

Zuwendung des Allgemeinarztes und Bewertungen des Patienten: Aspekte der Compliance-Bereitschaft?

J. Haisch¹, Gisela Gundlach², Mechthild John², A. Stulik², T. Reuter¹

¹Universität Ulm, Forschungsstelle Allgemeinmedizin, Ulm

²Universität Bielefeld, Abteilung Psychologie, Bielefeld

General practitioners' patient-centered behavior and patients' inferences: conditions for compliance?

This study was conducted to examine the influence of general practitioner's behavior (i.e. the patient-centered behavior) on patients' inferences as well as on patient's compliance. We demonstrated in a simulation study as well as in an inquiry of patients in general practice that doctor's competence, interest and sympathy are estimated higher, if the doctor's behavior is patient-centered. Significant single results are reported in respect to patients' knowledge, their inference on the state of the disease and on the convalescence. Patient-centered behavior did not have a direct influence on patients' compliance.

Key words

Patient-centered behavior – general practitioner – patients' inferences – compliance

Zusammenfassung

Es wird eine Untersuchung dargestellt, die sich mit der Frage beschäftigt, welchen Einfluß patientenzentriertes Arztverhalten auf die Schlußfolgerungen von Patienten hat, insbesondere wie es sich auf die Bereitschaft von Patienten auswirkt, Compliance zu zeigen. In einer zu einer Simulationsstudie parallel angelegten Patientenbefragung in Allgemeinpraxen konnte nachgewiesen werden, daß die Arztkompetenz und das Arztinteresse höher und die Sympathie zum Arzt größer eingeschätzt werden, wenn sich der Arzt patientenzentriert verhält. Signifikante Einzelbefunde zeigten sich hinsichtlich des Patientenwissens, der beim Arzt vermuteten Einschätzung der Krankheitsschwere und der erwarteten Konvaleszenz. Direkte Auswirkungen patientenzentrierten Arztverhaltens auf die Patienten-Compliance ergaben sich nicht.

1. Einführung

Svarstad (1987) gibt einen Überblick über Bedingungen im Verhalten des Allgemeinarztes, die die Patienten-Compliance erhöhen. Neben Möglichkeiten, das (therapeutische) Verständnis und die Erinnerungsleistung des Patienten für Arztanweisungen durch allgemeinärztliches Handeln zu verbessern (*Ley* 1977), berichtet die Autorin im Anschluß an ihr sog. „health communication model“ insbesondere allgemeinärztliche Möglichkeiten, die Motivation von Patienten zu beeinflussen. Diese Möglichkeiten sollen in (1) positiver Beeinflussung und Verstärkung des Patienten, (2) positiver Erwartung und Anweisung, (3) Anteilnahme und Unterstützung bei negativer Patientenrückmeldungen, (4) Compliance-Überwachung und Nachfragen und (5) Aufgeschlossenheit und Freundlichkeit bestehen.

In bezug auf die ärztliche Verhaltensstrategie (5) bestätigen *Robins* und *Wolf* (1988), daß Patienten eher bereit sind, Compliance gegenüber ärztlichen Ratschlägen zu zeigen, wenn ihnen der Arzt freundlich gegenübertritt. In einer

Befragung von 155 Personen stellen *Bochmann* und *Petermann* (1989) fest, daß Freundlichkeit des Arztes insbesondere Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt schafft, nicht aber mit der Compliance-Bereitschaft der Patienten direkt zusammenhängt; allerdings korrelieren die Faktoren „Zeitaufwendung“ und „Schmerzwahrnehmung“, die u.a. die Compliance beeinflussen, hoch mit diesem Vertrauensfaktor.

Andere ärztliche Verhaltensweisen, z.B. Strategien (3) oder (4) bei *Svarstad* (1987), werden von übergeordneten Prozessen abhängig sein. *Haisch* und *Haisch* (1989) zufolge ist der Arzt für Patienten üblicherweise eine „schlechte Vergleichsperson“, an der sich Patienten infolge sozialer, gesundheitlicher, etc., „Unähnlichkeit“ kaum orientieren. Verhaltensvorschriften, Unterstützung und Überwachung durch den Arzt können demnach den Patienten unberührt lassen, wenn er den Arzt als „unähnlich“ zur eigenen Person einstuft.

Grundsätzlich ist die Wirkung ärztlicher Verhaltensweisen auf Patientenverhalten bereits von *Balint* (z. B. 1957) behandelt worden. *Hasenbring* und *Ahrens* (1986) stel-

len seinen Ansatz in den Rahmen empirischer Forschung und konfrontieren „patientenzentriertes“ und „arztzentriertes“ Arztverhalten. Klassifiziert man als patientenzentriert solches allgemeines ärztliches Verhalten, in dessen Rahmen Blickkontakt gesucht, Patienten ohne Unterbrechung ruhig zugehört und der Patient zu eigenen Fragen ermuntert wird, dann hat dies deutliche Wirkungen auf den Patienten. In einer Simulation (Beurteilung gespielter Arzt-Patient-Interaktionen durch 68 studentische Probanden) fand Haisch (1988), daß entsprechend patientenzentriertes Arztverhalten den (Patienten-) Schluß nahelegt, der Arzt besitze Kompetenz, habe Interesse am Fall, wisse über das Gesundheitsproblem des Patienten Bescheid und sei sympathisch. Interessant ist, daß in dieser Simulation die Bewertung des Arztverhaltens von den Erfahrungen der Beurteiler als Patient abhängig ist: Nur bei häufigeren kurzfristig zurückliegenden Arztkontakten wurde das „Interesse des Arztes am Fall“ z. B. als wichtig angesehen, nur bei häufigeren kurzfristig zurückliegenden Arztkontakten wurde die „menschliche Wärme“ beispielsweise als wesentlich betrachtet.

Bei dieser Simulation wurden die Versuchspersonen in Gruppen 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 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 Patientenzentrierung im Arztverhalten unterschiedliche 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.

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.

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 des im Film gezeigten Patienten zu versetzen und anhand eines Fragebogens das Arztverhalten und die Empfindungen der Patientin zu beurteilen. Dabei wurde das Arztverhalten vor allem hinsichtlich der Variablen Kompetenz, Interesse, menschliche Zuwendung, Sympathischsein, Sicherheit bei der Diagnose (Arztwissen), seiner Bewertung der Krankheitsschwere eingeschätzt. Durch die Rollenübernahme der Patientin sollte weiterhin ihre Sicherheit bezüglich der Diagnose (Patientenwissen), ihre Einschät-

zung der Krankheitsschwere und der Genesungsgeschwindigkeit sowie ihre zu erwartende Compliance beurteilt werden.

Der Vorteil einer Simulation, in der (wie bei Haisch 1988) interessierendes patientenzentriertes und arztzentriertes Arztverhalten im Videofilm systematisch (gespielt) variiert und Patientenverhalten (gespielt) standardisiert werden kann, birgt den Nachteil relativ großer „Realitätsferne“; beispielsweise befinden sich die urteilenden Probanden nicht in der tatsächlichen Interaktion, sie sollen sich lediglich in die Rolle des vorgespielten „Patienten“ hineinversetzen. Die externe Validität der Simulationsbefunde ist daher stets umstritten (Haisch 1989). Im folgenden wird deshalb eine Patientenbefragung in Allgemeinpraxen berichtet, in der die gefundenen Auswirkungen patientenzentrierten Arztverhaltens „realitätsnah“ systematisch überprüft werden sollten.

2. Patientenbefragung in Allgemeinpraxen

2.1. Methode

In einer parallel zur erwähnten Simulationsstudie angelegten Patientenbefragung wurden 36 Frauen und 22 Männer in Wartezimmern niedergelassener Ärzte zunächst nach ihren Patientenerfahrungen und Erwartungen an den Arzt befragt. Danach wurden sie zum Erstgespräch zum Arzt gerufen (es wurden ausschließlich Erstkontakte untersucht) und im Anschluß an das Gespräch wieder im Wartezimmer (im Rahmen eines selbstentwickelten Fragebogens) zu ihren Einschätzungen des erlebten Arztverhaltens befragt. Anders als in der experimentellen Simulationsstudie konnte das Arztverhalten im Zusammenhang mit der Patientenbefragung nicht manipuliert werden, vielmehr wurde es über die Patientenurteile hinsichtlich „Zentrierung“ klassifiziert.

Nach Anschreiben von über 100 niedergelassenen Ärzten waren 15 Allgemeinärzte einer großstädtischen Region bereit, während eines Quartals (Juli bis September 1988) teilzunehmen. Aufgrund fehlender Patientenangaben oder wegen fehlender Erstkontakte konnten letzten Endes Patientenangaben aus zehn Praxen ausgewertet werden. Die kooperationswilligen Praxen stellen sicherlich eine stark selektierte Auswahl dar, da anzunehmen ist, daß insbesondere bei jungen Praxisinhabern Interesse an den Patienteneinschätzungen (über die nach Abschluß der Untersuchung Aufschluß gegeben wurde) besteht. Langjährig tätige Praxisinhaber kennen ihre Patienten dagegen so gut, daß sie kein Interesse an einer Untersuchung der Einschätzungen ihrer Patienten haben. Die Patienten hatten ein Durchschnittsalter von knapp 29 Jahren, die Anzahl der Arztkontakte wurde für die letzten drei Monate mit durchschnittlich zwei und für die letzten zwölf Monaten mit durchschnittlich fünf angegeben. Ihre bisher schwerste Krankheit stuften die Patienten mit durchschnittlich 3,0 ein (1 = ungefährlich; 6 = lebensbedrohlich).

2.2. Ergebnis

Tab. 1 zeigt zunächst alle Einschätzungen, die Patienten nach ihren Erstkontakten zum Arzt vorzunehmen hatten, auch die Einschätzung des Ausmaßes an Patientenzentrierung im Arztverhalten oblag den Patienten.

Betrachtet man lediglich die Korrelationen von Patienteneinschätzungen mit einem $p < 0,05$, dann sind

Tab. 1 Erstkontakte in Allgemeinpraxen. Korrelationen zwischen dem Arztverhalten und den Patientenschlußfolgerungen im Anschluß an Arzt-Patient-Interaktionen

	Arztverhalten Zentrierung (6 = sehr patientenzentriert)	
Patientenschlußfolgerungen		
Krankheitsschwere (Patient) (6 = sehr schwer)	$r = .2087$	$p \leq .065$
Arztkompetenz (6 = sehr groß)	$r = .3408$	$p \leq .005$
Zufriedenheit mit Kompetenz (6 = sehr zufrieden)	$r = .2386$	$p \leq .040$
Arztinteresse (6 = sehr groß)	$r = .5036$	$p \leq .000$
Arztzuwendung (6 = sehr groß)	$r = .6328$	$p \leq .000$
Zufriedenheit mit Zuwendung (6 = sehr zufrieden)	$r = .4686$	$p \leq .000$
Sympathie (6 sehr)	$r = .6467$	$p \leq .000$
Arztwissen (6 = sehr groß)	$r = .1773$	$p \leq .100$
Patientenwissen (6 = sehr groß)	$r = .0024$	$p \leq .493$
Gesundungsgeschwindigkeit (6 = sehr schnell)	$r = -.2982$	$p \leq .021$
Krankheitsschwere (Arzt) (6 = sehr schwer)	$r = .2982$	$p \leq .015$
Compliance (6 = sehr groß)	$r = .1179$	$p \leq .194$
Arztbetroffenheit (6 = sehr betroffen)	$r = .3400$	$p \leq .006$
Arztsprache (6 = sehr verständlich)	$r = .5719$	$p \leq .000$
Arzteffektivität (6 = sehr groß)	$r = .3269$	$p \leq .007$

dies elf Zusammenhänge. Die Kompetenz des Arztes wird um so größer eingeschätzt, je patientenzentrierter das Arztverhalten bewertet wird; die Zufriedenheit mit der Arztkompetenz wird größer, je größer die Patientenzentriertheit des Arztverhaltens ist; die Zuwendung des Arztes sowie die Zufriedenheit mit dieser Zuwendung wird um so größer, je patientenzentrierter das Arztverhalten eingeschätzt wird; das Arztinteresse wird bei ärztlicher Patientenzentrierung größer eingeschätzt; die Sympathie zum Arzt wird größer empfunden bei ärztlicher Patientenzentrierung; die Geschwindigkeit der eigenen Gesundung wird geringer eingeschätzt bei patientenzentriertem Arztverhalten; dem Arzt wird unterstellt, daß er die Erkrankung als schwerer beurteilt, wenn er sich patientenzentriert verhält; der Arzt wird als betroffener von der Erkrankung und seine Sprache als verständlicher erlebt, wenn er sich patientenzentriert verhält; schließlich wird das Arbeiten des Arztes als effektiver eingeschätzt, wenn er sich patientenzentrierter zeigt. Die Absicht der Patienten, den Arztanweisungen gegenüber Compliance zu zeigen, stand nicht im Zusammenhang der ärztlichen Patientenzentrierung.

Tab. 2 Übereinstimmende Befunde in Simulation und Patientenbefragung

Patienteneinschätzung		Arztverhalten
Kompetenz des Arztes	↑	Patientenzentrierung ↑
Arztinteresse	↑	Patientenzentrierung ↑
Zufriedenheit mit Kompetenz	↑	Patientenzentrierung ↑
Zufriedenheit mit Zuwendung	↑	Patientenzentrierung ↑
Sympathischsein des Arztes	↑	Patientenzentrierung ↑
Compliance		nicht abhängig vom Arztverhalten

Will man diese Befunde bewerten, so ist sicherlich ihre interne Validität zu kritisieren (vgl. Lösel & Novack 1987). Wir wollen daher von einer Verallgemeinbarkeit bei denjenigen Befunden ausgehen, die sich in der (eher intern validen) Simulationsstudie und in der (eher extern validen) Patientenbefragung konsistent ergeben haben. Tab. 2 faßt diese Befunde zusammen.

Hohe Patientenzentrierung im Arztverhalten bedingt sowohl in der Simulation als auch in der Befragung übereinstimmende Schlußfolgerungen der Patienten auf hohe Kompetenz des Arztes, großes Interesse des Arztes am Fall, hohe Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen Kompetenz und Zuwendung, große Sympathie zum Arzt. Die Absicht der Patienten, Compliance gegenüber den Arztanweisungen zeigen zu wollen, erweist sich in beiden Untersuchungen als unabhängig vom untersuchten Arztverhalten.

3. Diskussion

Ein direkter positiver Einfluß von patientenzentriertem Arztverhalten auf die Patienten-Compliance konnte weder in der Simulation noch in der Befragung nachgewiesen werden. Es zeigten sich jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen patientenzentriertem Arztverhalten und Patientenschlußfolgerungen, die möglicherweise als intervenierende Variablen wirken. So kann beispielsweise angenommen werden, daß die Einschätzung hoher Arztkompetenz, des Arztinteresses und auch der Sympathie zum Arzt (konsistente Befunde in Simulation und Befragung) Einfluß auf die Compliance der Patienten haben wird. Auch ein größeres Patientenwissen bezüglich ihres Gesundheitsproblems, das sich im Anschluß an patientenzentriertes Arztverhalten ergab (lediglich in der Simulation signifikant), könnte Patienten-Compliance positiv beeinflussen.

Weiterhin liegt es nahe, daß Schlußfolgerungen bezüglich der Krankheitsschwere und der Gesundungsgeschwindigkeit als intervenierende Variablen wirksam werden können. Eine beim Arzt vermutete Einschätzung der Krankheit als schwer und eine damit verbundene Erwartung langsamer Genesung nach patientenzentriertem Arztverhalten (lediglich in der Befragung signifikant) könnte zu einer höheren Patienten-Compliance führen. Weitere empirische Forschung ist hier offenbar dringend erforderlich. Dies gilt auch für die von Bochmann und Petermann (1989, S. 174) gezogenen Schlußfolgerungen, „...daß in Deiner Behandlungssituation die Compliance nur dann durch Vertrauen erhöht werden kann, wenn keine „harten“ Faktoren wie „Nebenwirkungen“, „Bekanntheit des Medikaments“ oder „Wirkung des Medikaments“ die Compliance verringern.“ Nach unserer Auffas-

sung gilt diese Forderung nach gezielter weiterer Forschung insbesondere deshalb, weil in unserer wie der Untersuchung von *Bochmann* und *Petermann* stets nur die Compliance-Ab-sicht der Patienten erfragt wurde, das tatsächliche Compliance-Verhalten der Patienten aber ohne Untersuchung blieb. Eine solche Untersuchung des Compliance-Verhaltens macht eine Längsschnittstudie erforderlich, in der etwa aufgrund bekannter Medikation beim Patienten die Compliance objektiv (z. B. durch wiederholte Blutuntersuchungen) und subjektiv (wiederholte Befragung) erhoben wird.

Ein Befund aus der Patientenbefragung soll schließlich noch gesondert aufgegriffen werden, nämlich die Einschätzung geringerer Gesundheitsgeschwindigkeit durch den Patienten bei patientenzentriertem Arztverhalten. Dieser Befund (wie auch der nicht signifikante Befund, daß patientenzentriertes Arztverhalten beim Patienten und – signifikant – beim Arzt die Einschätzung einer schweren Erkrankung bedingt, s. Tab. 1) kann darauf hinweisen, daß patientenzentriertes Arztverhalten nur bei Berücksichtigung des Patientenwissens die sonst überwiegenden erwünschten Folgen auf Patientenseite zeigt. Auch wenn nämlich Patientenzentrierung zu einer positiven Bewertung der Arzt-Patient-Interaktion durch den Patienten führt und auch ein (zumindest indirekter) positiver Einfluß auf die Patienten-Compliance zu erkennen ist, kann eine Veränderung des Arztverhaltens in Richtung vermehrter Patientenzentrierung eine Irritation für den Patienten darstellen. Für Patienten, die arztzentriertes Verhalten als bekannt und bewährt einschätzen, kann ein unbekanntes patientenzentriertes Arztverhalten auch eine Verunsicherung bedeuten.

Literatur

- Balint, M.* (1957): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart
- Bochmann, F., F. Petermann* (1989): Compliance bei medikamentösen Therapieformen unter besonderer Berücksichtigung von Vertrauensaspekten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 37, 162–175
- Haisch, J.* (1987): Arztverhalten und Gesundheitseinschätzungen durch Patienten. Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule 199, 1377–1382
- Haisch, J.* (1988): Patientenschlußfolgerungen und Arztverhalten. Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule 207, 1431–1434
- Haisch, J.* (1989): Legal thought, attribution, and sentencing. In: *Wenger, H., Lösel, F., Haisch, J.* (Eds): Criminal behavior and the justice system: Psychological perspectives. New York: Springer
- Haisch, J., I. Haisch* (1989): Soziale Vergleichsprozesse in Psychotherapie und Gesundheitspsychologie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 39, 26–32
- Hasenbring M., St. Ahrens* (1986): Zur Arzt-Patient-Beziehung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 36, 274–283
- Ley, P.* (1977): Psychological studies of doctor-patient-communication. In: *Rachmann, S.* (Ed.): Contributions to medical psychology. Oxford: Pergamon
- Lösel, F., W. Novack* (1987): Evaluationsforschung. In: *Schultz-Gambard, J.* (Hrsg.): Angewandte Sozialpsychologie. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Robins, L. S., F. M. Wolf* (1988): Confrontation and politeness strategies in physician-patient-interactions. Social Science and Medicine 27, 217–221
- Svarstad, B. L.* (1987): Patient-practitioner relationships and compliance with prescribed medical regimens. In: *Aiken, L. H. & D. Mechanic* (Eds.): Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy. New Brunswick: Rutgers University Press 1987

Dr. J. Haisch

Arbeitsgemeinschaft Allgemeinmedizin, Universität Ulm
Am Hochstreb 8
7900 Ulm