kapitel wird nun näher darauf eingegangen, wie oft psychosoziale Themen auftauchen, um was es dabei genau geht und wie Ärzte darauf reagieren. In der Studie kam man dabei zu folgendem Ergebnis:

1. In 63% aller Gespräche tauchen psychosoziale Probleme auf
2. Insgesamt werden 160 psychosoziale Probleme geäußert
3. In jedem Gespräch werden 3,5 psychosoziale Äußerungen vom Patienten gegeben
4. 38,74% aller Emotionen/psychosozialen Themen stellen psychosoziale Probleme dar

Beispiele:

P: „Ich bin momentan sowieso in einer extremen Stresssituation.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Was hat denn den Stress verursacht?“ (?PsS/Gef)

P: „Der Tod meiner Mutter.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Das tut mir leid.“ (Einfühl)

P: „Ich hatte echt Höllenstress bei der Arbeit.“ (*Geben-PsS/Gef*)

P: „MS hat mich ruiniert. Damit komme ich nicht klar. Ich nehme die Krankheit einfach nicht an“ (*3* Geben-PsS/Gef*)

A: „Sie sehen Sie haben etwas an den Hacken, das verfolgt Sie.“ (Einfühl, Proficiency: Spiegeln der Emotion)

P: „Ich krieg es nicht mehr los.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Sie kriegen es nicht mehr los und sehen nur wie Sie mehr und mehr eingeschränkt werden.“ (Einfühl, Proficiency: Spiegeln der Emotion)

P: „Ja, so kann man das sagen.“ (Überein)

P: „Nachts habe ich gedacht ich sterbe vor Schmerzen.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Vor Blähungen?“ ([?]Med)

P: „Ne, ich hab Durchfall.“ (Geben-Med)

P: „Als sich meine Tochter nicht gemeldet hat, bin ich in ein tiefes Loch gefallen. Das kann schnell passieren.“ (Geben-LeSt, *Geben-PsS/Gef*)

A: „Ja klar.“ (Verständ)

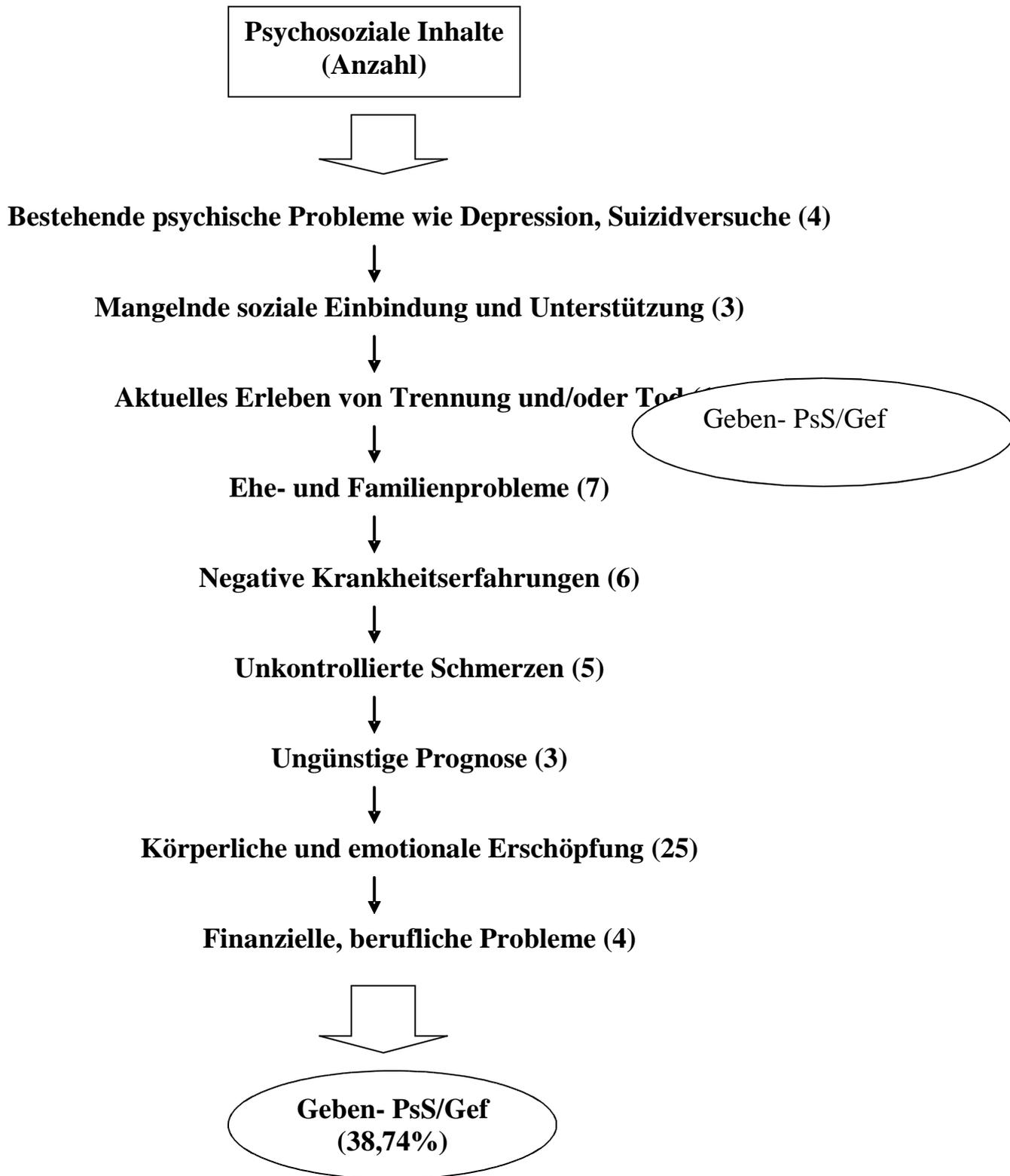
P: „Ich hab auch meine Probleme mit meinem Mann. Ich leide schon oft daran.“ (*Geben-PsS/Gef*, Sorge)

A: „Hmm, gut. Was ist denn sonst noch bekannt?“ (Back-Channel, ?Med)

P: „Es tut mir so weh, wenn er so aggressiv ist.“ (*Geben-PsS/Gef*)

A: „Wenn man nur das Beste will für den anderen.“ (Verständ, Proficiency: Spiegeln der Emotion)

Tabelle 25: Psychosoziale Äußerungen des Patienten

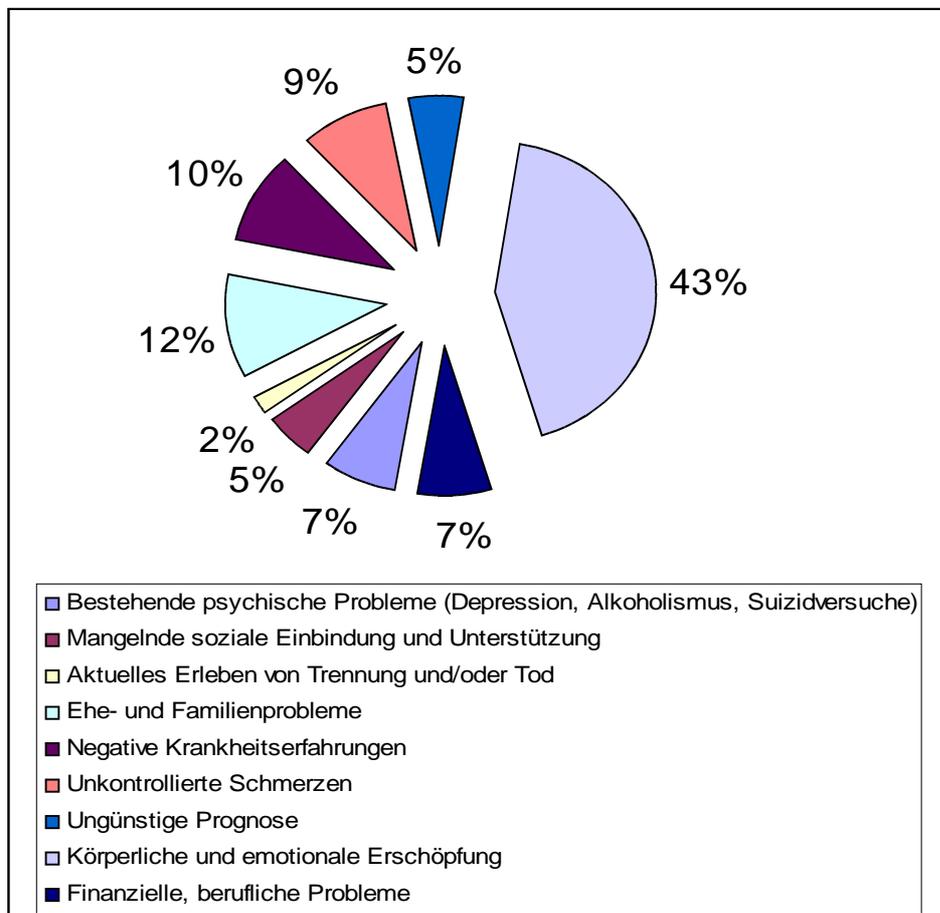


5.4.1 Inhalte von psychosozialen Themen

Das folgende Kuchendiagramm verdeutlicht die Inhalte von psychosozialen Problemen in einem Arzt- Patienten- Gespräch. Unter den psychosozialen Problemen sind körperliche und emotionale Erschöpfung am häufigsten anzutreffen (43%), was dafür spricht, wie sehr Patienten unter ihrer Krankheit leiden und wie wichtig es ist, solche Probleme aufzugreifen, um die Beschwerden eventuell zu erleichtern. Außerdem machen dem Patienten unkontrollierte Schmerzen zu schaffen (9%). Mit 12% bzw. 10% sind Ehe- und Familienprobleme bzw. mangelnde soziale Einbindung und Unterstützung ebenfalls sehr häufig ein Teil psychosozialer Probleme. Der Patient fühlt nicht nur sehr oft alleine mit seiner Krankheit, sondern ihm fehlt es auch an Unterstützung in der Familie und von seinem Arzt. Aus diesem Grund ist es auch die Aufgabe des Arztes den Patienten so gut es geht an der Entscheidungsfindung teilhaben zu lassen und dem Patienten beizustehen, damit dieser sich verstanden fühlt. Diese Art von Unterstützung ist enorm wichtig für den Patienten und kann dazu führen, dass der Patient sich besser fühlt. Psychische und finanzielle oder berufliche Probleme sind zumeist nicht der Grund für den Arztbesuch (7%). Auch negative Krankheitserfahrungen (5%) und das Erleben von Trennung oder Tod (2%) spielt eher eine geringe Rolle.

Auf Grund des vorliegenden Ergebnisses wird deutlich, was Patienten am meisten beschäftigt und wie sehr sich die Patienten danach sehnen, dass die Probleme von ihrem gegenüber wahrgenommen werden und eventuell eine Lösung für die Probleme gefunden wird.

Tabelle 26:Inhalte von psychosozialen Problemen



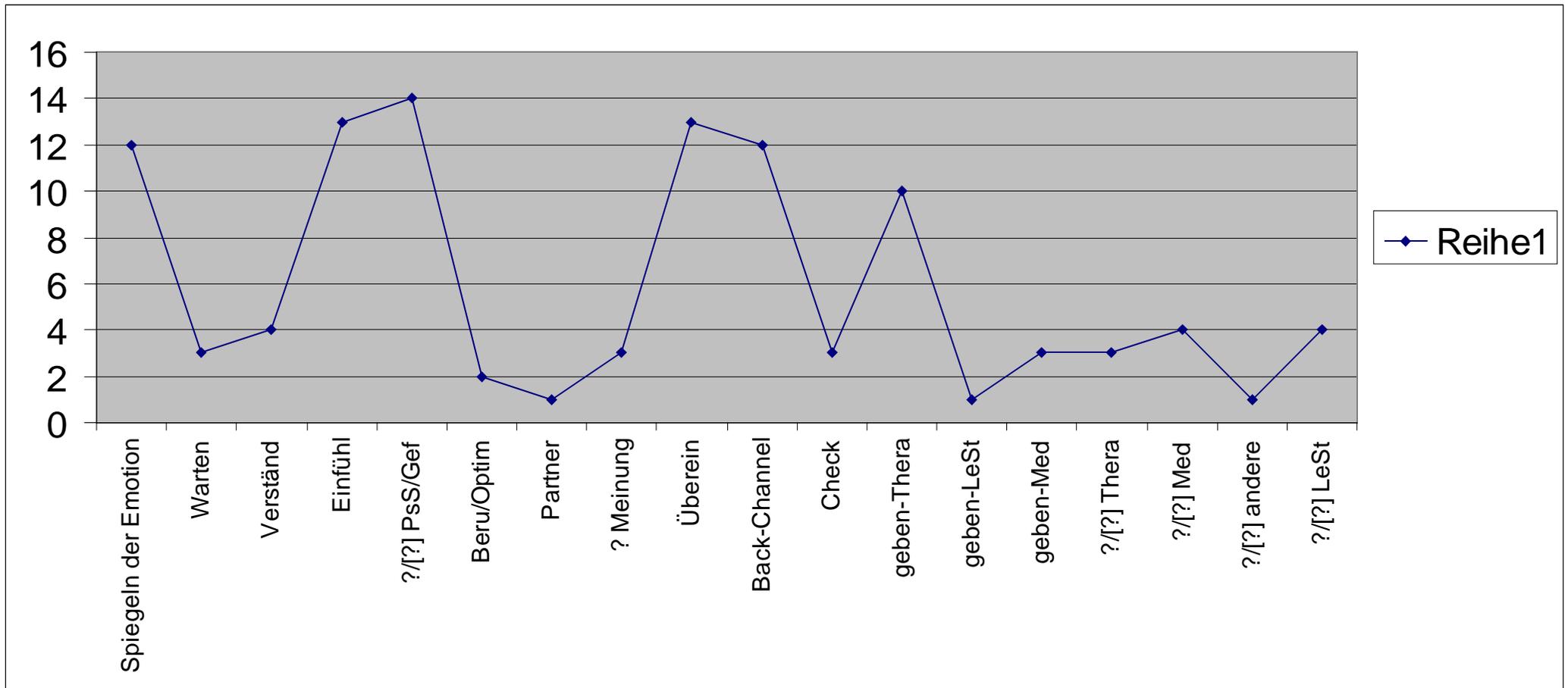
5.4.2 Reaktionen des Arztes auf psychosoziale Themen

Im nun folgenden Kapitel wird untersucht, wie Ärzte auf psychosoziale Probleme in der Regel unter Bedingungen des klinischen Alltags antworten. Dies spielt wie bei dem Reaktionsverhalten auf Emotionen ebenfalls eine entscheidende Rolle bei der Gesprächsführung. In der folgenden Tabelle 27 wird dies im Überblick dargestellt. Von links nach rechts sind die ersten acht Kategorien positive Antworten und die letzten sieben Antworten auf der Sach- bzw. Fachebene. Es werden auch hier die einzelnen Antworten in die drei Bedeutungsebenen eingeteilt. Diese liefert die folgenden Ergebnisse:

1. Auf der Sachebene wurde insgesamt 9 Mal geantwortet, darunter Geben- LeSt (1), Geben-Med (3), ?/[?] Med (4), ?/[?] andere (1)
2. Auf der Ebene Appell insgesamt 13 Mal, darunter 10 Mal Geben- Thera und 3 Mal ?/[?] Thera
3. Auf der Ebene Selbstoffenbarung insgesamt 56 Mal geantwortet, darunter:
 - Spiegeln der Emotion (12)
 - Warten (3)
 - Verstand (4)
 - Einfühl (13)
 - ?/[?] PsS/Gef (14)
 - Beru/Optim (2)
 - Partner (1)
 - ? Meinung (3)
 - ?/[?] LeSt (4)

Geben- PsS/Gef

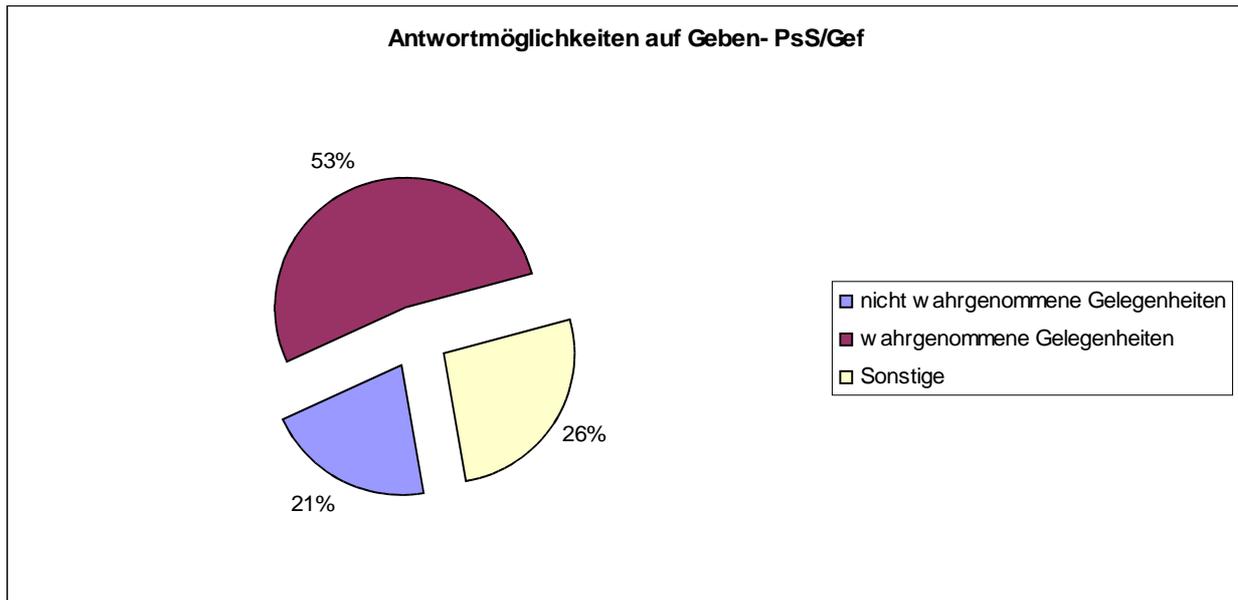
Tabelle 27: Reaktion des Arztes auf psychosoziale Inhalte



5.5.2 Antwortverhalten der Ärzte auf psychosoziale Themen

Das Verhalten des Arztes in Bezug auf psychosoziale Probleme zeigt, dass hier der Arzt in 53% der Fälle den Ernst der Situation erkennt und die Probleme aufgreift und darauf eingeht auf eine der genannten Art und Weisen. Außerdem reagiert der Arzt sehr häufig nur sehr kurz mit einer Übereinstimmung, einem Nicken oder indem er kurz die gegebene medizinische Informationen nochmals wiederholt (26%). In 21% der Fälle schätzt der Arzt die Situation falsch ein und geht deshalb nicht näher darauf ein.

Tabelle 29: Antwortverhalten auf psychosoziale Probleme (allgemein)



5.5.3 Vergleich der emotionalen Kompetenz

In den beiden Tabellen 28 und 29 wird deutlich, dass Ärzte häufiger auf psychosoziale Probleme als auf geäußerte Emotionen reagieren und diese aufgreifen. Dies liegt eventuell daran, dass die Ärzte nicht mit Emotionen direkt umgehen können und eher ausweichend darauf reagieren. Sie versuchen, nichts an sich herankommen zu lassen, um sich vielleicht selbst zu schützen. In den meisten Fällen aber reagieren die Ärzte auf geäußerte Emotionen und psychosoziale Themen.

6 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden folgende Fragen untersucht:

- welche Kommunikationsmuster zeigen sich zwischen Arzt und Patient bei emotionalen und psychosozialen Themen?
- ist das Messinstrument RIAS für diese Evaluation geeignet?

6.1 *Bewertungen der Ergebnisse*

Bevor näher auf die Ergebnisse eingegangen wird, soll der Zusammenhang zwischen Emotionen und psychosozialen Inhalten erklärt werden. RIAS benutzt die Kategorie „Geben-PsS/Gef, was bedeutet, dass sowohl psychosoziale Themen als auch Gefühle in dieser Kategorie miteinbezogen werden. Deshalb fällt es in einigen Gesprächssituationen schwer, eine Emotion oder ein psychosoziales Problem zu kodieren. Die in RIAS verwendeten Emotionen unterscheiden sich allerdings darin, dass Emotionen stärker, heftiger und eindeutiger sind als psychosoziale Themen. Sie enthalten keine psychosozialen Probleme (siehe Tabelle 25).

Im Folgenden werden nun die einzelnen Ergebnisse diskutiert und bewertet:

In jedem Arzt- Patienten- Gespräch tauchen im Schnitt 9 Emotionen bzw. psychosoziale Themen auf, die am häufigsten im Arztzimmer geäußert werden (Tabelle 13). Patienten schämen sich für ihre persönlichen Probleme und Sorgen und wollen oder können diese nicht in Gegenwart anderer Personen preisgeben. Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, welche Rolle Emotionen und psychosoziale Probleme in einem Arztgespräch spielen. Daraus folgt, dass psychosoziale Probleme tatsächlich auch als Grund für einen Arztbesuch gesehen werden können. Wie wichtig das Eingehen auf Emotionen und psychosoziale Themen ist wird vor allem dadurch belegt, dass die Kategorien Sorge, Angst/Furcht zusammen mit Geben-PsS/Gef am meisten in den Gesprächen vorhanden sind. Die große Bandbreite an geäußerten Emotionen und psychosozialen Problemen variiert deshalb sehr stark, weil sie abhängig ist von:

- Gesprächsart (Anamnese etc.)
- Setting
- Inhalt

Ärzte reagieren auf fast jede vom Patienten geäußerte emotionale Sorge (Tabelle 20). Die Reaktion ist wie folgt:

- Nur in fünf Fällen (von insgesamt 22 geäußerten emotionalen Sorgen) nimmt der Arzt die Gelegenheit wahr, darauf empathisch zu reagieren und dem Patienten mit Einfühlung, Verständnis, partnerschaftlichem Verhalten oder mit einer offenen bzw. geschlossenen Frage über psychosoziale Hintergründe entgegenzukommen.
- Einmal reflektiert der Arzt die geäußerte Emotion.
- In den anderen Fällen geht er nur kurz drauf ein und verfährt dann mit seinem Gespräch weiter.

In den meisten Fällen belasten vor allem die Nebenwirkungen der Medikamente den Patienten. Die Antworten auf emotionale Sorgen fallen dabei meistens sehr kurz aus. Am Häufigsten gibt der Arzt daraufhin sachliche Informationen zum weiteren Vorgehen bei der Behandlung. Dies zeigt, dass die meisten Ärzte mit den emotionalen Sorgen ihrer Patienten nicht umgehen können. Sie weichen auf die Sachebene aus und greifen die Emotionen nicht auf. Ärzte sehen oft einen Grund für die emotionalen Sorgen des Patienten in ihrer Behandlung und versuchen dafür eine Lösung zu finden. Auf Ängste der Patienten, die ebenfalls oft durch die Nebenwirkungen der Medikamente hervorgerufen werden, reagieren die Ärzte weitaus positiver als auf emotionale Sorgen und versuchen sich eher in den Patienten einzufühlen (Tabelle 21). Allerdings sind auch hier die Antworten im Allgemeinen sehr kurz. Reagiert der Arzt nicht auf die Emotion, so kommt der Patient kurze Zeit später wieder darauf zurück, um erneut darauf aufmerksam zu machen (siehe Beispiel 5.3.7). Der Patient fühlt sich in diesem Moment nicht verstanden und fordert mehr Einfühlungsvermögen.

Bei den untersuchten Gesprächen tritt die Kategorie Lachen/Freude häufig auf (156 Äußerungen) und spiegelt so die Freude und Zufriedenheit des Patienten wieder (Tabelle 23). Allerdings muss dabei auch betrachtet werden, von wem diese Emotion ausgeht, d.h. liegt es am Arzt oder am Patienten, ob in einem Gespräch Freude aufkommt oder nicht. Lachen/Freude lockert ein Gespräch auf und ruft beim Patienten das Gefühl der Zufriedenheit hervor. Auch dem Arzt sollte diese Zufriedenheit zuteil werden. Der Arzt lacht wesentlich weniger während eines Gesprächs als der Patient und eine angespannte Gesprächssituation geht häufig vom Arzt aus. Der Arzt ist einem ständigem Zeitdruck und Stress ausgesetzt und lässt sich kaum zu emotionalen Äußerungen hinreißen. Der Arzt sollte auch über andere Dinge im Gespräch reden können oder Witze machen. In den Gesprächen geht diese Emotion zumeist vom Patienten und nicht vom Arzt aus, der darauf nur selten reagiert. Die Patienten lachen sehr oft unverhofft als Reaktion auf eine medizinische Information des Arztes und spiegeln dadurch ihre Zufriedenheit, Freude und Erleichterung wider.

Ein weiteres positives Ergebnis ist, dass in einem Gespräch von beiden Seiten Komplimente und Lob gegeben werden, was für ein gutes Arzt- Patient- Verhältnis spricht (Tabellen 16/17). Lob kann sowohl die Zufriedenheit des Patienten, als auch die des Arztes steigern. Sind die Patienten positiv überrascht und haben Vertrauen zum Arzt aufgebaut, so äußern sie dies auch mit der Kategorie Lob. Auf der einen Seite lobt der Arzt den Patienten und auf der anderen Seite der Patient den Arzt für seine vollbrachte Leistung. Ärzte loben den Patienten mehr als Patienten den Arzt (Arzt: 13; Patient:11), aber im Großen und Ganzen viel zu wenig. Da zum einen die Behandlung für den Patienten oft als Routineuntersuchung empfunden wird und der Arzt häufig den Patienten während der körperlichen Untersuchung für die richtige Ausführung lobt, reagiert der Patient im Vergleich zu allen Äußerungen des Arztes (13 Mal) eher selten auf Lob. Zum anderen ruft ein Lob des Arztes häufig nur unterbewusst das Gefühl der Zufriedenheit beim Patienten hervor. Reagiert der Patient aber auf ein Lob, dann zumeist mit positiven Reaktionen wie z.B. dass er lacht oder etwas von sich erzählt. Lobt der Arzt seinen Patienten häufiger, so fühlt sich dieser zufriedener und vergisst eventuell für einen Moment seine Sorgen. Auch wenn fast keine Reaktion des Arztes auf ein Lob des Patienten in den Gesprächen auftaucht, kann man jetzt schon vermuten, dass auch Ärzte positiv darauf reagieren. Allgemein kann also gesagt werden, dass Lob und Komplimente sowohl beim Patienten, als auch beim Arzt als positiv angesehen werden und die Zufriedenheit bei beiden zunimmt und direkte Anerkennung für die gute Arbeit des Arztes ist.

Dem gegenüber steht die Tatsache, dass der Patient fast genauso viel Kritik bzw. Missbilligung am Verhalten eines Arztes äußert wie zuvor Lob (Tabellen 18/19). Dies zeigt, dass noch Unzufriedenheit beim Patienten vorhanden ist und auf jeden Fall noch Verbesserungsbedarf im Umgang mit Patienten besteht. Die Kritik kann durchaus positive Auswirkungen haben und zu einer Verbesserung des Arztverhaltens beitragen. In den Beispielen wird deutlich, dass manche Ärzte den Patienten nicht ernst nehmen und kein Interesse an dem Menschen haben. Dadurch geht das Vertrauen in den Arzt verloren. Patienten kritisieren vor allem:

- die schlechte Behandlung
- die Gesprächsgeschwindigkeit
- die Fehler der Ärzte
- die mangelnde Berücksichtigung

Die Patienten reagieren sofort auf eine falsche Aussage des Arztes oder darauf, wenn der Arzt die Lage falsch einschätzt. Ärzte antworten häufig auf der Sachebene und fühlen sich sogar angegriffen und rechtfertigen sich. Nur wenn der Arzt nicht aufmerksam genug war, äußern Patienten Missbilligung. Wenn der Arzt überhaupt auf Kritik des Patienten antwortet, dann nur sehr kurz. In den meisten Fällen liegt das daran, dass manche Ärzte nicht mit Kritik umgehen können und deshalb einem eher unangenehmen Thema ausweichen. Betrifft die Kritik nicht direkt die eigene Person, so antworten sie zumeist gut und hören dem Patienten zu. Die meisten Patienten trauen sich nicht, direkt Kritik am Arzt zu äußern.

Da wir nur in einem Beispiel sehen können wie ein Arzt auf Zorn des Patienten reagiert, fällt es schwer die Reaktionen allgemein zu beurteilen (Tabelle 22). In diesem Beispiel reagiert der Arzt positiv und versucht die Situation zu schlichten.

Auf dem Gebiet der Emotionen werden auch in dieser Studie die Defizite aufgezeigt, da die negativen Antwortverhalten überwiegen (Tabelle 24). Ärzte antworten sehr häufig auf der Fachebene und versuchen so den bestehenden Problemen aus dem Weg zu gehen. Sie vermeiden oft, näher auf geäußerte Emotionen und psychosozialen Themen einzugehen und versuchen stattdessen ein Problem damit zu lösen, dass sie dem Patienten über die zukünftige Behandlungen Informationen geben, um sich so nicht von der sachlichen und fachlichen Ebene wegzubewegen.

Auf dem Gebiet der psychosozialen Probleme zeigt das Ergebnis die oft positive Antwort auf ein geäußertes psychosoziales Problem (RIAS: Proficiency: Spiegeln der Emotion, Warten, Verständ, Einfühl, ?/[?]PsS/Gef, Beru/Optim, Partner, ?Meinung, ?/[?]LeSt), wobei der Arzt meistens durch eine gezielte Frage nochmals das Problem aufgreift und widerspiegelt (Tabelle 27).

In 31% bzw. 53% wird vom Arzt die Gelegenheit wahrgenommen näher auf Emotionen bzw. psychosoziale Themen einzugehen. Dies stützt die laufenden Bemühungen, ein Trainingsprogramm zu entwickeln, das Ärzten dabei hilft in Zukunft besser mit schwierigen Gesprächssituationen umzugehen (Tabellen 28/29). Ärzte reagieren häufiger auf psychosoziale Probleme als auf geäußerte Emotionen und greifen diese auf. Dies liegt eventuell daran, dass die Ärzte nicht mit Emotionen direkt umgehen können und deshalb eher ausweichend darauf reagieren, um sich vielleicht selbst zu schützen und nichts an sich herankommen zu lassen.

6.2 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die folgende Tabelle stellt nochmals im Überblick die wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammen.

Tabelle 30: Ergebnisse der Studie

Wahrgenommene Gelegenheiten bei Emotionen und psychosozialen Problemen	<ul style="list-style-type: none"> • In 93,5% der Gespräche (9 emotionale oder psychosoziale Äußerungen pro Gespräch) tauchen Emotionen oder psychosoziale Themen auf. • Ärzte nehmen in 31% bzw. 53% die Gelegenheit wahr, um auf emotionale und psychosoziale Themen einzugehen
Auftauchende Emotionen	<ul style="list-style-type: none"> • Zorn/Wut, Angst/Furcht, Sorge, Kompliment, Missbilligung, Kritik, Lob, Lachen/Freude; • insgesamt 253 emotionale Äußerungen • Lachen/Freude (156), Sorge (22), Angst (15), Lob (24), Kritik (22) sind die am meisten geäußerten Emotionen
Reaktion der Ärzte auf Emotionen (Anzahl)	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte gehen wenig auf emotionale Äußerungen ein oder spiegeln diese gegebenenfalls (<i>RIAS- Kategorie: Einfühl (3), Verständ (5), Beru/Optim (1), Partner (1), Intim (0), ?/[?]PsS/Gef (4), ?/[?]LeSt (0), Proficiency: Spiegeln der Emotion (5)</i>). • Ärzte antworten zumeist auf einer Fach- und Sachebene (<i>RIAS- Kategorie: Geben-Med (8), Geben-Thera (6), ?/[?]Med (5), ?/[?]Thera (4)</i>).
Auftretende psychosoziale Themen	<ul style="list-style-type: none"> • In 63% aller Gespräche tauchen psychosoziale Probleme auf. • 160 psychosozialen Äußerungen in 46 Gesprächen (38,74%) • Als häufigste Ursache von psychosozialen Problemen sind körperliche und emotionale Erschöpfung anzuführen (43%)
Reaktion der Ärzte auf psychosoziale Probleme (Anzahl)	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte gehen häufig auf psychosoziale Probleme ein (<i>RIAS- Kategorie: Einfühl (13), Verständ (4), Beru/Optim (2), Partner (1), Intim (0), ?/[?]PsS/Gef (14), ?/[?]LeSt (4), Proficiency: Spiegeln der Emotion (12)</i>). • Ärzte weichen wenig auf die Fach- und Sachebene aus (<i>RIAS- Kategorie: Geben-Med (3), Geben-Thera (10), ?/[?]Med (3), ?/[?]Thera (4)</i>).

6.3 Ergebnisse der Studie im Vergleich zu bisherigen Studien

Aus der Sicht junger Ärzte liegen neben dem Erwerb praktischer Fähigkeiten die größten Defizite im Medizinstudium bei folgenden Faktoren (Richter-Kuhlmann et al. 2003):

- Umgang mit Patienten
- der psychosozialen (Eigen-)Kompetenz
- der Kommunikationsfähigkeit

Buddeberg et al. 1998 und auch diese Studie kommen zu der Konklusion, dass in der Kommunikationsfähigkeit der Ärzte mit die größten Defizite bestehen. Ärzten fällt es auch hier sehr schwer, die Gelegenheit wahrzunehmen, auf psychosoziale Probleme und auf Emotionen einzugehen (siehe Tabelle 28/29). Dieser Sachverhalt wurde ebenfalls durch die in Kapitel 2.2.6 genannte amerikanische Studie gestützt (Levinson 2000), die eine Reaktion auf geäußerte emotionale bzw. soziale Zeichen und Signale untersucht hat.

In der Levinson Studie wurde mit Hilfe von Audiotapes gearbeitet. Im Schnitt wurden 2,2 emotionale Zeichen vom Patienten oder vom Arzt geäußert. Die Ärzte zeigten in 28% der emotionalen Hinweise ein positives Antwortverhalten. Bei dieser Studie (Anwendung von RIAS) kam man zu dem Ergebnis, dass im Schnitt etwa 6 emotionale Zeichen vom Patienten oder vom Arzt geäußert wurden und Ärzte auf 31% der emotionalen Hinweise ein positives Antwortverhalten zeigten. Die vom Patienten ausgehenden Emotionen wurden mit den RIAS-Kategorien erfasst (Verständ, Einfühl, Sorge, ?/[?]LeSt, ?/[?]PsS/Gef, Persönlich, Proficiency: Spiegeln der Emotion). Dieser Sachverhalt stützt außerdem die von Koerfer (2004) aufgestellte Theorie. Viele Ärzte befürchten, dass als Folge der Erweiterung ihrer Kompetenz Patienten sie mit den Gefühlen zu „überfluten“ drohen. Die Emotionen des Patienten, seine mit der Erkrankung verbundenen Sorgen, „Ängste, Trauer, Hoffnungen und Befürchtungen, werden nicht mehr dem Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns zugerechnet und werden deshalb häufig abgewehrt.

Folglich kamen beide Studien zu einem ähnlichen Ergebnis. Der Unterschied der beiden Studien liegt vor allem darin, dass in dieser Studie nicht nur das Antwortverhalten auf emotionale Hinweise untersucht wurde, sondern auch auf psychosoziale Probleme. Weiterhin wurden durch die Anwendung des Videoverfahrens für die Evaluation auch non- verbal geäußerte Emotionen besser erkannt. Dies erleichterte die Evaluation beträchtlich.

Auch weitere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen auf diesem Gebiet. Eine Studie aus den Niederlanden, die ebenfalls mit Videoaufnahmen arbeitete, fand heraus, dass Gynäkologen am häufigsten mit den RIAS- Kategorien Agree, Legit und Gives- Med antworteten. Empathische Antworten der Ärzte wurden wenig beobachtet (van Dulmen S. et al. 2003). Außerdem wurde herausgefunden, dass mindestens 9 Emotionen pro Gespräch von Patienten geäußert wurden. Diese Ergebnisse überschneiden sich mit den Ergebnissen dieser Studie sehr gut, denn auch hier antworteten die Ärzte am häufigsten mit Verständnis (5 Mal) und mit medizinischen Informationen (8 Mal). Erstaunlich ist ebenfalls die exakte Übereinstimmung der im Schnitt auftretenden Emotionen und psychosozialen Themen (9 Emotionen bzw. psychosoziale Probleme pro Gespräch).

Studien, die sich mit psychosozialen Themen befassten, untersuchten ebenfalls, wie oft psychosoziale Themen Grund für einen Besuch beim Hausarzt sind (Fritzsche 2003). Die Studien besagen, dass 30-50% aller Arztbesuche psychosoziale Hintergründe haben und Ärzte dazu tendieren, diese zu übersehen, wenn sie nicht direkt vom Patienten angesprochen werden. Sogar wenn sie direkte Fragen zu psychosozialen Themen stellen, wird in ungefähr nur 25% der Gespräche direkt darauf eingegangen. Diese Studie kam zu dem Erkenntnis, dass in 63% der Gespräche psychosoziale Themen eine Rolle spielen und in 53% die Ärzte positiv mit Verständnis, Einfühl, Sorge, LeSt, PsS/Gef, Persönlich, Proficiency: Spiegeln der Emotion antworteten. Die Beurteilung, ob diese Probleme als Hauptgrund für den Arztbesuch zu sehen sind, wurde nicht untersucht. Im Unterschied zu bisherigen Studie wurde auch untersucht, welche unterschiedlichen psychosozialen Probleme auftauchen. Unter den psychosozialen Problemen sind körperliche und emotionale Erschöpfung am häufigsten anzutreffen (43%). Da emotionale Erschöpfung als Hauptgrund von Burn- Out zu sehen ist, muss dies ebenfalls berücksichtigt werden.

Im Gegensatz zu den bisherigen Studien wurde in dieser Studie ein genauere Blick auf die einzelnen Emotionen und psychosozialen Themen geworfen. Vorteil dieser Studie war, dass deutlich wurde, was für unterschiedliche Emotionen in einem Arzt- Patienten- Gespräch auftauchen und wie genau die Ärzte mit einer derartigen Situation umgegangen sind bzw. geantwortet haben. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse kann besser an einem Trainingsprogramm gearbeitet werden, das versucht, die emotionale Kompetenz zu steigern.

Auch diese Studie bestätigt, dass die meisten Ärzte auf emotionale und psychosoziale Themen wenig eingehen und diese zumeist übersehen. Stattdessen antworten sie häufig auf der Sachebene und geben medizinische Informationen. Ein Versuch diesem Problem entgegenzutreten ist, Ärzte in einem Trainingsprogramm zu schulen. Ziel sollte sein, aufzuzeigen wie Ärzte mit Emotionen und psychosozialen Gesprächsinhalten umgehen müssen, die Patienten als Folge ihrer medizinischen Probleme äußern.

6.4 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Mit Hilfe des Messinstruments RIAS war es in der Untersuchung möglich, die vom Patienten geäußerten Emotionen adäquat wiederzugeben und festzuhalten. Doch nicht nur die Emotion selbst konnten wiedergegeben werden, sondern auch das Antwortverhalten des Arztes. In vielen Situationen fiel die Kodierung einer Emotion leichter, da wegen der Videoaufzeichnung eine direkte Beurteilung auch von non- verbal geäußerten Emotionen und psychosozialen Themen möglich war. Allerdings konnte dieser Vorteil nicht immer genutzt werden, da wegen einer Untersuchung oder wegen einer schlechten Position der Kamera nicht immer möglich war, den Patienten zu sehen. Deshalb sollte man bei den Post- Aufnahmen darauf achten, dass eine gute Sicht auf den Patienten gewährleistet ist.

Ein weiterer Nachteil des Messinstruments RIAS war, dass es die Kategorie „Geben-PsS/Gef“ benützt, was bedeutet, dass sowohl psychosoziale Themen als auch Gefühle in dieser Kategorie miteinbezogen werden. Deshalb fällt es in einigen Gesprächssituationen schwer, eine Emotion oder ein psychosoziales Problem zu kodieren. In weiteren Studien sollte deshalb darauf geachtet werden, dass die RIAS-Kategorien Geben- PsS/Gef gesplittet wird in Geben- PsS und die jeweiligen Emotionen wie z.B. Angst/Furcht.

Weiter zeigten sich folgende Nachteile des Messinstruments:

- nicht jede Äußerung von Arzt und Patient konnte kodiert werden, das Programm musste deswegen während der Evaluation verändert werden.
- RIAS erkennt nur Aufzeichnungen, die mit einem 8-stelligen Kode versehen worden sind.

Dadurch kann in folgenden Studien das Problem entstehen, dass höchstens 99 Gespräche pro Arzt ausgewertet werden können, da nur die zwei übrigen Ziffern des Ärztekodes für eine variable Zahl zwischen 01- 99 zur Verfügung standen. Bei weiteren Studien sollte man sich deshalb auf einen Kode einigen, der auch eine größere Anzahl an Gesprächen zulässt und damit die Validität zunimmt.

Auch wenn diese Studie mit bisherigen Studien in vielen Punkten übereinstimmt, muss man dabei zum einen die wenigen an der Studie teilnehmenden Ärzte (3 Ärztinnen und 8 Ärzte) und zum anderen die geringe Stichprobenzahl von insgesamt nur 46 Gesprächen berücksichtigen. Von den ursprünglich 60 aufgezeichneten Gesprächen von insgesamt 12 Ärzten, konnten nur 46 Gespräche von 11 Ärzten ausgewertet werden, da die anderen Aufnahmen nicht zur Verfügung standen. Die Studie zeigte weiterhin, dass nicht in allen Anamnesegesprächen Emotionen und psychosoziale Themen auftraten. Dieser Sachverhalt lässt sich daraus erklären, dass sich die Inhalte der Anamnesegespräche stark voneinander unterschieden haben. Der Grund ist darin zu sehen, dass die Gespräche auf unterschiedlichen Stationen aufgezeichnet wurden. So kam es durchaus vor, dass ein Gespräch nur fünf Minuten dauerte und keine emotionalen und psychosozialen Äußerungen darin vorkamen.

Ein Nachteil bestand darin, dass für diese Evaluation nur ich als Rater in Frage kam. Die Kodierung einer Äußerung, auch mit Hilfe des Manuals, war nicht immer leicht und ein Vergleich mit einem zweiten Rater wäre von großem Vorteil gewesen. Die anfänglichen Treffen mit anderen Ratern hatten nur das Ziel, sich an das Messinstrument zu gewöhnen und es zu bedienen. Dadurch sinkt die Reliabilität der Evaluation. Aus diesem Grund sollte bei zukünftigen Interventionen darauf geachtet werden, dass mehrere Fremdrater an der Auswertung der einzelnen Gespräche arbeiten und die Ergebnisse verglichen werden. Ziel dabei sollte es sein, dass bei allen Ratern ein ähnliches Ergebnis beobachtet werden kann, damit eine höhere Validität erreicht wird.

6.5 Weiterführende Fragen- Ausblick

Auch für zukünftige Interventionen wird es schwierig sein, mehr Gespräche von mehr Ärzten für die Auswertung zu bekommen. Dies liegt an der begrenzten Anzahl der Ärzte, die an einem Trainingsprogramm teilnehmen und auch daran, dass gleichzeitig die Anzahl der Gespräche begrenzt ist. Zu überlegen ist allerdings, ob nicht mehr als fünf Gespräche pro Arzt durchgeführt werden sollten, um eine höhere Validität zu gewährleisten.

In dieser Studie wurde untersucht, wie Ärzte vor dem Trainingsprogramm auf Emotionen und psychosoziale Themen antworten. In der Zwischenzeit fand die Schulung

*„Die Verbesserung der Arzt- Patienten- Kommunikation.
Eine manualgestützte, kontrollierte und randomisierte
Ergebnisstudie mit Ärzten in der Facharztweiterbildung“*

an der Abteilung für Psychosomatik, Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg statt. Es werden erneut 5 Gespräche von jedem Arzt aufgezeichnet und ausgewertet. Es bleibt weiteren Studien dabei überlassen, durch ein Prä, Post Vergleich herauszufinden, was sich durch das Training am Verhalten des Arztes in Bezug auf die emotionale Kompetenz verändert hat und welche Auswirkungen ein gutes Gesprächsverhalten auf den Verlauf des Arzt-Patienten-Gesprächs hat. Des Weiteren werden noch andere Fragen mit dem Messinstrument RIAS untersucht. Sollte sich bei diesen Studien herausstellen, dass sich durch Schulung eine Verbesserung der Arzt- Patienten- Kommunikation einstellt, könnte das Trainingsprogramm direkt in die Aus- und Weiterbildungscurricula des Medizinstudiums und der Facharztweiterbildung übernommen werden.

7 Zusammenfassung

Sowohl der Bereich „Verbesserung der Arzt- Patienten- Kommunikation“, als auch die Bereiche „Emotionen und psychosoziale Themen“ umfassen ein großes Spektrum an Forschungsergebnissen (siehe Kapitel 2). Forschungslücken bestehen vor allem darin, die einzelnen Emotionen und psychosoziale Themen zu benennen, die in einem Arzt- Patienten- Gespräch vorkommen und die Reaktion des Arztes auf eine emotionale oder psychosoziale Äußerung zu dokumentieren. Außerdem wurde bisher nur für wenige Untersuchungen das Messinstrument RIAS benutzt. Aus diesem Grund befasst sich meine Dissertation gezielt mit der Frage, „welche Kommunikationsmuster sich bei emotionalen und psychosozialen Themen unter Bedingungen des klinischen Alltags zeigen.“ Als Messinstrument wird dabei RIAS eingesetzt. Die Vorteile dieser Messmethode wurden bereits in Kapitel 3 näher erläutert und können auch in dieser Studie bestätigt werden, da die Inhalte mit Hilfe der einzelnen Kategorien adäquat wiedergegeben werden konnten. Ziel der gesamten Studie ist es, das Verhalten der Ärzte auf emotionale bzw. psychosoziale Äußerungen festzuhalten, um so gezielt an Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen der Weiterbildung von Ärzten zu arbeiten.

Wie schon in anderen Studien zuvor, bestätigte sich auch in dieser Studie die Vermutung, dass die wenigsten Ärzte die Gelegenheit wahrnehmen auf die einzelnen Emotionen und psychosozialen Themen näher einzugehen.

Diese Studie kam zu folgender Erkenntnis:

- das Messinstrument RIAS eignet sich zur Messung der Kommunikationsmuster
- in 31% reagierten die Ärzte positiv auf eine emotionale Äußerungen des Patienten
- in 53% reagierten die Ärzte positiv auf psychosoziale Äußerungen des Patienten
- die Emotion Lachen /Freude ist mit 37,77% am meisten vertreten, wobei auch die Emotionen Lob (5,81%), Kritik (5,33%), Sorge (5,33%) und Angst/Furcht (3,63%) häufig eine Rolle spielen (siehe Tabelle 15).
- unter den psychosozialen Problemen sind körperliche und emotionale Erschöpfung am häufigsten anzutreffen (43%).
- die Ärzte reagieren häufiger auf psychosoziale Themen empathisch als auf Emotionen.

Hauptschwäche dieser Studie war, dass für diese Studie nur ich als Rater in Frage kam und so die Reliabilität sank. Es bleibt dabei weiteren Untersuchen überlassen, dies zu ändern und mit Hilfe eines Prä, Post Vergleichs herauszufinden, was sich durch das Training am Verhalten des Arztes in Bezug auf die emotionale Kompetenz verändert hat. Sollte sich eine Verbesserung der Arzt- Patient- Kommunikation einstellen, könnte das Trainingsprogramm direkt in die Aus- und Weiterbildungscurricula des Medizinstudiums und der Facharztweiterbildung übernommen werden.

8 Literaturverzeichnis

1. Balint M (1988)
Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.
Stuttgart: Klett, 7. Auflage Klett-Cotta (engl. 1964)
2. Beckmann HB & Frankel RM (1984)
The effect of physician behavior on the collection of data.
Ann Intern Med 101. p.692-696
3. Bertakis KD, Roter D & Putnam SM (1991)
The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction.
J Fam Pract (United States), Feb 1991, 32(2) p.175-81
4. Buddeberg C, Willi J, Laederach K & Buddeberg-Fischer B (Hrsg.) (1998)
Psychosoziale Medizin. Das ärztliche Gespräch- die ärztliche Untersuchung.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer
5. Butow P.N. et al. (2002)
Oncologists' reaction to cancer patients' verbal cues.
Psycho- Oncology 1, p. 47-58
6. Calkins DR, Rubenstein LV & Cleary PD et al. (1991)
Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients.
Ann Intern Med (United States), Mar 15 1991, 114(6) p.451-4
7. Damasio, Antonio R (2000)
Ich fühle, also bin ich.
München: List Verlag, S. 67-72
8. Delbanco TL (2001)
Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective.
Ann Intern Med (United States), Mar 1 1992, 116(5) p.414-8
9. Di Blasi Z, Harkness E & Ernst E et al. (2001)
Influence of context effects on health outcomes: a systematic review.
Lancet (England), Mar 10 2001, 357(9258) p.757-62
10. Dissertation Schmitz (2001), Psychosomatische Klinik Freiburg im Breisgau.
11. Fritzsche (2004)
DFG Antrag „Die Verbesserung der Arzt- Patienten- Kommunikation“.
12. Fritzsche, Geigges, Richter & Wirsching (2003)
Psychosomatische Grundversorgung.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer

13. Goleman D, Boyatzis R & McKee A (2002)
Emotionale Führung.
München: Econ Verlag.
14. Görlitz G (2003)
Körper und Gefühl in der Psychotherapie, Basisübungen.
Stuttgart: Klett-Cotta /J. G.
15. Graham J, Potts HW & Ramirez AJ (2002)
Stress and burnout in doctors.
Lancet 2002; 360. p.1975–1976
16. Greenfield S, Kaplan SH & Ware JE et al. (1988)
Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes.
J Gen Intern Med (United States), Sep-Oct 1988, 3(5) p.448-57
17. Hays RD, Kravitz RL & Mazel RM et al. (1994)
The impact of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in the Medical Outcomes Study.
J Behav Med (United States), Aug 1994, 17(4) p.347-60
18. Holodynski (2004)
Die Entwicklung von Emotion und Ausdruck.
ZIF Mitteilungen
19. Hulsman RL, Ros WJ & Winnubst JA et al. (1999)
Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies.
Med Educ (England), Sep 1999, 33(9) p.655-68
20. Kassirer JP (1994)
Access to specialty care.
N Engl J Med (United States), Oct 27 1994, 331(17) p.1151-3
21. Koerfer A, Obliers R & Köhle K (2004)
Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde.
Psychother. Soz. 6, 4 (2004), S. 243-262
22. Langewitz W (2001).
Arzt-Patient-Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten.
In: Brähler E, Strauß B (Hrsg) Lehrbuch der medizinischen Psychologie und Soziologie.
Hogrefe, Göttingen
23. Langewitz WA, Eich P & Kiss A et al. (1998)
Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine.
Psychosom Med (United States), May-Jun 1998, 60(3) p.268-76

24. Levinson (2000)
JAMA, Vol. 284(8).August 23/30, 2000. p. 1021-1027
25. Levinson W, Kaplan C & Williams G et al. (1993)
What is an expert in medical interviewing?
J Gen Intern Med (United States), Dec 1993, 8(12) p.713
26. Lundberg U, Bratfisch O & Ekman G (1972)
Emotional involvement and subjective distance: a summary of investigations.
J Soc Psychol (United States), Aug 1972, 87(2) p.169-77
27. Maguire P, Fairbairn S & Fletcher C (1986)
Consultation skills of young doctors: II--Most young doctors are bad at giving information.
Br Med J (Clin Res Ed) (England), Jun 14 1986, 292(6535) p1576-8
28. Martin FJ & Bass MJ (1989)
The impact of discussion of non-medical problems in the physician's office.
Fam Pract (England), Dec 1989, 6(4) p.254-8
29. Mead N & Bower P (2000)
Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.
Soc Sci Med (England), Oct 2000, 51(7) p.1087-110
30. Meier DE, Back AL & Morrison RS (2001)
The inner life of physicians and care of the seriously ill.
JAMA 2001; 286: p.3007-3014
31. Putnam SM, Stiles WB & Jacob MC et al. (1988)
Teaching the medical interview: an intervention study.
J Gen Intern Med (United States), Jan-Feb 1988, 3(1) p.38-47
32. RIAS (1990)
deutsche Übersetzung vom Original- Roter DL. S.5.
33. Richter-Kuhlmann EA (2003)
Medizinabsolventen: Unsicher in der Praxis.
Dtsch Ärztebl 2003; 100: A 2114-2115 [Heft 33]
34. Ross CK, Steward CA & Sinacore JM (1995)
A comparative study of seven measures of patient satisfaction.
Med Care (United States), Apr 1995, 33(4) p.392-406
35. Roter DL (1977)
Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance.
Health Educ Monogr (United States), Winter 1977, 5(4) p.281-315

36. Roter DL & Hall JA (1987)
Physician's interviewing styles and medical information obtained from patients.
J Gen Intern Med (United States), Sep-Oct 1987, 2(5) p.325-9
37. Salovey P & Mayer JD (1990)
Emotional Intelligence.
In: *Imagination, Cognition and Personality* 1990; 9: p.185–211
38. Schulz von Thun F (1997)
Miteinander Reden. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation.
Rowohlt Taschenbuch, Hamburg
39. Siegel J (1991)
Doctor-patient relationship in oncological illness: the "talking medicine"
Croat Med J (Croatia), Sep 1998, 39(3) p.371-8
40. Stillman P, Swanson D & Regan MB et al. (1991)
Assessment of clinical skills of residents utilizing standardized patients. A follow-up study and recommendations for application.
Ann Intern Med (United States), Mar 1 1991, 114(5) p.393-401
41. Strub J R & Türp J C et al. (1999)
Curriculum Prothetik Band 1.
Berlin: Quintessenz Verlags- GmbH, S. 304
42. Suchman AL & Matthews DA (1988)
What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care.
Ann Intern Med (United States), Jan 1988, 108(1) p.125-30
43. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB & Frankel R (1997)
A model of empathic communication in the medical interview.
JAMA 1997 Feb 26;277(8): p.678-82
44. Van Dulmen S, Nubling M & Langewitz W (2003)
Doctor's responses to patients' concerns; an exploration of communication sequences in gynaecology.
Epidemiol Psychiatr Soc (Italy), Apr-Jun 2003, 12(2) p.98-102
45. Verhaak PF (1986)
Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: a general practice observation study.
Soc Sci Med (England), 1986, 23(6) p.595-604
46. Wolf FM, Woolliscroft JO & Calhoun JG et al. (1987)
A controlled experiment in teaching students to respond to patients' emotional concerns.
J Med Educ (United States), Jan 1987, 62(1) p.25-34

9 Anhang

In diesem Kapitel werden die Trainingsinhalte der Schulung „Die Verbesserung der Arzt-Patienten- Kommunikation. Eine manualgestützte, kontrollierte und randomisierte Ergebnisstudie mit Ärzten in der Facharztweiterbildung“ dargestellt und teilweise näher erläutert.

9.1 Grundlage des Ärztetrainings - Die Gesprächsführung

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist zunächst eine asymmetrische Kommunikation zwischen ungleichen Partnern. Dieses Ungleichgewicht kommt dadurch zustande, dass der Arzt über ein größeres Fachwissen und – bezogen auf die Behandlung – über mehr „Macht“ und Einfluss verfügt als der Patient. Der Patient kommt nicht zufällig oder freiwillig zum Arzt, sondern als eine Person, die einen Rat oder Hilfe benötigt und sie auch von ihrem ärztlichen Gegenüber erwartet. Diese Ungleichheit der gegebenen „Machtverhältnisse“ führt unreflektiert häufig von vornherein dazu, dass das Anliegen des Patienten unzureichend berücksichtigt wird.

Im Arzt- Patienten- Gespräch findet zunächst ein Austausch von faktischen Informationen statt, z.B. Beschwerden des Patienten, Untersuchungsergebnisse auf Arztseite. Begleitet wird dieser Austausch von klärenden Fragen, die diese Informationen ordnen sollen. Eine dritte Aufgabe besteht in dem Bemühen beider Partner, sich dem anderen gegenüber verständlich zu machen, bzw. den anderen verstehen, z.B. Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der spezifischen Patientenbedürfnisse.

Theoretische Grundlage unseres Konzeptes zur Verbesserung des ärztlichen Gesprächsverhaltens ist das biopsychosoziale Modell. Krankheitssymptome auf körperlicher und auf seelischer Ebene sind Zeichen einer gestörten „Passung“ zwischen Patient und Umwelt. Auch zwischen Arzt und Patient kann es zu einem Nichtverstehen und zu einer „Passungsstörung“ kommen. Ein Nichtverstehen zwischen Arzt und Patient kommt häufig dadurch zustande, dass deren Interpretationssysteme sehr unterschiedlich sind. Die Signale und Zeichen, die der Arzt in Form von sprachlichen Äußerungen und Körperbewegungen aussendet, werden vom Patienten auf seinem persönlichen Hintergrund oft anders interpretiert als der Arzt es beabsichtigt. Der Arzt andererseits interpretiert die Signale, die von Patienten ausgehen, auch nur auf seinem eigenen Hintergrund, wenn er nicht versucht sich in das System des Patienten hineinzudenken bzw. sich einzufühlen.

Erst durch die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, eines „Codes“ zwischen Arzt und Patient kann die Bedeutung von Symptomen richtig erfasst werden. Dazu ist ein ständiger Informationsaustausch über das subjektive Erleben seiner Beschwerden und seiner Behandlungsvorstellung notwendig. Nur so kann sich der Arzt vergewissern, ob er die Wirklichkeit des Patienten ausreichend verstanden hat. Der Behandlungserfolg hängt in diesem Modell vom Grad der Übereinstimmung (Passung) zwischen Arzt und Patient ab.

Dieser Austauschprozess beinhaltet den wechselseitigen Austausch von Vorannahmen, Hoffnungen und Erwartungen und den Versuch, teilweise oder vollständig nicht übereinstimmende Bereiche offen anzusprechen und auszuhandeln. Voraussetzung für einen solchen Austausch- und Verhandlungsprozess ist ein vorwiegend patientenzentrierter Gesprächsstil, der dem Patienten die Möglichkeit gibt, mit seinem Anliegen gehört zu werden. Durch diese Form des offenen Dialogs, in dem beide Partner gleiches Recht auf Rede und Antwort haben, entsteht erst eine partnerschaftliche Beziehung.

9.2 Trainingsinhalte

Das Trainingsprogramm „Die Verbesserung der Arzt- Patienten- Kommunikation“ beinhaltet folgende Unterpunkte.

9.2.1 Einleitung

9.2.1.1 Psychosomatische Medizin und biopsychosoziales Modell

9.2.1.2 Erklärung biopsychosoziales Modell (Bsp. Koronare Herzkrankheit)

9.2.1.3 Psychosomatische Medizin in Klinik und Forschung

9.2.1.4 Beispiele für Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper

9.2.1.5 Coping- Krankheitsverarbeitungsstrategien

9.2.2 Arzt- Patienten- Interaktion

9.2.2.1 Ein allgemeines Modell- Das partnerschaftliche Modell

9.2.2.2 Vorteile des partnerschaftlichen Modells

9.2.3 Gesprächsführung

9.2.3.1 Was ist eine gute ärztliche Gesprächsführung?

9.2.3.2 Warum sollten Ärzte kommunikative Kompetenz erwerben?

9.2.3.3 Den Gesprächspartner verstehen: Bedeutungen von Nachrichten

9.2.3.4 Patientenzentrierte und arztzentrierte Gesprächsführung

9.2.3.5 Techniken der patienten- und arztzentrierten Gesprächsführung

9.2.3.6 Strukturierung des Gesprächs

9.2.3.7 Das CALM- Modell

9.2.4 Psychosomatische Aspekte bei Tumorpatienten

9.2.4.1 Umgang mit Emotionen

9.2.5 Das Familiengespräch

9.2.5.1 Gesprächsführung im Familien- und Angehörigengespräch

9.3 Erläuterungen zu den Trainingsinhalten

Im folgenden Kapitel soll auf die für die Untersuchung emotionaler und psychosozialer Gesprächsinhalte relevanten Trainingspunkte näher eingegangen werden.

Zu 9.2.3.3 Den Gesprächspartner verstehen: Bedeutungen von Nachrichten

Durch die medizinische Ausbildung ist der Arzt gewohnt, immer auf der Sachebene zu antworten. Er erklärt dem Patienten, warum eine Untersuchung oder eine Operation verschoben werden musste, er gibt ausführliche Informationen zu erhobenen Befunden, ohne die emotionale Botschaft, die in Fragen und Äußerungen des Patienten enthalten ist, zu hören und auf seine eigenen Emotionen zu achten.

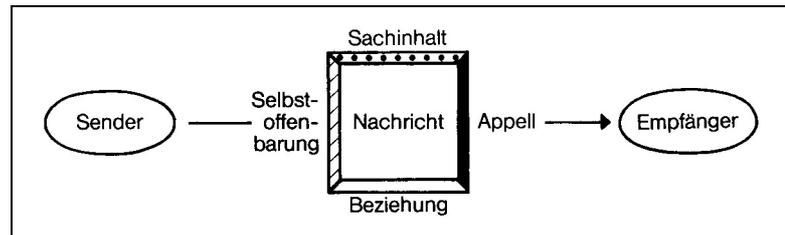
Um diesen Zusammenhang der Arzt- Patienten- Kommunikation noch deutlicher werden zu lassen, hat Schulz und Thun (1997) ein Nachrichtenquadrat entworfen, worin vier Botschaften beschrieben werden (Abb. 3).

1. Der Sachinhalt: Worüber werde ich informiert?
2. Die Selbstoffenbarung: Was sagt die andere Person über sich aus?
3. Die Beziehung: Was sagt die andere Person darüber aus, wie wir zueinander stehen – wie fühle ich mich behandelt?
4. Der Appell: Wozu möchte mich der andere veranlassen, was will er bewirken?

Bei Äußerungen von Wut und Ärger des Patienten hört der Arzt oft nur den Vorwurf, nicht das Richtige getan zu haben oder die Aufforderung, sofort zu handeln. Dementsprechend wird er sich rechtfertigen und es kommt zu einer Art Ping- Pong- Spiel zwischen Arzt und Patient, ohne dass auf die emotionale Ebene des Patienten eingegangen wird.

Greift der Arzt stattdessen den Ärger auf, hat der Patient auch die Möglichkeit, seinen Ärger zu äußern. Der Arzt versteht seinen Ärger nun besser. Neben dem Appell hört er auch die Selbstoffenbarung des Patienten. Indem er Anteilnahme und Verständnis für die Ungewissheit der Situation des Patienten zeigt, antwortet er auf der Beziehungsebene. Dies bewirkt in den meisten Fällen eine Deeskalation.

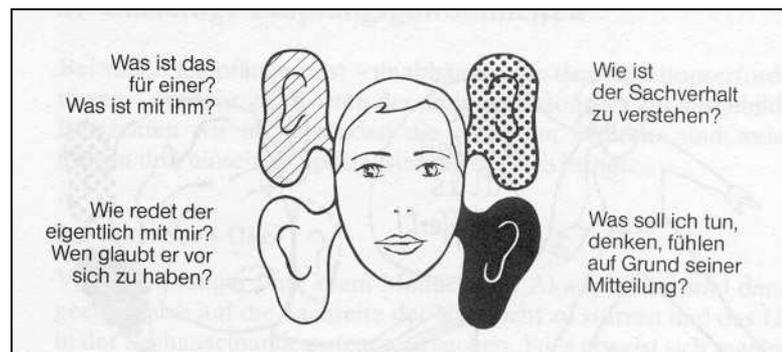
Abb. 3: Nachrichtenquadrat nach Schulz von Thun



Die Bedeutungen einer Nachricht erschweren die Übermittlung von Inhalten zwischen Sender und Empfänger. Jeder gesprochene Satz hat verschiedene Bedeutungen.

Der Sender möchte meist eine bestimmte Bedeutung in den Vordergrund stellen. Im beruflichen Alltag ist dies meist die Sachebene. Dennoch sind die anderen Bedeutungsebenen nicht aus einer Nachricht zu verdrängen. Welchen Bedeutungsaspekt der Empfänger hört, liegt nur begrenzt im Einflussbereich des Senders. Reagiert ein Empfänger auf eine andere Ebene, als der Sender annimmt, kann es zu schwerwiegenden Missverständnissen kommen.

Abb. 4: Die vier Ohren des Empfängers



Die vier Ohren des Empfängers entscheiden mit über die Bedeutung einer Aussage. Patienten können aufgrund ihrer Persönlichkeit oder ihrer aktuellen Krankheitssituation ein Ohr besonders gespitzt haben. Entsprechend kann es schwierig sein die erwünschte Bedeutungsebene zu erreichen. Gespräche verlaufen dann scheinbar sachlich, wenn der Empfänger der Nachricht nicht primär auf die Sachebene, sondern auf die Beziehung, die Selbstoffenbarung oder den Appell hören.

Beispiele:

Ein Patient entwickelt aufgrund seiner erlebten Hilflosigkeit im Krankenhaus besonderes Interesse, zu erfahren, ob der Arzt kompetent ist. Dies macht er daran fest, was der Arzt für ein Mensch ist, weshalb er versucht möglichst viel der Selbstoffenbarung zu verstehen

(,Wir werden dann im Team eine Entscheidung fällen‘ wird verstanden als ,Sie selbst sind sich also nicht sicher, was die richtige Behandlung ist. ‘)

Ein Patient, der beruflich Abteilungsleiter ist und gewohnt zu delegieren, reagiert besonders empfindlich auf Appelle. Er hört auf bereits aus einfachen Fragen (,rauchen Sie? ‘) Appelle heraus (,Lassen Sie das Rauchen sein! ‘).

Ein selbstunsicherer Patient hört aus jeder Frage, wie sein gegenüber zu ihm steht

(A: ,Ich komme heute Nachmittag noch mal bei Ihnen vorbei, bis dahin bin ich den ganzen Tag eingespannt‘; P: ,Aha, ich bin Ihnen also nicht wichtig genug‘).

Um eine bestimmte Bedeutungsebene zu betonen, kann es sinnvoll sein, diese hervorzuheben. Dazu einige Beispiele:

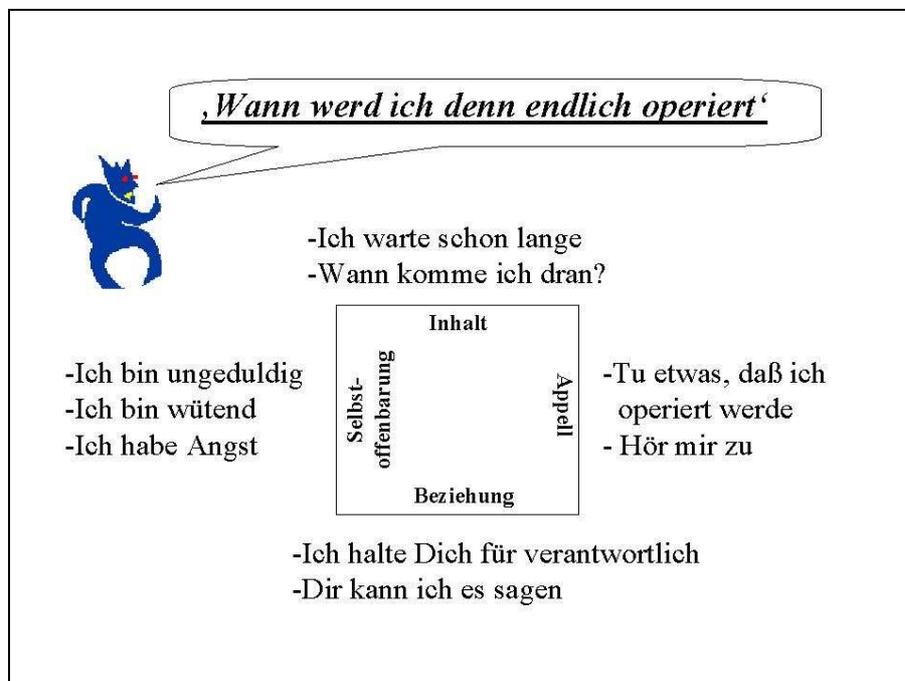
Sachebene: ,Ich benötige noch einige Informationen von Ihnen...‘

Appell: ,Ich möchte Sie bitten...‘

Selbstoffenbarung: ,Da möchte ich Ihnen gerne etwas Persönliches erzählen...‘

Die Beziehungsebene wird selten direkt angesprochen und wenn, dann häufig in Streitgesprächen: ,Was glauben Sie eigentlich, wer ich für Sie bin? ‘

Abb. 5: Der Arzt ist nicht nur Sender und versucht sich verständlich mitzuteilen, er ist auch Empfänger und hört ebenfalls bestimmte Bedeutungen einer Nachricht stärker als andere. Das Beispiel der folgenden Abbildung 5 zeigt eine solche Situation exemplarisch. Patientenäußerung und ihre verschiedenen Bedeutungen



Besonders in Konfliktsituationen und schwierigen Situationen für die Patienten ist es wichtig, die Selbstoffenbarungsseite des Patienten zu verstehen. Nicht selten versteckt sich hinter scheinbar

sachlichen oder offen vorwurfsvollen Fragen eine starke emotionale Hilfsbedürftigkeit. Wird diese mit berücksichtigt, so fühlen sich die Patienten besser verstanden und betreut. Aber auch die Ärzte profitieren, da Konflikte seltener eskalieren und Informationen nur gegeben werden, wenn Gefühle einer Aufnahme der Information nicht entgegenstehen.

Zusammenfassung:

Die vier Bedeutungen einer Nachricht (Sachebene, Appell, Beziehung und Selbstoffenbarung) können den Gesprächsverlauf empfindlich stören, wenn der Hörer einen anderen Schwerpunkt legt als der Sender intendiert hat. Das bewusste Wahrnehmen dieser Bedeutungen kann aber auch helfen, Missverständnisse zu klären und auf die Bedürfnisse des Patienten zu reagieren.

Zu 9.2.3.4 bzw. 9.2.3.5

Eine gute ärztliche Gesprächsführung ist für jeden Arzt in jedem klinischen Fachgebiet wesentlich. Die Grundlagen der Gesprächsführung sind fachübergreifend und zunächst nicht spezifisch für bestimmte Krankheitsbilder in bestimmten medizinischen Fächern.

In Curricula-, Weiterbildungs- und Fortbildungskursen zur psychosomatischen Grundversorgung wird eine gute Gesprächsführung u.a. in Kleingruppen geübt. Jeder Teilnehmer schlüpft abwechselnd in die Rolle des Patienten, des Arztes und des Beobachters.

In der Rolle des Patienten erfährt der Arzt unmittelbar die Wirksamkeit eines „aktiven Zuhörens“. Er lernt die Subjektivität seines Erlebens kennen und spürt, wie schwierig es sein kann, sich dem Arzt verständlich zu machen.

Arzt und Patient haben jeweils unterschiedliche Vorstellungen zum Inhalt und Verlauf des Gesprächs bzw. eine andere Sichtweise in Bezug auf die berichteten Symptome. Ein wesentliches Ziel bei der Erlernung dieser Gesprächsführung ist deshalb die Erfahrung, dass sich eine gemeinsame Wirklichkeit von Arzt und Patient erst im Gespräch konstruiert und nicht von vornherein gegeben ist (Fritzsche 2003). Dazu gehört Offenheit und Interesse des Arztes für die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen des Patienten.

Vor allem für die Erhebung einer Anamnese ist von Beginn an eine patientenzentrierte Gesprächsführung wichtig. Der Patient braucht genügend Raum für die Schilderung seiner Beschwerden. Andererseits ist es wichtig, dass der Arzt zur Erfragung von Details der Symptomatik und der Biographie des Patienten oder auch zu einer erforderlichen Strukturierung des Gesprächs wieder die Führung übernimmt. Dieser Wechsel von einer patientenzentrierten zu einer arztzentrierten Gesprächsführung und umgekehrt steht im Mittelpunkt der vermittelten Techniken. Arzt und Patient sollen am Gesprächsverlauf wie bei einem gemeinsamen Tanz partizipieren, bei dem einmal der Patient, mal der Arzt die Führung innehat. Dieser Wechsel von einer patientenzentrierten zu einer arztzentrierten Gesprächsführung und umgekehrt will gelernt sein.

Zur patientenzentrierten Gesprächsführung gehört weiterhin ausreichend Zeit für eine Begrüßung des Patienten, Offenlegung von Zeitrahmen und Inhalt des Gesprächs (Klärung von Kontext und Anliegen) und eine gegenseitige Abstimmung über Behandlungsziele und Behandlungsmodalitäten.

Hauptziel des Trainingsprogramms ist das Erlernen einer flexiblen Gesprächsführung mit Hilfe der Gesprächstechniken (Tabelle 31).

Tabelle 31: Techniken der arzt- und patientenzentrierten Gesprächsführung	
Verbale und nonverbale Ermutigung zur Weiterrede - Paraphrasieren	
Patientenzentriert:	Arztzentriert:
Gesprächsführung übergeben	Gesprächsführung übernehmen
Pausen	Intensiver Blickkontakt
Verbale und nonverbale Ermutigung zur Weiterrede	Sich der Aufmerksamkeit des Patienten versichern
Zusammenfassen in eigenen Worten	Wenn der Patient schweigt: Übernahme der Gesprächsführung ankündigen, z.B. durch bewusstes mit Namen ansprechen und/oder Berühren des Patienten, Zusammenfassen, eigene Themen einbringen
- Spiegeln von Emotionen	Strukturierung des Gesprächs
- Aufgreifen psychosozialer Äußerungen	
- Paraphrasieren	
Keine Fragen stellen (mit Fragen stellen wird die Gesprächsführung wieder übernommen)	

Diese Techniken, die im Manual ausführlich dargestellt sind, erlauben dem Arzt, den Ball immer wieder an den Patienten zurückzuspielen, ihm genügend Raum zur Verfügung zu stellen, damit er seine eigenen Vorstellungen einbringen kann.

Zu 9.2.4.1

Sowohl das Eingehen auf Emotionen und psychosoziale Äußerungen, als auch das Spiegeln ist für primär naturwissenschaftlich ausgebildete Ärzte am schwierigsten. Die Technik des aktiven Zuhörens (Rogers 1983, Tausch & Tausch 1979) erlaubt dem Patienten Gefühle wie Wut, Angst/Furcht, Sorge und psychosoziale Probleme mitzuteilen und sich dadurch zu entlasten. Wir unterscheiden zwischen offen ausgedrückte Emotionen, nonverbal ausgedrückte Emotionen und nicht klar zum Ausdruck kommende oder vermutete Emotionen. Das Nachrichtenquadrat von Schulz von Thun (1997) dient dazu Ärzte zu schulen, die emotionale Botschaft, die Fragen und Äußerungen des Patienten enthält, zu hören und auf ihre eigenen Emotionen zu achten (Abb. 3). Fühlt sich der Patient in seinen Gefühlen wahrgenommen und angenommen, so steigt sein Selbstwertgefühl, er fühlt sich seiner Krankheitssituation besser gewachsen und die Compliance nimmt zu.

9.4 Ziele der Intervention

Hauptziele des Trainingsprogramms sind eine patientenzentrierte Gesprächsführung zu vermitteln, emotionale Kompetenz zu schulen und zu untersuchen, ob durch ein manualisiertes

Trainings- und Interventionsprogramm die Arzt- Patienten- Kommunikation verbessert werden kann. Die Trainingsinhalte umfassen auf der Verhaltensebene die Anwendung einer patientenzentrierten Gesprächsführung, auf der inhaltlichen Ebene eine psychosoziale Anamnese und den wechselseitigen Austausch über Therapieziele und Behandlungsmodalitäten und auf der Beziehungsebene ein Ernstnehmen der subjektiven Krankheitserfahrung und das Eingehen auf emotionale Belastungen.

Ärztliche Kompetenzen in Techniken der Gesprächsführung stehen dabei in einem engen Zusammenhang mit der Fähigkeit psychische Belastungen im Patientengespräch aufzudecken, zu denen auch Emotionen und psychosoziale Themen gehören (Marks et al., 1979; Verhaak et al.;1986; Gask et al.;1987a). Obwohl die Art der Kommunikation bei der Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient wesentlich darüber entscheidet, ob dem Arzt alle erforderlichen Informationen zugänglich werden, werden diese Bereiche in Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht geschult (Roter & Hall 1987).

Durch die Studie erwarten wir einen Beitrag zur Verbesserung des oft defizitär beschriebenen ärztlichen Gesprächsverhaltens auf drei Ebenen:

1. Eine verbesserte Arzt- Patienten- Kommunikation
2. Eine höhere Patientenzufriedenheit
3. Eine Abnahme des Belastungserlebens des Arztes

Didaktik und Umfang sind so angelegt, dass sie bei einem Nachweis ihrer Wirksamkeit direkt in die Aus- und Weiterbildungscurricula des Medizinstudiums und der Facharztweiterbildung übernommen werden können.

10 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Decker
Vorname: Steffen Alexander
Geburtstag: 11. August 1982
Geburtsort: Friedrichshafen
Familienstand: ledig
Eltern: Magdalena (geb. Göckel) und Alexander Decker
Geschwister: Christian und Manuel Decker

Schulbildung:

1989-1990 Grund und Hauptschule in Fischbach
1990-1993 Grundschule: Don- Bosco- Schule in Ettenkirch
1993.2002 Karl- Maybach- Gymnasium in Friedrichshafen; Abitur

Studium:

10/2002 Beginn des Zahnmedizinstudiums an der
Albert- Ludwig- Universität, Freiburg im Brsg.
04/2005 Ärztliche Vorprüfung

Berufserfahrung im medizinischen Bereich:

10/1999 Eine Woche Famulatur auf der Bauch- und Gefäßchirurgie,
Städtisches Krankenhaus Friedrichshafen
88046 Friedrichshafen

09/2002 Eine Woche Praktikum im Zahnlabor
Seedental Labor e.K.
88046 Friedrichshafen

04/2003 Eine Woche Praktikum in Zahnarztpraxis
Dr. Barbara und Dr. Albert Diesch
88045 Friedrichshafen