

Sprache und Überzeugung als Verhaltens- und Erlebnisdeterminanten in der Interaktion: Das Beispiel des Arzt-Patient-Verhältnisses

Jochen Haisch, Gisela Gundlach und Mechthild John

Universität Bielefeld

Wir berichten über eine Simulationsstudie mit 72 Studenten und eine Befragung von 58 Patienten aus 10 Allgemeinpraxen zur Arzt-Patient-Interaktion. Der dabei im Vordergrund stehende Aspekt waren die Schlußfolgerungen, die Patienten aus mehr oder weniger zugewandtem Arztverhalten, aus mehr oder weniger verständlicher Arztsprache und aus mehr oder weniger ärztlicher Betroffenheit ziehen. Interessant ist, daß die Simulationsstudie und die Befragung in Arztpraxen bei 9 von 16 erhobenen Patientenschlußfolgerungen konsistente Befunde erbrachten. Die Einschätzung der Krankheitsschwere durch Arzt und Patient, die Arztkompetenz, das Arztinteresse und die ärztliche Zuwendung, die Zufriedenheit mit der ärztlichen Kompetenz und Zuwendung, die Sympathie und die Arztsprache waren Patienteneinschätzungen, die in beiden Untersuchungen in gleicher Weise vom Arztverhalten abhingen. Die psychologischen wie „medizinpolitischen“ Implikationen der Befunde werden diskutiert.

1. Einleitung

Patientenverhalten stand häufig im Zentrum des Interesses medizinisch-psychologischer Forschung (Hasenbring & Ahrens, 1986), wobei insbesondere der „Non-Compliance-Zirkel“ beachtet wurde: Weshalb gehen gesundheitlich Gefährdete nicht zum Arzt; weshalb folgen diejenigen, die zum Arzt gehen, häufig nicht den Arztanweisungen; weshalb brechen diejenigen, die eine Therapie begonnen haben, diese oft vorzeitig ab (Paul & Pudal, 1981)? Bei der Beantwortung dieser Fragen wurde das Arztverhalten als Ursache von Patientenverhalten über Balint (1957) hinaus bislang kaum berücksichtigt.

Die Bedeutung von Arztverhalten für Arzt-Patient-Interaktionen kann beispielsweise eine Simulationsstudie von Mendez, Shymansky und Wolraich (1986) zeigen. Hier wurden Probanden simulierte Arzt-Patient-Interaktionen per Video vorgeführt, deren Inhalt die Mitteilung eines problematischen Sachverhaltes durch den Arzt an eine Patientin war. Aufgabe der

Probanden war die Einschätzung der Kompetenz des Arztes. Es wurden solche Ärzte als kompetent eingeschätzt, die sich während ihrer Mitteilungen des problematischen Sachverhaltes der Patientin zuwandten und häufigen Blickkontakt suchten. Bezüglich der oben genannten Fragen zur Patienten-Compliance kann aus diesem Befund weiter vermutet werden, daß dem Arzt zugeschriebene Inkompetenz hohe Non-Compliance des Patienten bedingt.

Um diesen Ansatz auf eine breitere Basis zu stellen, haben wir zweierlei getan:

(1) Neben der Untersuchung von Patientenschlußfolgerungen und Arztverhalten im Rahmen einer Simulation haben wir

(2) eine parallel angelegte Studie bei Patienten in Praxen Bielefelder Allgemeinärzte durchgeführt.

Zur Bestimmung relevanter Variablen im Arztverhalten haben wir uns auf die (teilweise „präskriptive“) medizinische Literatur zur Arzt-Patient-Interaktion gestützt (vgl. Hasenbring & Ahrens, 1986).

2. Die Arzt-Patient-Interaktion

2.1. Das untersuchte Arztverhalten

Konzentriert man sich auf die „Erkundungsmöglichkeiten“, die ein Patient aufgrund der Interaktion mit dem Arzt hat, dann spielen die folgenden Aspekte des Arztverhaltens eine Rolle.

Das nonverbale Verhalten des Arztes wird von Patienten danach erkundet, ob es Hinweise auf den Gesundheitszustand geben kann (Cartwright, 1964). Das verbale Verhalten des Arztes wird von seiten der Patienten dahingehend überprüft, ob der Arzt Kontrolle über das Gesundheitsproblem hat (Mendez et al., 1986). Zugewandtes Arztverhalten ist für Patienten Voraussetzung für ihre Compliance und den Glauben an ihre Genesung (Bartlett, 1981).

Dementsprechend haben wir das verbale Verhalten des Arztes (wissenschaftlich versus allgemeinverständlich), seine Zuwendung zum Patienten (arztzentriert versus patientenzentriert) sowie seine gezeigte Betroffenheit hinsichtlich des geäußerten Gesundheitsproblems (betroffen versus nicht betroffen) in ihren Auswirkungen auf Patientenschlußfolgerungen untersucht.

2.2. Das untersuchte Patientenverhalten

Die Wirkung der genannten Variablen im Arztverhalten dürfte von den Patientenerfahrungen abhängen (siehe Haisch, 1987; Bischoff & Zenz, 1989). Die Patientenerfahrungen wurden daher unter folgenden Gesichts-

punkten betrachtet: Häufigkeit der Arztkontakte innerhalb festgelegter Zeiträume; Häufigkeiten ambulant und stationär behandelter Krankheiten; bisher schwerste eigene Krankheit. Darüber hinaus wurden die Patienten gebeten, die Wichtigkeit der Arzteigenschaften „interessiert sein“, „aufmerksam sein“, „sicheres Auftreten zeigen“, „fürsorglich sein“, „großes Fachwissen besitzen“, „verständliche Sprache“, „sympathisch sein“, „Behandlung nach ausführlicher Untersuchung einleiten“ und „menschliche Wärme ausstrahlen“ einzuschätzen. Es wurde angenommen, daß Arztverhalten auch je nach diesen entsprechenden (erfahrungsbedingten) Einschätzungen beurteilt würde.

Schließlich sollten die Patienten angeben, wie sie aufgrund des Arztverhaltens die Schwere der Krankheit, die Kompetenz des Arztes, sein Interesse, seine Zuwendung, sein Wissen bezüglich des Gesundheitsproblems, sein Sympathischsein, seine Betroffenheit, die Verständlichkeit seiner Sprache und die Effektivität seiner Arbeit einschätzen. Weiterhin wurden sie gebeten, das Patientenwissen bezüglich des Gesundheitsproblems, die Gesundungsgeschwindigkeit, die Zufriedenheit mit der menschlichen Zuwendung des Arztes und seiner fachlichen Kompetenz sowie die Compliance bezüglich der Arztanweisungen zu beurteilen.

3. Methode

3.1. Die Simulationsstudie zu den Patientenschlußfolgerungen

72 Versuchspersonen, Studenten der Universität Bielefeld, nahmen an der Untersuchung teil (siehe Haisch, 1988). Sie wurden zu einer Untersuchung über „Arzt-Patient-Interaktionen“ eingeladen und erhielten für die Teilnahme ein Entgelt von DM 8,—¹⁾.

Das Durchschnittsalter der 36 weiblichen und 36 männlichen Versuchspersonen betrug knapp 24 Jahre. Die Häufigkeit der Arztkontakte wurde in den vergangenen 3 Monaten mit durchschnittlich 1,5, in den letzten 12 Monaten mit 6, in den letzten 24 Monaten mit 11,1 und in den letzten 10 Jahren mit 38,5 angegeben.

Hinsichtlich der Frage nach der Anzahl von Krankheiten, die ambulant behandelt werden konnten, wurden diejenigen, die bis zu einer Woche dauerten, mit durchschnittlich 11,4 Krankheiten am häufigsten angegeben. Krankheiten, die eine ambulante Behandlungsdauer von 4 und mehr als 4 Wochen erforderten, kamen nur in Einzelfällen vor. Ebenso wurden Krankheiten, die stationär behandelt wurden, nur selten angegeben.

1) An dieser Stelle möchten wir der Universität Bielefeld für die großzügige Unterstützung danken.

Ihre bisher schwerste Erkrankung schätzten die Versuchspersonen auf einer 6stufigen Skala (1 = ungefährlich, 6 = lebensbedrohlich) im Durchschnitt mit 3,15 ein. Die angegebenen Erkrankungen reichten von „Magenkarzinom“ bis „Alkoholismus“ und „Bruch der Wirbelsäule“.

Die Versuchspersonen wurden in Gruppen von vier bis sechs Personen zum ersten Versuchstermin bestellt. Bei diesem Termin war ein Fragebogen zu bearbeiten, der der Erfassung eigener Patientenerfahrungen und Einschätzungen der Wichtigkeit von bestimmten Arzteigenschaften diente. Danach wurden die Versuchspersonen entsprechend der Häufigkeit ihrer Arztkontakte mit Hilfe des Median-Splits in zwei Gruppen geteilt und systematisch den unterschiedlichen Bedingungen des zweiten Versuchstermins zugeordnet. Infolgedessen nahmen in jeder der acht Versuchsbedingungen der folgenden simulierten Arzt-Patient-Interaktionen Versuchspersonen mit kontrollierten (häufigen und seltenen) Arztkontakten teil. Darüber hinaus wurde bei der systematischen Zuordnung auch das Geschlecht der Versuchspersonen berücksichtigt.

Zum zweiten Versuchstermin wurden mit Hilfe systematischer Variation der Variablen des Arztverhaltens „Patientenzentrierung“, „Betroffenheit“ und „Sprache“ acht verschiedene Videofilme einer simulierten Arzt-Patient-Interaktion von jeweils etwa drei Minuten Dauer präsentiert. Der Inhalt der Interaktion bestand in einem Erstgespräch mit einer Patientin, bei der aufgrund ihrer berichteten Symptome der Verdacht auf Bronchitis bestand.

Die drei Variablen des Arztverhaltens wurden folgendermaßen operationalisiert: Beim patientenzentrierten Verhalten suchte der Arzt häufigen Blickkontakt zur Patientin, ließ sie ausreden, ermunterte sie zum Abschluß des Gesprächs, Fragen zu stellen. Dagegen zeichnete sich arztzentriertes Verhalten durch seltene Blickkontakte und Unterbrechungen der Ausführungen der Patientin aus. Betroffenes Arztverhalten wurde derart operationalisiert, daß der Arzt die berichteten Krankheitssymptome als bedenklich einschätzte, er einen besorgten Tonfall benutzte und weitere Untersuchungen anordnete. Beim nicht-betroffenen Verhalten beruhigte der Arzt die Patientin und verschrieb ihr abschließend ein Medikament. Die Sprache wurde variiert, indem der Arzt entweder medizinische Fachausdrücke benutzte (z. B. Expektoration, Thoraxerkrankung) oder diese Termini durch allgemeinverständliche Ausdrücke ersetzte.

Es wurde jeweils ein Videofilm einer Gruppe vorgeführt, die aus zwei bis sieben Versuchspersonen bestand. Im Anschluß an den Videofilm wurden die Versuchspersonen gebeten, sich in die Lage der im Film gezeigten Patientin zu versetzen und anhand eines Fragebogens das Arztverhalten und die Empfindungen und Einschätzungen der Patientin zu beurteilen. Dabei wurde das Arztverhalten hinsichtlich der Variablen Kompetenz, Interesse,

menschliche Zuwendung, Sympathischsein, Sicherheit bei der Diagnose (Arztwissen) sowie seine Bewertung der Krankheitsschwere eingeschätzt. Durch die Rollenübernahme der Patientin sollte weiterhin ihre Sicherheit bezüglich der Diagnose (Patientenwissen), ihre Einschätzung der Krankheitsschwere und der Genesungsgeschwindigkeit sowie ihre zu erwartende Compliance beurteilt werden.

3.2. Patientenschlußfolgerungen bei ambulanten Arztkontakten

Um die externe Validität der Untersuchungsbefunde zu erhöhen, wurde eine zur experimentellen Simulationsstudie parallel angelegte Untersuchung von Patienten in Allgemeinärztlichen Praxen durchgeführt. Dabei wurden Patienten in Wartezimmern der Praxen vor ihren Erstkontakten zum Arzt bezüglich ihrer Erfahrungen und Erwartungen und nach den Erstgesprächen zu ihren Einschätzungen befragt.

Die bei den Patienten erfragten Variablen im Arztverhalten und im (eigenen) Patientenverhalten waren mit denen aus der experimentellen Simulationsstudie identisch. Das Arztverhalten konnte hier nicht manipuliert werden, es wurde lediglich über Patientenurteile entsprechend den Variablen „Zentrierung“, „Betroffenheit“ und „Sprache“ klassifiziert.

Es wurden etwa 100 Allgemeinärzte und niedergelassene Internisten, die häufigsten Anlaufstellen bei neu auftretenden Gesundheitsproblemen, angeschrieben. 15 Allgemeinärzte der Stadtregion Bielefeld waren grundsätzlich zur Kooperation über ein Abrechnungs-Quartal (Juli—September) hinweg bereit.²⁾ Aufgrund fehlender Erstkontakte oder unvollständig ausgefüllter Fragebögen konnten schließlich die Daten von 10 Allgemeinärztlichen Praxen in die Auswertung einbezogen werden.

In diesen Praxen sollten alle Patienten, die zu Erstkontakten kamen, befragt werden. Dazu wurden die Patienten bei ihrem Eintreffen in den Praxen von den Sprechstundenhilfen mit einem ersten Fragebogenteil versorgt, der (analog zum Simulationsexperiment) der Erfassung der Patientenerfahrungen (z. B. Häufigkeit der Arztbesuche) sowie ihrer Erwartungen (z. B. Interesse, Aufmerksamkeit des Arztes) diene.

Nach der Bearbeitung dieses Fragebogenteils wurden die Patienten in das Sprechzimmer gerufen. Direkt im Anschluß an das Gespräch mit dem Arzt erhielten die Patienten den zweiten Fragebogenteil, in dem (analog zum Simulationsexperiment) die Einschätzungen des Arztverhaltens sowie des (eigenen) Patientenverhaltens erfolgte. Danach warf der Patient beide Fragebogenteile in eine in der Arztpraxis befindliche Urne, die bei Quartalsen-

2) Den beteiligten Allgemeinärzten danken wir sehr herzlich für ihre Kooperationsbereitschaft.

de aus der Praxis abgeholt wurde. Alle Patienteninstruktionen erfolgten schriftlich auf den Deckblättern der Fragebögen. Die Sprechstundenhilfen gaben lediglich an, daß diese Arztpraxis die Bemühungen zur (weiteren) Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses unterstütze, weshalb die Fragebögen ausgefüllt werden sollten.

Es waren 58 Patientinnen und Patienten bereit, an der Untersuchung teilzunehmen, von denen 35 weiblich und 22 männlich waren, bei einer Person fehlte die Angabe zum Geschlecht. Das durchschnittliche Alter in dieser Stichprobe betrug knapp 29 Jahre. Die Anzahl der Arztkontakte wurde für die letzten drei Monate mit 2, für die letzten 12 Monate mit 5, für die vergangenen 24 Monate mit 9 und für die letzten 10 Jahre mit 27 angegeben.

Die häufigste ambulante Behandlungsdauer lag bei 1 Woche, Krankheiten, die eine stationäre Behandlung erforderten, wurden selten angegeben. Ihre bisher schwerste Krankheit stuften die Patienten bei 3,0 (1 = ungefährlich, 6 = lebensbedrohlich) ein.

Eine recht gute Vergleichbarkeit der Patientenstichprobe mit der Studentenstichprobe hinsichtlich der demographischen Variablen und der Patientenerfahrungen scheint damit (insbesondere für das Alter recht überraschend) gegeben zu sein.

4. Ergebnisse

4.1. Die Simulationsstudie

Die relevanten Patientenerfahrungen. Bevor die Versuchspersonen mit den gefilmten Arzt-Patient-Interaktionen konfrontiert wurden, also zunächst nur aufgrund ihrer eigenen Patientenerfahrungen, schätzten sie die Wichtigkeit vorgegebener Arzteigenschaften ein. Im folgenden werden diejenigen Korrelationen zwischen den Patientenerfahrungen und ihren Erwartungen berichtet, die systematische Zusammenhänge zeigen, d.h. die signifikante Korrelationen auf mehreren Variablenstufen aufweisen, signifikante Einzelkorrelationen bleiben außer Betracht.

Systematische Zusammenhänge zeigen sich zwischen der Häufigkeit der Arztkontakte und der Bedeutung, die die Versuchspersonen den Arzteigenschaften Interesse, Aufmerksamkeit, Fürsorge und menschliche Wärme beimessen. Je häufiger ihre Arztkontakte in den letzten 12 Monaten bzw. auch in den letzten 3 und/oder 24 Monaten sind, um so größer wird die Bedeutung dieser Eigenschaften (siehe Tabelle 1).

Eine zentrale Variable ist weiterhin das „sichere ärztliche Auftreten“. Ihre Bedeutung wird um so höher eingeschätzt, je häufiger die Versuchs-

Tabelle 1
Korrelationskoeffizienten zwischen der Variable ‚Anzahl der Arztkontakte‘
und ‚Beurteilungen bestimmter Arzteigenschaften‘ anhand einer 6stufigen
Skala (1 = sehr wichtig, 6 = nicht wichtig)

Arzteigenschaften	Arztkontakte (AK) in den letzten 3, 12, 24, 120 Monaten			
	AK 3	AK 12	AK 24	AK 120
Interesse	r = -.2228 p < .030	r = -.2285 p < .027	r = -.1824 p < .063	r = -.1331 p < .138
Aufmerksamkeit	r = -.1604 p < .089	r = -.1966 p < .049	r = -.1545 p < .098	r = -.0987 p < .210
Fürsorge	r = -.1036 p < .193	r = -.3020 p < .005	r = -.2347 p < .024	r = -.1096 p < .185
Menschliche Wärme	r = -.1812 p < .064	r = -.2275 p < .027	r = -.1515 p < .102	r = -.1067 p < .192
Sicheres ärztliches Auftreten	r = -.1739 p < .072	r = -.3148 p < .004	r = -.2966 p < .006	r = -.2394 p < .024
Ausführliche Untersuchung	r = -.2222 p < .030	r = -.2158 p < .034	r = -.1341 p < .131	r = -.1599 p < .095

personen in den letzten 3, 12, 24 und 120 Monaten einen Arzt aufgesucht haben. Interessanterweise ergibt sich ein umgekehrter Zusammenhang zur Anzahl der Krankheiten, die stationär bis zu 4 und länger als 4 Wochen behandelt wurden (bis zu 4 Wochen $r = .2626$, $p < .013$; länger als 4 Wochen $r = .2723$, $p < 0.10$). Je mehr Krankheiten dieser Art berichtet werden, um so unwichtiger wird „sicheres ärztliches Auftreten“ eingeschätzt. Bei kurzfristigen stationären Behandlungen bis zu einer Woche wird die Bedeutung sicheren ärztlichen Auftretens hingegen wiederum um so größer, je mehr Krankheiten dieser Form auftraten ($r = -.1782$, $p < .067$).

Zentral scheint schließlich auch die Ausführlichkeit der ärztlichen Untersuchung zu sein. Der Wunsch, daß eine Behandlung erst nach ausführlichen ärztlichen Untersuchungen eingeleitet wird, ist um so größer, je seltener ein Arzt in den vergangenen 3, 12 oder 120 Monaten aufgesucht wurde. Der gleiche Fall liegt vor, je seltener Krankheiten auftraten, die eine ambulante Behandlung von 3, 4 oder mehr als 4 Wochen erforderten (bei 3 Wochen $r = .2435$, $p < .020$; bei 4 Wochen $r = .3742$, $p < .001$; mehr als 4 Wochen $r = .3213$, $p < .003$).

Die eingeschätzten Bedeutungen der Arzteigenschaften weisen auch untereinander viele signifikante Zusammenhänge auf. Wenn man lediglich die Korrelationen, die mindestens auf dem 5-%-Niveau signifikant sind, einer

Betrachtung unterzieht, kristallisieren sich vier zentrale Arzteigenschaften heraus, die mit jeweils 6 weiteren Eigenschaften einen signifikanten Zusammenhang zeigen. Zu diesen Eigenschaften gehören die Aufmerksamkeit des Arztes, seine Kompetenz, seine menschliche Wärme und die Sympathie, die ihm entgegengebracht wird.

Die Schlußfolgerungen als Patient. Hat die Betrachtung unterschiedlich zentrierten Arztverhaltens, unterschiedlicher Sprache des Arztes und unterschiedlicher Betroffenheit des Arztes in der Arzt-Patient-Interaktion Einfluß auf die Schlußfolgerungen der Versuchspersonen? Gibt es einen Zusammenhang der Schlußfolgerungen mit den Erfahrungen als Patient? Tabelle 2 widmet sich der Frage und zeigt die Ergebnisse einer 2faktoriellen Varianzanalyse (Anzahl der Arztkontakte \times Geschlecht) hinsichtlich der Patientenschlußfolgerungen.

Tabelle 2 ergibt, daß die Einschätzung der Versuchspersonen, wie schnell die gezeigte Patientin im Film wieder gesund wird, von den Variablen Anzahl der Arztkontakte und Geschlecht abhängt. Grundsätzlich glauben Versuchspersonen mit seltenen Arztkontakten an eine schnellere Genesung. Darüber hinaus zeigt sich dieser Zusammenhang verstärkt bei den männlichen Versuchspersonen.

Ein Interaktionseffekt zeigt sich weiterhin hinsichtlich der Zufriedenheit mit der im Film gezeigten ärztlichen Kompetenz. Während männliche Ver-

Tabelle 2
 Varianzanalytische Ergebnisse der Patienten-Schlußfolgerungen zur Gesundungsgeschwindigkeit (GESU) und zur Zufriedenheit mit der ärztlichen Kompetenz (KOMPZU)
 GESU: 1 = sehr langsam, 6 = sehr schnell
 KOMPZU: 1 = sehr zufrieden, 6 = nicht zufrieden

	Patient				Sign
	männlich (a ₁) Arztkontakt		weiblich (a ₂) Arztkontakt		
	häufig (b ₁)	selten (b ₂)	häufig (b ₁)	selten (b ₂)	
GESU	2,80	3,94	3,83	3,76	B: F = 4,780 df = 1,66 p < .033 A×B: F = 6,756 df = 1,66 p < .012
KOMPZU	4,67	3,47	3,78	4,29	A×B: F = 8,352 df = 1,66 p < .005

suchspersonen bei häufigen eigenen Arztkontakten mit der Kompetenz unzufriedener sind, sind es bei den weiblichen Versuchspersonen diejenigen, die nur selten beim Arzt waren.

Auf alle anderen Patientenschlußfolgerungen hatten weder die eigenen Patientenerfahrungen noch das Geschlecht der Versuchspersonen einen Einfluß.

Tabelle 3 faßt alle Schlußfolgerungen der Versuchspersonen zusammen, die diese im Anschluß an die Beobachtung einer Arzt-Patient-Interaktion zogen. Für die in Tabelle 3 angegebenen 16 Schlußfolgerungen (angegeben jeweils auf 6stufigen Skalen) der Versuchspersonen wurden jeweils getrennte 3faktorielle Varianzanalysen (Zentrierung \times Betroffenheit \times Sprache) berechnet.

Bezüglich der Schlußfolgerung, wie schwer die Krankheit der Patientin im Film ist (1.), ergibt sich, daß die Krankheit schwerer eingeschätzt wird, wenn sich der Arzt betroffen zeigt ($F = 5.156$, $df = 1,66$, $p < .027$). Bei der Schlußfolgerung auf die Arztkompetenz (2.) zeigt sich, daß bei patientenzentriertem Arztverhalten höhere Kompetenz erschlossen wird ($F = 4.222$, $df = 1,66$, $p < .044$). Das erschlossene Interesse des Arztes am Fall (3.) ist größer bei patientenzentriertem Verhalten ($F = 31.083$, $df = 1,66$, $p < .0001$) und bei Betroffenheit des Arztes ($F = 4.530$, $df = 1,66$, $p < .037$). Ebenso wird die Zuwendung des Arztes zum Patienten (4.) höher eingeschätzt, wenn er sich patientenzentriert verhält ($F = 25.787$, $df = 1,66$, $p < .0001$). Patientenzentriertes Verhalten des Arztes führt außerdem dazu, daß die Zufriedenheit mit der Kompetenz des Arztes (5.) höher bewertet wird ($F = 4.560$, $df = 1,66$, $p < .037$) und auch insbesondere die Zufriedenheit mit der menschlichen Zuwendung des Arztes (6.) höher eingestuft wird ($F = 19.237$, $df = 1,66$, $p < .0001$). Darüber hinaus erscheint der Arzt bei patientenzentriertem Verhalten sympathischer (7.) ($F = 6.748$, $df = 1,66$, $p < .012$). Die Einschätzung des Arztwissens (8.) hängt von der Interaktion der beiden Variablen Zentrierung und Betroffenheit ab ($F = 4.339$, $df = 1,66$, $p < .042$). Bei arztzentriertem Verhalten wird das Arztwissen dann höher beurteilt, wenn sich der Arzt gleichzeitig nicht betroffen zeigt, bei patientenzentriertem Verhalten wird dagegen dann größeres Wissen unterstellt, wenn sich der Arzt gleichzeitig betroffen verhält. Dem Patienten wird genaueres Wissen über sein Gesundheitsproblem (9.) unterstellt, wenn sich der Arzt patientenzentriert verhält ($F = 10.922$, $df = 1,66$, $p < .003$). Ein Interaktionseffekt weist darauf hin, daß das Patientenwissen dann höher eingeschätzt wird, wenn sich der Arzt bei patientenzentriertem Verhalten nicht betroffen zeigt ($F = 5.111$, $df = 1,66$, $p < .027$). Bezüglich der erschlossenen Genesungsgeschwindigkeit der Patientin im Film (10.) zeigen sich keine signifikanten Befunde. Die Einschätzung, wie schwer das Gesundheitsproblem der Patientin in den Augen des Arztes ist (11.), hängt von

Tabelle 3
Patienten-Schlußfolgerungen im Anschluß an Arzt-Patient-Interaktionen.
Simulationsstudie. Ergebnisse der Varianzanalysen
(wiss. Sprache = wissenschaftliche Arztsprache; UmgangsSp = Umgangs-
sprache)

Schlußfolgerungen	Arztverhalten			
	patientenzentriert (A ₁)			
	betroffen (B ₁)		nicht betroffen (B ₂)	
	wiss. Sprache (C ₁)	UmgangsSp (C ₂)	wiss. Sprache (C ₁)	UmgangsSp (C ₂)
1. Krankheitsschwere (Patient) (1 = schwer)	4,00	3,88	5,00	3,88
2. Arztkompetenz (1 = kompetent)	3,00	3,38	3,13	3,00
3. Arztinteresse (1 = gering)	3,33	3,38	2,38	3,13
4. Arztzuwendung (1 = gering)	2,89	3,13	2,50	3,25
5. Zufriedenheit mit Kompetenz (1 = groß)	4,11	3,63	3,38	3,63
6. Zufriedenheit mit Zuwendung (1 = gering)	2,56	3,38	2,63	3,50
7. Sympathie (1 = sehr)	4,22	3,88	4,75	3,13
8. Arztwissen (1 = groß)	3,44	2,88	3,25	3,50
9. Patientenwissen (1 = groß)	3,33	4,50	4,50	4,13
10. Gesundungsgeschwindigkeit (1 = langsam)	3,56	3,38	3,75	4,25
11. Krankheitsschwere (Arzt) (1 = schwer)	3,89	4,11	5,75	5,00
12. Compliance (1 = gering)	2,89	4,33	3,88	3,88
13. Patientenzentrierung (1 = groß)	4,22	3,67	4,63	3,88
14. Arztbetroffenheit (1 = gering)	2,78	2,00	1,38	2,38
15. Arztsprache (1 = verständlich)	4,11	1,89	3,25	1,63
16. Arzteffektivität (1 = gering)	2,67	2,89	2,75	3,25

Arztverhalten				
arztzentriert (A ₂)				
betroffen (B ₁)		nicht betroffen (B ₂)		Sign
wiss. Sprache (C ₁)	Umgangsp (C ₂)	wiss. Sprache (C ₁)	Umgangsp (C ₂)	
3,60	3,75	4,11	4,29	B (p < .027)
3,60	3,63	3,22	4,29	A (p < .044)
1,70	2,00	1,56	1,00	A (p < .000) B (p < .037)
1,30	1,63	1,78	1,29	A (p < .000)
4,30	4,50	4,00	4,71	A (p < .037)
1,30	1,88	1,89	1,29	A (p < .000)
4,80	4,50	4,67	5,14	A (p < .012)
3,60	4,13	2,78	3,14	A × B (p < .042)
5,00	5,50	4,33	4,71	A (p < .003) A × B (p < .027)
3,40	3,38	3,67	3,57	n. s.
4,10	4,88	5,33	5,57	B (p < .000)
3,10	3,63	3,67	3,86	n. s.
5,60	5,50	5,33	5,57	A (p < .000)
2,20	1,75	1,44	1,14	B (p < .019)
4,20	3,50	3,33	2,43	A (p < .049) B (p < .017) C (p < .000)
3,50	2,75	3,78	3,29	n. s.

der gezeigten Betroffenheit des Arztes ab ($F = 34.984$, $df = 1,66$, $p < .0001$). Hinsichtlich der eingeschätzten Patienten-Compliance (12.) ergeben sich keine signifikanten Befunde. Die drei folgenden Einschätzungen der menschlichen Wärme des Arztes (13.), der Betroffenheit des Arztes (14.) und der Verständlichkeit seiner Sprache (15.) dienen der Überprüfung der Manipulation der drei unabhängigen Variablen. Die eingeschätzte Warmherzigkeit des Arztes ist bei patientenzentriertem Verhalten im Film größer als bei arztzentriertem Verhalten ($F = 25.201$, $df = 1,66$, $p < .0001$). Ebenso wird die Betroffenheit des Arztes bei betroffenem Arztverhalten im Film höher eingeschätzt ($F = 5.788$, $df = 1,66$, $p < .019$).

Auch die Arztsprache wird als verständlicher beurteilt, wenn sich der Arzt im Film der Umgangssprache bedient ($F = 19.364$, $df = 1,66$, $p < .0001$). Daneben hängt die Verständlichkeit der Sprache aber auch von der Betroffenheit des Arztes ab: verhält sich der Arzt nicht betroffen, so erscheint seine Sprache verständlicher ($F = 5.989$, $df = 1,66$, $p < .017$). Außerdem wird die Arztsprache als verständlicher eingeschätzt, wenn sich der Arzt patientenzentriert verhält ($F = 4.035$, $df = 1,66$, $p < .049$). Aufgrund der genannten Ergebnisse können die Manipulationen der Variablen Zentrierung, Betroffenheit und Sprache im Film als erfolgreich betrachtet werden. Hinsichtlich der eingeschätzten Effektivität des ärztlichen Arbeitens (16.) gab es keine signifikanten Befunde.

4.2. Die Untersuchung in Allgemeinpraxen

Zentral bei dieser Patientenbefragung in 10 Praxen von Allgemeinärzten ist die Frage, ob und inwieweit sich die Befunde aus der Simulationsstudie bestätigen lassen. Die Befunde aus der Simulationsstudie sollen nur dann akzeptiert werden, wenn sie durch diejenigen aus der Patientenbefragung bestätigt werden.

Die relevanten Patientenerfahrungen. Bei der Simulationsstudie korreliert die Patientenerfahrung in systematischer und signifikanter Weise insbesondere mit der Bedeutung, die Versuchspersonen den Arzteigenschaften Interesse, Aufmerksamkeit, Fürsorge, menschliche Wärme, sicheres ärztliches Auftreten sowie Ausführlichkeit der ärztlichen Untersuchung zuschrieben. Läßt sich dies in der Patientenbefragung bestätigen?

Die Häufigkeit der Arztkontakte korreliert (anders als in der Simulationsstudie) auf keiner der untersuchten Häufigkeitsstufen mit der eingeschätzten Wichtigkeit der genannten Arzteigenschaften. Ähnliches gilt für die Korrelationen mit der Patientenerfahrung ambulanter und stationärer Behandlungen (hier hatten sich in der Simulationsstudie einige signifikante Zusammenhänge ergeben): Keine dieser Patientenerfahrungen weist einen

Zusammenhang zu den genannten Wichtigkeitseinschätzungen der Patienten auf.

Interessant ist, daß alle Wichtigkeitseinschätzungen der Arzteigenschaften durch die befragten Patienten hoch untereinander korrelieren: Arztinteresse, ärztliche Aufmerksamkeit, ärztliche Sicherheit, Fürsorglichkeit des Arztes, Kompetenz des Arztes, Sympathischsein, verständliche Sprache, Ausführlichkeit der ärztlichen Untersuchung und menschliche Wärme des Arztes korrelieren alle mindestens mit $p < .09$ untereinander. Es liegt daher die Annahme nahe, daß diesen Einschätzungen eine gemeinsame Urteilsdimension bei den Patienten zugrunde liegt.

Die Schlußfolgerungen der Patienten. Hat nach dem ersten Arztkontakt (es wurden ausschließlich Patienten mit Erstkontakten befragt) die eingeschätzte Zentrierung des Arztes, die Arztsprache und die Betroffenheit des Arztes Effekte auf die Patientenschlußfolgerungen, die mit denen aus der Simulationsstudie übereinstimmen? Tabelle 4 zeigt die entsprechenden Ergebnisse aus der Feldstudie.

Die Einschätzung der Schwere der eigenen Krankheit (1.) korreliert hoch mit der Betroffenheit des Arztes: Je betroffener sich der Arzt zeigt, desto schwerer wird die eigene Krankheit eingeschätzt. Ein entsprechender Befund ergab sich in der Simulation.

Die Kompetenz des Arztes (2.) wird um so höher beurteilt, je patientenzentrierter sich der Arzt verhält (bestätigt die Befunde der Simulation), je betroffener er sich zeigt und je umgangssprachlicher er sich äußert. Das Interesse des Arztes am Fall (3.) wird um so höher eingeschätzt, je patientenzentrierter sich der Arzt verhält (bestätigt die Befunde der Simulation), je betroffener er sich zeigt und je umgangssprachlicher er spricht. Die Arztzuwendung (4.) wird um so größer empfunden, je patientenzentrierter sich der Arzt verhält (Bestätigung der Simulation), je betroffener er sich zeigt und je umgangssprachlicher er sich äußert. Die Zufriedenheit mit der Kompetenz des Arztes (5.) ist größer, je patientenzentrierter er sich verhält (Bestätigung der Simulation). Die Patienten sind mit der menschlichen Zuwendung des Arztes (6.) um so zufriedener, je patientenzentrierter er ist (Bestätigung der Simulation) und je umgangssprachlicher er spricht. Der Arzt wird um so sympathischer empfunden (7.), je patientenzentrierter er handelt (Bestätigung der Simulation) und je umgangssprachlicher er spricht. Das Wissen des Arztes (8.) wird um so höher eingeschätzt, je umgangssprachlicher dieser sich äußert (keine Bestätigung der Simulation). Hinsichtlich des Patientenwissens (9.) ergeben sich (anders als bei der Simulation) keine signifikanten Zusammenhänge. Die eigene Gesundung wird von den Patienten um so schneller erwartet (10.), je arztzentrierter sich der Arzt verhält (keine entsprechenden Befunde in der Simulation). Dem Arzt wird unterstellt, die eigene Krankheit um so schwerer einzuschätzen (11.), je

Tabelle 4
Erstkontakte in Allgemeinpraxen. Korrelationen zwischen dem Arztverhalten und den Patientenschlußfolgerungen im Anschluß an Arzt-Patient-Interaktionen

Patientenschlußfolgerungen	Zentrierung (6 = sehr patientenzentriert)		Betroffenheit (6 = sehr betroffen)		Sprache (6 = sehr verständlich)	
	r	p	r	p	r	p
1. Krankheitschwere (Patient) (6 = sehr schwer)	.2087	.065	.4405	.000	-.0630	.324
2. Arztkompetenz (6 = sehr groß)	.3408	.005	.2501	.032	.4638	.000
3. Arztinteresse (6 = sehr groß)	.5036	.000	.3248	.007	.3668	.003
4. Arztzuwendung (6 = sehr groß)	.6328	.000	.2906	.015	.4540	.000
5. Zufriedenheit mit Kompetenz (6 = sehr zufrieden)	.2386	.040	.1850	.088	.0783	.283
6. Zufriedenheit mit Zuwendung (6 = sehr zufrieden)	.4686	.000	.1694	.106	.5003	.000
7. Sympathie (6 = sehr)	.6467	.000	.2035	.066	.4467	.000
8. Arztwissen (6 = sehr groß)	.1773	.100	.0044	.487	.2406	.040
9. Patientenwissen (6 = sehr groß)	.0024	.493	-.0234	.434	-.0401	.387
10. Geschwindigkeit (6 = sehr schnell)	-.2783	.021	.2084	.065	-.1098	.212
11. Krankheitschwere (Arzt) (6 = sehr schwer)	.2982	.015	.5924	.000	.0266	.424
12. Compliance (6 = sehr groß)	.1179	.194	-.1983	.071	.1655	.109
13. Patientenzentrierung (6 = sehr groß)	.3400	.006	.3400	.006	.5719	.000
14. Arztbetroffenheit (6 = sehr betroffen)	.5719	.000	.1359	.159	.1359	.159
15. Arztsprache (6 = sehr verständlich)	.3269	.007	.0123	.464	.4667	.000
16. Arzteffektivität						

betroffener er sich zeigt (bestätigt die Resultate der Simulation) und je patientenzentrierter er sich verhält. Hinsichtlich der Compliance (12.) zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge (Bestätigung der Simulation). Der Arzt wird um so warmherziger empfunden (13.), je betroffener er sich zeigt und je umgangssprachlicher er spricht (keine Bestätigung in der Simulation). Die Einschätzung der Betroffenheit des Arztes (14.) korreliert mit der Arztzentrierung: Je patientenzentrierter sich der Arzt verhält, desto betroffener wirkt sein Verhalten (keine Bestätigung in der Simulation). Die Sprache des Arztes (15.) wird um so verständlicher eingestuft, je patientenzentrierter das Arztverhalten eingeschätzt wird (Bestätigung der Simulationsbefunde). Das ärztliche Arbeiten wird um so effektiver (16.) eingeschätzt, je patientenzentrierter der Arzt sich verhält und je umgangssprachlicher er sich äußert (keine Bestätigung durch die Simulationsbefunde).

5. Diskussion

Das bedeutendste Ergebnis der Patientenuntersuchung in Allgemeinpraxen sowie der Simulationsstudie ist wohl, daß die „echten“ wie die „simulierten“ Patienten weitgehend konsistente Schlußfolgerungen aus Arztverhalten ziehen. Bei neun von 16 erhobenen Patientenschlußfolgerungen ergeben sich übereinstimmend zum Teil recht differenzierte Befunde in der Simulation und in der Patientenbefragung. In beiden Studien zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen patientenzentriertem Arztverhalten und den Patientenschlußfolgerungen bezüglich der Kompetenz des Arztes, seines Interesses, seiner Zuwendung, der Zufriedenheit mit der ärztlichen Kompetenz und Zuwendung, der dem Arzt entgegengebrachten Sympathie und der Verständlichkeit der ärztlichen Sprache. Eine stärkere Patientenzentrierung im Arztverhalten führt in diesen Variablen zu einer positiveren Beurteilung des Arztes. Das Interesse des Arztes wird darüber hinaus in beiden Studien um so höher eingeschätzt, je betroffener sich der Arzt zeigt. Die Betroffenheit des Arztes weist weiterhin einen signifikanten Zusammenhang zur Einschätzung der Krankheitsschwere auf. Je betroffener sich der Arzt zeigt, um so schwerer wird die Krankheit vom Patienten eingeschätzt und auch beim Arzt wird eine schwerere Krankheitsbeurteilung vermutet. Aus diesen Ergebnissen folgt, daß die im Arztverhalten untersuchten Variablen „Zentrierung“ und „Betroffenheit“ übereinstimmend einen entscheidenden Einfluß auf diese neun Schlußfolgerungen haben. Hinsichtlich der dritten untersuchten Variable des Arztverhaltens „Sprache“ zeigen sich keine konsistenten Befunde.

Auf folgende Einzelbefunde, deren Übereinstimmung sich nicht in der Simulation und der Patientenbefragung nachweisen läßt, sei aufgrund ihrer

möglichen Relevanz für weitere Schlußfolgerungen und weitere Forschungsarbeiten hingewiesen. Hinsichtlich der Beurteilung des Patientenwissens und des Arztwissens zeigt sich in der Simulationsstudie ein signifikanter Interaktionseffekt der Variablen „Zentrierung“ und „Betroffenheit“ des Arztes. Das Patientenwissen und auch das Wissen des Arztes wird höher eingeschätzt, wenn sich der Arzt bei arztzentriertem Verhalten nicht betroffen verhält. Ein arztzentriertes Verhalten wirkt möglicherweise in Kombination mit gezeigter Betroffenheit auf den Patienten verunsichernd.

Ein weiterer Einzelbefund scheint, sofern er sich in weiteren Untersuchungen bestätigen ließe, durch seine möglichen Implikationen für ärztliches Verhalten interessant zu sein. Lediglich in der Patientenbefragung zeigt sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Patientenzentrierung des Arztes und der Einschätzung der Gesundungsgeschwindigkeit durch die Patienten. Je patientenzentrierter sich ein Arzt verhält, desto mehr glauben die Patienten, nur langsam wieder gesund zu werden.

Angesichts dieser Befunde wird deutlich, daß das Arztverhalten, insbesondere die Variablen „Zentrierung“ und „Betroffenheit“ für Patientenschlußfolgerungen eine große Bedeutung hat. Dies ist sowohl psychologisch wie „medizinpolitisch“ interessant.

Die psychologische Bedeutung unserer Befunde ergibt sich zunächst aus inhaltlichen Gründen. Die Vielfalt der berichteten Patientenschlußfolgerungen ist theoretisch kaum vorhersehbar und erklärbar – ein geeigneter theoretischer Ansatz ist hier also gefragt, wobei insbesondere auch auf Verhaltensfolgen der Patientenschlußfolgerungen einzugehen ist. Die psychologische Bedeutung der Resultate ergibt sich aber auch aus formalen Gründen. Die Breite und weitgehende Plausibilität der berichteten Patientenschlußfolgerungen zeigt die Bedeutung entsprechenden Arztverhaltens sowie entsprechender Schlüsse für Patienten. Ein verstärktes Interesse sollte daher im Rahmen der „Angewandten Sozialpsychologie“ (Schultz-Gambard, 1987; Haisch, 1983) den Interaktionen zwischen Arztverhalten und Patientenschlußfolgerungen gelten, gerade weil unter „gesundheitspsychologischen“ Aspekten (Lütjen & Frey, 1987) Patientenschlußfolgerungen sicherlich wesentlich die Gesundheitsmotivation (Motivation zur Aufnahme, Durchführung und Beendigung gesundheitsförderlicher oder gesundheitswiederherstellender Maßnahmen; Taylor, 1986) bestimmen.

Unsere Befunde scheinen aber auch „medizinpolitisch“ interessant zu sein. Die vermehrte Zuwendung (Patientenzentrierung) des Arztes zum Patienten wird von ärztlicher wie Patientenseite (z.B. Besel, 1987) gewünscht. Verändert man Arztverhalten aber in Richtung vermehrter Patientenzentrierung, darf man nicht vergessen, daß Patienten diese Verhaltensänderung mit dem Wissen über bisheriges Arztverhalten konfrontieren können (siehe z.B. Hasenbring & Ahrens, 1986). Unsere Befunde zum

patientenzentrierten Arztverhalten können möglicherweise auf dieser Grundlage verstanden werden: wird beispielsweise eine schnellere Gesundung bei arztzentriertem Arztverhalten erwartet, dann kann dies bedeuten, daß Patienten zu dem bekannten und bewährten Arztverhalten in dieser Hinsicht eben mehr „Vertrauen“ haben und sich dann auch motivierter zeigen, an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilzunehmen. Eine Reform ärztlichen Handelns (Besel, 1987) sollte daher den Aspekt des Patientenwissens und der Patientenschlußfolgerungen mitberücksichtigen.

Summary

We report on a simulation study with 72 student subjects as well as on an inquiry of 58 patients on the doctor-patient interaction. We were especially interested in inferences that patients draw from general practitioners' behaviors, i. e., their warmth, their kind of talk, and their embarrassment. The simulation study as well as the inquiry reveal patients' inferences that were highly consistent in 9 (out of 16) dependent variables. Patients' inferences on the state of the disease, on the doctor's competence, interest and warmth, on the doctor's kind of talk and sympathy, all consistently depended on the doctor's behaviors. The psychological as well as medical implications of these results are discussed.

Literatur

- Balint, M. (1957). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett.
- Bartlett, E. E. (1981). *The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall, and adherence*. Phd Thesis, John Hopkins University, Baltimore.
- Besel, K. (Hrsg.) (1987). *Psychosomatisches Handeln in der Allgemeinmedizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bischoff, C. & Zenz, H. (Hrsg.) (1989). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber.
- Cartwright, A. (1964). *Human relations and hospital care*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Haisch, J. (Hrsg.) (1983). *Angewandte Sozialpsychologie*. Bern: Huber.
- Haisch, J. (1987). Arztverhalten und Gesundheitseinschätzungen durch Patienten. In K. Besel (Hrsg.), *Psychosomatisches Handeln in der Allgemeinmedizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Haisch, J. (1988). Patientenschlußfolgerungen und Arztverhalten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 64, 1431—1434.
- Hasenbring, M. & Ahrens, S. (1986). Zur Arzt-Patient-Beziehung in der ambulanten medizinischen Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36, 274—283.
- Lütjen, R. & Frey, D. (1987). Gesundheitspsychologie — Sozialpsychologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit. In J. Schultz-Gambard (Hrsg.), *Angewandte Sozialpsychologie*. Weinheim, München: Psychologie Verlags Union.

410 Jochen Haisch, Gisela Gundlach und Mechthild John, Sprache und Überzeugung usw.

Méndez, A., Shymansky, J. A. & Wolraich, M. (1986). Verbal and nonverbal behavior of doctors while conveying distressing information. *Medical Education*, 20, 437—443.

Paul, T. & Pudal, V. (1981). Non-Compliance aus psychologischer Sicht. *Diagnostik*, 14, 613—618.

Schultz-Gambard, J. (Hrsg.) (1987). *Angewandte Sozialpsychologie*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.

Anschrift des Verfassers: Priv.-Doz. Dr. Jochen Haisch, Universität Ulm, Forschungsstelle Allgemeinmedizin, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm/Donau.