

**Aus der Klinik für
Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie
Rheinische Kliniken Düsseldorf
Ärztlicher Direktor
Professor Dr. Dr. Wolfgang Tress**

**GEFÜHLSBEZOGENE UND EMPATHISCHE INTERAKTION
IN DER SPRECHSTUNDE DES HAUSARZTES
UND SEINE DIAGNOSTIK
PSYCHISCHER UND PSYCHOSOMATISCHER
ERKRANKUNGEN**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Christiane Rebensburg

2009

Als Inauguraldissertation gedruckt
mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf
Dekan

Referent: Univ.-Prof. Dr. Johannes Kruse
Korreferent: Univ.-Prof. Dr. Johannes Siegrist

Inhaltsverzeichnis:

1.	Zusammenfassung	5
2.	Einleitung	6
2.1.	Zur Relevanz der Thematik	6
2.2.	Rahmenbedingungen der Arbeit	10
3.	Zur Forschungssituation - theoretischer Teil	11
3.1.	Forschungszusammenhang der Arbeit.....	11
3.2.	Die Interaktion von Arzt und Patient.....	16
3.2.1.	Die Arzt-Patient-Beziehung als Gegenstand der empirischen Sozialforschung	16
3.2.1.1.	Zu den Zielen und Aufgaben der Arzt-Patient-Beziehung.....	17
3.2.1.2.	Typologien und Modelle der Arzt-Patient-Beziehung	20
3.2.1.3.	Patientenzentrierte Medizin	23
3.2.1.4.	Zum Faktor Zeit und „Reason for Visit“	25
3.2.1.5.	Patienten-Zufriedenheit und Compliance.....	27
3.2.1.6.	Outcome-Variablen.....	29
3.2.1.7.	Erlernbarkeit und Training von Arzt-Skills.....	30
3.2.2.	Interaktionsanalyse der Arzt-Patient-Beziehung.....	33
3.2.2.1.	Verbreitete kategoriale Systeme der Interaktionsanalyse	33
3.2.2.2.	Reviews, Metaanalysen und Kritik.....	36
3.2.3.	Sprach- und emotionspsychologische Beiträge zur Analyse der Arzt- Patient-Interaktion	41
3.2.3.1.	Formal-quantitative, inhalts- und diskursanalytische Verfahren.....	41
3.2.3.2.	Gefühle bzw. Emotionen im Lichte sprachwissenschaftlicher Ansätze	44
3.2.3.3.	Emotionspsychologische Aspekte.....	45
3.3.	Zum Konzept der Empathie	48
3.3.1.	Zum Begriff der Einfühlung bzw. Empathie	48
3.3.2.	Ansätze der Empathieforschung	49
3.3.2.1.	Empathie in der klientenzentrierten Tradition	49
3.3.2.2.	Empathie im psychoanalytischen Kontext.....	51
3.3.2.3.	Empathie in der Entwicklungs- und Sozialpsychologie	55
3.3.3.	Komplexe Modelle der Empathie	56
3.3.3.1.	Affektive und kognitive Seite der Empathie	56
3.3.3.2.	Phasenmodelle der Empathie	56
3.3.4.	Messverfahren für Empathie	58
3.3.4.1.	Einteilungskriterien für Messverfahren	58
3.3.4.2.	Verbreitete Messverfahren der Empathie.....	59
3.3.4.3.	Probleme der Messung von Empathie	63
3.3.4.4.	Empathie als multidimensionales Konzept.....	64
3.4.	Affektive und empathische Interaktion in der Sprechstunde	66
3.4.1.	Aspekte affektiven Verhaltens in der Konsultation	66
3.4.2.	Hausärztliche Behandlungsstrategien bei emotionalen Problemen des Patienten	69
3.4.3.	Zur Bedeutung von Empathie im Sprechstundengeschehen.....	73
3.4.4.	Präsentation und Direktheit emotionaler Angebote des Patienten	74
3.4.5.	Identifikation psychischer Erkrankungen	76
3.4.6.	Modelle und empirische Studien empathischer Interaktion beim Hausarzt	78
3.4.7.	Empathie als Herausforderung für Hausärzte	82

4.	Fragestellungen der Arbeit.....	86
4.1.	Schlussfolgerungen und Entwicklung der Fragestellungen.....	86
4.2.	Die Fragestellungen der Arbeit.....	89
5.	Methode.....	91
5.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	91
5.2.	Verwendete Untersuchungsmaterialien.....	93
5.2.1.	Audiomitschnitte der Konsultationen.....	93
5.2.2.	Transkriptionen nach dem Ulmer Modell.....	93
5.3.	Untersuchungsgegenstand und Instrumente.....	96
5.3.1.	Dyadische gefühlsbezogene Kommunikation.....	96
5.3.2.	Expertenrating.....	98
5.3.3.	Zur Definition gefühlsbezogener Äußerungen und Gesprächsabschnitte.....	99
5.3.4.	Direkte vs. indirekte Gefühlsäußerungen.....	103
5.3.5.	Rating der ärztlichen Empathie.....	104
5.4.	Ablauf der Gesprächsanalyse.....	107
5.5.	Statistische Verfahren.....	109
5.5.1.	Zum Rating.....	109
5.5.2.	Inter-Rater-Reliabilität.....	109
5.5.3.	Sonstige statistische Vorgehensweise.....	111
6.	Darstellung der Ergebnisse.....	112
6.1.	Deskriptive Analyse der Konsultationsgespräche.....	112
6.1.1.	Gesprächsumfänge, -Anfänge und -Enden.....	112
6.1.2.	Anteil sachlicher und gefühlsbezogener Interaktion.....	113
6.1.2.1.	Sachliche und gefühlsbezogene Äußerungen.....	113
6.1.2.2.	Gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte.....	113
6.1.3.	Initiierung gefühlsbezogener Interaktion -vergleichender Überblick.....	114
6.1.4.	Patienteninitiierte Gesprächsabschnitte.....	115
6.1.4.1.	Patienten initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Gefühlsangebote an die Ärzte.....	115
6.1.4.2.	Reaktionen der Ärzte auf Gefühlsangebote der Patienten.....	116
6.1.5.	Arztinitiierte gefühlsbezogene Abschnitte.....	117
6.1.5.1.	Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Nachfragen an die Patienten.....	117
6.1.5.2.	Reaktion der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte.....	118
6.1.5.3.	Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Ausdrücken eigener Gefühle.....	118
6.1.5.4.	Reaktion der Patienten auf eigene Gefühlsäußerungen der Ärzte.....	119
6.1.5.5.	Emotionsbezogene Äußerungen von Ärzten in der Gesamtstichprobe.....	120
6.1.6.	Ärztliche Empathie als Reaktion auf emotionale Angebote der Patienten.....	121
6.2.	Deskriptive und inferenzstatistische Analyse der Untersuchungsgruppen.....	123
6.2.1.	Gesprächsumfänge im Gruppenvergleich.....	123
6.2.2.	Anteil sachlicher und gefühlsbezogener Kommunikation - im Gruppenvergleich.....	124
6.2.2.1.	Sachliche und gefühlsbezogene Äußerungen - im Gruppenvergleich.....	124
6.2.2.2.	Sachliche und gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte - im Gruppenvergleich.....	125
6.2.3.	Patienteninitiierte Gesprächsabschnitte - im Gruppenvergleich.....	126
6.2.3.1.	Patienten initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Gefühlsangebote an die Ärzte - im Gruppenvergleich.....	126

6.2.3.2.	Reaktion der Ärzte auf Gefühlsangebote der Patienten - im Gruppenvergleich	129
6.2.4.	Arztinitiierte Gesprächsabschnitte	132
6.2.4.1.	Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Nachfragen an die Patienten - im Gruppenvergleich	132
6.2.4.2.	Reaktion der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich	136
6.2.4.3.	Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Ausdrücken eigener Gefühle - im Gruppenvergleich	138
6.2.4.4.	Reaktion der Patienten auf eigene Gefühlsäußerungen des Arztes - im Gruppenvergleich	142
6.2.5.	Ärztliche Empathie als Reaktion auf emotionale Angebote der Patienten - im Gruppenvergleich	144
7.	Diskussion	147
7.1.	Zur Thematik der Arbeit.....	147
7.2.	Zur verwendeten Methodik - Variablen und Untersuchungsinstrumente	148
7.2.1.	Verwendete Untersuchungskriterien	148
7.2.2.	Rating durch Band- und Transkriptanalysen	149
7.2.3.	Erfassung von Empathie	150
7.3.	Diskussion der Befunde	152
7.3.1.	Interaktionsgestaltung bei korrekt identifizierten psychisch erkrankten Patienten und ihren Ärzten	152
7.3.2.	Zur ärztlichen Einfühlsamkeit	156
7.3.3.	Diskussion der Untersuchungsvariablen und weiterer Befunde	159
7.4.	Ausblick.....	164
8.	Literaturverzeichnis	166
9.	Anhang.....	181
9.1.	Verzeichnis der Tabellen	181
9.2.	Verwendete Empathieskala	183
9.3.	Lebenslauf	185

1. Zusammenfassung

Die Identifikation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen des Patienten durch den Hausarzt gelingt vor allem dann, wenn Patienten ihre Beschwerden und sie belastende Themen zur Sprache bringen. Relevante Wirkfaktoren zur Entfaltung psychischer Inhalte in der Sprechstunde sind die Sensitivität des Arztes gegenüber den emotionalen Mitteilungen der Patienten und seine Fähigkeit, darauf einfühlsam einzugehen.

Die vorgelegte Studie verfolgt das Ziel, den Zusammenhang zwischen gefühlsbezogenen und empathischen Interaktionen in der Sprechstunde des Hausarztes und seiner Diagnostik psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zu untersuchen.

93 Sprechstundengespräche werden auf das Ausmaß sachlicher und gefühlsbezogener Kommunikation hin untersucht. Es wird erfasst, wie oft Patienten und Ärzte emotionale Botschaften direkt oder nur in Andeutungen ausdrücken und wie sachlich bzw. gefühlsbezogen, wie direkt oder indirekt die Gesprächspartner dann ihrerseits darauf reagieren und wie empathisch der Hausarzt mit ausgedrückten Gefühlen des Patienten umgeht.

Drei Gruppen werden verglichen: Interaktionen mit 1. psychisch/ psychosomatisch erkrankten Patienten, die von den Ärzten nach der Konsultation zutreffend diagnostiziert werden, 2. psychisch/ psychosomatisch erkrankten Patienten, deren Störung vom Behandler nicht erkannt wird sowie 3. somatisch erkrankten, jedoch psychisch/ psychosomatisch gesunden Patienten.

Die Audiobänder von 93 Konsultationen werden unter Einbezug von Transkriptionen der Gespräche im Expertenrating analysiert, die Reliabilität wird überprüft. Das Ausmaß ärztlicher Empathie wird in einer Ratingskala erfasst.

Bei den Ergebnissen überwiegt in der Gesamtstichprobe der sachliche Austausch. Emotionale Themen werden häufiger durch Patienten als durch Ärzte initiiert und auf beiden Seiten überwiegend durch Andeutungen bzw. Hinweise angesprochen. Im Gruppenvergleich finden sich signifikante Unterschiede im interaktiven Geschehen zwischen Ärzten und den von ihnen korrekt erkannten psychosomatisch erkrankten Patienten gegenüber den beiden Vergleichsgruppen. In umfangreicheren Konsultationsgesprächen entwickelt sich eine Kommunikation, in der mehr über Emotionales gesprochen wird. Patienten machen durch häufigeres Initiieren gefühlsbezogener Interaktionen und durch vermehrtes Anbieten einzelner Gefühlsaspekte stärker auf ihre emotionalen Themen aufmerksam, die sie auch häufiger explizit benennen. Die Ärzte ihrerseits stellen kaum mehr Fragen, reagieren jedoch auf Patientenangebote symmetrisch ebenfalls häufiger gefühlsbezogen und auch emotional direkter als in beiden Vergleichsgruppen.

Die Daten legen nahe, dass die erfolgreiche Diagnose psychischer und psychosomatischer Erkrankungen durch den Gesprächsverlauf und das Ausmaß gefühlsbezogener Interaktion beeinflusst wird. Die Förderung der ärztlichen Kompetenz zu gefühlsbezogener Gesprächsführung und ihre wissenschaftliche Erforschung sind ein wichtiger Forschungszweig mit Relevanz für die Qualität der hausärztlichen Versorgung und ihrer Screeningfunktion im Gesundheitssystem.

2. Einleitung

2.1. Zur Relevanz der Thematik

Es wird geschätzt, dass nahezu ein Viertel der Bevölkerung an gesundheitlichen Beschwerden leidet, die psychisch bzw. psychosomatisch¹ bedingt oder mitbedingt sind (Schepank 1990).

Bei der medizinischen Abklärung und Behandlung dieser Beschwerden sind in der Regel die Hausärzte die Ansprechpartner und erste „Anlaufstelle“ für die Patienten. Es wird davon ausgegangen, dass rund 40 % der Patienten des Allgemeinmediziners ihn aufgrund von -im wesentlichen- psychisch bedingter Erkrankungen aufsuchen (Tress 1997, Ormel et al. 1990). Sauer und Eich (2007) schätzen nach einem aktuellen Literatur-Review allein den Bereich somatoformer Störungen und Funktionsstörungen in Allgemeinarztpraxen zwischen 16 bis 31 % der Patienten ein.

Von den Ärzten und Ärztinnen² der Primärversorgung -in der Regel Allgemeinmediziner oder Internisten- haben bislang jedoch die Mehrzahl noch keine spezielle Qualifikation oder Weiterbildung in diesem Bereich.

Ein adäquater Umgang mit dieser Gruppe gesundheitlicher Störungen stellt somit eine besondere fachliche Herausforderung für Hausärzte dar:

- bei den Mitteilungen und Beschwerdeschilderungen der Patienten überhaupt an eine psychogene Störungen zu denken
- sie sodann aus der Fülle der vorliegenden Gesamtsymptomatik herauszufiltern und
- als psychische/ psychosomatische Erkrankung zu erkennen und zu diagnostizieren
- sie in der Folge ggf. selbst zu behandeln oder -falls erforderlich-
- die Entscheidung zu treffen, die Patienten einer spezialisierten, fachärztlichen und/ oder psychologisch/ psychotherapeutischen Weiterbehandlung zuzuweisen.

Hausärzte haben hier also eine Schlüsselrolle mit einer großen medizinischen und auch finanziellen Bedeutung inne -sie üben in unserem Gesundheitssystem eine Screening- und Selektionsfunktion aus.

¹ Zur Terminologie: In dieser Arbeit werden die Begriffe „psychische“ bzw. „psychosomatische Erkrankung“ sowie „psychogene“ Erkrankung“ (auch: „seelische“ Erkrankung) synonym verwendet. Sie beschreiben im Wesentlichen denselben Formenkreis von Erkrankungen - jedoch aus verschiedenem Blickwinkel. Schepank (1995) verwendet den Begriff der „psychogenen Erkrankungen“ für diejenigen Störungen, die sich unter dem wesentlichen Einfluss psychosozialer Faktoren entwickeln. In Abgrenzung zu somatogenen Erkrankungen setzt eine solche Diagnose eine jeweils fallspezifische Pathogenese voraus. Im Gegensatz dazu sprechen das ICD und die DSM Klassifikation rein deskriptiv und symptombezogen von „psychischen Störungen“. In diesem Ansatz bleibt offen, welche Ursache und welche Manifestationsebene vorliegt: ob sich die Symptomatik allein oder vorwiegend im psychischen (seelischen) Bereich zeigt (wie z.B. bei Angsterkrankungen), ob eine Somatisierung als (psychosomatische Erkrankung) vorliegt (wie z.B. bei einer somatoformen Störung) oder verschiedene graduell unterschiedliche Mischformen.

² Im Folgenden wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes auf die Wiederholung der männlichen und weiblichen Form verzichtet.

Verschiedene Studien zeigen, dass die Ärzte der Primärversorgung jedoch nur zu einem gewissen Anteil die Beschwerden, die ihre Patienten schildern, in zutreffender Weise den zugrunde liegenden psychischen/ psychosomatischen Störungen zuordnen können, und sie so ihrer zentralen Selektionsfunktion nicht in dem Ausmaß gerecht werden, wie es fachlich und gesundheitspolitisch wünschenswert wäre (z.B. Chancellor et al. 1977, Linden et al. 1996).

Kruse (2003) sichtet bislang vorliegende Arbeiten zur Thematik und beschreibt in seiner Untersuchung, dass Hausärzte nach einem Konsultationsgespräch nur rund die Hälfte der vorliegenden psychischen und psychogenen Erkrankungen identifizieren.

In der Folge dieser Situation in der Primärversorgung erfahren zahlreiche Patienten erst nach alarmierend langer Zeit, oftmals mehreren Jahren und nach zahlreichen Haus- und Facharztbesuchen eine korrekte Diagnose aus dem Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. In der Vorgeschichte ist dies -neben den persönlichen Konsequenzen für den Patienten- oftmals mit doppelter oder mehrfacher somatischer (auch apparativer) Diagnostik und hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden.

Zur Erhöhung der hausärztlichen Kompetenz wurden seit den 90er Jahren spezielle Curricula und Kurse zur Erlangung der Qualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“ eingeführt (Bundesärztekammer 2001). Zeitgleich wurde auch erstmals eine vertragsärztlich liquidierbare Leistung implementiert, die der Basisdiagnostik und Differentialdiagnose sowie auch der Basisversorgung durch den Hausarzt einen erhöhten und auch abrechenbaren Stellenwert gibt.

In der Diskussion um die nicht zufriedenstellende Screeningfunktion von Hausärzten wird neben der Bedeutung einer höheren fachlichen Qualifikation in Bezug auf Diagnostik und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder immer wieder auch die Notwendigkeit einer guten kommunikativen Kompetenz der Ärzte diskutiert (Tress et al. 1996, Kruse et al. 1999a und b, Deutscher Ärztetag (2006).

Hierzu ist in aller Regel -außer für wohl eher rare Naturtalente- eine Ausbildung bzw. ein Training notwendig (vgl. Kap. 3.2.1.7.). Geschulte und geübte interaktive Fähigkeiten des Arztes machen eine für beide Seiten zufrieden stellende Beziehungsgestaltung sehr viel wahrscheinlicher, die sich dann sowohl im Praxisalltag als auch in besonders herausfordernden Situationen als tragfähig erweisen kann.

Die zwischenmenschliche Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und die Rolle einer guten Gesprächsführung, die auch gefühlsbezogene Themen mit einschliesst, hat einen zentralen Einfluss auf das Ausmaß, in dem Patienten ihre wichtigen Anliegen in der Sprechstunde vorbringen und somit auch auf die Identifikation von psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen. Denn: erst wenn in der Konsultation über diese Beschwerden überhaupt gesprochen wird, haben Ärzte die Möglichkeit zur Diagnostik. Es muss also für Patienten im Sprechstundengespräch die Gelegenheit geben, neben rein körperlichen Beschwerden auch persönliche und emotionale Anliegen überhaupt vortragen zu können -beispielsweise Reaktionen auf eine körperliche Erkrankung oder die Behandlung sowie auch auf andere Erlebnisse oder Belastungen aus dem persönlichen, psychosozialen, beruflichen etc. Bereich.

Aufgrund zahlreicher Studien geschieht dies umso eher, als sich der Patient im Gespräch vom behandelnden Arzt dazu „eingeladen“ fühlt, aus seinen Reaktionen den Eindruck gewinnt, dass neben dem Medizinischen -im engeren Sinne- auch psychosoziale, psychische und emotionale Themen für den Behandler von Interesse sind -der Patient sich in der Sprechstunde auch mit diesen Bereichen seines Lebens wahrgenommen und darüber hinaus auch verstanden fühlt - vor allem natürlich bei Sorgen und Belastungen. Die Einstellung und Fähigkeit des Arztes, gefühlsbezogene Themen und Signale der Patienten als bedeutsam zu erachten, sie auch erkennen zu wollen, sie sodann im Gespräch de facto wahrzunehmen und zu entschlüsseln sowie seine Kompetenz, solche Mitteilungen zu fördern, hat hier eine Schlüsselstellung.

Es ist in diesem Zusammenhang ein feinregulierter wechselseitiger Interaktionsprozess anzunehmen, in dem -in der Regel wohl weitgehend unbewusst- „ausgehandelt“ wird, ob und in welchem Ausmaß im Gesprächsverlauf über emotionale bzw. seelische Themen gesprochen wird.

Zudem ist anzunehmen, dass wahrscheinlich auch verschiedene Patientengruppen dem Arzt unterschiedlich ausgeprägte emotionale Angebote und Hinweise geben.

In der vorliegenden Arbeit soll es in einer Analyse von Sprechstundengesprächen um dieses Thema, den Bereich gefühlsbezogener Kommunikation³ zwischen Arzt und Patient gehen.

³ Zur Terminologie : die Begriffe „Gefühl“ „Emotion“ und „Affekt“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet

Es werden einige Komponenten in Konsultationen der Primärversorgung beleuchtet, die sich nicht auf „Medizinisches“, „Somatisches“ im engeren Sinne beziehen, sondern auf den Austausch emotionaler Themen und Mitteilungen von Patienten und Ärzten sowie auch um den einflussreichen Faktor von Einfühlsamkeit des Hausarztes in vom Patienten vorgebrachte emotionale Themen. Empathie wird hier als ein wichtiges Steuerungssignal in der Sprechstundenkommunikation betrachtet.

Vor ihrem Medizinstudium und eigener Tätigkeit als Ärztin hat die Verfasserin im Rahmen beruflicher Fortbildungskurse über viele Jahre als Ausbilderin der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) verschiedene Berufsgruppen aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich in personenzentrierter Gesprächsführung ausgebildet. Unter den Fortbildungsteilnehmern waren auch immer wieder niedergelassene Ärzte, die motiviert waren, ihre kommunikative Kompetenz zu verbessern. Die Verfasserin hat so einen persönlichen Einblick in das oft leider erschreckend rudimentäre und wenig einfühlsame Gesprächsverhalten von (selbst engagierten) Medizinern gewonnen, die häufig sehr eindeutige emotionale Signale von Patienten „links liegen“ lassen oder z.B. den Patienten bzw. seine Weise des Erlebens abwerten.

Die vorliegende Promotionsarbeit knüpft an diesen Erfahrungsbereich der Verfasserin an, ebenso wie an ihre eigene praktische Berufserfahrung als ärztliche Psychotherapeutin.

2.2. Rahmenbedingungen der Arbeit

Die in dieser Studie untersuchten Sprechstundengespräche entstammen dem Forschungsprojekt "Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung", das in den letzten Jahren am klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf durchgeführt wurde. Die Thematik einer fachlich adäquaten Behandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Patienten durch Ärzte der Primärversorgung ist dort u.a. ein zentraler Forschungsgegenstand.

Aspekte des Forschungsprojektes und zentrale Befunde werden im Anschluss -im Rahmen des Theoriekapitels- (Kap. 3.1.) kurz vorgestellt und danach folgt vor der Darstellung der Fragestellungen dieser Arbeit (in Kap. 4.) ein ausführlicher Literaturüberblick zur Thematik der Interaktion zwischen Ärzten und Patienten sowie dem Wirkfaktor „Empathie“.

Die verwendete Methode wird im Kap. 5 dargestellt, die Darstellung der Ergebnisse und ihre Diskussion folgen im Kap. 6. und 7.

3. Zur Forschungssituation - theoretischer Teil

3.1. Forschungszusammenhang der Arbeit

Im Rahmen des Forschungsprojektes "Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung" wurde am Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Düsseldorf ein umfangreicher Datenpool zur Qualität der psychosomatischen Grundversorgung erhoben.

Neben Daten zur Prävalenz psychischer Störungen in hausärztlichen Praxen im städtischen Raum stand als Forschungsfrage im Vordergrund, welche Determinanten zur Erkennung und korrekten Diagnostik psychischer und psychosomatischer Erkrankungen durch den behandelnden Hausarzt führen, vor allem im Hinblick auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion.

Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) sowie dem Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbund gefördert und stand unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. W. Tress, Prof. Dr. J. Kruse sowie Prof. Dr. L. Alberti (Kruse 2003).

Das Forschungsprojekt wurde an 18 hausärztlichen Praxen im Raum Düsseldorf durchgeführt, die interessierten Ärzte wurden mit Hilfe der Ärztekammer kontaktiert. Es nahmen 18 als Allgemeinmediziner oder praktische Ärzte niedergelassene Mediziner teil, je 9 Ärztinnen und 9 Ärzte, ihr durchschnittliches Alter betrug 43 Jahre. Sie besaßen keine psychotherapeutischen oder psychosomatischen Zusatzqualifikationen. Aufgrund ihrer Bereitschaft an der Untersuchung teilzunehmen, ist jedoch ein Interesse an diesem Themenkreis anzunehmen.

Die ins Forschungsprojekt aufgenommenen 571 Patienten suchten die Praxis jeweils zu einer ärztlichen Konsultation aufgrund einer neuen Erkrankungsepisode bzw. aktueller Beschwerden auf. Sie verfügten über ausreichende Deutschkenntnisse, waren gesetzlich krankenversichert und in einem Lebensalter zwischen 16 und 71 Jahren, im Durchschnitt 43 Jahre.

Neben anderen Parametern der Studie (z.B. Beruf, Konsultationsgrund) wurden die Patienten daraufhin untersucht, ob sie eine psychogene, psychische bzw. psychosomatische Symptomatik aufweisen, alleine oder in Kombination mit einer somatischen Erkrankung sowie auch, wie ausgeprägt und krankheitswertig diese Beschwerden waren.

Eine Beurteilung, ob bei dem Patienten eine psychische oder psychosomatische Störung vorliegt, erfolgte nach der Konsultation einerseits durch den Hausarzt, zum anderen als unabhängiges Expertenurteil durch eine erfahrene ärztliche Psychotherapeutin. Diese

Beurteilung der Psychotherapeutin erfolgte durch die DSM-III-R Klassifikation, erhoben durch das strukturierte klinische Interview (SKID) aus dem „diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen“ (Wittchen 1990). Es unterscheidet affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, Alkoholismus und körperlichen Zustände, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen.

Der rein deskriptive Ansatz des DSM-III-R, der krankheitsverursachende psychosoziale Faktoren nicht berücksichtigt, wurde durch eine Schweregradeinschätzung in Form eines Expertenratings nach dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS, Schepank 1995) erweitert, um somatoforme Störungen adäquater einschließen zu können.

Patienten, die die Kriterien nach dem DSM-III-R erfüllen, weisen eine psychische bzw. psychosomatische Symptomatik auf und Patienten, die die zudem im Expertenrating einen hohen Beeinträchtigungs-Schwere-Score erzielen, haben eine ausgeprägte bzw. erhebliche psychische oder psychosomatische Störung. Beide Gruppen wurden im Rahmen des Projektes als „Fälle“ definiert.

Es zeigt sich, dass rund 71 % der Patienten der Untersuchung Fälle entsprechend der ersten Gruppe sind, also eine psychische bzw. psychosomatische Symptomatik aufweisen, der BSS liegt in dieser Gruppe im Schnitt bei rund 4. Bei rund 37 % wird nach den Kriterien dieser Studien eine erhebliche psychische/ psychosomatische Störung diagnostiziert, der BSS liegt hier definitionsgemäß über 5.

Von den Hausärzten wurde eine diagnostische Beurteilung der Beschwerden mit Hilfe der „orientierenden symptomatischen Einschätzung“ (OSE, Ormel et al. 1990) vorgenommen. Zudem gaben sie an, ob sie die Symptomatik des untersuchten Patienten als rein körperliche Symptomatik einschätzten, als eine körperliche Symptomatik, die sich in Abhängigkeit von psychosozialen Problemen entwickelte, oder eine rein psychische Symptomatik (im engeren Sinn) oder als sonstige Beschwerden, Mehrfachnennungen waren möglich. Zudem wurde in Analogie zum BSS eine Skala zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigung des Patienten infolge der psychischen Störung (HBS) entwickelt.

Bei einer Überprüfung der Übereinstimmung des Expertenurteils mit der hausärztlichen Diagnose zeigte sich, dass der Hausarzt und die Psychotherapeutin lediglich in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (56 %) in ihrem Urteil übereinstimmen, dass eine psychische und psychosomatische Symptomatik bzw. Störung vorliegt. Bei der Prävalenz einer

schweren Störung sinkt die Übereinstimmung auf 51 %. Dabei bestätigt eine Validitätsprüfung das Urteil der Psychotherapeutin u.a. durch einen hohen Zusammenhang mit den objektiv erhobenen Beschwerden des Patienten durch die Symptomlisten.

Ein Teil der Sprechstundengespräche wurde auf Tonband aufgezeichnet und für eine Analyse der Interaktionsabläufe transkribiert (vgl. dazu Kap 5.2.2. zu den Ulmer Transkriptionsregeln). Die Kommunikation wurde mit der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach Benjamin (1794) in der deutsche Überarbeitung von Tress (Tress und Junkert 1993) untersucht.

Die SASB-Analyse ist ein verbreitetes, circumplexes Modell der Analyse von Sequenzen interpersonellen Verhaltens, bei dem die Reaktion des Gesprächspartners auf das jeweilige interaktive Angebot in verschiedenen Clustern erfasst wird. Die Dimensionen des SASB liegen auf den Hauptachsen Zuneigung / Affiliation mit den Polen Feindseligkeit vs. Zuneigung, sowie einer sog. Statusdimension mit den Polen unterwürfig vs. kontrollierend.

In den Ergebnissen der SASB-Analyse zeigt sich, dass der Arzt die Interaktionen vorwiegend (zu ca. 70 %) im Cluster „anleiten, bestärken, unterstützen“ initiiert. Auf das Cluster „zugewandt, Autonomie gewährend, versteht, bestätigt, ermuntert“ (hierunter fallen auch empathische Reaktionen) fallen 19 %, den Patienten direkt kontrollierend und anordnend sind 6 % der Einheiten. In mehr als der Hälfte der Konsultationen werden wichtige Anliegen des Patienten übersehen oder ignoriert.

Im Schnitt können die Verhaltensweisen des Arztes als freundlich-kontrollierend charakterisiert werden - mit einer großen Variabilität.

Die Reaktion der Patienten auf das ärztliche Interaktionsangebot liegt vorwiegend darin, sich zu öffnen, sich auf den Arzt zu stützen. 31 % der Reaktionen können als „sich fügen“ oder „unterwerfen“ charakterisiert werden, in ca. 19 % jedoch leitet jedoch der Patient aktiv den Arzt an.

Betrachtet man die Muster beider Interaktionspartner zusammen, so ist die Reaktion des Patienten auf ärztliche Dominanz bzw. sein kontrollierendes Verhalten zu mehr als der Hälfte (55 %) „unterordnend“ (komplementär in der Terminologie des Verfahrens) und zu 10 % um Kontrolle konkurrierend.

Aufgrund der Experteneinschätzung als „Fall“ nach dem DSM-III-R und je nachdem, ob die Hausärzte die vorliegende seelische Erkrankung ebenfalls erkannt haben, ordnet Kruse (2003) in seiner Untersuchung die Konsultationen drei Gruppen zu:

- Patienten mit einer psychischen/ psychosomatischen Störung, die der behandelnde Arzt nach der Konsultation korrekt identifiziert und diagnostiziert (Gruppe I)
- Patienten mit einer psychischen/ psychosomatischen Störung, die der behandelnde Arzt nicht identifiziert und diagnostiziert (Gruppe II)
- Patienten ohne psychische/ psychosomatische Störung (Gruppe III).

Die Gespräche der Gruppe I (korrekt identifizierte erkrankte Patienten) unterscheiden sich hinsichtlich der Resultate von denen der Gruppe II und III durch verschiedene Kriterien: eine längere Gesamtdauer der Konsultation, der Patient spricht insgesamt mehr, hat eine längere absolute und auch relative Redezeit - und wenn er spricht, auch in längeren Redeeinheiten bis zu einem Sprecherwechsel.

Die Anzahl der präsentierten Beschwerden steht zu diesen zeitlichen Parametern in einem signifikanten Zusammenhang -je länger der Patient spricht, desto mehr psychische Themen und Beschwerden werden dem Arzt präsentiert.

Die Hausärzte nehmen die von Patienten angesprochenen psychischen Beschwerden in dieser Gruppe offenkundig wahr. Es besteht ein klarer Zusammenhang zur Anzahl der von den Patienten geäußerten psychischen Beschwerden und der Identifikation einer vorliegenden psychischen bzw. psychosomatischen Symptomatik sowie auch einer ausgeprägten Störung. Zudem schätzt der Arzt anschließend -je mehr Beschwerden angesprochen werden- die Beeinträchtigungsschwere nach dem BSS höher ein.

Die in der Studie gemessene durchschnittliche Konsultationsdauer beträgt für alle Gruppen 7,3 Minuten, in der Gruppe der Patienten ohne psychische Erkrankung war sie am kürzesten mit 6,1 Minuten, mit 7,8 Minuten länger bei den Patienten mit psychischen Symptomen, die er Arzt erfolgreich identifiziert und am längsten mit 8,7 Minuten bei der Gruppe mit einer ausgeprägten psychischen/ psychosomatischen Störung. Die größere Länge entsteht in erster Linie durch einen größeren relativen und absoluten Redeanteil der Patienten in diesen Gesprächen, in denen er mehr von seinen Symptomen äußert. Der angenommene Zusammenhang zwischen einer ausführlicheren Beschwerdeschilderung mit einer korrekten Identifikation durch die Behandler wird bestätigt.

Die Frage, wie diese Korrelation zustande kommt und welche Kausalitäten wirken, ist - wohl im Sinne des klassischen „Henne-und-Ei-Problems“- noch nicht hinreichend geklärt.

Es ist jedoch eine gegenseitige Wechselwirkung anzunehmen, in der Patienten richtungweisende Hinweise aus dem psychischen und psychosomatischen Spektrum senden, die dann, sofern der Hausarzt sie wahrnimmt, dazu führen können, dass er den Patienten länger (darüber) sprechen lässt bzw. ihm seinerseits Signale sendet, die den Patienten wiederum ermutigen, mehr Inhalte und Beschwerden aus dem psychischen Bereich zu schildern, in dessen Folge der Arzt dann wiederum die Beschwerden besser erkennt (Kruse 2003).

3.2. Die Interaktion von Arzt und Patient

3.2.1. Die Arzt-Patient-Beziehung als Gegenstand der empirischen Sozialforschung

Die besondere Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung von Arzt und Patient wurde schon von jeher immer wieder betont. Schon Hippokrates spricht in seinen Werken ca. 400 vor Christus davon, dass eine von Vertrauen getragene Beziehung zum Behandler eine heilsame Wirkung zeigt, die unabhängig von der verordneten Medikation oder weiterer Behandlung wirkt (Jones 1923).

Im Rahmen der modernen empirischen Forschung rückt das kommunikative Geschehen zwischen Arzt und Patient ab Mitte der 60er Jahre zunehmend in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Untersuchung. Neben dem eigenständigen Strang der Psychotherapieforschung, der sich ab den 50er Jahren ebenfalls entwickelt und das bis dahin nahezu „geheime“ Geschehen zwischen Patient und Psychotherapeut zu lüften beginnt, entstand in der empirischen Sozialforschung ein reges Interesse an dem neuen Forschungsfeld, was in Begegnungen von Ärzten und ihren Patienten geschieht, v.a. auch in dem für jedes Gesundheitssystem zentralen Bereich der hausärztlichen Versorgung.

Neben der allgemeinen, „reinen“ Deskription und Erfassung der verschiedenen interaktiven Elemente des Sprechstundengesprächs mit den Mitteln der empirischen Forschung ging und geht es in zahlreichen Veröffentlichungen immer wieder auch um die Beantwortung spezieller Fragestellungen, wie beispielsweise:

- geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sprechstundenkommunikation (Law und Britten 1995)
- Interaktionsstrukturen zwischen Arzt und Patient auch in anderen medizinischen Bereichen als der hausärztlichen Medizin: z.B. in der Chirurgie oder Kinderheilkunde (Meeuwesen et al. 1991, Street 1992)
- Kommunikationsstrukturen von Ärzten und Patienten während der klinischen Visite im Krankenhaus (Siegrist 1978, Bliesener und Köhle 1986)
- Nonverbale Kommunikation in der Sprechstunde (DiMatteo et al. 1986, Larsen und Smith 1981).
- die Interaktion mit speziellen Patientengruppen, wie z.B. Krebspatienten (Ong 1995), geriatrischen Patienten (Harrigan et. al 1990), sog. „Problempatienten“ (Nordmeyer et al. 1982), Patientinnen in der antikonzeptiven Beratung des Hausarztes (Lipkin 1996).

Eine Fülle empirischer Arbeiten zur Beschreibung der Arzt-Patient-Interaktion wurde bis heute publiziert, der Höhepunkt -vor allem in der angloamerikanischen Literatur- war in den 80er Jahren. Zum Thema der Arzt-Patient-Kommunikation und ihrer förderlichen

Elemente erschienen in dieser Zeit auch erstmals umfangreiche Grundlagenwerke, z. B. von Byrne und Long (1976) sowie Pendleton und Hasler (1983).

Zur wissenschaftlichen Erfassung der Kommunikation in der Sprechstunde wurden zahlreiche Beobachtungsverfahren in Form kategorialer Systeme entwickelt. Das Verhalten von Arzt und Patient wird hier jeweils definierten operationalisierten Kriterien zugeordnet und somit beobachtbar und quantifizierbar gemacht -hierauf wird im Kap. 3.2.2. ausführlicher eingegangen.

Darüber hinaus wurden auch häufig Merkmale der Interaktion von Behandler und Patient mit verschiedenen Außenkriterien und den sog. „Outcome-Variablen“ in Beziehung gesetzt, hier besonders in Bezug auf die Compliance und die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung.

Andere Publikationen beschäftigen sich mit der grundsätzlichen Fragestellung, welche Aufgaben und Ziele für die Arzt-Patient-Beziehung spezifisch oder erwünscht sind und wie der Kontakt folglich gestaltet werden sollte, damit bestimmte Resultate erzielt werden. Es wird häufig auch diskutiert, ob es aus den empirischen Befunden ableitbare Modelle, sozusagen idealtypische Verläufe des Sprechstundengeschehens gibt.

Hier ist besonders die Strömung der patientenzentrierten Medizin zu nennen, die sich der Thematik unter der Prämisse der Notwendigkeit einer auf den Patienten zentrierten Medizin annähert, in der der Arzt das Ziel hat, möglichst wenig Kontrolle und Lenkung auszuüben. Die Kompetenzen des Patienten werden in Mittelpunkt gestellt, die vom Arzt im Sprechstundenkontakt genutzt und gefördert werden sollen (Brown et al. 1986, DeMonchy et al. 1988, vgl. Kap. 3.2.1.3.)

Exemplarisch für das weite Feld der Studien zur Arzt-Patient-Interaktion sollen hier einige dieser Forschungsfragen und Befunde referiert werden.

3.2.1.1. Zu den Zielen und Aufgaben der Arzt-Patient-Beziehung

Über drei wesentliche Aufgaben der Beziehung von Arzt und Patient besteht in der Literatur weitgehender Konsens. Ong et al. (1995) nennen hier (vgl. auch Cape 1996, Branch und Malik 1993, Nagel 2003, Laemmel 1996):

- das Herstellen einer guten interpersonellen Beziehung
- der Austausch von Informationen sowie
- die medizinische Entscheidungsfindung

Andere Autoren nennen neben den ersten beiden Punkten als dritten Faktor die Veränderung des Verhaltens des Patienten bzw. seine Anleitung, „Erziehung“ („education“ z.B. Lipkin 1996, Epstein et al. 1993).

Zur Herstellung des ersten Aspektes -einer guten interpersonellen Beziehung in der Sprechstunde- nennen Ong et al. neben „guten Manieren“ des Arztes und einem aufrichtigen, freundlichen und ehrlichen Verhalten, dem Patienten Interesse sowie eine nicht-wertende Einstellung gegenüberzubringen. Als Kernqualität einer guten Beziehung heben sie die Bedeutung von Empathie hervor (vgl. Kap 3.3.) und beziehen sich auf die drei durch Rogers (1957) beschriebenen Kernqualitäten hilfreicher menschlicher Beziehungen: einführendes Verstehen bzw. Empathie, nicht an Bedingungen gebundene Akzeptanz sowie Echtheit bzw. Kongruenz im Kontakt. Auch Teusch und Finke (1987) heben in ihrer Arbeit diese von Rogers formulierten Faktoren als Grundlage des ärztlichen Gesprächs hervor.

Bei der zweiten Aufgabe der Arzt-Patient-Beziehung -dem Austausch von Informationen- ist nach Ansicht von Ong et al. (1995) der Arzt der Fachmann für die Diagnose und die Behandlung, der Patient jedoch dafür, „was los ist“, d.h. für seine Symptome und Empfindungen, ebenso ist er der Fachmann darin, ob er sich vom Arzt wahr- und ernst genommen fühlt.

Zum dritten Punkt -der medizinischen Entscheidungsfindung- führen die Autoren aus, dass neben der Aufgabe des Arztes, den Patienten mit den dazu nötigen fachlichen Information zu versorgen, ihm die Kompetenz zu einer eigenen, begründeten Entscheidung von Seiten des Arztes überhaupt erst einmal eingeräumt werden muss. Die Bereitschaft, auf diese Weise einen Teil von Verantwortung abzugeben, haben nach Ansicht der Autoren die Mehrheit der Ärzte bislang nicht (vgl. Gianakos 1996).

Der Diskussion um die Kernaufgaben der Arzt-Patient-Interaktion wird Ende der sechziger Jahre aus psychoanalytischer Perspektive durch die Arbeiten des Ehepaares Balint (Balint 1965, 1969, Balint und Norell 1975) ein weiterer Aspekt hinzugefügt: die Arzt-Patient-Beziehung wird auch als Ort der Reinszenisierung alter Beziehungsmuster des Patienten verstanden. In der Interaktion entsteht für den Behandler die Möglichkeit, Erkenntnisse über die innere Konfliktlage und Psychodynamik des Patienten zu gewinnen und deren mögliche oder beobachtete Auswirkungen in das Sprechstundengespräch, die Behandlung und die Diagnose mit einfließen zu lassen. Fallbesprechungen in Balintgruppen sind für viele Hausärzte ein wichtiges Forum (vgl. Kap. 3.2.1.3).

Zur Thematik von Interaktionszielen der Arzt-Patient-Beziehung wird in der Literatur häufig auch die Unterschiedlichkeit und Widersprüchlichkeit von Arzt- bzw.

Patientenbezogenen Erwartungen und Zielen diskutiert, Inui et al. (1982) geben einen Überblick.

Smith und Hoppe (1991) betonen in diesem Diskussionszusammenhang, dass die unterschiedliche Bedürfnisse von Arzt und Patient im Kommunikationsablauf jedoch in der Praxis integriert werden müssten. Auch Ong et al. (1995) sehen eine „ideale“ Konsultation in der Vereinigung sowohl Patienten- als auch Arztzentrierter Gesichtspunkte, da beide Experten für gewisse Bereiche seien. Dieser Typ von Konsultation wird auch in Systemen der Interaktionsanalyse beschrieben, Roter und Hall (1991) nennen ihn „Gegenseitigkeit“ (mutuality).

Zum Ausmaß an Lenkung und Kontrolle, das der Arzt im Gespräch ausübt, entwickeln Byrne und Long (1976) als Vertreter einer patientenzentrierten Medizin eine der frühesten Messmethoden zur Sprechstundenkommunikation. Die Ausprägung der Dimensionen „Arzt-“ oder „Patientenzentriertheit“ wird operationalisiert, durch quantitative Analysen kategorisiert und kann für das jeweilige Gespräch mit einem Gesamtscore versehen werden (vgl. Kap. 3.2.1.3.).

Zur Charakterisierung der Aufgaben der Arzt-Patient-Beziehung wird in der Literatur auch eine „kognitiv orientierte Behandlungsform“ (cognitive care) im Gegensatz zu einer „emotionalen mit Schwerpunkt auf Empathie und Wärme“ (emotional care) diskutiert (DiBlasi et al. 2001) und auch als „biomedizinischer“ vs. „psychosozialer“ Schwerpunkt bezeichnet (Roter et al. 1997). Byrne und Long (1976) charakterisieren das Spannungsfeld als „organic“ vs. „psychosocial“.

Nagel (2003) hebt als besondere Aufgabe der Arzt-Patient-Interaktion einen gelungenen Austausch vor allem auch über spezielle Zielsetzungen beider Beteiligten hervor. Nach Ansicht des Autors will der Arzt zumeist in erster Linie als „professioneller Problemlöser in Krankheitsfragen“ tätig werden und dies möglichst zeitökonomisch, der Patient - häufig von seinem Problem existentiell bedroht- möchte in seiner Erlebnisweise der Erkrankung ernst genommen, vor allem jedoch nicht in seinen jeweiligen Hoffnungen bzw. Erwartungen an den Kontakt enttäuscht werden. Nach Nagel ist eine gute zwischenmenschliche Beziehung und erfolgreiche Verständigung die notwendige Basis dafür, dass dann darauf aufbauend jeweils spezielle Ziele in den Begegnungen besprochen und erreicht werden können.

In einer Studie von 2001 beschreibt Nagel, dass die von Patienten geäußerte Zufriedenheit mit der Konsultation und die Einschätzung der Behandler, wie zufrieden die Patienten nach ihrer Meinung waren, jedoch nur zu 60 % übereinstimmen.

Klingenberg et al. (1996) nennen in einer europäischen Gemeinschaftsstudie als die wichtigsten Patientenerwartungen an den Hausarzt, dass er

- während der Konsultation genügend Zeit zum Zuhören hat
- im Notfall schnell verfügbar ist
- Patientendaten vertraulich behandelt
- alle gewünschten Informationen gibt sowie
- genug Zeit und Raum gibt, um alle Probleme zu besprechen.

Über die angesprochenen Punkte hinaus werden in der Diskussion um die Aufgaben und Ziele der Arzt-Patient-Beziehung in der Literatur auch zahlreiche weitere Faktoren diskutiert -wie z.B. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum Geschehen in der psychotherapeutischen Interaktion sowie auch zum Thema erfolgreicher bzw. misslungener menschlicher Interaktion im Allgemeinen. (Wyrsh 1973) z.B. erörtert den Gesichtspunkt des „Gegenwärtig-Seins“ im Gespräch, Engel (1997) das grundsätzliche menschliche Bedürfnis „zu wissen und zu verstehen“ und auch verstanden werden zu wollen. Zudem werden -wie bereits kurz angesprochen- auch die Ziele anderer Formen des Arzt-Patient-Kontaktes als die Konsultation in der Praxis beleuchtet -wie z.B. des Visitingesprächs im Krankenhaus (Fehlenberg und Köhle 1983, Geisler 2003).

3.2.1.2. Typologien und Modelle der Arzt-Patient-Beziehung

In der Literatur werden verschiedene Modelle der Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterschieden und es wird oft die Frage diskutiert, ob es eine idealtypische, besonders günstige Kommunikationsweise des Arztes gibt. Emanuel und Emanuel (1992) formulieren hier als Kriterien, die zwischen konkurrierenden Modellen der Sprechstundenkommunikation diskriminieren sollen, folgende drei Punkte:

- die Identifizierung der Ziele, die in der Interaktion verfolgt werden
- die Rolle, die die Werte des Patienten im Kontakt spielen und
- in welchem Ausmaß sich der Arzt verpflichtet fühlt, die Werte und Autonomie des Patienten zu berücksichtigen.

In einer viel beachteten Publikation beschreiben Emanuel und Emanuel (1992) vier idealtypische Konzepte der Arzt-Patient-Beziehung:

- *das paternalistische Modell*: Es entspricht einem biomedizinischen Ansatz, in dem sich der Arzt als „Wächter“ des Patienten betrachtet, die Handlungen werden stark durch ihn bestimmt. Es wird in diesem Modell angenommen, dass Werte und Vorstellungen

des Patienten denen des Arztes entsprechen. Die Autonomie des Patienten besteht gewissermaßen darin, sich nach den Ratschlägen des Arztes zu richten.

- *das informative Modell:* Die Interaktion nach diesem Modell bezieht sich vorwiegend darauf, Informationen auszutauschen, es wird auch das wissenschaftliche oder Konsumentenmodell genannt. Die Rolle des Arztes ist hier die eines technischen Experten. Werte und Vorstellungen des Patienten werden nicht thematisiert, die Autonomie des Patienten bezieht sich auf seine Entscheidungsfreiheit, wann und zu welchem Arzt er geht und welche medizinischen Entscheidungen er nach den Informationen des Arztes trifft.
- *das interpretative Modell:* In der Interaktion nach diesem Modell werden in erster Linie die Werte, Ziele und Bedürfnisse des Patienten herausgearbeitet. Der Arzt hilft hierbei, in dem er dem Patienten seine technische Expertise zur Verfügung stellt, u.a. zur medizinischen Entscheidungsfindung.
- *das deliberative Modell:* Auch dieses Modell hat zum Ziel, dem Patienten in der Klärung und Entscheidungsfindung zu helfen. Der Arzt handelt hier als ein Lehrer oder Freund des Patienten, der ihn über seine technische Expertise hinaus unter Einbeziehung moralisch persönlicher Fragestellungen unterstützt.

Roter et al. (1997) kritisieren, dass die vier von Emanuel und Emanuel beschriebenen und in der Literatur viel diskutierte prototypischen Modelle nicht hinreichend empirisch überprüft wurden.

Um die Häufigkeit bestimmter Stile in der Praxis empirisch zu untersuchen, analysieren sie Audiobänder von Gesprächen der Primärversorgung (mit 537 Patienten und 127 Ärzten). Aufgrund einer Cluster-Analyse identifizieren die Autoren fünf „Sprechstuentypen“ und beschreiben jeweils hervorstechende Kernelemente, an denen sie erkennbar und messbar sind:

- *Typ 1:* enges biomedizinisches Kommunikationsmuster- es ist charakterisiert durch biomedizinische Themen und zahlreiche geschlossene Fragen (in 32 % der Gespräche)
- *Typ 2:* erweitertes biomedizinisches Kommunikationsmuster- es entspricht dem ersten Muster, es gibt jedoch geringe Anteile psychosozialer Diskussionsthemen (in 33 % der Gespräche)
- *Typ 3:* biopsychosoziales Kommunikationsmuster- hier wird ein ausgeglichener Anteil an psychosozialen und biomedizinischen Themen besprochen (in 20 % der Gespräche)
- *Typ 4:* psychosozialer Kommunikationsstil- die Gespräche sind vorwiegend durch psychosozialen Austausch gekennzeichnet (in 8 % der Gespräche)
- *Typ 5:* konsumenten-orientierter Kommunikationsstil- hier stellt vorwiegend der Patient Fragen und der Arzt gibt Informationen (in 8 % der Gespräche).

Die Untersuchung von Roter et al. (1997) wird mit dem von ihnen entwickelten System der Interaktionsanalyse RIAS durchgeführt (vgl. Kap. 3.2.2.1.) und in Zusammenhang mit äußeren Charakteristika sowie auch der Zufriedenheit beider Beteiligten etc. gestellt. Die Patientenzufriedenheit war z.B. am höchsten im Typ 4, die des Arztes im Typ 5 (vgl. Kap. 3.2.1.5.).

Der Frage, ob sich aufgrund quantitativer empirischer Analysen in der Routine der Primärversorgung bestimmte wiederkehrende Stile der Arzt-Patient-Beziehung wiederfinden lassen, gehen zahlreiche Forscher nach, z.B. Buijs et al. (1984), Byrne und Long (1976), Campbell et al. (1990).

In diesen Arbeiten geht es, ähnlich wie in der angesprochenen Arbeit von Roter et al. (1997), um die Identifikation von Kernelementen der Kommunikation, die verschiedene Modelle unterscheiden, in welchem weiteren Kommunikationskontext sie vorkommen, ob bestimmte Patienten- bzw. Arztcharakteristika mit den jeweiligen Modellen assoziiert sind sowie auch das Ausmaß der Arzt- und Patientenzufriedenheit bei den verschiedenen Sprechstundenstilen.

Campbell et al. (1990) z.B. unterscheiden vier Stile: „curative“ mit vorwiegend auf die somatische Diagnose und die Behandlung orientierten Interaktionen, „patient education“ mit vorwiegender Gabe von Informationen, „caring“ mit hohem Grad an Affiliation und zugleich Kontrolle sowie einen „general approach“, der verschiedene Charakteristika mischt.

Klemperer (2003) ordnet Modelle der Sprechstundenkommunikation gesellschaftlichen Zeitströmungen zu. So herrschte nach seiner Einschätzung das traditionelle paternalistische Modell bis in 80er Jahre hinein vor. Es wurde im Rahmen einer wachsenden Verbraucherbewegung, die auch im medizinischen Bereich ankam, abgelöst von einem Konsumenten-orientierten Sprechstundenmodell und machte zuletzt im Rahmen einer Relativierung der Wissenschaft als „Wahrheit“ und „Dogma“ einem an gemeinsamer Entscheidungsfindung von Arzt und Patient orientierten Stil Platz.

Auch Charles et al. (1996, vgl. Geisler 2002) sehen als wichtige Einflussgrößen zur Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung eine zunehmende Emanzipation des Patienten sowie auch eine entsprechende, den Verbraucher schützende Gesetzgebung an. So ist in einigen Staaten in medizinischen Belangen das Konzept der informierten Auswahl („informed choice“) vorgeschrieben, welches einen ausreichenden Kenntnisstand des Patienten über unterschiedliche Behandlungsoptionen und seine anschließende eigene

Entscheidung erfordert. Das Modell gemeinsamer Entscheidungsfindung „shared decision making“ (SDM) unterstützt einen solchen Prozess und versucht Asymmetrie oder Hierarchie in der Arzt-Patient-Beziehung zu minimieren und die Ressourcen beider Partner zu nutzen. Gianakos (1996) betont in diesem Zusammenhang die zentrale Rolle von ärztlicher Empathie, um den Patienten adäquat bei einer eigenen medizinischen Entscheidungsfindung zu unterstützen.

3.2.1.3. Patientenzentrierte Medizin

Von den Publikationen, die sich an einem idealtypischen Modell orientieren sowie sich von einem speziellen Menschenbild leiten lassen, ist vor allem die bereits angesprochene breite Strömung der patientenzentrierten Medizin zu nennen. Sie stellt die Qualitäten und Resultate eines auf den Patienten und seine Bedürfnisse zentrierten Sprechstundenstils in den Mittelpunkt (Henbest und Stewart 1989, 1992, Byrne und Long 1976, Law und Britten 1995, Levenstein et al. 1986).

Dieses Konzept hat verschiedene historische Wurzeln: es ist zum einen vom Gedankengut des klientenzentrierten Ansatzes nach Rogers geprägt (Rogers 1951, 1959, 1961) sowie durch die Arbeiten von Balint (1965, 1969) sowie Balint und Norell (1975) und Forschern, die in diesen Traditionen stehen (z.B. Bensing 1991, Bensing und Dronkers 1992, Byrne und Long 1976, Henbest und Stewart 1989, 1990, Law und Britten 1995).

Im angloamerikanischen Raum hat sich im Rahmen der primärärztlichen Versorgung die patientenzentrierte Familienmedizin („family medicine“) etabliert (Levenstein et al. 1986, Smith und Hoppe 19991). Stewart als zentrale Vertreterin (1984) legt ein besonderes Gewicht auf den Abbau von hierarchischem Gefälle sowie auf eine aktive Rolle des Patienten:

„Patient centered interactions are those in which the patient’s point of view is actively sought by the physician. This implies that the physician behaves in a manner that facilitates the patient’s expressing himself and that, for his part, the patient speaks openly and asks questions.“ (Stewart 1984)

Die besondere von Stewart hier angesprochene Rolle offener Fragestrukturen, bei denen eine individuell gestaltete Antwort möglich und von Interesse ist, wird in Studien vielfach als ein gut operationalisierbarer und zu erhebender Indikator für einen Arzt- oder patientenzentrierten Stil genutzt, so z.B. in der zuvor erwähnten Untersuchung von Roter et al. (1997) zu Sprechstundentypen, häufig auch in sprachwissenschaftlich orientierten Arbeiten (Kap. 3.2.3.).

Arborelius und Österberg (1995) z.B. untersuchen Videoaufnahmen von Konsultationen unter dem Gesichtspunkt, wie sich verschiedene offene bzw. geschlossene Fragestrukturen auf das Vorkommen psychosozialer Themen auswirken und beschreiben sog. „leading questions“, die zu psychosozialen Themen hinführen im Gegensatz zu „negative questions“, die sie abschließen bzw. unterbinden.

Stewart (1995) beschreibt als Komponenten einer patientenzentrierten hausärztlichen Haltung und Vorgehensweise, sich in der Konsultation nicht nur auf die Erkrankung zu beziehen, sondern auch die Erfahrungen, die der Patient dabei macht. Über die medizinische Behandlung der Erkrankungen hinaus sollen Prävention und Gesundheitsförderung mit einbezogen werden sowie im Kontakt vor allem darauf zu geachtet werden, die ganze Person zu verstehen und in der Arzt-Patient-Beziehung „gemeinsamen Boden“ zu schaffen und stetig zu verbessern.

Die Qualität eines patientenzentrierten Sprechstundenstils wird oft auch an dem recht gut zu erhebenden Indikator gemessen, ob Patienten alle Gründe für ihr Kommen („Reason for Visit“) haben nennen können (Henbest und Fehrsen 1992, vgl. auch Kap. 3.2.1.4.).

Im Rahmen einer auf den Patienten zentrierten Medizin wird hier immer wieder auch die zentrale Rolle empathischen Verhaltens des betont, die den Patienten ermutigt, mehr Gründe zu offenbaren (mehr zu diesem Aspekt im Kap. 3.4.).

Die bereits angesprochenen Arbeiten von Balint (1965, 1969) sowie Balint und Norell (1975) hatten einen bedeutsamen Einfluss auf den grundsätzlichen Umgang des Hausarztes mit emotionalen Problemen der Patienten. Sein Ansatz, Konflikte bzw. emotionale Schwierigkeiten des Patienten anhand der Arzt-Patient-Dynamik aufzurollen, wurde bald weit verbreitet. Balint setzte zudem einer mechanistischen Medizin den Begriff der Gesamtdiagnose (Balint 1969) entgegen. Bahnbrechend war der Gedanke, nicht in langen therapeutischen Gesprächen damit umzugehen, sondern in kurzen, den Patienten über die Dynamik direkt ansprechenden Bemerkungen, die für den Geübten leicht in das „normale“ Sprechstundengespräch zu integrieren sind. More (1996) betont in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, solche Analysen auch als ein Training in Empathie zu nutzen.

In Balintgruppen wird Ärzten in Fallbesprechungen eine solche Betrachtungsweise vermittelt, in den letzten Jahren auch wieder verstärkt bereits im Medizinstudium durch die sog. „Anamnesegruppen“ (Maguire und Pitceathly 2002, Loew 1989).

Entsprechend den verschiedenen Wurzeln und Strömungen einer patientenzentrierten Medizin gibt es nach Stewart (2001) noch kein einheitliches Konzept, eher einen Konsens darüber, was es nicht bedeutet, nämlich nicht Arzt- oder Krankenhaus- oder Krankheits-Zentriert zu arbeiten (vgl. auch Klemperer 2003).

3.2.1.4. Zum Faktor Zeit und „Reason for Visit“

Aufgrund zahlreicher Studien -schon seit den 80er Jahren- haben Patienten in Konsultationsgesprächen selten genügend Raum und Zeit, ihre Beschwerden zu Ende zu schildern und vollständig ihre Gründe für das Kommen zu erläutern. Es gibt speziell zu diesem Aspekt der Sprechstundenkommunikation in den letzten Jahren auch etliche neuere Arbeiten, wohl z.T. auch, weil das Kriterium gut operationalisierbar und messbar ist durch Interaktionsanalysen und anschließende Patientenbefragungen.

Henbest und Stewart (1989) beschreiben, dass Patienten beim Hausarzt über ihre Symptome hinaus nur einen geringen Teil ihrer Erwartungen, Gedanken und Gefühle ansprechen können.

Barry et al. (2000) finden in einer britischen Untersuchung, dass nur vier von 35 Patienten alle mitgebrachten Punkte ansprechen konnten. Häufig unerwähnt bleiben in den untersuchten allgemeinmedizinischen Praxen Sorgen über eine mögliche -v.a. negative- Diagnose und deren Auswirkungen für die Zukunft, eine ablehnende Haltung oder Ängste gegenüber einer medikamentösen Verordnung und deren möglicher Nebeneffekte sowie über das medizinische -im engeren Sinne- hinausgehende Informationen an den Arzt aus dem sozialen Umfeld des Patienten.

Nach Beckmann und Frankel (1984) lassen nur ein Viertel der Ärzte ihre Patienten ausreden, die überwiegende Zahl wird sehr früh unterbrochen, in dieser Studie im Schnitt nach ca. 18 Sekunden. Der Patient kann somit in der Folge sein Anliegen nicht zu Ende darstellen.

Marvel et al. (1999) eruieren eine vergleichbare durchschnittliche Redezeit des Patienten von 23 Sekunden zu Beginn der Konsultation, bevor der Arzt unterbricht. In ihrer Arbeit erfahren die Behandler in nur 28 % der Konsultationen alle Gründe des Kommens ihrer Patienten. Wenn sie unterbrechen und somit im Gespräch früh auf einen oder mehrere Gründe fokussieren, beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass das Gespräch mit dem Patienten noch die auf die restlichen (zu Beginn nicht geäußerten) zurückkommt, nur noch 8 %.

Nach dieser Studie würde es im Schnitt nur 6 Sekunden länger dauern, also eine halbe Minute insgesamt, bevor Patienten alle Gründe benennen können.

Die Autoren betonen auch die Bedeutung einleitender offener Fragen, in der Weise „Was führt Sie heute her“ oder „Wie kann ich Ihnen helfen?“ oder direkten Nachfragen im Verlauf, ob es sonst noch wichtige Punkte gibt. Wenn vom Behandler derartige Fragen gestellt werden -in seiner Studie von zwei Dritteln der beteiligten Ärzte- sinken für Patienten offen gebliebene Punkte nach der Konsultation um die Hälfte auf 15 % der Fälle.

Die bedeutsame Rolle eines Zeitfensters für den Patienten, in dem er genug Zeit hat, sich zu äußern, auszureden und die Gründe zu erläutern, warum er gekommen ist und was ihn bedrückt, wird in der Literatur auch diskutiert mit der Frage, ob dafür im zumeist vorhandenen Zeitdruck des Sprechstundenalltags genug Raum ist (Branch und Malik 1993). Meeuwesen et al. (1991) zeigen in ihrer Untersuchungen aus dem Bereich der Chirurgie, dass Patienten mit psychosozialen Themen dort in der Tat mehr Zeit als Andere beanspruchen. Auch Zantige et al. (2005a und b) beschreiben in niederländischen Studien, dass Patienten mit psychosozialen Problemen insgesamt eine höhere Belastung für den Allgemeinarzt darstellen: sie kommen häufiger, die Gespräche sind länger, erfordern mehr Diagnostik und die Behandler kommen vermehrt zu der Einschätzung, dem Patienten nicht zu entsprechen, etwa durch ausreichend Zeit.

Im Hinblick auf die zur Verfügung stehende Zeit pro Patient beschreiben z.B. Barry et al. (2000) in ihrer Arbeit aus Großbritannien eine durchschnittliche Konsultationsdauer in der Primärversorgung von nur 7 Minuten. Dies korrespondiert mit der von Kruse (2003) gefundenen Gesprächsdauer zwischen 7 und 8 Minuten (vgl. Kap. 3.1.). Siegrist (1978) eruiert für den Bereich der klinischen Visite in Deutschland eine durchschnittliche Zahl von 3 bis 4 Minuten.

Ein Mangel an Zeit wird von befragten Patienten in vielen Studien als besonders negativ bemängelt, während Ärzte -wohl als Schreckgespenst- im Hinterkopf den ausschweifenden, nicht zum Ende kommen Patienten haben, der eben keine wertvollen Informationen zur Behandlung liefert, sondern dem Behandler aus seiner Wahrnehmung heraus „die Zeit stiehlt“ sowie ggf. auch Ärger auslöst (vgl. Adam 2004).

Eine neuere Schweizer Untersuchung (Langewitz et al. 2002) kommt zu dem Schluss, dass nahezu 80 % der Patienten ihrem Behandler innerhalb von 2 Minuten erklären können, was die Gründe ihres Kommens sind, sofern sie dazu die Gelegenheit haben. Die

14 teilnehmenden Ärzte der Studien waren angehalten, ihre (insgesamt 335) Patienten zu Beginn ausreden zu lassen, maximal 5 Minuten. Bei einem solchen Setting ergibt sich eine mittlere ununterbrochene Sprechzeit der Patienten von 92 Sekunden, lediglich 7 Patienten sprachen länger als 5 Minuten. Alle an der Untersuchung beteiligten Ärzte gaben an, während der ununterbrochenen Redezeit des Patienten wertvolle Informationen für die Behandlung erhalten zu haben.

Rein formal betrachtet scheint die kommunikative Fähigkeit des Arztes von großer Bedeutung, dem Patienten vor allem zu Beginn der Konsultation eine gewisse Sprechzeit einzuräumen sowie auch mit Fragen zu beginnen bzw. dann auch noch im Verlauf zu stellen, die ein Interesse an psychosozialen bzw. gefühlsbezogenen Themen signalisierenden. Dass hier jedoch nicht nur die in verschiedenen Studien als förderlich beschriebenen offenen Fragen erfolgreich sind, zeigen Goldberg et al. (1993). Sie beschreiben, dass Ärzte, die vor allem zu Beginn der Konsultation vermehrt direktivere, sondierende Nachfragen zu psychischen Themen stellen, mehr Berichte ihrer Patienten über seelische Beschwerden erhalten und in der Folge auch zutreffendere Diagnosen aus dem psychischen Bereich stellen (vgl. Kap. 3.4.5.).

3.2.1.5. Patienten-Zufriedenheit und Compliance

Eine der am häufigsten untersuchten Variablen der Arzt-Patient-Kommunikation ist die Zufriedenheit des Patienten mit dem Kontakt. Sie wird als entscheidender Faktor betrachtet, die ihrerseits die Compliance, speziell auch die Erinnerung und Befolgung medizinischer Verordnungen und Anweisungen sowie auch die Wechselrate zu anderen Ärzten steuert.

Bereits in frühen Studien der Interaktionsanalyse von Arzt und Patient ab den sechziger Jahren wurden Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient mit der Compliance des Patienten sowie seiner Zufriedenheit in Beziehung gesetzt und eine positive Korrelation beschrieben (Davis 1968, Korsch et al. 1968, Freemon 1971).

Stiles et al. (1979c) setzen ihre umfangreichen Befunde zur Interaktion von Arzt und Patient in Zusammenhang mit der Zufriedenheit des Patienten mit der Konsultation (vgl. auch Wasserman und Inui 1983, Inui et al. 1982, Wilson et al. 1995).

Die Hauptergebnisse, die sich auch mit aktuellen Befunden decken, können folgendermaßen zusammengefasst werden: eine hohe Compliance kann nur bei Zufriedenheit des Patienten erreicht werden und zufrieden ist der Patient, wenn er in seinen Erwartungen nicht enttäuscht wird, im Sprechstundengespräch eine, warme,

einfühlsame Atmosphäre herrscht, der Arzt dem Patienten medizinische Dinge verständlich erläutern kann und ihn auch bei Ängsten beruhigen kann.

Henbest und Stewart (1989, 1990) entwickeln ein Ratinginstrument der Arzt-Patient-Interaktion im Hinblick auf den - in ihren Arbeiten aufgewiesenen- Zusammenhang von Zufriedenheit und dem Ausmaß an Patientenzentriertheit. Das einfache System kann in direkter Beobachtung der Konsultation oder von Audio- und Videobändern angewendet werden und wird u.a. im Rahmen der ärztlichen Fortbildung eingesetzt.

Auch Buller und Buller (1987) beschreiben in einer empirischen Studie den Zusammenhang der Patientenzufriedenheit mit einem die Verbindung bzw. Beziehung betonenden Kommunikationsstil des Arztes (affiliativer vs. aktiv-dominanter Interaktionsstil) und beschreiben, dass im Rahmen eines affiliativen Stils auch die Qualität (objektiv vergleichbarer) medizinischer Leistungen von Patient insgesamt als zufriedenstellender und besser bewertet wird.

Street (1992) beschreibt für den pädiatrischen Bereich, dass der Grad Patientenzentrierten Verhaltens die Zufriedenheit der Eltern prädiziert und kritisiert in diesem Zusammenhang, dass die durch Beobachter von Bändern eingeschätzte Interaktion zu selten mit der Wahrnehmung und Einschätzung des Patienten selbst korreliert wird.

Einige Studien betrachten als Indikator der Patientenzufriedenheit -am anderen Ende des Spektrums- das Phänomen, dass Patienten gegen ihre Ärzte juristische Schritte einleiten. So beschreibt Avery (1985) in einer Analyse solcher Fälle, dass die Wahrscheinlichkeit verklagt zu werden, für Behandler um so geringer ist, desto weniger sie „Kommunikationsfehler“ -z.B. in der Form von Eile, Abwertung und Arroganz- machen. Beckman et al. (1994) finden in zufällig ausgewählten Klagefällen auf der Beziehungsebene einen durch Patienten wahrgenommenen Mangel an Fürsorge und Zusammenarbeit, fehlendes Verständnis und zu wenig Informationen von Seiten der Behandler.

Levinson et al. (1997) vergleichen mit ähnlichen Resultaten Konsultationsgespräche von Ärzten, in deren Praxis zuvor juristische Streitfälle vorgekommen waren im Vergleich zu Praxen, wo Patienten nicht geklagt hatten. In der Analyse mit dem RIAS System von Roter (vgl. Kap. 3.2.2.1.) können sie für den Bereich der Primärversorgung spezifische - und wie die Autoren betonen, leicht erlernbare- kommunikative Verhaltensweisen identifizieren, die die Wahrscheinlichkeit gerichtlicher Schritte durch Patienten verringern.

3.2.1.6. Outcome-Variablen

Die meisten Studien messen den Erfolg (outcome) der Interaktion von Arzt und Patient an sekundären Kriterien wie dem eben angesprochenen Faktor der Zufriedenheit des Patienten oder -seltener- auch des Arztes, bzw. in welchem Ausmaß Erwartungen erfüllt werden und ob alle Gründe für das Kommen genannt werden können. Weitere genutzte Indikatoren sind z.B. auch Therapieabbrüche, die Häufigkeit von weiteren Arztbesuchen und die Wechselrate.

Klemperer (2003) fasst Arbeiten, die sich mit dem Zusammenhang des Heilerfolges und biopsychosozial orientierten ärztlichen Konsultationen folgendermaßen zusammen:

“Bessere Behandlungsergebnisse erzielen Ärzte, wenn sie die Erwartungen der Patienten mit positiven Informationen beeinflussen und wenn sie eine warme, freundliche und beruhigende Art haben. Ärzte, die ihre Patienten nicht gut informieren, auf Ängste nicht eingehen und keine Empathie zeigen, eher formal sind und keine Beruhigung bieten, erzielen schlechtere Behandlungsergebnisse.“

Eine aufgrund des sehr viel höheren Aufwandes geringere Anzahl von Arbeiten erfasst primäre Outcome-Kriterien anhand von Gesundheitsdaten bzw. Krankheitsverläufen der Patienten (Kaplan 1989, DiBlasi et al. 2001).

DiBlasi et al. (2001) sichten zu dieser Thematik in einer Metaanalyse 25 kontrollierte, randomisierte Studien zur Wirkung sog. unspezifischer Effekte. Als unspezifische bzw. Kontextfaktoren („context effects“) werden von ihnen alle Einflussgrößen bezeichnet, die außer der spezifischen medizinischen Behandlung eine Wirkung auf das Behandlungsergebnis haben. Hierzu zählen z.B. Charakteristika des Patienten, des Arztes, des Settings, der Arzt-Patient-Beziehung bis hin zu sehr detaillierten Faktoren wie der Farbe von Tabletten etc. Die sonst auch meist als Placeboeffekte bezeichneten Phänomene medizinischer Interaktion sind hier zu subsumieren (vgl. Klemperer 2003).

Die Autoren vergleichen die Effekte anhand einer Zuordnung zu den Polen einer kognitiv orientierten Behandlungsform (cognitive care) im Vergleich zu einer emotionalen, mit Schwerpunkt auf Empathie und Wärme (emotional care).

12 der 25 Studien weisen einen signifikant günstigeren Einfluss einer an Empathie und Wärme orientierten Qualität der Arzt-Patient-Beziehung auf -primär gemessen am körperlichen Gesundheitszustand von Patienten mit einer somatischen Erkrankung. Indikatoren waren z.B. verbesserte Blutdruckwerte, schnellere Heilungsgeschwindigkeit bei Tonsillitis, ein positiverer Verlauf bei Schmerzpatienten.

Diese Metaanalyse unterstreicht, dass neben der medizinischen Therapie -im engeren Sinn- die sog. unspezifischen Faktoren und hier insbesondere Arzt-Patient-Beziehung

einen bedeutsamen Einfluss auf das Ergebnis haben, wobei sich eine Kombination von emotionaler und kognitiver Behandlungsform nach DiBlasi et al. (2001) als am effektivsten erweist.

Stewart (1995, vgl. auch Little et al. 2001) sichtet in einem Review den Stand der Forschung unter dem Gesichtspunkt des Outcomes bei einer patientenzentrierten Vorgehensweise, 11 von insgesamt 25 Studien hatten ein randomisiertes, kontrolliertes Design. In zwei Dritteln der Arbeiten zeigt sich ein positiver Einfluss patientenzentrierter Interaktion gemessen an primären Outcome-Kriterien wie emotionaler Gesundheit und Leistungsfähigkeit, wie schnellere Symptominderung und gut objektivierbaren Gesundheitsdaten wie Blutdruck und Blutzuckerwerten.

In einer späteren Arbeit fassen Stewart und Brown (2001) die nach ihrer Einschätzung vier für ein positives Endergebnis wichtigsten förderlichen Merkmale eines auf den Patienten zentrierten Arztverhaltens zusammen. Der Arzt soll dabei:

- den Patienten unterstützen, seine eigenen Erfahrungen vollständig auszudrücken
- er soll Empathie zeigen und Unterstützung geben
- den Patienten mit klaren Informationen versorgen
- bei medizinischen Entscheidungen ein Vorgehen im Sinne des „shared decision making (SDM)“ verfolgen, das zu einem Konsens über das weitere Vorgehen führt.

3.2.1.7. Erlernbarkeit und Training von Arzt-Skills

Die für ein Gesundheitssystem sowie ökonomische Aspekte wichtige Fragestellung, inwiefern die für eine erfolgreiche medizinische Versorgung und den erwünschten Outcome förderlichen Arztverhaltensweisen erlernbar bzw. trainierbar sind, wird verstärkt ab den 80er Jahren diskutiert (Wasserman und Inui 1983, Laemmel 1996).

So wurde Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion auch immer wieder mit der Zielsetzung unternommen, die ärztliche kommunikative Kompetenz zu verbessern sowie zugleich die Effekte eines Trainings auf das Gesprächsverhalten zu dokumentieren. In zahlreichen Studien wurde und wird dabei ihre gute Erlernbarkeit und effektive Trainierbarkeit bei Ärzten und Medizinstudenten klar dokumentiert (Poole und Sanson-Fisher 1979, Byrne und Long 1984, Gazda et al. 1987, Evans et al. 1993, Platt und Keller 1994, Koerfer et al. 2005, Wheewell et al. 1988).

Roter et al. (1995) z.B. zeigen in einer randomisierten Studie mit 69 Ärzten und 648 Patienten, dass bereits ein achtstündiges Training zu einem verbesserten Umgang mit Emotionen führen kann, so dass in der Folge bei den Patienten eine Stressreduktion über sechs Monate nachzuweisen war.

In einer niederländischen Studie dokumentieren DeMonchy et al. (1988) die Ausprägung und erfolgreiche Entwicklung einer patientenzentrierten Haltung im Verlauf der medizinischen Ausbildung anhand einer dafür von ihnen entworfenen Skala. Auch Gazda et al. (1984) entwickeln mit vergleichbarer Zielsetzung für den englischsprachigen Raum das sog. „Human Relations Training (HRT).

Empathisches Verhalten und seine Trainierbarkeit als ein Kernelement konstruktiver Kommunikation speziell bei Medizinstudenten untersuchen auch Scibetta (1980) und Tamburrino et al. (1993). Evans et al. (1993) beschreiben, z.B. dass der zu Beginn oft sehr geringe Grad an Empathie von Medizinstudenten positiv durch ein Training beeinflusst werden kann (vgl. auch Dorf Müller 2001).

Bereits in der Ausbildung trainierte Ärzte haben in der Studie von Marvel et al. (1999) später eine doppelt so hohe Rate (44 gegenüber 22 % bei untrainierten Ärzten), in ihren Gesprächen die Anliegen der Patienten zu erfragen und sie auch ausreden zu lassen.

Larson und Yao (2007) betrachten Empathie als eine „emotionale Arbeit“ und regen an, dass Ärzten ein Training im körperlichen Ausdruck von Einfühlung und emotionaler Bewegtheit durch Mimik und Gestik von Nutzen sein kann, ähnlich wie es für Schauspieler angeboten wird (deep acting).

Die erfolgreiche Trainierbarkeit der Einfühlungsfähigkeit dokumentieren auch Layton (1979) und Morse et al. (1992b) in ihren Studien aus dem Pflegebereich -auch bei einer anfangs extrem niedrigen Ausprägung (vgl. LaMonica und Karshmeier 1978).

Wasserman und Inui (1983) heben in ihrer Arbeit die große gesellschaftspolitische und finanzielle Bedeutung einer erfolgreichen Interaktion zwischen Arzt und Patient hervor und halten ein Training von Ärzten durch Interaktionsanalysen für sinnvoll. Es sollten dabei nach ihrem Modell den Behandlern die zentralen Kriterien der Kommunikationstheorie verdeutlicht werden: dass menschliche Interaktion als Informationsfluss zwischen Individuen verstanden werden kann, der auf verschiedenen Ebenen -der Inhalts- und der Beziehungsebene- stattfindet, der verschiedene Kanäle nutzt und neben Sachinformationen auch affektive und soziale Inhalte übermittelt, für die es ebenso sensibel zu sein gilt.

Als Gründe für eine wenig konstruktive Gestaltung der Interaktion in der Sprechstunde durch Ärzte bzw. eine unzureichende Fähigkeit zur Gesprächsführung und wird in der Diskussion öfter das zumeist an Faktenwissen, Leistung und einem biomedizinischen Modell und wissenschaftlicher Objektivität orientierte Medizinstudium genannt (Laine und

Davidoff 1996, Geisler 2003). Helmich et al. (1991) charakterisieren es pointiert als ein "konsequentes Desensibilisierungsprogramm" gegenüber kommunikativen Prozessen und der psychosozialen Wirklichkeit des Patienten.

Spiro (1992) sieht eine Betonung auf Wissenschaftlichkeit und Distanz (detachment) als Grund, warum Medizinstudenten und Ärzte einen Teil ihrer zuvor natürlich vorhandenen Empathie verlieren. Aus psychoanalytischer Sichtweise diskutiert er die Frage, wie durch mehr Leidenschaft (passion) und Empathie wieder eine Balance zur notwendigen Distanzierungsfähigkeit geschaffen werden kann.

Klemperer (2003) beklagt im Hinblick auf die Ausbildung von Ärzten für den deutschen Bereich:

„Im Studium der Medizin wird in Deutschland bisher nicht sichergestellt, dass ein Arzt mit dem Eintritt ins Berufsleben über professionelle kommunikative Kompetenz verfügt.“

Möglichkeiten zu einer Verbesserung der Kompetenz sind für Interessierte schon im Studium z.B. durch Anamnesegruppen sowie später durch die bereits angesprochenen Balintgruppen für Ärzte gegeben (Loew 1989, v. Uexküll 1989).

Die Effekte von Balintgruppen zur Entwicklung empathischer Kompetenz überprüft Kutter (1981) z.B. mit Items aus dem Giessentest, auch Köhle et al. (1995) weisen positive Effekte nach -grundsätzlich jedoch wurden bislang die Effekte von Balintgruppen nicht häufig erforscht.

Für Ärzte stehen neben Balintgruppen selbstverständlich auch zahlreiche andere -z.B. von den Ärztekammern zertifizierte Fortbildungs- zur Verfügung, bzw. Weiterbildungsprogramme im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, für die in der BRD mehrere Trainingsansätze entwickelt wurden (z.B. Rosin et al. 1994, Tress 1994, Kruse et al. 1999c).

Als wesentliche Herausforderung ist hier zu berücksichtigen, dass für eine Veränderung nicht so sehr der Kenntnisstand als vielmehr eigene gemachte Erfahrungen durch Interaktionstraining, Selbsterfahrung und erlebte Veränderbarkeit im Umgang mit dem Patienten von Bedeutung sind (Maguire und Pitceathly 2002, Bühring 2000).

Von Uexküll (1989) kritisiert in diesem Sinne die Grundannahme des Ausbildungssystems als einseitig, dass Medizinstudenten in ausreichendem Maße von Ihren Lehrern als beobachtete Modelle lernen können ohne eigene Übung und Verhaltenskorrektur.

3.2.2. Interaktionsanalyse der Arzt-Patient-Beziehung

3.2.2.1. Verbreitete kategoriale Systeme der Interaktionsanalyse

Wie bereits angesprochen, wurde in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl an Kategoriensystemen zur Interaktionsanalyse des Sprechstundengeschehens entwickelt.

Ong et al. (1995) referieren in ihrer Arbeit zahlreiche Verfahren, die neben der Analyse von Konsultation der Primärversorgung z.T auch für spezielle Situationen anwendbar sind, wie Stresssituationen in der Sprechstunde oder z.B. für Gespräche mit Krebspatienten oder chirurgische Konsultationen.

Inui et al. (1982) fassen die Grundelemente der Herangehensweise von Interaktionsanalyse-Systemen zusammen. Die Instrumente folgen:

- einer Beobachtungsstrategie (z.B. direkte Beobachtung, Beobachtung anhand von Ton oder Videobändern oder Transkripten), es wird
- ein Beobachtungsgegenstand festgelegt (z.B. verbales, nonverbales Verhalten⁴) sowie
- eine erschöpfende typologischen Klassifikation für Interaktionen von Arzt und Patient geschaffen sowie operationale Definitionen, die beschreiben, wann Interaktionen einer Kategorie zuzuordnen sind.

Sechs der bekanntesten und häufig verwendeten Systeme werden im Folgenden umrissen: Bales Prozessanalyse, Byrne und Longs Ratingsystem zur Patientenzentriertheit, Henbest und Stewarts Score der Patientenzentriertheit, Roters Interaktionsanalyse (RIAS), das VRM (Verbal Response Modes) von Stiles sowie Katz Resource Exchange Analysis.

• *Bales Prozessanalyzesystem*

Eines der ersten und zugleich auch am häufigsten verwendeten Systeme zur Interaktionsanalyse stammt aus dem Bereich der Gruppendynamik. Seit der Publikation bereits in den 50er Jahren (Bales 1950, 1972) wurden zahlreiche Kommunikationsfelder hiernach untersucht, u.a. das Geschehen zwischen Arzt und Patient (z.B. Stewart 1984, Freeman et al. 1991).

⁴ In der Literatur werden üblicherweise drei Kommunikationskanäle bzw. -komponenten des Sprechens mit einem Gegenüber bzw. unterschieden:

1. die verbale Kommunikation: Die Ebene der gesprochenen Worte und deren Bedeutungen. Die Inhalte der verbalen Kommunikation können ohne wesentliche Informationsverluste in Verbatimprotokolle übertragen werden. Die verbale Ebene beinhaltet auch stilistische Faktoren wie Wortwahl, Sprachcode etc.

2. die paraverbale Kommunikation: die Art und Weise des Sprechens, die **nicht** inhaltlichen, hörbaren Komponenten wie Tonfall, Lautstärke, Tonhöhe, Stimmlage, Stimmfärbung, Artikulation, (Deutlichkeit vs. Undeutlichkeit), Auslassungen, Abbrüche, Betonungen, Sprachtempo, Sprachmelodie, Schweigen, Dazwischenreden etc.

3. die nonverbale Kommunikation: beschreibt die visuell wahrnehmbaren Komponenten des Sprechens wie Mimik und Gestik sowie der körpersprachliche Ausdruck im engeren Sinne wie: Körperhaltung, Körperbewegungen, Bewegungsmuster, Nähe-Distanzregulierung sowie auch vegetativ erkennbare Reaktionen (z.B. Erröten).

Die **verbale** Kommunikation wird den Punkten 2 und 3 als **nonverbale** Kommunikation gegenübergestellt und auch als „digitale vs. analoge“ Kommunikation bezeichnet.

Als **4.** Faktor können noch **extraverbale Faktoren** wie der Kontext, Zeit und Ort einer Mitteilung, Vorkontakte und Vertrautheit der Sprecher, sowie taktile und olfaktorische Elemente beschrieben werden.

Das System von Bales wird in der Regel auf Transkripte verbaler Kommunikation angewendet. Alle interpersonalen Äußerungen werden von Ratern zwei Hauptdomänen zugeordnet: einer aufgabenbezogenen und einer sozialemotional orientierten. Die Interaktion wird in 12 sich ausschließende Kategorien eingeteilt, 6 sind als affektiv neutral beschrieben und dem Informationsaustausch bzw. der jeweiligen Aufgabenstellung der Interaktion dienend, 6 weitere sind gefühlsbezogene Kategorien, in affektiv negative und positive unterteilt.

Davis z.B. (1968, 1971) erstellt anhand von Bales System Faktorenanalysen, in denen er den nachteiligen Effekt negativer Affekte in der Kommunikation auf die Compliance und Zufriedenheit von Patient und Arzt aufzeigt. Ähnlich Freeman et al. (1971), die mit dem Bales-System in ihrer Untersuchung einen Index aus negativen und positiven affektiven Äußerungen bestimmen, der mit der Patientenzufriedenheit und Compliance in enger Korrelation steht.

Wasserman und Inui (1983) beschreiben als Stärken des Bales'schen Systems, dass es den Inhalts- und den Beziehungsaspekt der Kommunikation berücksichtigt sowie das Verhältnis von sachlicher und affektiver Information bestimmen kann und im Unterschied zu vielen anderen Kategoriensystemen damit auch Interaktionssequenzen untersucht werden können. Als gravierende Schwäche beschreibt er den Umstand, dass Äußerungen, die sowohl einen inhalts- als auch einen affektiven Charakter haben, nicht zugleich erfasst werden können, zudem vernachlässigt es den Kontext der Kommunikation und ist nach Ansicht der Autoren zu wenig der spezifischen Aufgabenstellung eines ärztlichen Konsultationsgespräches angepasst.

• *Patientenzentrierte Medizin: das System von Byrne und Long*

Eines der frühesten Systeme ist die bereits angesprochene Arbeit von Byrne und Long (1976). Sie steht in der Balintschen Tradition und wurde speziell für die Anwendung im ärztlichen Bereich konzipiert.

Rater klassifizieren das verbale Verhalten des Arztes in 50 Kategorien nach dessen Ausmaß an „Patienten-“, bzw. „Arztzentriertheit“. Als Arztzentriert gelten z.B.: Informationen geben, geschlossene Fragen stellen. In eine patientenzentrierte Kategorie fallen z.B.: offene Fragen stellen, Gedanken des Patienten aufgreifen.

Analysierte Konsultationsgespräche werden mit einem Gesamtscore für das Ausmaß ihrer Patienten- bzw. Arztzentriertheit versehen, zudem korrelieren Byrne und Long ihre Befunde mit Außenkriterien wie z.B. Alter Geschlecht. Das System wurde v.a. in den 80er Jahren häufig verwendet, Buijs et al. (1984) validieren es und stellen selbst auch eine überarbeitete Fassung vor.

Byrne und Long arbeiten in ihrem Ansatz auch erstmals typische Phasen von Konsultationsgesprächen heraus, so etwa eine diagnostische Phase und Phase der Verschreibung. Diese Unterteilung wird später oft zitiert sowie von anderen Autoren modifiziert. Arborelius und Österberg (1995) unterscheiden: invitation phase, follow-up phase, resolution phase, Nüssel (1968) unterscheidet zwischen Anamnese und Gespräch.

• *Score der Patientenzentriertheit nach Henbest und Stewart*

Henbest und Stewart (1989, 1990) entwickeln ebenfalls ein Kategoriensystem, in dem die Antworten des Arztes im Hinblick auf Patientenzentriertheit eingeschätzt werden. Das einfach anzuwendende Verfahren kann ohne Transkripte in direkter Beobachtung der Konsultation oder von Audio- und Videobändern angewendet werden und führt zu einem Gesamtscore der Patientenzentriertheit. Sie wird im Sinne von Balint definiert als Reaktion des Arztes auf die Angebote des Patienten (patient's offers), die neben Symptomen seine Gedanken, Gefühle und Erwartungen mit einschließen. Hierzu gibt es vier Antwortkategorien, die mit einem Score von 0 -3 bedacht werden:

0. der Arzt ignoriert ein Angebot des Patienten (zeigt keine verbale Reaktion) oder reagiert unspezifisch mit „hm“, „ja“ etc.
1. der Arzt stellt eine geschlossene Frage, die eine weitere Exploration des Patienten verhindert
2. der Arzt reagiert so, dass der Patient mehr seiner Symptome, Gedanken, Gefühle und Erwartungen ausdrücken kann
3. der Arzt fördert durch seine Reaktion aktiv das weitere Ausdrücken von Gedanken, Gefühlen und Erwartungen des Patienten (specific facilitation), z.B. durch Erfragen.

Geäußerte Gedanken umfassen hier definitionsgemäß Glaubenssysteme, Konzepte, Meinungen, etc. Gefühle werden definiert als „emotionaler Zustand oder Reaktion“, die fast jedes Symptom, jede Erwartung oder jeden Gedanken begleiten. Diese Kategorie wird geratet, wenn der Patient direkt Gefühle ausdrückt, der Patient direkt auf Fragen des Arztes nach Gefühlen antwortet, oder er einen Satz einleitet mit: „Ich fühle, ich empfinde, etc.“.

Henbest und Stewart unterschieden im Hinblick auf vom Patienten gesendete kommunikative Angebote spezifische und unspezifische Signale (vgl. hierzu Kap. 3.4.4.). Diese sog. „prompts“ werden von ihnen als Signale des Patienten verstanden, das ein zurzeit diskutiertes Thema weiterer Vertiefung bedarf. Als Restkategorie für alle sonst nicht zuordenbare Äußerungen verwenden sie „Nichtspezifische Signale“.

Law und Britten (1995) z.B. beschreiben mit diesem System im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede einen höheren Grad an Patientenzentriertheit von Ärztinnen, insbesondere in der Interaktion mit Patientinnen. Sie zeigt sich besonders durch häufigere offene Fragen und eine größere Achtsamkeit für Angebote.

• *Roters Interaktionsanalysesystem RIAS*

Roters Interaktionsanalysesystem RIAS (Roter et al. 1997, 1989,) ist eine Modifikation des Bales'schen Ansatzes und zählt zu den bis heute am meisten genutzten Verfahren -auch international (Eide et al. 2003, Langewitz et al. 2003).

Im Gegensatz zum System von Bales können die Äußerungen ohne Transkripte direkt von Tonbändern klassifiziert werden, jeder Satz bzw. Gedankengang wird direkt beim Abhören von Bändern codiert, es wird eine gute Raterreliabilität hervorgehoben. Eine Einbeziehung des Tonfalls ist hier möglich und erlaubt so eine bessere Erfassung der affektiven Dimension. Die Beobachtungsdimensionen sind dem medizinischen Gespräch angepasster als das Bales'sche System, es werden drei Kategorien unterschieden:

- inhaltliche Kategorien: dazu gehören u.a. Fragen, biomedizinische Information sowie auch psychosozialer Austausch
- affektive Kategorien: von Roter als „positive talk, negative talk, social talk“ bezeichnet
- Prozesskategorien: Äußerungen, die mit dem Verlauf und dem Fortschreiten der Interaktion zu tun haben, z.B. „facilitation“, „orientation“.

Die bereits angesprochene Untersuchung der Forschungsgruppe um Roter (Roter et al. 1997, vgl. Kap. 3.2.1.2.), in der durch Cluster-Analysen fünf Kommunikationsmuster der Sprechstunde herausgearbeitet werden, wurde nach diesem System erstellt. Die Autoren bestimmen zudem Faktoren wie die verbale Dominanz -u.a. anhand der Anzahl von Äußerungen- sowie das Ausmaß an Kommunikationskontrolle im Hinblick auf denjenigen, der die meisten Fragen stellt. Einen ähnlichen Kontroll-Score haben Greenfield et al. (1985) und Stewart (1984) in ihren Untersuchungen bestimmt.

• *Das Verbal-Response-Modes-System von Stiles*

Das aus sprachwissenschaftlichem Kontext stammende System: Verbal-Response-Modes (VRM) von Stiles (1979, 1996) betrachtet das Sprechstundengeschehen anhand von Sprachsegmenten. Die Analyseeinheit ist dabei eine Äußerung bzw. eine grammatikalische Einheit, die jeweils mit einer psychologischen Erfahrungseinheit gleichgesetzt wird.

Stiles Vorgehensweise orientiert sich an der psycholinguistischen Sprechaktheorie, die davon ausgeht, dass sprachliche Äußerungen mit bestimmten interpersonellen Absichten verbunden sind, die dann jeweils von den Ratern erfasst und kodiert werden können. Die Interaktion wird von Transkripten eingeschätzt und bezieht sich somit nur auf verbales Verhalten (vgl. Kap. 3.2.3. zu sprachwissenschaftlichen Ansätzen).

Die Sprachsegmente werden auf 80 sich ausschließende Kategorien aufgeteilt, zudem werden 8 grundsätzliche „verbal response modes“ unterschieden, z.B. Frage, Rat, Interpretation, Bestätigung, Reflexion, etc., es gibt reine und gemischte modes. Die Äußerung: „Würden Sie bitte das Fenster schließen?“ z.B. würde zum Beispiel als Frage kodiert, die jedoch den Charakter einer Anweisung hat.

Im Unterschied zu anderen Kodiersystemen für die Arzt-Patient-Interaktion, findet das System gleichermaßen sinnvolle Anwendung in ärztlichen Konsultationsgesprächen (Winfield und Murrell 1992) und im psychotherapeutischen Setting (Stiles 1979) und wurde z.B. zum Vergleich verschiedener Therapieschulen angewendet (Stiles 1996).

Es werden mit diesem Ansatz zwar auch seltenere Interaktionsvarianten beschrieben, generell zeigen sich jedoch faktorenanalytisch im ärztlichen Gespräch drei stets wiederkehrende, sehr häufige Interaktionsmuster (Stiles 1996):

- Interaktionen, in denen der Arzt vorwiegend zuhört,
- Interaktionen, in denen vorwiegend geschlossene Arztfragen gestellt werden und
- Interaktionen, in denen der Arzt hauptsächlich Erklärungen abgibt.

In Untersuchungen speziell von medizinischen Erstgesprächen (Stiles et al. 1979a und b, 1982, vgl. auch Cape 1996) werden -ähnlich wie im angesprochenen Ansatz von Byrne und Long (1976)- auch verschiedene Phasen der Begegnung zwischen Arzt und Patient gefunden, faktorenanalytisch berechnet und in ihren sprachlichen, kommunikativen Charakteristika beschrieben. Neben der Begrüßung und Verabschiedung sind Hauptphasen, die sich z.B. auch im internationalen Vergleich als erstaunlich stabil und fast stereotyp darstellen:

- Sammlung medizinischer Informationen (exposition, closed questions, checking.)
- Strategien der körperlichen Untersuchung (direction, inquiry) und
- Verschreibung und Feedbackstrategien an den Patienten (explanations, instructions, contracts).

Ein solcher typischer typische Ablauf variiert jedoch, wenn das vom Patienten dargestellte Problem nicht physisch, sondern psychosozialer Natur ist. Es kommt dann ein anderer Verlauf zum Tragen, die Autoren beschreiben die hinzukommenden Elemente als „social (storytelling)“ und „emotional (revealing)“ (Stiles 1996).

Stiles et al. setzen ihre Befunde auch in Zusammenhang zur Zufriedenheit des Patienten mit der Konsultation (Stiles et al. 1979c) und bestätigen den positiven Zusammenhang mit einem auf den Patienten zentrierten Sprechstundenstil.

Wasserman und Inui (1983) betonen als Stärken des Systems die hohe Fähigkeit, den Informationsfluss, und die Art, wie die Information übermittelt wird, herauszuarbeiten. Als Nachteil wird benannt, dass es nur eine Dimension zur Beschreibung der Beziehungsebene gibt und keine andere als die verbalen Kommunikationskanäle genutzt werden.

• *Katz Resource Exchange Analysis System: REA*

Das REA (Resource Exchange Analysis System) von Katz (1963) -durch Analyse von Transkripten oder durch direkte Beobachtung- wird seltener auf medizinische Begegnungen angewendet. Es betont den Austauschcharakter der Kommunikation: ein Angebot des Arztes oder Patienten wird daraufhin untersucht, ob es angenommen, weitergeführt oder zurückgewiesen wird. Das System hebt die soziale Bedeutung und den Kontext der Kommunikation hervor, ist jedoch wenig in der Lage, den sequenziellen Ablauf eines ganzen Gesprächs zu beschreiben. Einheit der Analyse ist eine Interaktion, hier zeigt sich direkt eine Schwäche des Ansatzes, da der Beginn in Sequenzen variabel ist. Das von Suchmann entwickelte Modell empathischer Interaktion (vgl. Kap 3.4.6.) führt diesen Aspekt, ob Angebote angenommen oder zurückgewiesen werden, fort.

3.2.2.2. Reviews, Metaanalysen und Kritik

In verschiedenen Publikationen werden die Stärken und Schwächen einzelner Interaktionsanalyse-Verfahren verglichen und in ihren Vor- und Nachteilen kritisch diskutiert.

Ong et al. (1995) vergleichen z.B. zwölf Systeme zur Beschreibung der Arzt-Patient-Kommunikation im Hinblick darauf, ob sie sich auf aufgabenorientiertes, instrumentelles

Verhalten oder auf affektives, sozioemotionales Verhalten beziehen. Sie diskutieren ferner ihre klinische Relevanz, die verwendeten Kommunikationskanäle und Beobachtungsstrategien sowie die Interrater-Reliabilität und die Validität der Ansätze.

Aufgabenorientierte Systeme, sogenannte „cure-systems“ (wie z.B. das Bales-System), beziehen sich nach Ong et al. auf die Notwendigkeit, im Rahmen der Behandlung mit Wissen bzw. Fakten umzugehen und auch Zusammenhänge zu verstehen. Die „care-systems“ (z.B. der patientenzentrierte Ansatz nach Henbest und Stewart 1989), die sich auf die Erfassung sozioemotionalen Verhaltens beziehen, dienen dem Faktor, sich wahrgenommen und verstanden zu fühlen. Das RIAS-System betrachten sie als eine Kombination von cure- und care-System.

Inui et al. (1982) berechnen z.B. den statistischen Erklärungswert verschiedener Analysensysteme im Hinblick auf die erhobene Compliance des Patienten. Die erklärende Kraft für die Variation zwischen Patienten, die eine höhere und eine geringere Compliance hatten, lag im Originalsystem Bales bei 19 %, bei der Weiterentwicklung von Roter (RIAS) bei 28 %, das VRM von Stiles hatte in dieser Arbeit keinen prädiktiven Wert.

Neben derartigen kritischen empirischen Vergleichen jeweils einiger Interaktionsanalysensysteme sichten andere Autoren die Publikationsfülle und fassen den Forschungsstand in Übersichtsarbeiten zusammen (Roter et al. 1988, Inui et al. 1982, Pendleton und Hasler 1983, Tuckett et al. 1985, Inui et al. 1982, Wasserman und Inui 1983, Hall et al. 1987).

Es herrscht in derartigen Reviews Konsens in der Einschätzung, dass das Forschungsfeld von Analyse der Arzt-Patient-Interaktion durch eine kaum zu überblickende Fülle von sich nicht aufeinander beziehenden Einzelstudien sowie einen Mangel an theoretischer Konsistenz gekennzeichnet ist. Roter et al. (1988) fassen folgendermaßen zusammen:

„...the field appears to be disorganised, with little sense of theoretical cohesiveness or rational progression. For the most part this may be attributed to the exploratory nature of the research. This has contributed to a proliferation of terms without agreement on the basic definitions for coding categories or communication variables.“

Roter, Hall und Katz (1988) erstellen ein Review über die Ergebnisse von 61 empirischen Arbeiten zur Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation, die folgende Kriterien erfüllten:

- sie sind im englischen Sprachraum erschienen und zwischen 1962 und 1986 publiziert worden
- es sind empirische Arbeiten mit der Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen im Krankenhaus, in Privatpraxen etc. bei nichtpsychiatrischen Patienten
- die Interaktion wird direkt mit Beobachtern bzw. Ratern oder von Audio- oder Videobändern untersucht und es werden

- deskriptive, quantitative Daten veröffentlicht.

Einige der Studien beziehen neben der verbalen Ebene auch nonverbales Verhalten mit ein, andere beinhalten zugleich ein Training des Hausarztes in kommunikativen Skills. In den referierten 61 Studien identifizieren Roter et al. die enorm hohe Anzahl von 247 verschiedenen, insgesamt verwendeten Kommunikations-Prozess-Variablen.

In über der Hälfte der Studien werden Methoden der Interaktions- oder Inhaltsanalyse verwendet -in den referierten 61 Veröffentlichungen insgesamt 28 verschiedene Systeme. Dabei kommen die bekannten, häufig verwendeten Systeme (z.B. nach Bales, Roter, Stiles) nur in jeweils 5-7 Veröffentlichungen zugleich vor.

Die Autoren des Reviews beklagen:

„A consequence of this atheoretical approach is quite evident in the proliferation of variables, common lack of hypotheses regarding anticipated relationships, and the tendency for investigators to correlate everything with everything else“ (Roter et al. 1988).

In einer Metaanalyse ein Jahr später untersuchen Roter und Hall (1989) 60 empirische Arbeiten zur Arzt-Patient-Kommunikation, die sich ihrerseits auf 28 verschiedene Analysensysteme sowie deren zahlreiche Untervariablen beziehen. In Anlehnung an Bales werden zwei Basiskategorien unterschieden, eine aufgabenbezogene und eine sozioemotionale Dimensionen (social-emotional, task-oriented), wobei die Autorinnen die Schwierigkeit diskutieren, die sozial-emotionale Dimensionen zu operationalisieren. Um die Ergebnisse der statistischen Auswertung einer Metaanalyse zuführen zu können, werden 6 übergreifenden Kategorien definiert:

- information-giving
- information-seeking
- social talk
- positive talk
- negative talk
- partnership building

Roter und Hall distanzieren sich eindeutig vom Konzept eines emotional neutralen Arztverhaltens, das immer wieder in der Literatur auftaucht. Eine Trennung in sachliche, „affektiv neutrale“ Elemente, wie Erklärungen etc. und affektive auf der anderen Seite, die regelhaft mit sozioemotionalen Themen zu tun hat, erscheinen aus der Sicht von Roter et al. (sowie auch der Verfasserin) als zu kurz gefasst -auch instrumentelle, äußerlich sachlich erscheinende Elemente können eine affektive Wirkung beim Empfänger haben (vgl. dazu Kap. 3.4.1.).

Sie definieren und untersuchen den -stets vorhandenen und notwendigen- affektiven Charakter von Konsultationen auf drei Ebenen: intrinsischen Faktoren, der Ebene der

Übermittlung von Affekten an den Kommunikationspartner sowie die der Interpretation des Empfängers. Die intrinsische Ebene beziehen sie auf Äußerungen sozioemotionalen Inhalts wie Kritik, Anerkennung, Einverständnis, Bestätigung sowie auch Empathie. Die Übermittlungsebene des Affektes ordnen sie z.B. der Stimmqualität und anderen nichtverbalen Signalen zu. Die dritte Ebene, die Wirkung der Botschaft auf den Empfänger -seine Interpretation- hängt nach Roter und Hall mit dem den Gesamteindruck, den er in der Kommunikation gewonnen hat, zusammen. Zumeist sind die affektiven Interpretationen in Übereinstimmung mit den oberen beiden Ebenen, dies muss jedoch nicht so sein. Ong et al. (1995) erläutern diesen Aspekt in einem Beispiel, in dem Inhalts- und Beziehungsaspekt im Widerspruch stehen: Wenn der Arzt den Patienten fragt: „Wie geht es Ihnen“ und der Patient antwortet in sarkastischem Tonfall: „Ziemlich gut“, bedeutet dies, dass es nicht gut läuft, der Patient meint nicht, was er verbal ausdrückt. Auch kann die kommunikative Bedeutung derselben Äußerung bzw. Interaktionssequenz an verschiedenen Stellen vollkommen verschieden sein. Eine Frage nach Drogenabusus z.B. ist an bestimmter Stelle in einer Konsultation sinnvoll und notwendig, inadäquat und auch wahrscheinlich von gänzlich anderer emotionaler Wirkung auf den Patienten z.B. bei der Verabschiedung (Wasserman und Inui 1983).

Kritische Erörterungen von Interaktionsanalysesystemen in der Literatur kommen zu dem Schluss, dass kategoriale Systeme, die solche Bedingtheiten nicht miteinbeziehen, zu unbefriedigenden Ergebnissen kommen müssen.

Die methodologischen Beschränkungen der vorhandenen Categoriesysteme zur Erfassung der Arzt-Patient-Kommunikation werden auch von Inui und Carter (1985) kritisiert. Die Autoren führen aus, dass Kategoriensysteme im Wesentlichen von der Grundannahme ausgehen, dass Summenprofile, die sich auf Häufigkeiten verbalen Verhaltens beziehen, den Kommunikationsprozess adäquat reflektieren. Dies zeigt sich jedoch als wenig haltbare Annahme, denn ein Dialog zwischen zwei Individuen ist nicht die Summe zweier Monologe. Inui und Carter (1985) kommentieren dies in ihrem humorvollen Vergleich, dies sei so, als ob „Hamlet“ als ein Schauspiel beschrieben würde:

„...in which the principal characters, include ghosts, witches, lords, ladies, officers, soldiers, sailors, messengers, and attendants -one of whom is already dead, one of whom dies by drowning, one by poisoned drink, two by sword, and one by sword and drink!“ (zit. nach Roter und Hall 1989)

In der Kritik von Kategoriensystemen , bei der es immer wieder um die Problematik geht, eine so hochkomplexe Interaktion wie ein Sprechstundengespräch adäquat abzubilden, wird immer wieder vermerkt, dass keines dieser Systeme ideal ist, um das Spezifische und Ganzheitliche einer Arztkonsultation zu beschreiben (vgl. Inui et al. 1982).

Es wird als Anforderungen an zukünftige Systeme formuliert, dass Interaktionsanalysensysteme in der Lage sein sollten, den auf verschiedenen Ebenen stattfindenden Kommunikationsaustausch zu beschreiben. Die verschiedenen Kommunikationskanäle, der Interaktionskontext sowie die Abfolge der Interaktion sollte beschrieben werden können, der spezielle Charakter und die speziellen Interessen und Ziele dieser Arzt-Patient-Interaktion. Zudem sollte das System in der Lage sein, in der Ausbildung und dem Feedback von Klinikern eingesetzt zu werden -Tuckett (1984) erstellt hier einen Literatur-Review.

Auf dem Hintergrund dieser Kritik werden in den letzten Jahren zur Analyse von Arzt-Patient-Kontakten auch vermehrt circumplexe Modelle der Interaktionsanalyse eingesetzt, die den dyadischen Ablauf und die gegenseitige Beeinflussung der Partner erfassen können, z.B. das erwähnte SASB und Modell zyklisch-maladaptiver Beziehungsmuster (Tress et al. 1996) mit dem die Interaktion im Rahmen des Forschungsprojektes (vgl. Kap. 3.1.) analysiert wurde (Kruse 2003).

Ein weiterer Kritikpunkt zu Interaktionsanalysen ist auch, dass es konzeptuell offenbar zu kurzfristig gedacht ist, den Gesprächsstil vor allem als eine vom Arzt abhängige Variable zu betrachten, wie dies häufig getan wird. Verschiedene Studien (Roter und Hall (1989, Roter und Hall et al. 1981 und Street 1992) zeigen, dass der Ärzte und Patienten variabel in ihrem Verhalten sind und offenbar ein wechselseitiger, dyadischer Prozess der Anpassung stattfindet ist -ein Befund, der auch im Forschungsprojekt, in dem diese Arbeit angesiedelt ist, bestätigt wurde (Kruse 2003).

3.2.3. Sprach- und emotionspsychologische Beiträge zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion

3.2.3.1. Formal-quantitative, inhalts- und diskursanalytische Verfahren

Auch aus sprachwissenschaftlicher Perspektive liegen zahlreiche Arbeiten vor, in denen die Interaktion von Arzt und Patient im Mittelpunkt steht, hierbei wird auch häufig die klinische Visite -als wichtige Variante des Arzt-Patient-Gesprächs- in den Blick genommen. Es werden unterschiedliche Untersuchungsmethoden angewendet, neben vorwiegend deskriptiven Analysen nach verschiedenen formalen Kriterien finden sich inhalts- oder diskursanalytische Ansätze.

- *formal quantitative Analysen des Sprachverhaltens*

In formal-quantitativen Analysen wird die Interaktion von Arzt und Patient -zumeist anhand von Transkriptionen- im Hinblick auf Kriterien untersucht, die die kommunikative Aufgabe bzw. den inhaltlichen Sinn des Kontaktes zunächst nicht primär mit in den Blickpunkt nehmen.

Es werden -oft auch computerunterstützt- formale Kriterien erfasst wie Redeanteile, Redezeit und Wortmenge der Sprecher, die Häufigkeit bestimmter Worte, Muster gegenseitiger Unterbrechungen, das Frageverhalten (offene vs. geschlossene Frageformen, z.B. Katalog- und Suggestivfragen) und andere Kriterien mehr. Seltener werden auch Parameter der nonverbalen Kommunikation mit hinzugenommen, wie Bewegungen der Augenlider, Kopfnicken, Bewegungen (Nordmeyer et al. 1981, 1982).

Zu Arzt-Patient-Gesprächen liegen seit den 70er Jahren zahlreiche solcher quantitativ-deskriptiver Arbeiten vor, über die Bereiche der Allgemeinmedizin oder Psychotherapie hinaus z.B. auch für die Chirurgie (Levinson et al. 2000).

Fehlenberg und Köhle (1983) referieren Studien zu Visitengesprächen in traditionellem Setting. Typische ärztliche Frageformen -wie sog. Auswahl- oder Katalogfragen- die die Antwortmöglichkeiten des Patienten stark einschränken, liegen in ihrer Arbeit in ca. 80 % aller Fragen vor -auf elf Arztfragen entfällt hier nur ca. eine Frage des Patienten. Auch Raspe (1983) beschreibt ein Überwiegen geschlossener Fragen des Arztes in Visitengesprächen, offene Fragen werden deutlich seltener im Verhältnis von 1:10 gestellt, häufiger jedoch bei Privatpatienten.

• *Inhalts- text- und gesprächsanalytische Ansätze*

Formale Analysen des Sprachverhaltens zwischen Arzt und Patient durch quantifizierende Verfahren werden in text- oder inhaltsanalytischen Methoden auch mit Methoden der linguistischen Pragmatik kombiniert, die die kommunikative Botschaft sprachlicher Handlungen mit in den Blick nehmen (Ehlich 1983).

Das angesprochene Interaktionsanalyzesystem von Stiles (VRM, Kap. 3.2.2.1.) wurde auf einem derartigen Hintergrund entwickelt und bezieht sich auf die Theorie illokutionärer Akte bzw. Sprechakttheorie nach Austin und Searle (Austin 1972, vgl. Ehlich 1972).

Lörcher (1983) z.B. nimmt linguistische Analysen von Sprechstundengesprächen unter dem Gesichtspunkt vor, wie sich Interessenskonflikte in der Arzt-Patient-Interaktion bei der häufigen Dominanz des Arztes sprachlich widerspiegeln. Er untersucht, ob mit Fragehandlungen⁵ das erreicht wird, was mit der Frage intendiert wurde, wie Fachtermini verwendet werden und wie in Konsultationen z.B. das Alltagswort „Schmerz“ benutzt wird. Der Begriff hat -entsprechend den Befunden von Lörcher- für Arzt und Patient sehr verschiedene Relevanzen -für den Patient ist Schmerz in der Regel mit Leid, Unsicherheit und Ängsten verbunden, für den Arzt eher mit der Frage, was dahinter steckt. Lörcher (1983) stellt zusammenfassend fest:

„Aufgrund des Berufsmäßigen der ärztlichen Tätigkeit und den damit verbundenen Funktionen ist es dem Arzt möglich, sein Relevanzsystem durchzusetzen, d.h. der Patient muss sich dem Sprachgebrauch des Arztes anpassen.“

Auch Siegrist (1978) beschreibt anhand sprachlicher Merkmale Strategien ärztlicher Kontrolle -wie z.B. die bewusste oder unbewusste Unterbindung von Fragen oder Initiativen des Patienten durch eigene Fragehandlungen, durch Nichtbeachtung, einen Adressaten- oder Themenwechsel oder ein Verschieben auf nebensächliche Aspekte.

Zur Interpretation derartiger formaler sprachlicher Befunde wird in sprachwissenschaftlichen sowie auch medizinsoziologischen Publikationen auch häufig der soziologische Terminus der „Asymmetrie“ von Kommunikation verwendet, typisch für hierarchisch gegliederte Strukturen -ähnlich auch wie zwischen Lehrern und Schülern.

Nordmeyer et al. (1981) untersuchen Gespräche der Stationsarztvisite im Krankenhaus und beschreiben eine regelhaft auftretende starke Dominanz des Arztes und Asymmetrie

⁵ Fragehandlungen bestehen aus dem Erfragten und den Voraussetzungen, die der Sprecher dabei macht

in der Beziehung. Operationalisiert wird dies im Hinblick auf die Redeanteile, das Frageverhalten, Unterbrechungen und dem Umgang mit Fachtermini. In den Ergebnissen der Studie wird beschrieben, dass Ärzte signifikant mehr sprechen, den Patienten häufiger unterbrechen als umgekehrt, mehr Fragen -vorwiegend Suggestiv- und direkte Fragen stellen, die den Patienten eher hemmen als ermutigen.

Die regelhaft in solchen Gesprächs- bzw. Inhaltsanalysen gefundenen wesentlich höheren Rede- und Frageanteile der Ärzte, insbesondere durch geschlossene Fragen, werden auch von Geisler (2003) als Strategien der Abweisung von Patienteninitiativen und ärztliche Dominanz kritisch diskutiert.

Das v.a. in den 70er und 80er Jahren entwickelte Instrumentarium der angewandten Sprachwissenschaft zum Erstellen und Analysieren von Transkriptionen ging in die Nachbardisziplinen ein, viele der sozialpsychologischen Interaktionsanalysen und medizinischen Untersuchungen verwenden sie (z.B. Cape 1996, auch das im Forschungsprojekt (Kruse 2003) verwendete Ulmer Transkriptionssystem (vgl. Kap. 5.2.2.) steht in dieser Tradition.

• *Diskursanalyse*

Auch der spezielle soziolinguistische Ansatz der Diskurs- bzw. Konversationsanalyse untersucht die pragmatischen Aufgaben des gesprochenen Wortes zwischen präsentem Sprecher und Hörer im Sinne von Searle's Sprachhandlungen (Ehlich 1972) und ermöglicht nach Redder (1994) einen Zugang zur Sprache „in ihrem komplexen Form-Funktionszusammenhang“.

Mishler et al. (1989) analysieren z.B. explorierend zwei Sprechstundengespräche unter dem Gesichtspunkt, ob Arzt und Patient in einen Diskurs eintreten oder nicht und fordern, die Stimme und Meinung des Patienten müsse gehört werden. Ob ein gelungener Diskurs im Sprechstundenkontext stattfindet, erfassen die Autoren anhand der Art und Weise, in der Ärzte ihre Patienten fragen sowie auf deren Angebote reagieren und legen dabei die drei Qualitäten: Achtsamkeit, Unterstützung und Zusammenarbeit zugrunde:

- attentiveness: attentive vs. inattentive questioning and listening
- facilitation: facilitating vs. interrupting the patient's story
- collaboration: inviting collaboration vs. asserting the physicians authority.

Auch Geisler (2002) diskutiert unter (medizin-)ethischem Gesichtspunkt die Notwendigkeit eines dialogischen Prinzips in der Begegnung von Arzt und Patient, Bliesener und Köhle (1986) bezeichnen die ärztliche Visite in diesem Zusammenhang schlichtweg sehr prägnant als "verhinderten Dialog".

Ehlich (1983) als Vertreter der linguistischen Pragmatik beschreibt seine Befunde zur Kommunikation von Arzt und Patient folgendermaßen:

„Wo Patienten Erzählversuche unternehmen, ist es charakteristisch für das Arztverhalten, dass musterkonformes Zuhörerverhalten wie expansionsstimulierende und evaluierende Momente fehlen. Der Arzt reagiert mit feststellenden Rückfragen, Minimalreaktionen u. ä. Verhaltensweisen, die entweder das vom Patienten initiierte Schema zum Erliegen bringen oder es in das mit den medizinischen Zielsetzungen konforme Muster des „Berichts“ überführen.“

3.2.3.2. Gefühle bzw. Emotionen im Lichte sprachwissenschaftlicher Ansätze

Sprachwissenschaftlich orientierte Arbeiten nehmen auch speziell den kommunikativen Ausdruck von Emotionen und Möglichkeiten zu deren objektiver Erfassung in den Fokus.

Kemmler et al. (1991) z.B. entwickeln ein Kategoriensystem zur Analyse von Gesprächen im Hinblick darauf, wie Emotionen sprachlich ausgedrückt werden -es wurde vor allem im psychotherapeutischen Kontext angewendet.

Als Kriterien zur Identifizierung ausgedrückter Emotionen verwenden die Autoren:

- das Ansprechen einer Emotion durch die Äußerung sog. Emotionsworte
- das Ansprechen einer Emotion durch indirekte Äußerungen, z.B. durch eine Metapher
- das Ansprechen einer Emotion durch Verwendung sog. emotionaler Klassenbezeichnungen: Affekt, Empfinden, empfinden, Emotion, Gefühl, fühlen, Gespür, spüren, Stimmung, Gestimmtsein, Erleben, erleben.

Das Problem der Entscheidung, was Emotionswörter sind, löst dieser Ansatz durch das Anlegen einer alphabetischen Liste, die u.a. auf einer Untersuchung von Schmidt-Atzert (1983) beruht⁶.

Die Hauptkategorien zur Analyse von Gesprächen bzw. Transkripten im Hinblick auf „angesprochenes subjektives Erleben im Rahmen einer Emotion“ sind:

⁶ **Alphabetische Liste von Affektworten** nach Kemmler et al. (1991)

- A Abneigung, Abscheu, Ärger, Aggressionslust, Angst, Anteilnahme
 B Bedrückung, Begehren, Begeisterung, Beschwingtheit, Betrübtheit, Beunruhigung, Bewunderung
 D Dankbarkeit
 E Ehrfurcht, Eifersucht, Einsamkeit, Ekel, Entmutigung, Entsetzen, Enttäuschung, Erleichterung, Erniedrigung, Erregung
 F Freude, Fröhlichkeit, Frustration, Furcht
 G Gereiztheit, Glück, Grantigkeit, Groll
 H Hass, Heimweh, Heiterkeit, Hochstimmung, Hoffnung, Hoffnungslosigkeit
 K Kampflust, Kummer
 L Langeweile, Leere, Leidenschaft, Liebe, Lust
 M Missstimmung, Misstrauen, Mitgefühl, Mitleid
 N Neid, Neugierde, Niedergeschlagenheit
 P Panik
 R Ratlosigkeit, Reue, Rührung
 S Schadenfreude, Scham, Schmerz, Schreck, Schuldgefühl, Schwermut, Sehnsucht, Sorge, Spannung, Stolz
 T Trauer, Traurigkeit, Triumphgefühl, Trotz
 U Überdruß, Übermut, Ungeduld, Unlust, Unruhe, Unsicherheit
 V Verachtung, Verehrung, Vergnügtheit, Verlangen, Verlassenheit, Verlegenheit, Vermissen, Verstimmtheit, Vertrauen, Verwunderung, Verzweiflung
 W Wärme, Widerwille, Wohlempfinden, Wohlwollen, Wut
 Z Zärtlichkeit, Zorn, Zufriedenheit, Zuneigung, Zutrauen.

- unemotionale Äußerungen
- subjektives Erleben
- gefühlsgetönte und „heiße“, bewertende Kognitionen („hot cognitions“)
- physiologische Reaktionen
- expressiv-instrumentelles Verhalten

3.2.3.3. Emotionspsychologische Aspekte

Menschliche Emotionen und ihr Ausdruck in der Kommunikation sind auch Gegenstand in der Emotionspsychologie.

Es finden sich hier kontroverse theoretische Emotionskonzepte sowie eine wenig einheitliche Terminologie. Behavioristische Definitionen, die Emotionen in der Tradition von Watson (1919) als vorwiegend angeborene, intersubjektiv beobachtbare Reaktionsmuster betrachten, stehen neben Definitionen, die körperliche Reaktionen im Rahmen von Emotionen betonen (James 1984, Mandl und Euler 1983), oder auch neben Konzepten, die sich vor allem auf den Aspekt des subjektiven Erlebens beziehen (Weiner 1986).

Emotionen werden von Ulich (1984) als ein „schwieriger Forschungsgegenstand“ beschrieben, Schmidt-Atzert (1981) spricht im Hinblick auf den Stand der Theoriebildung von „Chaos im Sinne von Unübersichtlichkeit“.

Die Begriffe „Emotion“ und „Gefühl“ werden meist synonym verwendet, die Worte „Stimmung“ und „Affekt“ werden -ähnlich wie in der Umgangssprache- tendenziell eher für ein längeres, vageres „Zumutesein“ (Mandl und Euler 1983) bzw. für ein kurzes, heftiges Gefühl benutzt. Ulich (1988) betrachtet Emotionen als „zustandsbezogene Erlebnisse“ und definiert sie in Abgrenzung zu mechanistischen Konzepten im Rahmen seiner „personenzentrierten“ Emotionsforschung als:

„...subjektive Erfahrungstatsachen bzw. Bewusstseinsinhalte, in denen sich persönliche Betroffenheit und Engagement in unseren Beziehungen zu uns selbst und zur Umwelt ausdrücken und die wir aus der Perspektive der Person, d.h. aus deren ganzheitlichem Erleben und Handeln beschreiben müssen. In Emotionen wird uns unser spezifisches Dasein und Sosein bewusst.“

Der Zusammenhang des Forschungsgegenstandes „Emotion“ mit den Phänomenen Wahrnehmung, Kognition und Motivation wird in der Emotionsforschung ebenso diskutiert (Ulich 1989a und b), wie der Zusammenhang von Gefühlszuständen mit körperlichem Ausdruck in Form von Gestik und Mimik, der behavioralen Komponente sowie

physiologischen Veränderungen (z.B. Pupillenweite, Blickrichtung, Hautwiderstand vgl. Mandl und Euler (1983)).

Aktuell herrschen Definitionen vor, die Emotionen als ein Syndrom dreier Komponenten verstehen, zu denen nicht nur der Erlebenszustand gehört, sondern auch physiologische Reaktionen, Handlungsimpulse und beobachtbares Verhalten (Plutchik 1980, Lazarus 1991). Kemmler et al. (1991) definieren Emotion in Zusammenfassung dieser Aspekte als:

„...ein komplexes, übergreifendes Phänomen (...), das physiologische und kognitive Prozesse umfasst, zusammen mit subjektiv getönten Erfahrungen sowie mit Handlungs- und Verhaltensweisen, die für Gefühle charakteristisch sind. Emotion hat Signalfunktion, indem sie dem Individuum über seinen augenblicklichen inneren Zustand und seine Umwelt Auskunft gibt.“

Als Bestimmungsmerkmale für „Emotionen“, das die Autoren als hypothetisches, theoretisches Konstrukt verstehen, benennen sie:

- subjektive, positive oder dyphorische, kognitiv-affektive Erlebensweisen
- physiologische Veränderungen sowie
- instrumentell-expressives Verhalten bzw. Handlungstendenzen.

Verschiedene Autoren machen Wortfelduntersuchungen zu Emotionen -z.B. nach semantischer Ähnlichkeit- (Schmidt-Atzert und Ströhm 1983) oder legen Wortkataloge an, ähnlich wie die Liste von Kemmler et al. (1991) oder das im Rahmen des Forschungsprojektes (vgl. Kap. 3.1.) verwendete Affektwörterbuch aus dem Ulmer Konzept zur Untersuchung von Transkripten (Mergenthaler und Stinson 1992).

Schmidt-Atzert (1981) erfasst durch eine clusteranalytische Studie, die auf Einschätzungen durch Versuchspersonen beruht, 124 verschiedene „Emotionswörter“.

Die Schwierigkeit einer eindeutigen Zuordnung von Wörtern in die Kategorie „emotional“ oder „nicht-emotional“ wird wiederholt diskutiert (Schmidt-Atzert 1981). Bei Worten wie z.B. Freude, Angst, Traurigkeit und Wut gibt es keine Probleme mit einer sicheren Zuordnung, uneinheitliche Einschätzungen erfolgen jedoch z.B. bei Worten wie: Schreck, Vertrauen, Entschlossenheit, die stärker auch physiologische oder kognitive Aspekte beinhalten.

Verschiedene Autoren bilden auch Gruppen bzw. Klassen sprachlichen Ausdrucks von Gefühlen, die die nicht-sprachlichen Kommunikationskanäle unberücksichtigt lassen. So liegen mehrere Klassifikationssysteme für Wörter vor, die emotionales Geschehen beschreiben.

Schmidt-Atzert und Ströhm (1983) z.B. beschreiben durch empirische Erhebungen, die sie clusteranalytisch auswerten, 14 verschiedene Kategorien. Mees (1985) schlägt drei Grundklassen vor, die dann noch weiter unterteilt werden dahingehend, ob sie erwünscht, erreicht, bedroht oder verfehlt sind:

1. Beziehungsqualifizierende Emotionsworte: beziehen sich auf Personen, Objekte oder Sachverhalte. Sie liegen jeweils in zwei gegensätzlichen Dimensionen vor, z.B.:

- Verehrung, Wohlwollen, Vertrauen, Liebe, Zuneigung, Zutrauen vs.
- Abneigung Abscheu, Verachtung, Ekel, Widerwille, Trotz, Groll, Hass, Misstrauen

2. Empathie-Gefühlsworte: bezogen z.B auf Ziele, Personen

- Mit-Freude
- Eifersucht, Neid, Bedauern

3. Zielqualifizierende Emotionsworte: auf einen Wert oder Zielzustand bezogen, unterschieden nach:

- Bewertungs-Emotionen: z.B. Begeisterung
- Erwartungs-Emotionen: z.B. Sorge
- Attribuierungs-Emotionen: z.B. Ärger
- Moralische Emotionen: z.B. Scham.

Ewert (1965, 1983) schlägt eine Klassifikation emotionalen Geschehens vor, die sich in erster Linie am zeitlichen Verlauf orientiert:

- Gefühle im engeren Sinne beziehen sich auf spezifische Aspekte von Situationen, Personen bzw. Bedeutungen, sie setzen ein, entfalten sich und verklingen
- Erlebnistönungen sind nicht so klar auf spezifische Aspekte von Situationen bzw. Personen bezogen, sondern stellen komplexe, charakteristische Tönungen des jeweiligen Gesamtbewusstseinsgehaltes dar
- Stimmungen sind Gefühlserlebnisse von atmosphärisch-diffusem Charakter, ein Ausdruck der Gesamtbefindlichkeit des Menschen, meist ohne benennbare Ursache, nicht auf ein bestimmte Person oder Situation gerichtet ⁷

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an diesem Konzept und es werden alle drei Aspekte mit einbezogen, wenn hier die Begriffe „Gefühl“ oder „Emotion“, verwendet werden (vgl. Schmidt-Atzert 1981).

⁷ Erläuternd sei hier eine (fiktive) Äußerung genannt: Es wird z. B. berichtet, der Urlaub sei insgesamt sehr schön gewesen, man habe sich dort wohl gefühlt (Erlebnistönung), immer wieder habe man sich jedoch über die unaufmerksame Bedienung beim Essen geärgert (Gefühle), die insgesamt seit Beendigung des Berufslebens gedrückte Verfassung (Stimmung) habe sich jedoch kaum gebessert (vgl. Ruschmann 1990).

3.3. Zum Konzepte der Empathie

Da in der vorliegenden Arbeit die Sprechstundenkommunikation speziell auch unter dem Gesichtspunkt empathischen Verhaltens untersucht wird, sollen zunächst im folgenden Kapitel 3.3. einige Konzepte der Empathie, gebräuchliche Messverfahren und allgemeine Forschungsbefunde aus der Fülle an Literatur zu diesem Thema referiert werden.

Im Kapitel 3.4. werden dann spezielle Arbeiten und Befunde zur Rolle von Empathie in der ärztlichen Sprechstunde erörtert.

3.3.1. Zum Begriff der Einfühlung bzw. Empathie ⁸

Das Phänomen der menschlichen Einfühlung als Hauptgegenstand -also nicht nur als ein Phänomen unter vielen Anderen wie in der Interaktionsforschung- wurde und wird in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen beforscht. Es sind hier vor allem die Stränge der Psychotherapieforschung, der Sozial- und Entwicklungspsychologie sowie auch der im angloamerikanischen Raum auf diesem Feld sehr engagierten Pflegewissenschaften zu nennen (La Monica 1981, Brink 1991, Morse et al. 1992a).

Es ist bemerkenswert, dass zwischen diesen Forschungszweigen für einige Jahrzehnte kaum Querverbindungen hergestellt wurden und wenig Austausch theoretischer Modellvorstellungen und empirischer Befunde stattfand (Gladstein 1983).

Über diesen Faktor der geringen gegenseitigen Befruchtung der verschiedener Disziplinen hinaus ist „Empathie“ ein schwer fassbares Konzept, das Forschern als ebenso schwierig zu definieren wie zu messen begegnet.

Schon allein in den verschiedenen psychotherapeutischen Strömungen sind die Ansätze der Empathieforschung sehr unterschiedlich. Elliot et al. (vgl. Feshbach 1997) fassen die allgemeine Forschungssituation zum Thema Empathie folgendermaßen zusammen:

“However the history of empathy research is plagued with definitional and methodological controversy.” (Elliot et al. 1982)

Der deutsche Terminus „Einfühlung“ wurde Ende des 19. Jahrhunderts durch den deutschen Philosophen und Psychologen Lipps (1909) in die wissenschaftliche Diskussion

⁸ Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe Empathie und Einfühlung synonym verwendet

eingeführt, zuvor wurde er -z.B. von Herder und Lotze- im philosophischen Kontext der Romantik verwendet (Post 1980, Körner 1998).

Der angloamerikanische Begriff „empathy“ wurde als Neologismus durch Titchener, einen englischen Psychologen, als Äquivalent für das deutsche „Einfühlung“ eingeführt. Der ab den 50er Jahren zunächst vor allem in der Literatur zur personenzentrierten Forschung nach Rogers (1959, 1961) im Deutschen verwendete Terminus „Empathie“ ist die Rückübersetzung des englischen Begriffs.

Die beiden Worten zugrunde liegende ursprüngliche griechische Bedeutung „empathia“ meint „gefühlvoll“ und „leidenschaftlich“ mit einer Qualität des Leidens. Die Silbe „em“, zu Deutsch „ein“, zeigt dabei die starke Qualität des Hineingehens an, hier bezogen auf ein Gefühl bzw. die Verbindung zum anderen. „Pathos“ im Lateinischen bedeutet „Gefühl“ oder „Wahrnehmung“ (vgl. Brink 1991).

Im angloamerikanischen und deutschen Sprachraum wird zumeist von „Empathie“ bzw. „empathy“ gesprochen. In der älteren und neueren Fachliteratur finden sich zudem neben „Einfühlung“ (sich einfühlen) als weitere gebräuchliche Begriffe oft Kombinationen wie: „accurate empathy“ bzw. „präzises einführendes Verstehen“ (Truax und Carkhuff 1967, Rogers 1977), oder „empathisches Einfühlen“ (Körner 1998), „einführendes (empathisches) Verstehen“ (empathic understanding), (Rogers 1973, Weinberger 1980, Finke 1994, Alterhoff 1983) oder auch nur „Verstehen“ (understanding) (Basch 1983). Alterhoff (1983) erörtert zahlreiche weitere Varianten.

In der Literatur wird Empathie auch immer wieder im Zusammenhang und im Unterschied zu verwandten Begriffen wie z.B. Sympathie oder Mitleid (pity) diskutiert (z.B. Wilmer 1968, Bennett et al. 1989). Zum Unterschied von Empathie versus Sympathie wird z.B. ausgeführt, dass Sympathie im wesentlichen Akzeptanz und Zuneigung ausdrückt, nicht den Aspekt des Hineinfühlens meint, (vgl. Laemmel 1996) sowie, dass in einer empathischen Position die Selbstidentität behalten wird, während sie in der sympathischen Position verloren gehen kann (vgl. Brink 1991, Feshbach 1997).

3.3.2. Ansätze der Empathieforschung

3.3.2.1. Empathie in der klientenzentrierten Tradition

Systematische Theoriebildung und empirische Forschung zum Phänomen der Empathie begann -auf den psychotherapeutischen Bereich bezogen- im Rahmen der personenzentrierten Therapierichtung, begründet durch Rogers (1951, 1957).

In seiner Veröffentlichung der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für therapeutische Veränderung von 1957 stellte Rogers die Hypothese auf, dass die drei Therapeuten-Variablen: Empathie, nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung und Echtheit die zentralen Wirkfaktoren einer erfolgreichen Veränderung im Rahmen menschlicher und insbesondere therapeutischer Beziehungen darstellen.

In einer historisch wichtigen und vielzitierten Definition (Rogers 1959, vgl. Gladstein 1983) wird Empathie von Rogers als Fähigkeit beschrieben, die Worte des Klienten nachzufühlen als wären sie die eigenen, sozusagen das innere Bezugssystem eines anderen mit allen emotionalen Komponenten und ihren Ursachen wahrzunehmen, als ob man der andere wäre, aber ohne eine gewisse Distanz aufzugeben:

„Der Zustand der Einfühlung oder des Sich-Einfühlens besteht darin, den inneren Bezugsrahmen eines anderen genau wahrzunehmen unter Einschluss der zugehörigen gefühlsmäßigen Komponenten oder Bedeutungen, so, als man selbst der andere wäre, ohne aber jemals den „als ob“-Zustand zu verlassen. In diesem Sinne bedeutet es, den Schmerz oder die Freude eines anderen zu erfühlen, so wie er sie fühlt und deren Ursachen wahrzunehmen, wie er sie wahrnimmt, aber ohne jemals die Erkenntnis zu verlieren, dass es so ist, als ob ich verletzt oder froh wäre usw.“ (Rogers 1976)

In einer regen Forschungswelle ab den 60er Jahren wurden erstmals empirische Studien zum psychotherapeutischen Geschehen publiziert und zahlreiche Messverfahren zur Überprüfung der Rogers'schen Annahme entwickelt (vgl. auch Kap 3.3.2.1.), die den Faktor Empathie für sich und im Kontext mit anderen therapeutischen Bedingungen erforschte, sowie auch in Beziehung zum Outcome setzten (Truax und Carkhuff 1967, Truax und Wittmer 1971).

Ein zentraler Aspekt eines klientenzentrierten Empathieverständnisses ist der Faktor, das Verstandene auch in sprachlicher Form zu kommunizieren, die Emotion zu benennen, zu verbalisieren:

„Das was der Psychotherapeut jeweils von der vom Klienten zum Ausdruck gebrachten phänomenalen Welt verstanden hat, kommuniziert er dem Klienten in sprachlich in konkreter, verständlicher Form.“ (Tausch 1974)

In der deutschen Rezeption des Rogers'schen Ansatzes in der Schule von Tausch (1974) hat dies zur einer veränderten Benennung von Rogers „empathic understanding“ als „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ geführt. Dieses nach Ansicht vieler Autoren verkürzte Konzept, einschließlich der in diesem Kontext entwickelten Messinstrumente (Tausch 1974), gab im deutschsprachigen Raum Anlass zu kontroverser Diskussion des Empathiebegriffes, seiner Implikationen für die Arbeit mit Klienten bzw. Patienten sowie

seiner Messung (Sachse 1982, Finke 1981, Schrödter 1988, Biermann-Ratjen et al. 1981, Binder 1993, Kwiatkowski 1980).

Unabhängig von dieser Kontroverse liegen allein in der deutschen personenzentrierten Tradition verschiedenartigste Sichtweisen und entsprechend zahlreiche Definitionen von Empathie vor, die jeweils verschiedene Komponenten dieses komplexen Phänomens beleuchten. Finke (1981, 1994) z.B. geht in seinem Ansatz von einer hermeneutischen Position aus, in der er verschiedene Stufen des „Einfühlenden Verstehens“ unterscheidet: z.B. Einfühlerndes Wiederholen, Konkretisierendes Verstehen, Selbstkonzeptbezogenes Verstehen. Sachse -als innovativer Vertreter der personenzentrierten Tradition, der auch neue Messverfahren für die Psychotherapieforschung entwickelt hat, definiert empathisches Verstehen als:

„...den psychischen Vorgang, bei dem eine Person versucht, die Aussagen, Verhaltensweisen oder Empfindungen einer anderen Person zu erkennen, zu verstehen, nachzuvollziehen, und zwar aus der Perspektive bzw. aus den Voraussetzungen dieser Person heraus.“ (Sachse 1996)

Empathische Therapeutenäußerungen versteht er als Angebot zur Vertiefung an den Klienten, indem der Therapeut aus den auch kommunizierten Randaspekten der Klienten-Mitteilung einen zentralen Aussagekern herausarbeitet, formuliert und so den Patienten unterstützt, dies bei sich deutlicher zu spüren.

3.3.2.2. Empathie im psychoanalytischen Kontext

In der psychoanalytischen Tradition hat die Bedeutung von Empathie als zwischenmenschlichem Phänomen in der Beziehung von Behandler und Patient über die Jahrzehnte starke Wandlungen erfahren: von einer zunächst nur marginalen Bedeutung als biologischer Gegebenheit, die genutzt wird, hin zu einem zentralen Wirkfaktor im therapeutischen Kontakt, besonders seit den Arbeiten von Kohut (1958).

Freud betrachtet „Einfühlung“ und „Identifikation“ als Wirkmechanismen in der Psychotherapie und erwähnt sie in verschiedenen Veröffentlichungen kurz, Empathie ist jedoch in seinen Werken kein Hauptbegriff (vgl. Gladstein 1983).

Berger (1987, vgl. Eagle und Wolitzky 1997) untersucht die Schriften Freuds im Hinblick auf ihren Bezug zum Thema der „Einfühlung“ und stößt auf insgesamt 15 Passagen im Gesamtwerk, in denen es um Empathie geht. 1921 findet sich Freuds eng an Lipps (1909) angelehnte Aussage, dass Einfühlung:

„...den größten Anteil an unserem Verständnis für das Ichfremde anderer Personen hat.“ (Freud 1921)

Freud beschreibt den Prozess der Identifikation als einen Hauptmechanismus von Einfühlung (vgl. Berger 1984):

„Von der Identifizierung führt ein Weg über die Nachahmung zur Einfühlung, das heißt, zum Verständnis des Mechanismus, durch den uns überhaupt eine Stellungnahme zu einem anderen Seelenleben ermöglicht wird.“ (zitiert nach Basch 1983)

Das Empathieverständnis von Buie (1981) als eine angeborene Fähigkeit zur „Resonanz“ prägte die Diskussion später längere Jahre und es wird darauf in der psychoanalytischen Literatur häufig Bezug genommen. Er betrachtet Empathie als eine für die therapeutische Arbeit nützliche Fähigkeit, die sich aus neuropsychologischer Reifung und interpersoneller Erfahrung in der Entwicklung gebildet hat. Im Prozess der Einfühlung beobachtet der Therapeut das Verhalten des Patienten und vergleicht es mit eigenen Erfahrungsmustern, die zu einem ähnlichen Verhalten führen könnten. Diese sog. „resonant empathy“ ist ein Zustand, in dem der Therapeut kurzzeitig ähnliche Gefühle wie der Patient fühlt, um sich dann davon rasch wieder zu distanzieren. Buie betrachtet eine von zwischenmenschlicher Wärme geprägte einfühlsame Atmosphäre als dem wissenschaftlichen, psychoanalytischen Prozess abträglich (Buie 1981, vgl. Bohart und Greenberg 1997b).

Auch Basch (1983) sieht eine im autonomen Nervensystem angelegte genetische Tendenz zur Imitation als die Basis der Empathie. Durch unbewusste Imitation der von Anderen empfangenen Signale durch Körperhaltung und Mimik wird nach seiner Ansicht dann im Empfänger das gleiche Gefühl ausgelöst. In einem weiteren Schritt kommen bewusste Interpretationen und Bedeutungszuschreibungen hinzu, die durch Erfahrungen im Kontakt überprüft und verändert werden.

Havens (1978, 1979) erörtert in seinen Publikationen ausführlich die Variabilität einfacher und komplexer sprachlicher Äußerungen zum Ausdruck von Empathie durch den Behandler.

Im Empathiebegriff von Post (1980) nimmt die emotionsbezogene Wahrnehmung des Fremden einen wichtigeren Stellenwert ein, Empathie ist für ihn:

„...an “emotional knowing” of another human being rather than an intellectual understanding. To empathize means temporarily to share to experience the feelings of the other person.“ (Post 1980)

Eine reife, nicht durch narzisstische Einflüsse im Analytiker getrübbte Einfühlungsfähigkeit ist nach Post bedeutsam für den therapeutischen Prozess. Book (1988) dagegen warnt vor einem Missbrauch an Empathie, in der sich der Behandler mit dem Patienten überidentifiziert und Gegenübertragungsphänomenen „aufsitzen“ kann.

Eine eher distanzierte Sichtweise, in der viele Analytiker ihre Patienten betrachteten, wurde von Kohut (1958) im Rahmen seiner Arbeiten zur Selbst-Psychologie in den sechziger und siebziger Jahren kritisiert und ein erfahrungsnahes Verstehen des Patienten angeregt. In seiner ersten Arbeit zum Thema Introspektion und Empathie definiert er Empathie als: „stellvertretende Introspektion“ (vicarious introspection). Er beschreibt sie als eine „Notwendigkeit“ und stärkt die Rolle von Empathie als ernstzunehmendem, wissenschaftlichen, analytischen Instrument (vgl. Levy 1985). Kohut trägt zudem innerhalb der psychoanalytischen Tradition viel zum Verständnis der Bedeutung von mütterlicher Empathie im Entwicklungsprozess bei.

Mit durch die Arbeiten Kohuts angeregt, wird in der Folge von vielen Autoren eine konservative psychoanalytische Sichtweise von Einfühlung verlassen, die in ihr nur eine Art „Hilfs-Prozess“ zur Sammlung von Daten sehen, der rasch von erneuter Distanzierung gefolgt wird, ohne dass im Therapeuten zuviel emotionales Geschehen angeregt wird.

Kohut (1984) definiert in einer späteren Arbeit Empathie als:

“...capacity to think and feel oneself into the inner life of another person.”

Diese Definition ähnelt sehr der von Rogers, ebenso wie z.B. die von Greenson (1960) im renommierten Journal of Psychoanalysis:

„Empathy is a special mode of perceiving the psychological state or experience of another person. It is an “emotional knowing” of another human being rather than intellectual understanding. To empathize means temporarily to share, to experience the feelings of the other person. One partakes the quality but not the quantity, the kind but not the degree of the feelings. “

Als neuere Vertreter der psychoanalytischen Tradition unterscheiden Eagle und Wolitzky (1997) in einem Übersichtsartikel zum Empathieverständnis sechs verschiedene Weisen, in der der Begriff im psychoanalytischen Kontext verwendet wird. Sie diskutieren Empathie:

- als genetisch begründete Fähigkeit des Menschen, sich zu Anderen in Beziehung zu setzen und auf sie zu reagieren
- als Methode der Beobachtung und Informationssammlung anderer Menschen (im Kontrast zu intellektueller naturwissenschaftlicher Beobachtung)
- als Modus des Zuhörens (Lauschens)
- als Entwicklungsnotwendigkeit
- als kommunikative Kompetenz
- als ein „heilendes“ Agens (im Sinne Kohuts und Rogers).

In den letzten Jahrzehnten wird Einfühlung, ähnlich wie im personenzentrierten Kontext, als wesentliche Therapeutenkompetenz und als wichtiger Aspekt des Arbeitsbündnisses verstanden. Bohart und Greenberg (1997b) fassen die zwar verwandten, jedoch

unterschiedlichen Empathiekonzepte der klientenzentrierten und psychoanalytischen Tradition zusammen:

„...empathically grasping the unconscious structure of experience that underlies the client's way of being in the world, for client-centered therapists empathy involves focusing on the client's presently available moment-to-moment meanings and experiencing.“

Körner (1998) diskutiert in seinen Arbeiten v.a. drei wesentliche Faktoren der Empathie: die Gefühlsansteckung (-induktion), die Fähigkeit zur Perspektivübernahme sowie ein Verständnis für den Kontext der sozialen Situation.

Die bereits in den Definitionen von Basch (1983 „imitation“) und Buie (1981 „resonant empathy“) enthaltene Affektansteckung bzw. Stimmungsübertragung stellen für ihn den (affektiven) Kern empathischen Geschehens dar. Die Affektansteckung als „primärprozesshafter Vorgang“, eine (zunächst) nicht kognitiv gesteuerten Reaktion auf die Wahrnehmung von Affekten beim Anderen, dem bald kognitive Verarbeitungsmechanismen hinzutreten sowie die Fähigkeit des Kindes zur symbolischen Repräsentation -auch als Perspektivübernahme bezeichnet- befähigen zusammen mit Gefühlsansteckung zur Empathie.

Der dritte Aspekt -Verständnis für den Kontext der sozialen Situation- wird auch in sprachwissenschaftlichen, diskursanalytischen Arbeiten beleuchtet. Eine implizit in Situationen vorhandene Regelmäßigkeit fällt in der Regel den beteiligten Personen wenig auf, solange die gleichen Regeln gelten und das Geschehen in einem vertrauten sozialen bzw. kulturellen Feld stattfindet. Bedeutsam wird es oftmals erst bei unterschiedlicher sozialer oder kultureller Zugehörigkeit mit entsprechend anderen Bedeutungen und Interpretationen eines Geschehens.

Körner versucht mit seinem Konzept von Empathie das von Post (1980) formulierte Paradox, Fremdes (Fremdpsychisches) im Eigenen (in uns selbst) zu erleben, aufzuheben. Körner betrachtet eine Sichtweise, in der Erleben entweder eindeutig dem Patienten oder dem Behandler zugeordnet werden kann, als eine künstliche und inadäquate Trennung. Für ihn ist Einfühlung ein kompromisshafter Versuch der Annäherung, ein „persönlicher“ Entwurf, der sich am Eigenen und am Gegenüber festmacht und über den ein Verständigungsprozess im Gange ist.

„Empathie bezeichnet eine Annäherung an das Fremde per Introspektion, einen Vorgang, an dem zwei gegensätzliche Zustände verlangt werden, nämlich die Fusion mit dem anderen und zugleich eine Trennung von ihm in der Anerkennung seiner Eigenart.“ (Körner 1998)

3.3.2.3. Empathie in der Entwicklungs- und Sozialpsychologie

Die angesprochene Dualität von Empathie als Phänomen mit einer kognitiven und einer affektiven Seite spiegelt sich auch in Ansätzen der Entwicklungs- und Sozialpsychologie wieder.

Im Rahmen der Sozialpsychologie waren und sind v.a. kognitive Ansätze der Empathie vertreten, in der sie als eine -auch intellektuell gesteuerte- Perspektiv- bzw. Rollenübernahme verstanden wird, der grundlegenden menschlichen Fähigkeit, die Welt so zu sehen, wie dies eine andere Person tut.

Piaget (1950) betont -ebenso wie Mead (1932) in ihren anthropologisch orientierten Arbeiten- kognitive Aspekte bei der Entwicklung von Empathie. Er nimmt an, dass sich Empathie als Perspektivübernahme -ähnlich wie andere kognitive Fähigkeiten - in Stadien entwickelt. Piaget (1950) und Flavell (1963) publizieren Modelle der Entwicklung der kognitiven Kompetenz, die sie zugleich auch empirisch untersuchen.

Im Blickwinkel entwicklungspsychologischer Arbeiten steht die Rolle der elterlichen Empathie für die menschliche Entwicklung im Mittelpunkt sowie die Bedeutung empfangener Empathie für die weitere Entwicklung eigenen prosozialen Verhaltens. Der Einfluss empfangener oder fehlender Empathie auf die sog. emotionale Intelligenz wird untersucht, ebenso Geschlechtsunterschiede in ihrer Ausprägung, physiologische und mimische Korrelate empathischen Verhaltens, der Zusammenhang zu Aggression etc. Kognitive Elemente werden nur von einigen Autoren aus dieser Forschungsrichtung stärker mit berücksichtigt, wie z.B. von Feshbach (1997).

In psychoanalytisch orientierten Beiträgen der Entwicklungspsychologie zum Thema Empathie von Stern (1987) und Beebe und Lachmann 1988 wird die Einstimmung (attunement) und Sensibilität bzw. Reagibilität (sensitive responsiveness) von Müttern auf Signale der Kinder für eine gesunde Entwicklung betont (vgl. Eagle und Wolitzky 1997).

Entwicklungspsychologische Ansätze, die die affektiven Charakteristika von Empathie betonen, beziehen sich insgesamt stark darauf, dass die empathische Person für eine gewisse Phase mit derselben Emotion wie die Beobachtete reagiert, d.h. dessen affektive Erfahrung teilt.

3.3.3. Komplexe Modelle der Empathie

3.3.3.1. Affektive und kognitive Seite der Empathie

Gladstein (1983) erörtert, dass bis Ende der 80er Jahre in der sozial- und entwicklungspsychologischen Forschung sowie auch in der Interaktions- und Therapieforchung jeder Sektor seine eigene Literatur und Theoriebildung hatte und kaum gemeinsame Nenner bestanden

Wenn es auch in früheren Jahren stets Autoren gab, die die Berücksichtigung affektiver und kognitiver Aspekte betonen bzw. fordern und in ihrem Empathiekonzept das Zusammenspielen beider Faktorengruppen zugrundelegen (Rogers 1977, Hackney 1978, Gladstein 1983, Barrett-Lennard 1981, Tausch 1987) gab es lange wenig gegenseitige Beeinflussung. Die Frage: kognitive vs. affektive Elemente von Empathie wurde als ein Entweder-Oder diskutiert (z.B. Deutsch und Madle 1975, Stotland et al. 1978).

Feshbach (1975, vgl. 1997) nimmt hier eine Vermittlerrolle ein. Sie betont in ihrer Definition von Empathie -als einer grundlegenden Form sozialer Interaktion zweier Individuen, in der der Eine die Gefühle des Anderen erfährt und teilt- dass dieser Vorgang von affektiven und kognitiven Komponenten abhängt.

Im Rahmen eines Drei-Stadienmodells der Empathie beschreibt sie als erste Voraussetzung die kognitive Fähigkeit, affektive Signale Anderer diskriminieren zu können. Hinzu kommt als zweite Voraussetzung eine soweit gereifte kognitive Struktur, dass eine Rollen- bzw. Perspektivübernahme möglich ist, sowie als dritte Voraussetzung die eigene entwickelte affektive Fähigkeit, differenzierte Emotionen zu erfahren. Dies setzt entwicklungspsychologisch die Stufe einer Selbst-Objekt-Differenzierung voraus (Mead 1932).

Heute überwiegen -wie angesprochen- Publikationen verschiedener Traditionen, in deren Empathiekonzept affektive und kognitive Faktoren gleichermaßen berücksichtigt werden, wie z.B. in der referierten Sichtweise von Körner (Gladstein 1983, Squier 1990, Bohart und Greenberg 1997a, Körner 1998, Krause 1996).

3.3.3.2. Phasenmodelle der Empathie

Häufig wird Empathie auch als ein Prozess verstanden, der in verschiedenen Phasen abläuft.

Layton (1979) beschreibt -im Rahmen der Pflegeforschung- drei Komponenten: einen empathischen (rezeptiven) Grundzustand, die eigentliche Kommunikation der Einfühlung des Empfängers zum Sender, und die Wahrnehmung dessen beim Klienten. Layton geht in diesem Konzept von der Existenz einer persönlichen affektiven Prädisposition aus, die

sich im wahrgenommenen emotionalen Zustand des Anderen zeigt, sowie kognitiven und behavioralen Aspekten im Verständnis und der Rückkommunikation des Wahrgenommenen (vgl. auch Brink 1991). Auch Schwartz et al. (1983) unterscheiden drei Dimensionen der Empathie: Verhaltensweisen, die beim anderen Verständnis auslösen, das Sich-Verstanden-Fühlen durch den Patienten und die Vorhersagbarkeit von Patientenverhalten durch korrekte Einfühlung.

In der Vielfalt der theoretischen Ansätze und Konzepte zur Beschreibung von Einfühlung hatte insbesondere das von Barrett-Lennard (1981, 1993) vorgestellte Phasenmodell interpersoneller Empathie einen klärenden Einfluss. In der Literatur wird in der Folge oft darauf Bezug genommen (z.B. Elliot et al. 1982, Gladstein 1983).

Zuvor beschriebene Facetten und Aspekte empathischer Interaktion werden hier einem phasenhaften Ablauf zugeordnet:

- empathische Resonanz (empathic resonation) auch Phase-I-Empathie genannt
- ausgedrückte Empathie (Kommunikation des Verstandenen; expressed empathy) auch Phase-II-Empathie genannt
- received empathy bzw. wahrgenommene, empfangene Empathie (die Erfahrung, sich verstanden zu fühlen) auch Phase-III-Empathie genannt.

Diese unterscheidbaren Phasen bettet der Autor in einen fünfstufigen Ablauf ein, die er als „Empathiezyklus“ definiert:

- Phase 0: A sucht B auf in der Hoffnung, dass B rezeptiv ist (empathische Handlung)
- Phase I: empathische Resonanz: B reagiert dergestalt auf A, so dass die Rezeptivität deutlich wird
- Phase II: ausgedrückte Empathie: B zeigt A, dass er die kommunizierte Erfahrungen versteht, nachfühlt
- Phase III: wahrgenommene Empathie: A bekommt einen Eindruck vom Verständnis von B
- Fortführung der Phasen: B fährt mit dem Ausdruck der wahrgenommenen Gefühlsinhalte fort und bestätigt A's Wahrnehmung fortlaufend, dass er verständnisvoll bzw. einfühlend ist, an diesem Punkt beginnt der Zyklus jeweils neu am Schritt Nr. II.

Durch Beobachter erfassbare Empathie z.B. in Skalen (vgl. Kap. 3.3.4.2.) bezieht sich nach diesem Modell auf die Phase II, die ausgedrückte Empathie. Wahrgenommene Empathie der Phase III wird meist mit Selbsteinschätzungen erfasst (Elliot et al. 1982).

Auch aus psychoanalytischer Sicht werden verschiedene Stadienmodelle der Empathie vorgeschlagen. Miller (1989) z.B. stellt ebenfalls ein 5-Stadien-Modell des empathischen therapeutischen Prozesses dar, das dem von Barrett-Lennard recht ähnlich ist.

3.3.4. Messverfahren für Empathie

3.3.4.1. Einteilungskriterien für Messverfahren

Entsprechend der Komplexität des Empathiebegriffs gestaltet sich auch die Fülle an Messverfahren, die zur Erfassung des Phänomens empathischen Verhaltens und seiner Effekte in den unterschiedlichsten Anwendungsbereichen erstellt wurden. Elliot et al. (1982) sichten verschiedene Messmethoden und den Verlauf ihrer Entwicklung.

Es gibt in der Literatur verschiedene Einteilungskriterien für Messverfahren -sie sind sehr unterschiedlich und zum Teil überlappend, häufig wird unterschieden in subjektive vs. objektive Verfahren.

Subjektive Verfahren erfassen Empathie durch (Selbst-) Einschätzungen der eigenen Empathie durch den Therapeuten bzw. Behandler (Selbstrating) sowie durch die erfahrene Empathie des Klienten bzw. Patienten selbst. Subjektive Tests finden häufig im psychotherapeutischen Bereich Verwendung, so z.B. in Barrett-Lennard's „Relationship Inventory“ (Barrett-Lennard 1962, 1993). Im medizinischen Bereich messen sie z.B. die vom Patienten wahrgenommene Empathie durch das Pflegepersonal (LaMonica 1981, LaMonica und Karshmeier 1978).

Objektive Verfahren werden nicht durch die am Kommunikationsprozess Beteiligten durchgeführt sondern durch unabhängige Rater, gelegentlich auch durch Kollegen (peer-judgement). Die Einschätzung erfolgt in der Regel von Audio- oder Videobändern, selten durch direkte Beobachtung während des Geschehens.

Dieser am häufigsten verwendete Forschungsansatz von objektiver Messung der Empathie durch Beobachter wird zumeist anhand vorgegebener Einschätzungsskalen durchgeführt, dabei gibt es Skalen für Beobachter, Klienten und Therapeuten. Sachse (1999) unterscheidet auch Globalskalen zur Einschätzung ganzer Gespräche oder längerer Abschnitte und Skalen zur Mikroanalyse einzelner Interaktionssequenzen.

Die häufigsten durch Beobachter genutzten Skalen sind (vgl. Miller et al. (1991): Gazdas Empathie-Skala (Gazda et al. 1984), Truax „accurate-empathy“-Skala (Truax 1961, 1972 Truax und Carkhuff 1967) sowie die „empathic understanding in interpersonal processes-scale“ von (Carkhuff 1969).

Gendlin (1961) misst psychotherapeutische Empathie durch Beobachtung und Rating an ihrem Resultat, dem Ausmaß des Patienten an Selbstexploration und „gefühlte Bedeutung“ (experiencing), dem Konzept und den Messskalen von Sachse (1991a und b) verwandt.

Als sog. „paper and pencil-tests“, schriftlich auszufüllenden Messmethoden der Empathie werden zumeist subjektive Verfahren bezeichnet, in denen die Versuchsperson Aussagen über sich selbst macht, z.B. Hogans Empathie-Skala (1969), die Skala von Mehrabian und Epstein (1972), der IRI von Davis 1983), Feshbachs Empathieskala für Kinder (z.B. Feshbach (1975), der Empathie-Test nach Layton (Layton und Wykle 1990, vgl. Evans et al. (1993). Hierzu wird kritisch geäußert, dass sie eher das Selbstverständnis der Versuchsperson ihrer kognitiven und emotionalen Dimensionen von Empathie messen als die tatsächliche Fähigkeit, empathische Verhaltensweisen zu zeigen. Entsprechend ist die Korrelation zu beobachteter Empathie oft gering.

Mit „Response-Empathie“ werden die Antworten von Probanden auf feste schriftliche Vorgaben oder Filmsegmente getestet. Evans et al. (1993) kritisieren die Validität von Tests, in denen die getestete Person vorgegebene alternative Beraterantworten aussucht, hier wird nach ihrer Ansicht mehr die Fähigkeit zur Wiedererkennung geprüft als die Fähigkeit, selber empathisch sein zu können.

3.3.4.2. Verbreitete Messverfahren der Empathie

Im Folgenden sollen einige der am häufigsten verwendeten Ansätze -mit zum Teil sehr verschiedenen Vorgehensweisen- überblickartig referiert werden, einschließlich der für diese Arbeit ausgewählten Empathieskala von Carkhuff:

- *Hogans Empathie-Skala*

Hogans „empathy Scale“ (Hogan 1969) ist eine schriftliche Selbsteinschätzung („self-report“), die aus 64 (in der kurzen Fassung 39) Statements besteht, die aus MMPI (Minnesota Multi Personality Inventory) und CPI (California Psychological Inventory) zusammengesetzt sind. Aus den Items suchen die Versuchspersonen diejenigen heraus, von denen sie glauben, dass sie allgemein als empathisch angesehen werden. Die Skala wurde breit validiert und häufig in Studien angewendet - auch im medizinischen Bereich (Christiansen 1977)

Hogans Skala ist als Selbsteinschätzung nach Davis (1983) eine Messung vorwiegend kognitiver Aspekte der Empathie (vgl. auch Hatcher et al. 1994 und Jarski et al. 1985). Gladstein (1983) betrachtet sie als einen kognitiven Trait-Test. In verschiedenen Studien, die die Einschätzungen mit objektiven Beobachtungen korrelieren, fanden sich jedoch nur geringe Übereinstimmungen.

- *Hornblows „general empathy Rating“*

In Hornblows Ansatz (Hornblow et al. 1977) schreibt ein Beobachter der einzuschätzenden Person ein bestimmtes Ausmaß an Empathie zu. Nach einer beobachteten Interaktion wird ein Gesamtrating vorgenommen, ab 3 Punkten auf einer siebenstufigen Skala gilt das Verhalten als einfühlsam. Nach Jarski et al. (1985) ist der Test ein generelles Empathierating. Die Skala wurde entwickelt, um Hogans Skala zu validieren, wird jedoch auch eigenständig verwendet.

- *Empathie-Test nach Layton*

Der Empathie-Test nach Layton (1979 vgl. Layton und Wykle 1990) basiert auf der Definition von Rogers, der Empathie als Prozess des korrekten Verstehens des Bezugsrahmens einer anderen Person versteht (accurate empathy). Dies schließt die Emotionen und subjektiven Bedeutungen des Geäußerten mit ein, die verbale Kommunikation der Einfühlung sowie auch eine nachfolgende Überprüfung, ob das zuvor geäußerte Verständnis genau und zutreffend ist.

Layton entwickelt den Test zunächst als Kenntnisüberprüfung hinsichtlich der Prinzipien der Empathie, er lehnt sich am Konzept des Modelllerns nach Bandura (1977) an. Es gab verschiedene Überarbeitungen der ursprünglich parallelen Testformen, eine Fassung von Ebel (1975) wird als Kurzform (17-Item-Test) eingesetzt.

- *emotional-empathy-Scale von Mehrabian und Epstein*

Mehrabian und Epstein (1972) messen Empathie als generelle emotionale Reaktivität, die Skala ist ein sog. „self-report“ mit 33 Items. Die Tendenz zur Hilfsbereitschaft in Abgrenzung zu aggressivem Verhalten wird als mitfühlende emotionale Reaktion auf die Erfahrungen Anderer gemessen. Nach Davis (1983) und auch Hatcher et al. (1994) wird in dieser Methode vorwiegend der affektive Aspekt von Empathie gemessen. Eine vergleichbare Skala genereller emotionaler Reaktivität ist auch die „fantasy empathy scale“ von Stotland et al. (1978), die ebenfalls als Instrument vor allem für die affektiven Aspekte der Empathie gilt.

- *empathy construct rating scale (ECRS) von La Monica*

Die von LaMonica (1981) entwickelte ECRS-Skala ist vor allem für den Pflegebereich verbreitet. Sie misst durch den Patienten wahrgenommene Empathie, kann jedoch auch durch objektive Beobachter angewendet werden.

Die Skala beinhaltet ca. 100 Items, die auf einer 7-Punkte-Skalen eingeschätzt und vier Subskalen der Empathie faktorenanalytisch zugeordnet werden:

- nonverbales Verhalten (einschließlich Berührungen)
- Persönlichkeitzüge (Offenheit und Ehrlichkeit mit sich und anderen)
- Reaktivität (einschließlich Ermutigung, Unterstützung, prosozialen Verhaltens)
- Respekt (für sich und andere)

La Monica's ECRS ist dem ursprünglichen Relationship Inventory nach Barrett-Lennard (1962) ähnlich. Es gibt auch eine auf 23 Items verkürzte Fassung, Layton und Wykle (1990) validieren sie in ihrem Vergleich verschiedener Skalen.

- *Davis Interpersonal Reactivity Index (IRI)*

Empathie wird von Davis (1983) ausdrücklich als multidimensionales Konstrukt mit affektiven und kognitiven Komponenten betrachtet, er bezieht frühe und reife empathische Reaktionen mit ein. Bei der Konstruktion des IRI legt er ein Empathieverständnis als Reaktion auf beobachtete Erfahrungen anderer mit vier Hauptbereichen zugrunde (vgl. Hatcher et al. 1994). Die vier Subskalen zu je 7 Items werden als self-report ausgefüllt:

- phantasy-scale
- perspective-taking-scale
- empathic-concern-scale
- personal-distress-scale

Es liegt eine deutsche Übertragung der oft verwendeten Skala als Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen vor (SPF, Paulus 2000).

- *Lister-Skala*

Die sog. Lister-Skala (Lister 1970, vgl. Hargrove 1974, Elliot et al. 1982) untersucht den Zusammenhang von Empathie und verbalen sowie nonverbalen, vorwiegend temporalen

Parametern der Kommunikation (Länge des Redebeitrags, Pausen etc). Verbal geäußerte Empathie wird durch den Test an folgenden acht Elementen erfasst:

- internal frame of reference
- perceptual inference
- accurate perceptual inference
- immediacy
- emphasis on personal perceptions
- use of fresh words
- appropriate voice
- pointing to exploration

Untersuchungen mit dieser Empathieskala zeigen z.B. , dass bei den nonverbalen Faktoren häufig auch sog. „stille Verhaltensweisen“ des Behandlers mit Empathie korrelieren, wie z.B. ein geringes Ausmaß an Unterbrechung während der Patient redet und Stille bzw. Pausen, nachdem der Patient nach seinem Redebeitrag selbst eine Pause macht (Hargrove 1974). Dieser Aspekt wird selten in der relevanten Literatur diskutiert.

• *Elliot's „response empathy rating scale“.*

Elliot et al. (1982) überarbeiten die Lister-Skala von Hargrove (1974). Ihr multidimensionales Meßverfahren der Empathie besteht ebenfalls aus acht Komponenten, die von Ratern eingeschätzt werden -vor allem für den Bereich beratender Kontakte (counseling).

- frame
- inference
- accuracy
- here and now
- centrality
- words
- voice
- manner
- impact

Das zentrale Konzept des Ansatzes ist die "Zentralität" der Therapeutenreaktion, die sich faktorenanalytisch aus den zwei Komponenten: Tiefe des Ausdrucks sowie empathischer Exploration zusammensetzt.

• *Cochrane-Skala*

Ähnlich den vorherigen Ansätzen betrachtet auch Cochrane (1974, vgl. Elliot et al. 1982) Empathie als multidimensionales Konzept und operationalisiert sie in seiner Skala anhand der folgenden sechs Elemente:

- internal frame
- emotional separation
- accuracy
- concreteness
- energy
- caring manner

• *Empathie-Subskala des Relationship Inventory von Barrett-Lennart*

Eines der verbreitetsten Instrumente zur Erfassung v.a. der Qualität therapeutischer Kontakte ist das Barrett-Lennart-Relationship-Inventary (BLRI, Barrett-Lennard 1962). Es besteht aus 64 Items, die vier Dimensionen der interpersonellen Beziehung messen: Empathie, Ausmaß an Wertschätzung sowie Kongruenz und Wertungen (conditionality), es weist eine gründliche Validerung auf und findet in zahlreichen Untersuchungen Anwendung.

Die Empathie-Subskala des BLRI, die auch für sich allein Anwendung finden kann, beinhaltet 16 Items, die nach einem Gespräch im Selbstrating durch den Behandler oder den Klienten angewendet werden, es gibt auch in einer Form für unabhängige Beobachter (vgl. Jarski et al. 1985, Alterhoff 1983).

Eine Einschätzung durch Beobachter ist für das gesamte Gespräch ebenso möglich wie auch einzelner ggf. emotionaler Sequenzen. Diese Subskala ist eines der bekanntesten Verfahren zur Messung der vom Klienten wahrgenommenen Empathie (Phase-III-Empathie nach Barrett-Lennard) Die Items werden vom Patienten nach dem Gespräch eingeschätzt, im Folgenden einige Beispiele aus der deutschen Fassung nach Alterhoff (1983) z.B.:

- „Er weiß fast immer ganz genau, was ich meine“
- „Er betrachtet das, was ich sage, von seinem eigenen Standpunkt aus“
- „Vieles von dem, was ich denke oder fühle, bemerkt er nicht“
- „Er kann sich nur schwer in meine Gefühle hineinversetzen“
- „Er versteht gewöhnlich alles, was ich meine“

• *„accurate-empathy“-Skala von Truax und Carkhuff*

Eines der frühesten Instrumente zur Erfassung von Einfühlsamkeit ist die von Truax (1961) vorgestellte Skala zur Einschätzung therapeutischer Gesprächsausschnitte durch unabhängige Beobachter. Sie liegt in verschiedenen Fassungen vor (vgl. auch Truax 1972, Truax und Carkhuff 1967).

Die zumeist verwendete 9-stufige Fassung „accurate empathy“ von Truax und Carkhuff (1967) wird in der Folge in der Literatur als mehrdimensional und nicht valide genug kritisiert, v.a. in dem Sinne, dass höhere Stufen andere Kriterien messen als niedrige (vgl. Chinsky und Rappaport 1970, Gladstein 1983, Layton und Wykle 1990, Jarski et al. 1985, Truax 1992)

Eine sog. „Revision“ dieser 9-stufigen Skala im deutschen Sprachraum von Tausch (1974) als 12-stufige Skala „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ hat wie bereits kurz angesprochen (Kap. 3.3.2.1.) viel Kritik als Veränderung und Verflachung des ursprünglichen Empathie-Begriffs erfahren, Bommert (1977) sichtet hier die Kritik zahlreicher Autoren.

• *Carkhuff's „empathic understanding in interpersonal processes scale“ (1969)*

Als Konsequenz der Validitätskritik stellt Carkhuff (1969) eine revidierte Empathieskala vor: die „Empathic understanding in interpersonal processes scale“. Diese 5-Punkte-Skala ist eine Weiterentwicklung der „accurate-empathy“ Skala und wurde nicht nur zur Anwendung für den therapeutischen Kontext entworfen, sondern zur generellen Einschätzung von Empathie in allen Arten interpersoneller Begegnung.

Das Instrument wird in zahlreichen Studien zur Empathiemessung verwendet und häufig zitiert (Scibetta 1980, Layton 1979, Jarski et al. 1985, Suchman 1997, LaMonica 1981, Tamburrino et al. 1993). Es gibt eine deutsche Fassung als „präzises, einführendes Verstehen“ von Pfeiffer (1977 vgl. Weinberger 1980). Auch Martin (1975) legt eine deutsche Übertragung der Carkhuff-Skala vor.

Die Carkhuff-Skala wird von verschiedenen Autoren wegen ihrer Klarheit und Eindimensionalität eingesetzt, u.a. auch da sie die Möglichkeit gibt, vertiefende bzw. weiterführende empathische Bemerkungen zu erfassen (Alterhoff 1983). Layton (1979) z.B. verwendet sie z.B. zur Überprüfung der Effekte eines Empathietrainings für Krankenschwestern, in dem der Schwerpunkt auf dem Modellernen liegt und beschreibt es als geeignetes Instrument, obwohl es zeitaufwendig und somit teuer sei. Trainingsveränderungen korrelieren hier positiv mit Messungen durch die Carkhuff-Skala. Ähnliches berichten Jarski et al. (1985), die die empathischen Fähigkeiten von Medizinstudenten mit dieser sowie drei weiteren Messverfahren in den Blick nehmen.

Die Skala wird von trainierten Beobachtern zumeist auf Therapie- oder Beratungsprozesse angewendet, neben globalen Ratings ganzer Gespräche werden damit zumeist einzelne Interaktionssequenzen gewertet -im Sinne einer Mikroanalyse (Sachse 1999). Verschiedene Autoren berichten eine hohe Reliabilität, vor allem von trainierten Ratern (Layton 1979). Kurtz und Grummon (1972) korrelieren in ihrer Arbeit sechs verschiedene Messmethoden der Empathie für den therapeutischen Prozess, und beschreiben die Skala als zuverlässig, vor allem für geübte Rater. Auch Martin (1975) schätzt ihre Validität als gut ein:

„...da sie Mehrdeutigkeiten früherer Skalen um einiges reduziert.“

• *Sachses Skala der Bearbeitungsweise*

Speziell zur Analyse therapeutischer Gespräche stellt Sachse (1991 a und b, 1992 ein neues Konzept mit verschiedenen Skalen zur Einschätzung des therapeutischen Prozesses vor. Empathie wird hier -ähnlich wie im Konzept des Experiencing von Gendlin (1961)- an den unmittelbaren Auswirkungen im kommunikativen Prozess für den Patienten gemessen. „Korrektes empathisches

Verstehen“ wird in seinem Ansatz operationalisiert durch Therapeutenäußerungen, die Bearbeitungstiefe des Klienten für seine Themen fördern.

Die Transkripte von Therapiegesprächen werden sequentiell in sog. „Tripeln“ analysiert, ein Tripel besteht aus einer Klienten-Aussage, der darauf folgenden therapeutischen Intervention und der daraus resultierenden Klienten Aussage. Es wird berechnet, ob die Intervention des Behandler die nachfolgenden Klientenäußerungen vertieft, verflacht oder auf der gleichen Ebene hält, ein Ansatz der an Katz (1963) erinnert sowie auch Suchmans Empathiemodell (1997; vgl. Kap. 3.4.6.).

Die Beurteilung erfolgt aufgrund einer sprachwissenschaftlich fundierten Analyse des vom Klienten „zentral Gemeinten“ (Sachse 1991a). Die Inhalte der Klientenäußerungen werden dabei in periphere Aussagen und einen Aussagekern differenziert. Eine Anwendung auf Arzt-Patient-Gespräche wurde bislang noch nicht durchgeführt. Es ist auch möglich dass dies wenig fruchtbar ist, da in Sprechstundengesprächen im Gegensatz zu Therapiegesprächen selten längere Passagen gefühlsbezogener Interaktion vorkommen.

3.3.4.3. Probleme der Messung von Empathie

In verschiedenen Publikationen werden -z.T. auch zur Validierung der verwendeten Empathiekonzepte- mehrere Skalen parallel angewendet, miteinander verglichen sowie z.T. auch in Beziehung zum Outcome gesetzt (z.B. Layton 1979, Layton und Wykle 1990). Reviews bzw. kritische Übersichten über zahlreiche Messinstrumente der Empathie erstellen Brink (1991) und Elliot et al. (1982).

Insgesamt besteht eine große Uneinheitlichkeit bezüglich der Operationalisierung und der jeweils erfassten Elemente von Empathie, so dass Bohart und Greenberg (1997b) beklagen:

„Research in the area has been plagued by confusion over operational definitions and lack of adequate measures.“

Auch wenn es in einzelnen Studien immer wieder verschiedene Messmethoden gibt, die miteinander hoch korrelieren, herrschen doch Befunde vor, die zeigen, dass durch unterschiedliche Tests offenbar in der Regel Verschiedenes gemessen wird.

Jarski et al. (1985) z.B. untersuchen in einer Arbeit die Empathie von Medizinstudenten mit vier Methoden: den Instrumenten von Hogan, Hornblow, Carkhuff sowie Barrett-Lennard. In dieser Untersuchung werden gute Korrelationen zwischen den drei Skalen, die empathische Reaktionen durch Beobachter erfassen gefunden, Hogans Empathieskala als Selbstaussage der Studenten stand in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang. Den geringen Zusammenhang von Selbsteinschätzungen und beobachteten Ergebnissen bestätigen auch andere Autoren (vgl. Tamburrino et al. 1993, Ladisich und Feil 1988).

Gladstein et al. (1987) messen affektive und kognitive Aspekte von Empathie im therapeutischen Kontext und beschreiben geringe Korrelationen.

Layton (1979) vergleicht ihren eigenen Test mit der Skala von Carkhuff sowie Barrett-Lennard´s Empathietest und diskutiert als zentrale Ursache für oft wenig korrelierende Messung von Empathie die unterschiedliche Konstruktvalidität.

Kurtz und Grummon (1972) untersuchen den Zusammenhang von Empathie und psychotherapeutischem Outcome und korrelieren die Resultate von sechs Instrumenten zur Empathiemessung. Es finden sich jedoch außer einer moderaten Beziehung zwischen dem Verfahren von Barrett-Lennard und der Carkhuff-Skala nur geringe Übereinstimmungen. Auch sie gehen davon aus, dass es nicht derselbe Faktor ist, den verschiedene Ansätze messen und ihre Untersuchung somit die Problematik widerspiegelt, das komplexe Konzept der Empathie zu erfassen:

„The data thus reveal not a unitary construct but six different variables which are thought to be similar but are not.“

Layton und Wykle (1990) validieren im Rahmen eines Empathietraining für Schwestern vier Instrumente: Layton´s Empathietest, der Empathiesubtest von Barrett-Lennard, La Monica´s Empathie Skala ECRS sowie Carkhuff`s Skala „empathic understanding in interpersonal processes scale“. Ihre Hypothese, dass sich die mit den vier Instrumenten gemessenen Empathiewerte von trainierten Schwestern verändern, sowie einer hohen Korrelation zwischen den Skalen bestätigt sich nur teilweise: Die Autoren interpretieren dies im Hinblick darauf, dass die Skalen verschiedene Variablen messen oder im Sinne von Barrett-Lennard (1981, 1993, vgl. Kap. 3.3.3.2.) verschiedene Phasen des empathischen Prozesses.

Messick (1989) glaubt, dass unterschiedliche Ergebnisse zudem durch die Nichtberücksichtigung von verschiedenen Kontexten zustande kommen können.

Layton und Wykle (1990) sowie Messick (1989) diskutieren die spezielle Herausforderung der Validierung von Messinstrumenten der Empathie und das zentrale Thema der Konstrukt-Validierung. Sie sehen eine Validierung in diesem Forschungsfeld als einen kumulativen Prozess durch die Sammlung verschiedenster Ansätze sowie zahlreicher Studien über die Zeit.

3.3.4.4. Empathie als multidimensionales Konzept

Betrachtet man die theoretischen Diskussionen und die Befunde zu den geringen Korrelationen der Messinstrumente, so kann zusammenfassend gesagt werden, dass nahezu jede Skala oder jeder Test ein eigenes Empathiekonzept beinhaltet. Je nach Perspektive und Definition werden verschiedene Aspekte des komplexen Phänomens Empathie gemessen.

Als Konsequenz dieser Befunde wird Empathie in der Literatur immer wieder als ein schwer fassbarer Forschungsgegenstand angesprochen und seine Mehrdimensionalität

diskutiert. Hackney (1978) verfolgt in einer Übersichtsarbeit zum Thema Empathie den Wandel der zahlreichen Definitionen über die Zeit.

Barrett-Lennard (1993) und Bohart und Greenberg (1997b) charakterisieren Empathie ausführlich als ein multidimensionales Konzept, bei dem je nach gemessenem Aspekt kaum Korrelationen bestehen und erklären gemischte Befunde damit, dass Empathie von Theoretikern und Forschern sehr unterschiedlich definiert und operationalisiert wurde.

Neben den bereits angesprochenen affektiven und kognitiven Aspekten der Empathie diskutieren sie weitere Facetten, z.B. den Faktor der Selbstempathie (Barrett-Lennard 1993, 1997), sowie dass Empathie:

- oberflächlich oder tief sein kann,
- eine Einstellung ist
- den Fokus sehr verschiedenen setzen kann
- eine kommunikative Einstimmung oder erfahrungsnahe Annäherung an die Welt des Anderen sein kann,
- ein generelles Klima ohne Bezug zu konkreten Aussagen sein kann
- eine spezifische Dimensionen in Äußerungen von Behandlern ist
- einen handlungsbezogenen Aspekt hat, also „Tun“ Ausdruck der Einfühlung ist -ein Aspekt, der in Studien häufig wenig Berücksichtigung findet.
- sehr erfahrungsnahe Wirkungen haben kann und spezifische Effekte (Bohart und Greenberg 1997b).

In diesem Zusammenhang sind auch die Befunde von Levenson und Ruef (1992) interessant, die physiologische Korrelate von gelungener Empathie messen. Sie finden bei erfolgreicher exakter Einfühlung bei negativen Emotionen eine Angleichung autonomer physiologischer Reaktionen zwischen beiden Beteiligten. Bei positiven Emotionen erfährt z.B. die sich exakt einfühlende Versuchsperson individuell eine veränderte kardiovaskuläre Reaktivität im Sinne einer geringeren Erregung.

In Arbeiten zur Empathie werden auch wiederholt spezielle Persönlichkeitscharakteristika empathischer Personen beschrieben. Hier werden Selbstvertrauen, die Fähigkeit des Zuhörens sowie der Selbstoffenbarung, Authentizität, Ehrlichkeit, ein nicht wertender Ansatz, Flexibilität, Mut, etc. benannt. LaMonica (1981) findet in einer Faktorenanalyse hochempathischer Personen hohe Ladungen im Faktor Mitgefühl und Wahrnehmungsfähigkeit.

3.4. Affektive und empathische Interaktion in der Sprechstunde

3.4.1. Aspekte affektiven Verhaltens in der Konsultation

Untersuchungen zur Arzt-Patient-Interaktion nehmen -wie mehrfach angesprochen- immer wieder speziell auch affektives bzw. emotionales Verhalten sowie auch empathische Kommunikation in der Sprechstunde in den Blick -mit unterschiedlichstem methodischem Zugang.

In Übersichtsartikeln sichten Ong (1995) sowie Roter, Hall und Katz (1988) vorliegende Interaktionsanalysen speziell auch im Hinblick auf die Erfassung gefühlsbezogener Kommunikation. In kategorialen Systemen der Interaktionsanalyse sind verbal ausgedrückte Affekte oft in Kategorien wie „Bestätigung“ oder „Ist nicht einer Meinung“ etc. enthalten (Roter und Hall 1989) oder in Zuordnungen wie z.B.: „encouraging“, „relaxed“, „friendly“, „open and honest“, „showing concern“, „giving reassurance“, „showing approval“, „showing empathy“.

Im Ansatz von Roter und ihren Mitarbeitern taucht affektives Verhalten als Bestandteil verschiedener Prozessvariablen auf: so in „social talk“, „positive talk“, sowie in „partnership building“ - Empathie ist hier z.B. der Kategorie „positive talk“ zugeordnet (Roter et al. 1988, Roter und Hall 1989). In einer Untersuchung zur speziell zur Kommunikation von Gefühlen in der Konsultation wählen Hall et al. (1981) z.B. die sechs Kategorien: Ärger, Ängstlichkeit, Dominanz, Sympathie, Nüchternheit sowie Durchsetzungsfähigkeit aus.

Die meisten Untersuchungen zu affektivem Verhalten in der Sprechstunde beziehen sich auf die verbale und paraverbale Ebene. Generell stehen dabei die Gefühle des Patienten häufiger im Mittelpunkt als die des Arztes. Unter methodischem Gesichtspunkt wird dabei verbaler Austausch -die reine Ebene der gesprochenen Worte und ihrer Bedeutung- in der Regel anhand von Transkriptionen analysiert und Studien zur verbalen sowie zusätzlich der übermittelten paraverbalen Signale zumeist durch Abhören und Einschätzung von Ton- bzw. Videobändern -oder eine Kombination von Transkripten und Bändern, wie auch in der vorliegenden Arbeit.

Die nonverbale emotionale Kommunikation in der Sprechstunde wird sehr viel seltener in den Blick genommen, und wenn, dann in der Regel nur im Hinblick auf einzelne Indikatoren wie z.B. Blickkontakte, simultane Bewegungen, Berührungen (vgl. Ong 1995). DiMatteo et al. (1980, 1986) z.B. untersuchen den Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Compliance mit der Kommunikation von Affekten durch den

Gesichtsausdruck. In anderen Arbeiten werden Affekte auch durch die Stimmqualität erfasst oder z.B. anhand von Versprechern, die hier als Indikator für Ängstlichkeit stehen. Seltener werden gemischte Ansätze verwendet, wie z.B. von Verhaak (1988), der als Indikatoren zur Messung affektiven Verhaltens das Ausmaß des gezeigten Interesses, Ermutigungen, den Ausdruck von Empathie sowie die Ausprägung des Blickkontaktes zum Patient nutzt. V. Schmädel (Internetveröffentlichung, ohne Jahresangabe) erstellt zu publizierten Studien zur Thematik nonverbaler Kommunikation in der Sprechstunde einen Überblick.

Häufig wird in Untersuchungen affektives Verhalten in der Sprechstunde mit Äußerungen sozioemotionalen Inhalts gleichgesetzt (vgl. Ong 1995) oder global dem aufgabenorientierten, instrumentellen Verhalten gegenübergestellt (Hall et al. 1987, Bensing und Langewitz 1996).

Eine solche Sichtweise impliziert jedoch, dass ein instrumentelles bzw. zielorientiertes Verhalten affektiv neutral ist und nicht (oder kaum) mit Gefühlen verbunden ist, hingegen vorwiegend die psychosozialen Themen mit Emotionen verknüpft sind.

Wie bereits angesprochen (Kap. 3.2.2.2.), erscheint jedoch eine solche Dichotomisierung unter Berücksichtigung verschiedener Forschungszweige (Interaktions-, Affekt- und Psychotherapieforschung) zu kurz gegriffen und wird z.B. von Roter et al. (1987) sowie auch Kruse (2003) kritisiert:

„Zielorientiertes und affektives Verhalten erscheinen nicht als dichotome Gegensätze, sondern sie beschreiben unterschiedliche kommunikative Aspekte eines Verhaltens, das auf unterschiedlichen Kanälen vermittelt wird.“ (Kruse 2003)

Henbest und Stewart (1989, 1990) verwenden in ihren Arbeiten eine weiter gefasste Definition, die die Polarisierung in emotionale, psychosoziale Themen vs. sachliche Themen vermeidet und betrachten „Gefühle“ in Anlehnung an Websters Wörterbuch als: „emotionalen Zustand oder Reaktion, die jedes Symptom, jede Erwartung oder jeden Gedanken begleiten können. In Erweiterung dieser Definition, die die Autoren zunächst nur auf den Patienten beziehen, kann eine solche Betrachtungsweise auch auf den Behandler ausgeweitet werden und wird auch in der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt.

Roter und Hall (1989, vgl. Hall et al. 1981) betonen den Faktor der Reziprozität von Gefühlen auch in der Sprechstundeninteraktion: die Wahrscheinlichkeit, dass einmal kommunizierte Gefühle vom Gegenüber erwidert werden und sich so verstärken und sich in der Folge als bestimmend für den Kontakt etablieren können, ist sehr hoch.

Diese interaktive Gesetzmäßigkeit wird in Studien zur Komplementarität bzw. Reziprozität interpersonellen sozialen Verhaltens -vor allem auch unter Berücksichtigung vorgegebener Rollen-Beziehungen wiederholt bestätigt - Orford (1986) erstellt einen Literaturüberblick zur Thematik. Das Verhalten einer Person wird durch das kommunikative Angebot ihres Gegenüber -sozusagen durch diese „Vorlage“- stark mitbestimmt. Es wird in seiner Variabilität eingeschränkt, vor allem in der Dimension „Kontrolle vs. Unterordnung (Unterwerfung)“. Kontrollierendes Verhalten in seinen möglichen Ausprägungen freundlich- oder feindlich-kontrollierend zieht mit großer Wahrscheinlichkeit eine ebenfalls freundliche oder feindliche Unterordnung nach sich - insbesondere wenn ein Statusunterschied bzw. hierarchisches Gefälle zwischen den Interaktionspartnern besteht, wie in der Sprechstundensituation.

Diese interaktive Gesetzmäßigkeit wurde auch für den Kontakt von Arzt und Patient bestätigt (z.B. Buller und Buller 1987). Campbell et al. (1990) untersuchen inhaltsanalytisch affektives Verhalten anhand interpersoneller Interaktionsstile zwischen Ärzten, Patienten und Krankenschwestern und beschreiben auch in der affiliativen Dimension ein hohes Ausmaß an kontrollierendem Verhalten der Ärzte, fast gleichhoch auch von den Schwestern gezeigt und eine entsprechende Tendenz zur Unterordnung der Patienten. Auch Kruse (2003) findet in seiner Untersuchung ein vorwiegend freundlich-kontrollierendes Verhalten der Hausärzte, dem sich die Patienten vorwiegend unterordnen (vgl. Kap. 3.1.).

Weitere Aspekte emotionaler Verhaltensweisen und Reaktionen der Ärzte werden -außer den angesprochenen Arbeiten zur Zufriedenheit des Behandlers, zum Thema der Gegenübertragung und dem Beitrag von Balint -sonst in der Literatur sehr selten diskutiert.

Mit im Arzt ausgelösten Gefühlen von Ärger und Hass beschäftigt sich als einer der ersten Winnicott (1949). Strous et al. (2006) erörtern, dass viele Ärzte bei bestimmten „verhassten Patienten“ (hateful patients) in der Praxis einen erhebliches Ausmaß an Ärger, Frustration und anderen negativen Gefühlen erleben. Die Autoren betonen hier empathisches Verhalten als Ausweg: der Behandler soll sich aus einem reaktiven Bekämpfen oder Verharren in Verärgerung in die aktive Einfühlung in das begeben, was den Patienten dazu bewegt, sich so abweisend oder provokativ zu verhalten (vgl. Platt und Keller 1994).

Die Auswirkung von Ärger beim Arzt auf die Interaktionsgestaltung untersuchen auch Bensing und Dronkers (1992) und zeigen, dass verärgerte Ärzte weniger Fragen stellen und direkter mit ihren Patienten umgehen. Hall et al. (1981) beschreiben, dass Emotionen wie Ärger oder Unsicherheit beim Arzt, die sich nicht in seiner Wortwahl zeigen, sondern lediglich anhand der Tonlage erkennbar sind, vom Patienten jedoch insgesamt positiv gewertet werden. Die Autoren vermuten, dass diese Gefühle vom Patienten als ein ernsthaftes Engagement des Behandlers wahrgenommen werden.

Zinn (1988) erörtert in seiner Publikation „Doctors have feelings too“ die Bedeutung emotionaler Reaktionen des Arztes als komplementäre Reaktion im Sinne der Affektansteckung bzw. der Gegenübertragung. Seine Gefühle geben wichtige Hinweise zum Thema des Patienten, können jedoch auch auf eigene Betroffenheit und „blinde Flecken“ des Behandlers hinweisen, die unerkannt zu falschen therapeutischen Entscheidungen führen können. Zinn betont auch die bedeutsame Rolle positiver Gefühle des Arztes, die nicht nur die Bindung zum Patient stärken, sondern auch dem Behandler selbst helfen, die Motivation für seine -anstrengende- Arbeit aufrecht zu erhalten.

3.4.2. Hausärztliche Behandlungsstrategien bei emotionalen Problemen des Patienten

Cape (1996) beklagt, dass es sehr wenige empirische Studien gibt über die konkreten Behandlungsstrategien von Hausärzten mit vom Patienten vorgebrachten emotionalen bzw. psychologischen Problemen (vgl. auch Verhaak und Wennink 1990). Der Mangel an Informationen ist nach Cape gravierend, da die meisten Patienten mit emotionalen Problemen in der Primärversorgung behandelt werden und seltener von Spezialisten -eine Aussage die über den britischen Raum hinaus gilt (Buszewicz et al. 2006). Cape geht davon aus, dass außer einigen Allgemeinärzten, die eine spezielle Ausbildung in einer therapeutischen Richtung erhalten haben, die meisten Behandler als „Strategie“ im wesentlichen Zuhören, Besprechen („discuss“) und einfache Formen der Beratung anwenden.

In einer Studie untersucht Cape (1996) 88 Konsultationen, in denen sich Patienten mit emotionalen Problemen an ihren Allgemeinmediziner (GP) wenden, auf Art und Ausmaß der „psychologischer Behandlungsstrategien“. Die Patienten werden anschließend zu ihren Problemen und Erfahrungen befragt und die Konsultationen werden unter der Fragestellung untersucht, welche Interventionen -z. B. reines Zuhören, ein

patientenzentrierter Gesprächsstil, die Kommunikation von Empathie und Anteilnahme (concern) etc. - einen therapeutischen Effekt haben.

Die Audiobänder werden mit 4 verschiedenen Verfahren parallel analysiert: dem Verbal-Response-Mode von Stiles, dem System von Byrne und Long sowie einem von Cape entwickelten inhaltsanalytischen Verfahren mit fünf 5 Hauptkategorien für Angebote der Patienten:

- psychologisch
- physisch
- gemischt
- behandlungsbezogen
- sonstige

Des Weiteren wird ein globales Rating des gesamten Konsultationsgespräches durch qualifizierte klinische Psychologen durchgeführt im Hinblick auf empathisches Verstehen sowie Anteilnahme und Wärme durch die Ärzte.

Cape findet, dass weniger als die Hälfte (43 %) der Konsultationen von Patienten, die mit emotionalen Problemen -vorwiegend ängstlich-depressiver Ausprägung- kommen, eine psychologische Behandlung der emotionalen Probleme enthalten. Wenn, dann erfolgt sie im Wesentlichen -seiner Hypothese entsprechend- durch Zuhören und Besprechen („discuss“). Dieser Befund bestätigt sich auch in der Analyse nach dem Kodiersystem von Stiles: auf psychosoziale Themen reagieren die Ärzte vorwiegend durch zuhörende Interaktionen.

Nach Capes eigenem inhaltsanalytischem System werden in fast der Hälfte aller Patientenäußerungen psychologische Themen angesprochen, die Ärzte gehen zu 36 % darauf inhaltlich in ihren Äußerungen ein, fast ebenso häufig (30 %) sprechen sie jedoch danach über Fragen der medizinischen Behandlung.

Eine Aufdifferenzierung der psychologischen Themen ergibt, dass zu ca. einem Drittel über Fragen sozialen Stresses und sozialer Anpassung geredet wird, v.a. im Bereich Familie und Partnerschaft. In 11 % der gesamten Äußerungen geht es um Gefühle und Emotionen des Patienten, nur rund 6 % der Konsultationen hatten keinen psychologischen Inhalt. Insgesamt konzidiert Cape seiner Stichprobe von Hausärzten nach den Kriterien von Byrne und Long einen patientenzentrierten Stil, v.a. im Vergleich zu entsprechenden Voruntersuchungen.

Ein weiterer Hauptbefunde seiner Studie ist, dass Allgemeinärzte in Konsultationen, in denen Patienten psychologische Probleme vorbringen, größere Empathie und Wärme zeigen, länger zuhören und den Patienten stärker zum Weitersprechen ermuntern und auch selbst mehr über diese Themen sprechen. Je weniger psychologische Themen

vorkamen, desto stärker standen physische Symptome und ein arztzentrierter Stil im Vordergrund.

Cape betont -wie auch andere Autoren- die Bedeutung des Zuhörens und der Empathie für mögliche Veränderungsprozesse beim Patienten. Er ist jedoch skeptisch, inwiefern das gefundene Ausmaß an Empathie, Wärme und Anteilnahme und die einfachen Behandlungsstrategien überhaupt eine klinisch relevante Wirkung entfalten können angesichts der geringen „therapeutischen Dosis“ in der Sprechstunde. In einer späteren empirischen Arbeit (Cape et al. 2000) sieht er dies jedoch positiver und betont, dass als Wirkmechanismus die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses („shared understanding“) zentral sei.

In England ist in den letzten Jahren mit dem „Consultation Quality Index“ (CQI-2) ein valides und präzises Testinstrument zur trennscharfen Identifikation ganzheitlich arbeitender, einfühlsamer und zugleich effizienter Mediziner der Erstversorgung entwickelt worden (Mercer und Howie 2006).

Buszewicz et al. (2006) ziehen aus einer aktuellen qualitativen Studie in britischen allgemeinärztlichen Praxen, die Konsequenz, dass die Primärpraxis als „sicherer Ort“, an dem man verstanden wird, nicht zu unterschätzen ist im Hinblick auf ihre positiven Auswirkungen auf die Volksgesundheit. In dieser Studie konnten die Patienten sehr genau angeben, was ihnen in gelungenen Interaktionen mit ihrem Arzt am meisten geholfen hat -nämlich „genuine interest and empathy“. Auch Ripke (1990, 1997) ist optimistisch und hält ein sich spontan entwickelndes, einmaliges 20-45-minütiges Kurz-Psychotherapiegespräch bei hochkommenden Gefühlen des Patienten für wichtig und für in vielen Fällen „völlig ausreichend“.

Mayou (1980) untersucht „psychologische Managementstrategien“ von Allgemeinmedizinern bei neurotischen Störungen und beschreibt ärztliche Reaktionen wie Rat und Bestätigung, Diskussion und Beratung, die Einbeziehung von Familienmitgliedern des Patienten, praktische Hilfen, Hinweise auf geeignete psychotherapeutische Methoden, sowie auch die Verschreibung psychotroper Medikation, Hilfe durch andere Mitglieder des Praxisteam und sehr selten Verweise an Spezialisten.

Beobachten, Zuhören und Beraten wird neben anderen Autoren auch von Chancellor et al. (1977) als wichtige Vorgehensweise beschrieben, die zu einer besseren Identifikation emotionaler Probleme durch Hausärzte führt. Auch Marks et al. (1979) fanden, dass

Allgemeinärzte, die als empathischer geratet wurden, in ihrer Diagnose bzw. Identifikation emotionaler Probleme exakter sind (vgl. dazu Abschnitt 3.4.5.).

In einer schwedischen Arbeit stellen Arborelius und Österberg (1995) ein theoretisches Modell von Behandlungsstrategien bei psychosozialen Themen durch Hausärzte vor. Sie stellen darin krankheitsbezogene Themen („illness“) den psychosozialen Inhalten -breit definiert als „andere Themen als somatische Symptome“- gegenüber.

Sie analysieren 19 Videotapes und Transkripte unter Berücksichtigung definierter Phasen der Konsultation (invitation phase, follow-up phase, resolution phase) daraufhin, ob das, was den Patienten ein besonderes und drängendes Anliegen („concern“) ist, aufgegriffen wird. Es wird dabei unterschieden, ob diese Inhalte vom Arzt erfragt werden z.B. anhand der Kategorie: „Arzt lädt Patienten ein“ oder ob Patienten darüber spontan berichten. Arborelius und Österberg (1995) benutzten hier die Kategorie: „Arzt ist empfänglich für die spontanen Bemerkungen des Patienten über psychosoziale Themen“:

“Patients can spontaneously produce information of a psychosocial character without being asked by the physician, whose sensitivity to verbal and non-verbal cues is important as these may hint at non-somatic aspects of the problem.”

In den Ergebnissen zeigt sich, dass die Diskussion psychosozialer Themen und auch empathische Reaktionen der Ärzte in über das gesamte Gespräch verstreuten Sequenzen vorkommen können.

In der Einleitungsphase werden sie meist durch offene und ermutigende Fragen des Arztes, über derartige Bereiche zu sprechen, ausgelöst. (vgl. Bensing 1991). In der „following-up phase“ werden sie durch Aktivitäten des Arztes vertieft, die die Autoren als: klären, prüfen, ermutigen und überwachen beschreiben. Auf die dritte Phase (resolution phase) bezogen beschreiben die Autoren als wichtige Strategien: den möglichen Zusammenhang von psychosozialen Problemen und Symptomen zu erklären, sowie zu einer Zusammenfassung bzw. Schlussfolgerung des Gesprächs zu kommen. Ein empathisches Eingehen in Form von „Reflektion, Legitimation, Unterstützung, Partnerschaft und Respekt“ betrachten sie in allen drei Phasen als sinnvoll.

In den untersuchten Gesprächen offenbart nur ein Teil der Patienten ihren „concern“ -dies ist dann in der Regel an ermutigende bzw. fördernde Verhaltensweisen des Arztes geknüpft. Die Gesprächsphasen, in denen es sich erfolgreich um das dreht, was den Patienten -klar identifizierbar- ein besonderes und drängendes Anliegen ist, dauern in den von den Autoren untersuchten Gesprächen zwischen 3 und 7 Minuten. Sie sind in medizinische Themen eingebettet, an deren Ende der Arzt häufig eine empathische

Zusammenfassung des Verstandenen gibt. Gespräche, in denen der „concern“ des Patienten nicht getroffen wird, sind durch geschlossene oder sog. negative Fragen des Arztes charakterisiert, die einen Dialog beenden oder verhindern. Wenn der Patient dennoch etwas äußerte, wurde davon wenig oder nichts aufgegriffen.

Auch Harrigan et al. (1989) untersuchen Phasen ärztlicher Konsultationen bei telefonischem Kontakt unter dem Gesichtspunkt, inwieweit empathische, stille (calm) sowie zuhörende vs. dominante Reaktionen der Ärzte zur Anwendung kommen.

3.4.3. Zur Bedeutung von Empathie im Sprechstundengeschehen

Über die grundsätzliche Bedeutung von ärztlicher Empathie und deren positiver Auswirkung auf den interaktiven Prozess besteht -außer wohl bei Autoren, die einem streng biomedizinischen Modell anhängen- ein weitgehender Konsens (vgl. z.B. Squier 1990, Evans 1993, Engel 1997, Lane und Lane 1982, Bellet und Maloney 1991).

Ong et al. (1995) z.B. stellen zum Wirkfaktor der Empathie fest:

„Even though different authors define empathy in different ways, they agree that this core condition must be considered very important.“

Empathie wird häufig sogar als das Schlüsselkonzept der Arzt-Patient-Interaktion gewertet, ohne die eine zufriedenstellende Beziehung nicht etabliert werden kann und die in speziellem Ausmaß die Entfaltung emotionaler und psychosozialer Themen in der Sprechstunde ermöglicht und fördert.

Im Hinblick auf die (in Kap 3.2.1.1.) diskutierten Aufgaben der Arzt-Patient-Beziehung bewertet Gianakos (1996) Empathie als eine der zentralen Aufgaben ärztlicher Tätigkeit. Ohne Einfühlung ist es z.B. nach seiner Einschätzung nicht möglich, den Patienten zu unterstützen, die für ihn richtigen medizinischen Entscheidungen zu treffen. Empathie kann zudem im Arzt Gefühle der Zuneigung und Zartheit („tenderness“) auslösen, die dazu beitragen, den Patienten in einer den Heilprozess fördernden Weise zu umsorgen („caring and tender actions“, vgl. Suchman et al. 1988). Zudem hilft Empathie grundsätzlich als „moralischer Kompass“, die richtigen Worte und Handlungen zu finden - einfühlsame Ärzte machen sich nach Gianakos klar, dass auch sie eines Tages krank werden können und einen einfühlsamen Arzt brauchen.

Auch Epstein et al. (1993) beschreiben empathische Reaktion auf Gefühle der Patienten („respond to patient’s emotions“) neben der Informationsgewinnung und der Beeinflussung von Verhaltensweisen des Patienten als eine der drei Hauptaufgaben der Primärversorgung.

Arborelius und Österberg (1995) betonen in ihrer Definition ärztlicher Empathie den Zusammenhang zur Zufriedenheit und Compliance:

“...the ability to share and understand another person’s feelings and mental situation, and the ability to express this understanding. The physician’s capacity for communicate concern, warmth, and interest in the patient’s whole person is positively correlated with the quality of psychosocial care, and with the patient compliance and satisfaction.”

3.4.4. Präsentation und Direktheit emotionaler Angebote des Patienten

Patienten sprechen nur in einem Teil ärztlicher Konsultationen alle Gründe ihres Kommens an, wobei -wie ausgeführt- v.a. psychosoziale und andere emotional belastete Themen „hintenüber fallen“. Es ist zudem davon auszugehen, dass bestimmte Patientengruppen - z.B. mit somatoformen Störungen, Angsterkrankungen und Depressionen- charakteristisch für ihre Störung häufig nicht emotionale bzw. psychische Themen, sondern körperliche Symptome stark in den Vordergrund ihrer Schilderung stellen (Kirmayer und Robbins 1991, Cape und McCulloch 1999).

Bridges und Goldberg (1985) untersuchen die seltene direkte Präsentation emotionaler Inhalte bei psychiatrischen Erkrankungen und beschreiben den Anteil von Patienten, die direkt und explizit emotionale Probleme ansprechen, als sehr gering. Die meisten bieten eine Mischung aus körperlichen und emotionalen Beschwerden an, ähnliche Befunde beschreibt Cape (1996).

Neben der Tatsache, dass nur ein Teil der Probleme präsentiert wird, oder sie sich hinter körperlicher Symptomatik „verstecken“ kann, wird aus verschiedenen Studien deutlich, dass Patienten, wenn sie von ihren Problemen im Sprechstundengespräch reden, dies zudem häufig indirekt, als Andeutungen tun. Verschiedene Autoren sprechen hier von „clues“ oder „cues“ - als Hinweis, Andeutung, Stichwort, „Wink“ zu übersetzen.

Levinson et al. (2000) z.B. vergleichen, wie häufig Patienten in allgemeinärztlichen und chirurgischen Praxen derartige gefühlsbezogene Hinweise (clues) an ihre Behandler geben, die für die Ärzte eine Chance zu empathischem Kontakt darstellen. Die Autoren berichten, dass die Hälfte der untersuchten Konsultationen mindestens einen Hinweis enthält. In diesen Gesprächen sind es im Durchschnitt in der Primärversorgung 2,6 clues und in der Chirurgie 1,9. In den chirurgischen Gesprächen beziehen sich die emotionalen Themen stärker auf biomedizinisches und die Ärzte gehen in ihrer Studie zu 38 % darauf

ein und in der Primärversorgung auf psychologische oder psychosoziale Inhalte -hier reagieren die Behandler zu 21 %.

Auch Suchman et al. (1997) diskutieren das Thema von Hinweisen in ihrem Ansatz ausführlich (vgl. Kap. 3.4.6.) und finden in ihrer Untersuchung, dass Patienten ihre Emotionen im Sprechstundengespräch statt einer direkten Verbalisierung sehr viel häufiger Hinweise (clues) geben -oft auch durch Tonfall oder Gestik:

„...statements about situations or concerns that might plausibly be associated with an emotion”

Die oft paraverbale Qualität von emotionalen Hinweisen (vocal cues), wird von verschiedenen Autoren betont wird (Lane und Lane 1982, Henbest und Stewart 1989). Harrigan et al. (1989) führen z.B. unter Bezug auf die Affektforschung aus, dass paraverbale Signale oft mehr über die emotionale Seite enthüllen als die verbale:

„Verbal cues are obvious, highly varied and transmit specific information about facts, ideas, beliefs, etc. whereas, vocal cues bear information regarding emotional and attitudinal aspects of the message or the speaker. Vocal cues are more subtle, far less specific, and receive less direct response from listeners because these are under less voluntary control, vocal cues are believed to reveal underlying affect conveyed without the speakers full awareness.“

Ong et al. (1995) führen hier aus, dass in Sprechstundensituationen, in denen es um ernste oder bedrohliche Erkrankungen geht oder generell auch besonders ängstliche Patienten sehr genau auf eventuell durchschimmernde, nicht kontrollierte affektive Signale von Seiten des Arztes schauen, -wie Besorgnis etc.- um Hinweise auf ihren Zustand zu erhalten. Adam (2004) formuliert:

„Ein Mensch mit Schmerz oder Angst hat eine um ein Vielfaches erhöhte Aufmerksamkeit, die sich auf den Behandler richtet.“

Im erwähnten Kategoriensystem von Henbest und Stewart (1989), das sechs Formen von Angeboten der Patienten an ihren Arzt unterscheidet, spiegelt sich die große Bedeutung, die die Autoren Hinweisen der Patienten geben, in zwei Kategorien wieder: „non-specific cues“ und „prompts“.

Auch Brown et al. (1886) betonen die Bedeutung dieser „prompts“ und betrachten sie als Signale des Patienten, dass seine Erwartungen, Gefühle oder Ängste noch nicht genügend Berücksichtigung fanden, sie zeigen sich nach ihren Befunden als :

„...either statements that are out of context or restatement of a problem that has already been mentioned.“

Von einem derartigen Rückbezug des Patienten auf gefühlsbezogene Themen, die der Arzt nicht aufgegriffen hat, sprechen auch Suchman et al (1997). Dies kommt neben der durchschnittlich sicher häufigeren Tendenz zu vorsichtigen Hinweisen in Sprechstundengesprächen auch immer wieder vor. Gelegentlich machen dabei Patienten wiederkehrend und dann zum Teil sehr fordernd auf ihre Anliegen aufmerksam, diese Befunde wurden auch durch Analysen der Interaktion mit dem SASB bestätigt (Kruse 2003).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Patienten in der Regel selten offen und direkt mit den sie belastenden Themen „heraus kommen“. Sie sprechen belastende oder sie beschäftigende Themen zumeist mit Hinweisen und indirekten Bemerkungen an. Hiermit „testen“ sie gewissermaßen die Empfänglichkeit und den Umgang ihres Arztes mit emotionalen Themen, die in der Mehrzahl der Fälle diese Möglichkeiten, sich auf Emotionales zu beziehen, ungenutzt lassen.

3.4.5. Identifikation psychischer Erkrankungen

Die Ergebnisse verschiedener Studien weisen darauf hin, dass eine konstruktive interaktive Gestaltung des Sprechstundengesprächs, zu der auch als zentraler Wirkfaktor die Empathie zählt, nicht nur zu einer Verbesserung der Beziehung führt und vermehrte Entfaltung psychosozialer Themen und generell der Gefühle des Patienten sowie auch Zufriedenheit und Compliance, sondern sich damit auch die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen vom Arzt verbessert erkannt und in der Konsequenz daraus vermehrt zutreffend diagnostiziert werden (Goldberg 1979, Verhaak 1988). Verhaak (1986) stellt hier fest:

„When a doctor communicates with a patient in an open manner, more complaints are interpreted as „non-somatic” and are treated as such. “

Im Hinblick auf die angesprochene zentrale Rolle einer zuverlässigen und zutreffenden hausärztlichen Diagnosestellung bei psychischen und psychosomatischen Störungen werden die determinierenden Faktoren in verschiedenen Arbeiten untersucht.

Marks et al. (1979) beschreiben in einer Studie, dass empathische Allgemeinmediziner genauer in ihrer Diagnose psychologischer Probleme sind. Verhaak (1986) beschreibt bei Ärzten, die eine höhere Rate an psychosomatischen Beschwerden diagnostizieren, mehr Empathie sowie ein stärkeres Interesse am Patienten und sondierende Strategien.

Goldberg et al. (1993) beschreiben, dass Äußerungen von Empathie auf von Patienten geäußerte Beschwerden und direktes Nachfragen zu vermehrtem Aussenden von Signalen führen. Zudem stellen die Ärzte ihrer Studie mit einer hohen Rate der Fallidentifikation in den ersten Minuten der Konsultation signifikant mehr Fragen. Sie fragten zudem direkter, sozusagen gezielter, hatten mehr Blickkontakt zum Patienten, eine aufmerksamere Haltung, machten mehr unterstützende Anmerkungen und gaben weniger sachliche Informationen.

Whewell et al. (1988) zeigen in diesem Zusammenhang, dass die Fähigkeit von Hausärzten, emotionale bzw. speziell psychiatrische Probleme und Erkrankungen anhand verschiedener Schlüsselverhaltensweisen effektiver zu erkennen, trainierbar ist. Hierzu gehören u.a.: das Klären der aktuellen Beschwerden durch gezielte, direkte Fragen, das Ausdrücken von Empathie, das Lesen und Interpretieren verbaler und nonverbaler Signale des Patienten (vgl. auch Maguire et al. 1996, 2002, Bensing und Sluijs 1985).

Badger et al. (1994a) untersuchen die Erkennungsrate von Hausärzten mit zwei Schauspielern, die depressive Patienten darstellen. Sie wurden zutreffend in ca. der Hälfte der Konsultationen erkannt, beide zugleich jedoch nur von 27 % der Ärzte. In einer weiteren Untersuchung (Badger et al. 1994b) zur Identifikation von Interaktionsstrategien, die zu einer korrekten Erkennung führen, untersuchen die Autoren die Gespräche mit vier „standardisierten Patienten“ mit dem Krankheitsbild einer schweren Depression. Sie werden von Schauspielern unter „Laborbedingungen“, also nicht in der üblichen Sprechstunde dargestellt. Bei einer Erkennungsrate von 84 % ergibt sich bei der Frage nach determinierenden Faktoren jedoch kein einheitliches Profil, das zu einer korrekten Diagnose führt, wenn auch „affektive Verhaltensweisen“ des Arztes eine höhere Korrelation zu einer gelungenen Identifikation hatten -erfolgreiche Strategien unterscheiden sich offenbar je nach Patient. Die Konsequenz dieser Studie scheint in der Notwendigkeit einer Anpassung in der Kommunikation an die individuellen Bedürfnisse des Patienten zu bestehen.

Verschiedene Arbeiten (z.B. Goldberg et al. 1982, 1993, Verhaak 1986, Davenport 1987, Kruse 2003) zeigen einen klaren Zusammenhang von zeitlichen Komponenten zur Erkennungsrate des Arztes. Je mehr Gelegenheit der Patient hat, seine Beschwerden zu schildern, desto besser wird die Fallerkennung (vgl. Kap 3.4.5.) -wobei dies zunächst eine korrelative Beziehung ist und nicht die Kausalitäten klärt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Äußerungen von Anteilnahme und Empathie durch den Arzt sowie direkte Nachfragen nach sozialen Problemen -und somit ein gewisses Ausmaß an Direktivität- sowie eine genügend lange Konsultation führen dazu, dass Patienten mehr verbale und andere Signale zu diesen Inhalten aussenden, dies erleichtert dann wiederum die Diagnostik.

Im Rahmen seiner Untersuchung zu Determinanten hausärztlicher Diagnosestellung gibt Kruse (2003) einen Überblick über die verfügbaren Studien der Fallidentifikation, die zur Messung jeweils recht verschiedene Kriterien zugrunde legen. Er stellt zusammenfassend fest, dass entgegen der früheren Prämisse verschiedener Autoren das Wissen der Hausärzte, ihre Einstellung zu psychosozialen Problemen oder feste Persönlichkeitsvariablen einen deutlich geringeren Einfluss auf die Fallidentifikation haben als der jeweilige aktuelle Verlauf der Interaktion (Kruse 2003):

„Vielmehr übt die Gestaltung der Arzt-Patient-Kommunikation einen starken Einfluss auf die Diagnosestellung aus. Zeigt der Arzt mehr Aufmerksamkeit und Interesse, sondiert er mehr die psychosozialen Probleme und dauert die Konsultation länger an, so identifiziert der Arzt häufiger die psychischen/ psychosomatischen Störungen des Patienten.“

Demnach ist hier ein wechselseitiger Prozess, ein offenbar fein regulierter Austausch von Signalen anzunehmen, in dem „ausgehandelt“ wird, wie sich die Interaktion entfaltet und in welche Richtung sie läuft.

„Der Patient ist dann in der Lage auf psychosoziale Aspekte einzugehen, wenn der Arzt das Gespräch auf psychosoziale Inhalte lenkt. Der Arzt wird seinerseits psychosoziale Inhalte insbesondere dann ansprechen, wenn er eine psychische oder psychosomatische Störung erahnt. So ist davon auszugehen, dass sich ein Wechselwirkungsprozess entwickeln kann zwischen der Wahrnehmung des Arztes und der Symptompräsentation des Patienten. Spricht der Patient seine Beschwerden an, so kann der Arzt die Symptomatik eher wahrnehmen, vermutet der Arzt eine psychosoziale Symptomatik, so kann er nach den entsprechenden Beschwerden fragen und dem Patienten Gelegenheit einräumen zu berichten“ (Kruse 2003).

3.4.6. Modelle und empirische Studien empathischer Interaktion beim Hausarzt

Branch und Malik (1993) analysieren „Modellgespräche“ von fünf sehr erfahrenen und in den USA als führend geltenden Allgemeinmedizinerinnen mit ihren Patienten anhand von Videobändern. Sie entwickeln daraus ein allgemeines „Modell empathischer Interaktion“ in

der Sprechstunde unter Berücksichtigung von zeitlicher Ökonomie und Effizienz des Vorgehens.

Die von den Autoren als ausgesprochen individuell beschriebenen Gesprächsstile der "Modellärzte" variieren dabei von patientenzentriert bis paternalistisch. Die Konsultationen von vier Behandlern dauern im Durchschnitt 11-12 Minuten, ein fünfter Arzt spricht jeweils rund 25 Minuten mit seinen Patienten.

In einem Viertel der Gespräche finden die Autoren spezifische Interaktionen über persönliche, emotionale bzw. soziale Angelegenheiten, die zwischen 1 und 7 Minuten dauern und nennen diese „Fenster der Gelegenheit“ („windows of opportunity“).

Branch und Malik beschreiben diese „Fenster“ trotz der sehr unterschiedlichen Kommunikationsstile der Behandler als erstaunlich ähnlich: sie sind zumeist in der Mitte der Konsultation, nach der Behandlung medizinischer Themen angesiedelt, und werden in der Regel durch eine einladende Frage des Behandlers eingeleitet, wie: „Gibt es sonst noch etwas?“ oder: „Was sonst noch?“. Nach dieser offenen, interessierten Frage des Arztes beginnen die Patienten über ihre Angelegenheiten zu sprechen, in der Regel ergänzt durch eine zweite Frage oder Ermutigung durch den Arzt, mehr zum Thema zu sagen. Danach folgt intensives Zuhören oder Schweigen, unterbrochen durch Nicken oder kurze unterstützende Bemerkungen als Hauptaktivität der Ärzte. Am Ende dieser Phase schlagen die Behandler dann in der Regel eine konkrete Maßnahme vor (z. B. eine Überweisung) oder kommen zu einer Zusammenfassung des Gehörten bzw. einer Schlussfolgerung, ähnlich wie dies Arborelius und Österberg (1995) beschreiben.

Die in den Videobändern auch zu beobachtenden vorzeitig geschlossenen oder gar nicht erst geöffneten „Fenster der Gelegenheit“ lassen die Patienten unzufrieden erscheinen. Es kommt -wie bereits angesprochen- in diesen Fällen dann immer wieder vor, dass sie im weiteren Gesprächsverlauf ihre Themen dann noch einmal oder wiederholt vorbringen (vgl. Suchman et al. 1997).

In einem die Konsultationsgespräche abschließenden medizinischen Teil wird von den Modellärzten in der Regel noch einmal der zuvor angesprochene gefühlsbezogene bzw. psychosoziale Inhalt zusammenfassend aufgegriffen. Die Patienten erscheinen den Ratern trotz der kurzen Dauer, in der sie von ihren Angelegenheiten berichten konnten, sehr zufrieden. Voll entwickelte „Fenster der Gelegenheit“ nach Branch und Malik dauern zwischen 3 und 7 Minuten.

Die Autoren schlussfolgern, dass neben medizinischen auch persönliche, emotionale, zum Teil auch hochgeladene affektive Themen in der Allgemeinarztpraxis zufriedenstellend und auch zeitökonomisch behandelt werden können.

Den Aspekt der Ökonomie greift auch Behrendt (2004) auf. Er weist daraufhin, dass im Gegensatz zur Meinung vieler Ärzte ein -geübtes- empathisches Verhalten nicht unbedingt zu langen, zeitraubenden Gesprächen führen muss, für die häufig im Alltag von Klinik und Praxis wenig Zeit ist.

„Es kostet wenig Zeit, sich einfühlsam zu verhalten -wenn es geübt wird und man sich der Situation bewusst stellt. Aber es bringt einen großen Gewinn an Vertrauen und positiver Rückmeldung.“

Suchman et. al. (1997) stellen im renommierten JAMA ein weiteres „Modell empathischer Kommunikation im Sprechstundengespräch“ vor, das durch Analysen von Sprechstundengesprächen von insgesamt 21 Ärzten der Primärversorgung gewonnen wird. In einer deskriptiven, qualitativen Studie untersuchen sie Transkripte und Videobänder dyadischer Interaktion von Arzt und Patient unter der Fragestellung, in welcher Weise die Emotionen von Patienten in der ärztlichen Konsultation verbalen Ausdruck finden und welche Verhaltensmuster der Ärzte darauf folgen.

In Ähnlichkeit zu Branch und Maliks „Fenstern der Gelegenheit“ fassen sie jede Gefühlsäußerung von Patienten als „empathische Gelegenheit“ für den Behandler auf, die er jeweils entweder aufgreifen, übergehen oder beenden („abwürgen“) kann - eine Einteilung, die an das Interaktionsanalysesystem von Katz (1963, vgl. Kap. 3.2.2.1.) anknüpft. Die individuell vorgenommenen Ratings des Forschungsteams wurden in der Gruppe diskutiert, um einen Expertenkonsens hinsichtlich der Klassifizierungen zu erlangen.

Gefühlsangebote der Patienten werden in diesem Modell danach unterschieden, ob sie direkt bzw. explizit sind oder indirekt und erschlossen werden können, eine Differenzierung, die für die vorliegende Arbeit übernommen wird.

Die Autoren entwickeln aus den Befunden folgende Kategorien der Beschreibung: Wenn Patienten eine direkte und explizite Beschreibung einer Emotion anbieten, stellt dies im Modell eine „empathische Gelegenheit“ (empathic opportunity) dar. Bezieht sich der Arzt in seiner Antwort explizit auf die geäußerte Emotion -hat er sie somit erfolgreich erkannt- fällt dies in die Kategorie: „empathische Antwort“ (empathic response). Geht der Arzt darauf nicht empathisch ein, wird die Äußerung als „versäumte empathische Gelegenheit“ (missed empathic opportunity) bezeichnet.

Wechselt er in seiner Antwort das Thema abrupt -in der Regel, um mit diagnostischen Fragen fortzufahren-, bzw. führt er von der geäußerten Emotion weg, wird dies als: „Beendigung einer empathischen Gelegenheit“ (empathic opportunity terminator)

klassifiziert. Patientenäußerungen, aus denen der Arzt Emotionen erschließen kann, die jedoch nicht explizit geäußert werden („clues“), bezeichnen die Autoren als „potential empathic opportunity“.

Äußerungen des Arztes, die eine weitere Exploration der erschlossenen Emotion bzw. ihren direkten Ausdruck fördern, sind: „Fortführungen empathischer Gelegenheiten „potential empathic opportunity continuer“. Der Abbruch bzw. die Beendigung einer potentiellen empathischen Gelegenheit heißt entsprechend: „potential empathic opportunity terminator“.

Die Autoren stellen keine quantitative Auswertung der analysierten Gespräche dar, fassen jedoch aufgrund ihrer Gesprächsanalyse zusammen, dass Patienten ihre Emotionen selten direkt äußern, in der Mehrzahl Hinweise darauf geben, die sich erst nach Aufgreifen durch den Arzt entfalten -entsprechend den Befunden anderer Autoren (z.B. Branch und Malik 1993).

Als „empathische Begegnungen“ bezeichnen sie diejenigen Gespräche, in denen die Patienten sich durch „empathic responses“ verstanden fühlen, vor allem im Hinblick auf die emotionalen Aspekte ihrer Erkrankung. Das richtige Timing wird dabei von den Autoren betont. Eine zu frühe Antwort, die den Patienten unterbricht, kann nach ihrer Einschätzung die Entfaltung des Affektes verhindern.

Suchman et al. (1997) waren insgesamt - wie auch andere Untersucher - vom Mangel empathischer Reaktionen der Ärzte in Sprechstundengesprächen überrascht:

“We were struck by the lack of empathy...”

Für den Bereich der Chirurgie zeigen Easter und Beach (2004) mit einem ähnlichen Ansatz bei onkologischen Patienten, dass Ärzte und fortgeschrittene Studenten gleichermaßen ca. 70 % der klar identifizierbaren „empathischen Gelegenheiten“ (empathic opportunities) verpassten.

Carmel und Glick (1996) stellen zur Thematik in einer israelischen Arbeit fest:

“Compassionate-empathic physicians are desired by patients, but rarely found in medical settings.”

Die Autoren untersuchen 324 Krankenhausärzte auf ihre Fähigkeit zur Einfühlung und auf andere Persönlichkeitseigenschaften. Die Autoren finden, dass „compassionate-empathic physicians“ -gemessen durch hohe Werte in der verwendeten Empathieskala (IRI nach Davis 1983)- sich zudem durch eine erhöhte Fähigkeit zur kognitiven Perspektivübernahme auszeichnen, weniger stereotype Einstellungen zu Patienten besitzen sowie selbst in belastenden Situationen weniger unter Stress geraten als

Vergleichsgruppen. Demographische Unterschiede bestehen in erster Linie bezüglich des Alter: einfühlsame Ärzte waren jünger und haben weniger Jahre medizinischer Arbeit hinter sich, erfahrene Ärzte sind weniger empathisch.

3.4.7. Empathie als Herausforderung für Hausärzte

Zusammengefasst kann sicher festgehalten werden, dass ärztliche Empathie eine förderliche und erwünschte Variable der Interaktionsgestaltung ist.

Nach Sichtung der Literatur kann sie sich in zweifacher Hinsicht zeigen: durch Ergreifen der Initiative und aktives Nachfragen nach Gefühlen und Empfindungen des Patienten sowie durch das Eingehen auf die vom Patienten angebotene Inhalte. Diese Unterscheidung wird immer wieder getroffen (vgl. Verhaak (1988) und auch in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen.

Auch Ong et al. (1995) beschreiben empathisches Verhalten in der Sprechstunde in dieser zweifachen Weise: neben dem genauem Zuhören auf das, was der Patient zu sagen hat, ebenso dem Beachtung zu schenken, was der Patient (noch) nicht ausdrücken kann, ihn zu ermutigen, sich auszudrücken sowie auch Gefühle bei ihm aktiv hervorzurufen.

Levenstein et al. (1986 vgl. auch Harrigan et al. 1989) weisen besonders auf die beiden Elemente der Ermutigung des Patienten sowie auf seine Hinweise zu hören, hin:

“The key to an understanding of the patient’s agenda is the receptivity to cues offered by the patient, and behaviour which encourages him to express his expectations, feelings and fears.”

Zinn (1993) betont ähnlich wie Suchman et al. (1997) und Platt und Keller (1994) die Bedeutung für medizinische Kontakte, dass der Arzt die vom Patienten ausgedrückten Emotionen auch anspricht und benennt. Ihnen -im Sinne eines personzentrierten Empathieverständnisses- „einen Namen zu geben“ hilft nach Zinn den Patienten, die sich ihrer Gefühle nicht oder nur zum Teil bewusst sind, sie klarer zu erkennen, weniger verwirrt zu sein und ggf. auch zu handeln, um ihre Lage zu verbessern. Dabei führt Zinn aus, dass es bei verbalen Äußerungen von Empathie für den Arzt nicht notwendig ist, sofort „richtig zu liegen“. Schon allein der Versuch, es zu fassen, ist hilfreich und unterstützend für den Patienten -ein Umstand, der auch in der Psychotherapieforschung zur Empathie immer wieder gefunden wurde. Coulehan et al. (2001) schlagen dem Hausarzt in diesem Kontext die Formulierung vor:

„Let me see if I have this right“.

Platt und Keller (1994) diskutieren in diesem Zusammenhang 6 Stufen empathischer Kommunikation für den Hausarzt: Achtsamkeit für den affektiven Moment zu entwickeln, dann innezuhalten um den Affekt zu benennen, die Gefühle des Patienten anzuerkennen sowie auch ev. damit verbundene Ursachen für Handlungen. Als letzten Schritt nennen sie, dem Patienten zukünftige, weitere Hilfe anzubieten.

Auch Smith und Hoppe (1991) diskutieren, dass die erkennbare Emotion zu benennen („naming or labeling the emotion“) der beste Weg ist, den persönlichen, emotionalen Aspekt des Patienten „einzufangen“. Als weitere empathische Methoden zum Umgang mit Gefühlen („emotion-handling skills“) führen sie auf: dem Patienten kommunizieren, dass seine Gefühle verstehbar und gerechtfertigt sind, der Ausdruck von Respekt sowie Unterstützung und Angebote partnerschaftlicher Lösungen.

Die Rolle von unmittelbaren Konsequenzen und praktischen Hilfsangebote des Arztes als möglicher Ausdruck seiner Einfühlung (neben dem Benennen des Verstandenen) wird vor allem in der patientenzentrierten Medizin wiederholt diskutiert

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in der Literatur vor allem betont wird, die vom Patienten explizit und direkt ausgedrückten sozusagen „präsentierten“ Gefühle empathisch aufzugreifen und so zu zeigen, dass sie wahrgenommen wurden. Des Weiteren wird auch die wichtige Rolle ärztlicher Empathie im Hinblick auf die nur angedeuteten -indirekten- emotionalen Botschaften betont, die zur weiteren Entfaltung noch Hilfestellung und Würdigung brauchen.

Empathie für noch nicht Entfaltetes wird z.B. in der Empathieskala von Carkhuff (1969) als die Maximalstufe von Einfühlsamkeit betrachtet und auch Suchman et al. (1997) betonen ihre besondere Bedeutung für ein sich-verstanden-fühlen des Patienten:

„...the basic skills for being empathic seem to be recognizing when emotions may be present within the patient but not directly expressed, inviting exploration of these unexpressed feelings, and effectively acknowledging these emotions so the patient feels understood.“

Bei der Beschäftigung mit dem Thema „Empathie in der Sprechstunde“ fällt immer wieder das Auseinanderklaffen zwischen den in der Literatur als erwünscht beschriebenen Verhaltensweisen der Ärzte auf, den klaren Forschungsergebnissen zu ihrem positiven Effekt einerseits und der ebenso klar über Jahrzehnte dokumentierten Realität in Praxis oder auch Klinik andererseits, in der empathische Ärzte nicht so häufig gefunden werden, wie es wünschenswert wäre. Carmel und Glick (1996) kommentieren hier:

“However while empathic behaviour was considered the most important quality for being “a good physician“, it was ranked as the least important for being promoted in the hospital”.

Als weitere Gründe für das spärliche Vorkommen von affektiven, empathisch behandelten Themen in der Sprechstunde, werden von Cape und McCulloch (1999) neben dem von Patienten und Ärzten oft genannten Grund des Zeitmangels (rund 50 %), eine vom Patienten empfundene Scham oder eine wahrgenommene ablehnende Haltung des Arztes gegenüber affektiven Inhalten beschrieben sowie auch die Annahme, der Arzt könne ihnen in dieser Hinsicht sowieso nicht helfen oder Unterstützung geben (rund 40 %).

Auch Sankar und Jones (2005) beschreiben als Gründe, dass speziell Patientinnen belastende affektive Themen nicht in der Sprechstunde offen legen, Gefühle wie Scham, Ängstlichkeit aber auch die Sorge, ob die Informationen „sicher“ sind oder ggf. vom Arzt an den Arbeitgeber oder die Versicherung weitergeben werden könnten.

Kruse (2003) diskutiert als mögliche realistische Grundlage einer solchen Furcht beim Patienten, dass es eher Nachteile mit sich bringt, als psychisch krank erkannt und so möglicherweise stigmatisiert zu werden, die vielfach de facto nicht genügend ausgebildete professionelle Umgehensweise der Ärzte mit diesem sensiblen Punkt. Behandlungsstrategien, in denen sich der Patient entwertet, kritisiert, oder gar angegriffen fühlt, kommen in der Sprechstundenrealität nicht nur als Ausnahme vor. In seiner Hausarzt-Studie finden sich z.B. in fast 12 % der Konsultationen herabsetzende Handlungen und in einem Drittel werden Angebote bzw. Belange des Patienten ignoriert, ein gekränkter Rückzug des Patienten findet sich in 7 % der Gespräche (vgl. Kap. 3.1.).

Ein wenig auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichteter und unempathischer Kommunikationsstil hat sicher auch seine Wurzeln in einer -zumeist wohl unbewussten- Abwehrfunktion, die bei untrainierten Ärzten vielfach dann häufig auch im weiteren Berufsalltag unreflektiert bleibt.

Das Einlassen, eine Affektansteckung, ein mitfühlendes Mitschwingen mit den Emotionen des Patienten als Voraussetzung für empathische Signale stellen den Behandler vor die Aufgabe, diese innerlich anflutenden „Datenmengen“ einzuordnen, sich zu positionieren und auch wieder soweit zu distanzieren, dass ein Überblick und die Arbeitsfähigkeit gewahrt bleibt (Dorf Müller 2001).

Kruse (2003) beschreibt die regelhaft gefundene ärztliche Dominanz und Kontrolle im Gespräch als eine solche Schutz- und Abwehrfunktion:

„Nimmt der Hausarzt die Affekte und Beziehungswünsche wahr, identifiziert er sich konkordant mit diesen Wünschen des Patienten, indem er sich bemüht, die Welt aus der Perspektive des Patienten zu betrachten, so kann er Insuffizienz- und Schuldgefühle entwickeln und mit eigenen unliebsamen Anteilen konfrontiert werden. Einen anderen Weg schlägt er ein, wenn er sich komplementär identifiziert, d.h. er erlebt Gefühle wie sie den Bezugspersonen des Patient vertraut sind, wie z.B. den offene oder verdeckte Ärger über einen depressiv klagenden Patienten. Die Kontrolle im Gespräch kann dazu dienen, sich vor diesen Identifizierungen sowie vor der Affektinduktion und -ansteckung zu schützen.“

Eine Untersuchung von Koerfer et al. (2005) zur Verbesserung der interaktiven Kompetenz vor allem im Hinblick auf empathischen Umgang mit Emotionen bestätigt, dass Ärzte im Hinblick auf eine erhöhte Fähigkeit zur Empathie befürchten, von Gefühlen überflutet zu werden. In dieser Untersuchung zur Fortbildung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung zeigt sich, dass durch Training eine erfolgreiche, statistisch signifikante Erhöhung empathischen Verhaltens und eine höhere Einstufung der Ärzte im Hinblick auf ihre Wichtigkeit erfolgt. Auch im Sprechstundenverhalten in einer Kontrolle ein Jahr später ermutigen diese Ärzte ihren Patienten stärker und bieten mehr Trost und Hilfe an.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die komplexe Aufgabe, affektive bzw. gefühlsbezogene Themen in der Sprechstunde adäquat zu behandeln, eine fachliche und auch persönliche Herausforderung ist, die nur durch eine angemessene Ausbildung zu gewährleisten ist. Sie muss auch einen Zugang zu den eigenen Emotionen der Ärzte beinhalten, deren Regulation in der Interaktion und ausreichend praktisches Training, ob und wie sie in die Begegnung einfließen sollen. Zinn (1993) formuliert hier pointiert:

„...the physician who is in touch with himself will be in touch with the patient.“

Der geringe Stellenwert entsprechender Lernprozesse in der ärztlichen Basisausbildung und in der von Hausärzten, sowie der Faktor bloßer Freiwilligkeit entsprechender Weiterbildungen in diesem Bereich als Arzt zeigen nach Ansicht der Verfasserin eine gesamtgesellschaftliche Geringschätzung derartiger kommunikativer sozialer Kompetenzen, die sich bis in den medizinischen Fachbereich auswirkt. Es ist fraglich, ob sich ohne eine Neugewichtung in der Gesellschaft und somit auch der ärztlichen Ausbildung im Praxisalltag Grundlegendes ändern kann.

4. Fragestellungen der Arbeit

4.1. Schlussfolgerungen und Entwicklung der Fragestellungen

Wie bei der Sichtung relevanter Literatur deutlich hervortritt, ist eine konstruktive Gestaltung der Interaktion in der ärztlichen Sprechstunde der Primärversorgung -sowie natürlich auch in anderen medizinischen Kontakten- von hoher Bedeutung. Dies gilt nicht nur für einen guten Verlauf der jeweiligen individuellen Begegnung, sondern auch für ihre Effekte (outcome) und somit für die Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung allgemein.

Eine adäquate Einbeziehung der affektiven Dimensionen in das Konsultationsgespräch und auch die ärztliche Fähigkeit zur Empathie, ohne die sich gefühlsbezogene Themen in der Regel nicht ausreichend entfalten können, sind hier relevante Wirkfaktoren.

Einfühlsamkeit beinhaltet kognitive, affektive und handlungsbezogene Aspekte und ist - wie von zahlreichen Studien belegt- gut trainierbar. Sie ist als ein zentraler Baustein ärztlicher kommunikativer Kompetenz einzuschätzen, der in der Praxis jedoch leider in zu geringem Ausmaß implementiert ist.

Empathisches Verhalten -im ärztlichen Kontext ebenso wie allgemein in der Kommunikation- bezieht sich auf emotionales Erleben des Gegenüber. Dieses kann grundsätzlich immer mitschwingen, Gefühle und emotionale Tönungen können sich an jedes Thema, an jeden Inhalt in unterschiedlicher Ausprägung knüpfen. Eine in Untersuchungen vorgenommene Unterteilung in affektives und instrumentelles -nicht mit Emotionalem verbundene- Inhalte erscheint wenig adäquat.

Als Kriterium zur Identifikation gefühlsbezogener Inhalte -zu jedem Thema- (auf die sich der Arzt dann potentiell beziehen kann) erscheint der ausgedrückte, dem Gegenüber kommunizierte Gefühlsbezug sinnvoll. Dieser ist für Beobachter an vielfältigen verbalen, paraverbalen, situativen (und im Fall von Videoaufzeichnungen auch nonverbalen) Signalen zu identifizieren. Kategoriale Systeme oder Listen von Emotionsworten spiegeln wenig befriedigend die Komplexität des kommunikativen Ausdrucks von Gefühlen wieder. In dieser Untersuchung werden daher die kommunikativen Botschaften der Patienten, die in der Konsultation geäußert werden, durch trainierte Rater als „stellvertretende Empfänger“ gefühlsbezogener Inhalte erfasst und beurteilt.

Emotionale Botschaften können von Patienten direkt und explizit sowie häufig auch nur in Form von Andeutungen geäußert werden. Die Relevanz einer Sensibilität der Behandler

für beide Aspekte, das Würdigen und Aufgreifen beider Arten von Angeboten durch empathische Reaktionen sind vielfach belegt, vor allem auch im Hinblick auf eine weitere Entfaltung der Kommunikation, in der der Patient seine Anliegen darstellt und somit auch ausreichend über Psychisches gesprochen wird.

In der vorliegenden Arbeit soll zunächst erfasst werden, wie oft in der untersuchten Stichprobe von Sprechstundengesprächen Düsseldorfer Hausärzte mit ihren Patienten überhaupt gefühlsbezogene Inhalte vorkommen. Aufgrund der Reziprozität von Gefühlen in der Interaktion sollen dabei im Gesprächsverlauf kommunizierte Emotionen auf beiden Seiten erfasst werden. Für Beobachter erkennbare geäußerte Gefühle von Patient und Arzt sollen dann zusammen mit der jeweils darauf bezogenen dyadischen Reaktion des Gesprächspartners erfasst werden. Neben der Häufigkeit geäußerter Gefühle wird zudem unterschieden zwischen direkten, explizit geäußerten und impliziten, indirekten kommunikativen Angeboten.

Entsprechend der in der Literatur häufig gemachten Unterscheidung bei der Initiierung emotionaler Interaktion in zum einen vom Patienten ausgehende Interaktionen durch Anbieten von Gefühlen und zum anderen Arzt-Initiierte Gefühlsnachfragen an den Patienten war zunächst als Beobachtungskategorien nur an diese beiden Kriterien gedacht worden. Beim vorbereitenden Abhören von Bändern fiel jedoch auf, dass darüber hinaus eine weitere Form gefühlsbezogene Interaktion zu initiieren, zu beobachten ist, die gar nicht selten vorkommt. In zahlreichen Gesprächen beginnen Ärzte einen gefühlsbezogenen Austausch mit ihren Patienten, indem sie Mitteilungen über ihre eigenen Gefühle machen, z.B. etwa Sorge über den Verlauf einer Erkrankung äußern oder Freude über einen guten Befund. So wurde hier eine zweite Arztkategorie eingefügt: „Der Arzt initiiert gefühlsbezogene Interaktion durch Äußern eigener Gefühle“.

Über die Initiierung gefühlsbezogener Interaktion und die Reaktion hinaus wird im Fall von Patientenangeboten an den Arzt auch das Ausmaß an ärztlicher Empathie eingeschätzt. Hierbei wird auf eine der klassischen Empathie-Rating-Skalen zu einer globalen Einschätzung einfühlsamen interpersonellen Verhaltens zurückgegriffen (vgl. Kap. 5.3.5.).

Die für Beobachter erkennbare gefühlsbezogene Interaktion wird abgrenzt von „sachlicher“, wobei es im Sinne des hier verwendeten Verständnisses von Emotionen genauer heißen müsste: „ohne erkennbare emotionale Beteiligung“.

Die Untersuchungskriterien werden zudem auf die angesprochenen, im Rahmen des Forschungsprojektes untersuchten unterschiedlichen Stichproben von Patienten angewendet, um zu sehen, ob sich die erfassten Kriterien der Kommunikation unterscheiden, je nachdem, ob der Patient psychisch bzw. psychosomatisch erkrankt ist oder nicht und ob der behandelnde Arzt dies auch erkennt.

4.2. Die Fragestellungen der Arbeit

Fragestellung 1:

Wie oft wird in Sprechstundengesprächen der Primärversorgung über gefühlsbezogene Inhalte geredet -in Abgrenzung zu sachlichen Themen „medical talk“, bei denen keine affektive Beteiligung zu erkennen ist?

Fragestellung 2:

Wie strukturiert sich gefühlsbezogene Kommunikation in der Sprechstunde?

a) Bei der Initiierung gefühlsbezogener Interaktion:

- 2.1.** Wer initiiert gefühlsbezogene Interaktion - zu welchem Anteil beginnen die Ärzte oder die Patienten?
- 2.2.** Wie explizit / direkt oder indirekt (in Form von Andeutungen) kommunizieren Ärzte oder Patienten ihre emotionalen Mitteilungen an die Gesprächspartner -im Sinne einer „emotionalen Grundqualität“⁹ des kommunikativen Angebots?
- 2.3.** Wie viele einzelne unterscheidbare Gefühlsbotschaften (-aspekte /-facetten) sind enthalten und wie explizit (direkt geäußert) oder wie indirekt (in Form von Andeutungen) werden sie ausgedrückt?

b) in der Reaktion auf gefühlsbezogene Botschaften:

- 2.4.** Wie häufig reagieren die Gesprächspartner auf diese kommunikativen Angebote sachlich oder gefühlsbezogen und wie häufig sind gefühlsbezogene Reaktionen direkt bzw. indirekt (emotionale Grundqualität der Reaktion)?

Fragestellung 3:

Wie empathisch gehen Hausärzte mit den von ihren Patienten geäußerten Gefühlsbotschaften um?

⁹ Es wird definitionsgemäß davon ausgegangen, dass eine Äußerung, die zumindest ein direkt kommuniziertes Gefühl enthält, insgesamt eine direkte Grundqualität hat, auch wenn darin noch weitere Hinweise enthalten sind.

Fragestellung 4:

Unterscheiden sich Konsultationsgespräche, die Ärzte der Primärversorgung mit Patienten führen,

- die eine psychische/ psychosomatische Störung haben, die vom behandelnden Arzt nach der Konsultation identifiziert und diagnostiziert wird (Gruppe I) oder
- die eine psychische/ psychosomatische Störung haben, die vom behandelnden Arzt nach der Konsultation **nicht** identifiziert und diagnostiziert wird (Gruppe II) und
- die **keine** psychische/ psychosomatische Störung haben (Gruppe III)

von einander in Bezug auf folgende Kriterien:

a) bei der Initiierung gefühlsbezogener Interaktion

- 4.1.** ... die Häufigkeit, in der über gefühlsbezogene Inhalte -in Abgrenzung zu sachlichen Themen- geredet wird?
- 4.2.** ... den Anteil, zu dem Ärzte oder Patienten gefühlsbezogene Interaktion initiieren?
- 4.3.** ... die Häufigkeit, in der Ärzte oder Patienten emotionale Botschaften an ihre Gesprächspartner direkt/ explizit oder indirekt in Form von Andeutungen kommunizieren (emotionale Grundqualität des kommunikativen Angebots)?
- 4.4.** ...auf die Häufigkeit, in der einzelne unterscheidbare explizit geäußerte (direkte) oder in Form von Andeutungen (indirekt) geäußerte Gefühlsbotschaften enthalten sind?

b) Unterscheiden sich die Gespräche in der Reaktion auf gefühlsbezogene Botschaften von einander in Bezug auf:

- 4.5.** ...auf die Häufigkeit, mit der die Gesprächspartner auf diese kommunikativen Angebote ihrerseits sachlich oder gefühlsbezogen reagieren und daraufhin, wie häufig die gefühlsbezogenen Reaktionen direkt oder indirekt sind (emotionale Grundqualität der Reaktion)?
- 4.6.** ...auf das Ausmaß an Empathie der Hausärzte in Bezug auf die von den Patienten geäußerten Gefühlsbotschaften?

5. Methode

5.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe der untersuchten Konsultationsgespräche stammt aus den 200 im Rahmen des Forschungsprojektes (Kap. 3.1.) transkribierten Arzt-Patient-Gesprächen. Aus den dort untersuchten drei Patientengruppen werden durch Zufall je 35 Konsultationsgespräche ausgewählt. Die Bearbeitung dieser reinen Zufallsstichprobe war eingeschränkt durch technische Probleme: einige Tonbandaufnahmen waren unverständlich oder entsprachen nicht den in Kap. 5.2.1. dargestellten Kriterien eines vollständigen Gespräches mit identifizierbarem Anfang und Ende, so dass insgesamt nur 93 Gespräche in die Studie eingehen konnten:

- **Gruppe I:** Patienten mit einer psychischen/ psychosomatischen Störung, die der behandelnde Arzt nach der Konsultation korrekt identifiziert und diagnostiziert: beinhaltet **31** Konsultationsgespräche
- **Gruppe II:** Patienten mit einer psychischen/ psychosomatischen Störung, die der behandelnde Arzt nicht identifiziert und diagnostiziert: beinhaltet **32** Konsultationsgespräche
- **Gruppe III:** Patienten ohne psychische/ psychosomatische Störung: beinhaltet **30** Konsultationsgespräche.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patienten mit einer psychischen bzw. psychosomatischen Störung (Gruppen I und II) erfüllen alle die Kriterien einer DSM-III-R Störung. Die verschiedenen, in den Gruppen I und II enthaltenen Krankheitsbilder unterscheiden sich in der Verteilung nicht: Es waren:

- Affektive Störungen / Angststörungen (15,0 %)
- Alkoholerkrankungen (6,8 %)
- Anpassungsstörungen (17,1 %)
- Essstörungen (5,7 %)
- Körperlicher Zustand bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen (15,6 %)
- somatoforme Störungen (30,6 %)
- sonstige Störungen (2,1 %) sowie
- mehrere DSM-III-R Diagnosen zugleich (23,8 %)

Die Gruppen I und II weisen mit einem Summenscore von 4,1 (sd 2,1) eine hohe Beeinträchtigungsschwere auf sowie eine Häufung psychischer/ psychosomatischer Störungen im Vergleich zur Gruppe der rein somatisch, jedoch nicht psychisch erkrankten Patienten (Gruppe III) die definitionsgemäß einen als BSS von 0-1 haben.

Die Stichprobe der 93 Patienten umfasste 34 Männer (37 %) sowie 59 Frauen (63 %) mit einem Durchschnittsalter von rund 44 Jahren. In der Gruppe I, den Patienten mit einer

psychischen bzw. psychosomatischen Störung, die der behandelnde Arzt nicht identifiziert, liegt der Frauenanteil mit 71 % am höchsten, am niedrigsten in der Vergleichsgruppe III (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Alter und Geschlechtsverteilung der untersuchten Patientenstichprobe

	Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. / psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. / psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. / psychos. Störung (n=32)
Alter der Patienten	43,9 Jahre	45,8 Jahre	43,2 Jahre	42,6 Jahre
Frauenanteil	63,4 %	71,0 %	66,7 %	53,1 %
Männeranteil	36,6 %	29,0 %	33,3 %	46,9 %

Die 93 untersuchten Gespräche stammen aus 13 Praxen, somit 13 verschiedenen Ärzten mit 93 Patienten, dabei sind Gespräche der Praxis N deutlich überrepräsentiert (Tabelle 2). Das Durchschnittsalter der behandelnden Ärzte, 8 Männern und 5 Frauen, liegt bei 42,5 Jahren.

Tabelle 2: Verteilung der 93 Gespräche auf die 13 Praxen

Praxis	Absolute Anzahl der Gespräche	%
A	5	5 %
C	3	3 %
E	11	12 %
F	3	3 %
G	9	10 %
H	6	6 %
I	5	5 %
J	5	5 %
K	6	6 %
N	25	27 %
O	4	4 %
P	7	8 %
Q	4	4 %
Summe	93	100 %

5.2. Verwendete Untersuchungsmaterialien

5.2.1. Audiomitschnitte der Konsultationen

Alle untersuchten Konsultationen lagen neben den Transkriptionen auch als Audiomitschnitt vor. In die Auswertung gehen nur Tonbandaufzeichnungen ein, die einen identifizierbaren Anfang und Ende haben und in denen der Inhalt und gesamte Verlauf des Gespräches störungsfrei zu verstehen ist. Gelegentliche kurze Unterbrechungen, die mit dem Thema des Arzt-Patienten-Kontaktes nichts zu tun hatten, waren kein Ausschlusskriterium. Dies kommt jedoch nur in zwei Fällen vor -einmal durch eine kurze Nachfrage der Arzhelferin- und zum anderen durch einen ärztlichen Kollegen, der das Sprechstundengespräch mit einer kurzen Nachfrage stört. Diese Gesprächsanteile wurden aus der Auswertung und Zählung rausgenommen -insgesamt machte dies jedoch nur 0,08 % aller Äußerungen aus.

5.2.2. Transkriptionen nach dem Ulmer Modell

Die 93 Gespräche zwischen Arzt und Patient werden durch Abhören der Audiomitschnitte untersucht bei gleichzeitiger Vorlage (und Bearbeitung) der zuvor im Rahmen des Forschungsprojektes nach den Regeln der Ulmer Textbank erstellten Transkriptionen.

Die Ulmer Transkriptionsregeln sind ein im deutschsprachigen Raum verbreitetes sprachwissenschaftlich orientiertes Analysesystem (vgl. Kap. 3.2.3.1.), das eine standardisierte Bearbeitung von Gesprächen nach formalen Kriterien möglich macht und es findet vorwiegend für psychotherapeutische Gespräche Verwendung (Mergenthaler und Stinson 1992).

Die Ulmer Terminologie bezeichnet die einzelnen sprachlichen Äußerungen einzelner Sprecher als „Turnus“. Im Rahmen dieser Arbeit wird das Wort synonym mit dem Begriff „Äußerung“ bzw. „Redebeitrag“ verwendet.

Ein Turnus beginnt, wenn ein Sprecher alleine zu reden beginnt und endet, sobald ein anderer Sprecher alleine zu reden beginnt. Ein solcher Turnus kann aus einem Geräuschsegment -einer sog. Vokalisation- bestehen sowie auch aus Vokalisationen, die durch Pausen, d.h. Stille zwischen den produzierten Geräuschen unterbrochen werden.

Vokalisationen können aus einzelnen oder mehreren gesprochenen Worten bestehen sowie auch aus Wortteilen oder aus lautlichen kommunikativen Äußerungen wie z.B. „Hm“ oder „Ah“ und/ oder paraverbalen Signalen wie Lachen, Weinen, Seufzen, Zischen, Schniefen etc. sowie auch einer Kombination aus diesen Elementen. Das Ulmer

Instrument erfasst zudem auch ein gleichzeitiges (simultanes) Sprechen sowie die sog. „Schaltpause“, eine Pause nach einem Turnus (einer Äußerung), bis der nächste Sprecher anfängt zu reden, wobei dieses Kriterium für die vorliegende Arbeit jedoch nicht von Relevanz ist.

Es ist durch das Ulmer Transkriptionssystem möglich, formale Kriterien von Gesprächen in objektiverter und klar operationalisierter Form zu erfassen, wie z.B. die Gesamtdauer eines Gesprächs, die Redezeit (Vokalisation) der einzelnen Sprecher pro Turnus und insgesamt im Gespräch, die Anzahl der verwendeten Worte, der Anteil von Gesprochenem und Pausen etc., der Rhythmus des Dialogs, d.h. die Schnelligkeit, mit der das Gespräch zwischen den Sprechern hin und her wechselt.

Es zählt -im Unterschied zu anderen Transkriptionsverfahren- zu den Charakteristika von Transkriptionen nach den Ulmer Regeln, dass eine hohe Gesamtzahl an einzelnen Äußerungen (Turni) entsteht, da strikt jede noch so kurze Einheit bis zum Sprecherwechsel als ein Turnus gewertet wird. Das bedeutet z.B., dass ein längerer Satz eines Sprechers, der durch mehrere bestätigende „Hm“ oder durch einen kurzen Einwurf des Gesprächspartners („Ja“ oder „Oh je!“) begleitet wird, in seine formalen Bestandteile zerlegt und so als jeweils ein eigenständiger Turnus gezählt wird.

Bei dem zudem häufigem „Durcheinander-Sprechen“ (d.h. zeitgleichem Sprechen) in der Alltagskommunikation der ärztlichen Sprechstunde sowie regelhaft vorkommenden gegenseitigen Unterbrechungen entstehen so hohe Gesamtzahlen für die Turni der einzelnen Sprecher, die nicht mit einer (spontanen) Einschätzung nach dem Alltagsempfinden in Deckung ist, die auf ganzen geäußerten Sinnzusammenhängen beruht und Unterbrechungen in der Regel ausblendet.

Im Folgenden ist ein solches Beispiel von Durcheinandersprechen¹⁰ aufgeführt, das formal 8 Turni umfasst, beim Abhören jedoch viel kürzer wirkt.

Beispiel 1: Durcheinandersprechen -zum Thema Blutdruckgeräte

1. *A: es gibt sogar inzwischen diese am +am am Handgelenk äh*
2. *P:für diese +ja am Handgelenk, die kosten glaub ich nur fuffzig*
3. *A:nein, ne ne ne ne*
4. *P:doch, ich hab jetzt +Weihnachten mal eins besorgt*
5. *A:also wenn sie mal eins für fuffzig +da? echt?*
6. *P:ja*
7. *A:am Handgelenk?*
8. *P:ja*

¹⁰ Gesprächsbeispiele werden entsprechend dem Ulmer Transkriptionsverfahren dargestellt (mit Wortfragmenten, Ah`s und Hm`s etc.). Das Plussymbol gibt an, wann ein Sprecher vom anderen unterbrochen wird und durcheinander geredet wird.

In dieser Arbeit werden die Transkripte nach den Ulmer Regeln dazu verwendet, um den Umfang der Untersuchungskategorien zu quantifizieren. Die Länge der 93 Konsultationen und ebenso gefühlsbezogener Abschnitte wird durch Auszählen der Turni in den Transkripten ermittelt, darüber hinaus dienen die Transkripte entsprechend den Untersuchungskriterien zum Markieren während des Abhörens und erleichtern das Auszählen von Gefühlsangeboten etc. entsprechend den Fragestellungen.

5.3. Untersuchungsgegenstand und Instrumente

5.3.1. Dyadische gefühlsbezogene Kommunikation

Wie erörtert, findet in dieser Arbeit keines der im Kap. 3.2.2. diskutierten Interaktionsanalyse-Systeme Verwendung, das alle Interaktionen von Arzt und Patient einem festen Kategoriensystem zuordnet, sondern es wird eine Auswertung aller jener Passagen des Gespräches vorgenommen, in denen entsprechend der hier verwendeten Kriterien gefühlsbezogene Kommunikation vorkommt.

Ein solches Vorgehen erscheint bei der Analyse von Sprechstundengesprächen im Hinblick auf emotionale Themen aussagekräftiger als eine Gesamtanalyse des Gesprächs oder eine Zufallsauswahl einzelner Äußerungen bzw. Gesprächsabschnitte Passagen aus dem ganzen Gespräch, da es in Konsultationen der Primärversorgung im Unterschied zu psychotherapeutischen Gesprächen sehr viel seltener um Emotionen geht. Auf diese Weise werden -entsprechend der hier verwendeten Definition- alle gefühlsbezogenen Interaktionen erfasst.

Das interaktionelle Geschehen wird dabei in Dyaden betrachtet: bei emotionalen Mitteilungen von Patienten und Ärzten wird stets auch die jeweils darauf bezogene Reaktionen des Gesprächspartners mitbetrachtet -als zusammengehörige Einheit.

Die Analyseeinheit -gefühlsbezogene Interaktion- beginnt, sobald ein Sprecher eine (oder mehrere) emotionale Signale äußert und endet mit der nächsten, inhaltlich darauf bezogenen Reaktion seines Gesprächspartners.

Ein gefühlsbezogenes kommunikatives Angebot (von Arzt oder Patient) und die jeweils darauf bezogene Reaktion des Gesprächspartners werden als „gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte“ des Sprechstundengesprächs definiert -in Abgrenzung zu sachlicher Kommunikation, dem sog. „medical talk“.

Zur Veranschaulichung zwei Beispiele aus den untersuchten Konsultationen für sachlichen medizinischen Austausch: es geht einmal um die Behandlung einer Diabetikerin (Beispiel 2) und im anderen Fall (Beispiel 3) um die Erhebung der Krankengeschichte.

Beispiel 2: sachlicher Austausch zum Thema Ernährung

A: *hmhm Können sie inzwischen denn auch wieder Gemüse essen? Vertragen ?*

P: *Gemüse esse ich-*

A: *ja, und Salat ? Und so was?*

P: *ja, Gemüse esse ich viel, esse ich viel Gemüse. Salat esse ich + nun weniger im Moment.*

A: *Rohkost auch einen bisschen?*

P: *Obst esse ich*

- A: *Obst! essen sie auch?*
 P: *hmhm*
 A: *na, ist ja gut. - Also, wir machen das jetzt nochmal, sie kennen das ja jetzt schon. Dreimal zwei, dann dreimal eine.*
 P: *hmhm*

Beispiel 3: sachlicher Austausch bei der Anamneseerhebung

- A: *ja haben Sie Blinddarm noch?*
 P: *da bin ich operiert worden*
 A: *Bauchspiegelung oder ähnliches*
 P: *eine Bauchspiegelung nicht, einen Achillesabriß hab ich gehabt + das war's*
 A: *hm hmhm hm hmhm also sonst Bauch- oder Brustoperationen + haben Sie keine gehabt?*
 P: *nichts gar nichts*
 A: *sind Sie sonst mal ernsthaft krank gewesen?*
 P: *nein wüßte ich nicht*
 A: *Blutdruck Blutzucker Schilddrüse //*
 P: *äh ja ich hatte eine Schilddrüsengeschichte*
 A: *hm hmhm*
 P: *die ist aber schon länger zurück äh jetzt weiß ich gar nicht mehr war das eine Über- oder eine Unterfunktion ich glaub eine Überfunktion*
 A: *hm hmhm*
 P: *und äh ich hab aber seit zwei drei Jahren*
 A: *hm hmhm*
 P: *keine Medikamente mehr deswegen eingenommen*
 A: *ja*
 P: *ja*
 A: *Herz Lunge Leber Nieren sind in Ordnung?*
 P: *das ist so weit alles o.k.*

Wie in Kap. 5.3.4. weiter operationalisiert, sind diese Ausschnitte u.a. als sachlich einzustufen, da sie auch vom Tonfall her keinen Hinweis auf eine emotionale Beteiligung enthalten.

In Abgrenzung zu sachlichem Austausch im Folgenden zwei Beispiele für gefühlsbezogene Interaktionen von Arzt und Patient.

Beispiel 4: Gefühlsbezogener Austausch über die eheliche Situation der Patientin

- P: *also jetzt herrscht auch Ruhe und Frieden zuhause*
 A: *ich war traurig neulich wie ich gemerkt habe das +*
 P: *ja puhh ich war wütend +*
 A: *das das schwierig war zuhause +*
 P: *ich hat + ich hat so'n Hals booh und wenn ich so'n dicken Hals krieg pass ich durch keine Tür mehr ne?*
 A: *jaa*
 P: *und dann dauert es nicht mehr lange und dann fliegen die Fetzen und die sind geflogen + ohne Ende*
 A: *das muss aber auch sein + muss auch sein ne?*

Beispiel 5: Gefühlsbezogener Austausch bei der körperlichen Untersuchung

- A: *tief atmen (P. atmet hörbar) jawohl - - - wie sieht's bei Ihnen mit Rauchen aus?*
 P: *- schönes Wetter heute*
 A: *ja*
 P: *ja leider*
 A: *und wieviel ungefähr?*
 P: *jo fünfundzwanzig Stück*
 A: *ja brauchen Sie auch bei mir jetzt keine Sorge zu haben, äh dass ich Ihnen da sofort (lacht etwas) die Hölle heiß mache + aber //// (auf der anderen Seite)*
 P: *nein sofort nich + aber in vier Wochen*
 A: *(lacht) ja: da haben Sie schon recht aber ich muss natürlich irgendwann muss ich natürlich + ///*
 P: *////// aber dann hab ich wieder Zähne kann ich mich besser wehren dann beiß ich nämlich*

Dauer und Häufigkeit sachlicher Phasen des Gespräches können während des Ratings im Vergleich zu gefühlsbezogenem Austausch gut identifiziert werden, die aus der angloamerikanischen Literatur stammende Unterteilung war auch hier im deutschen Sprachraum in Probeanalysen gut anwendbar.

5.3.2. Expertenrating

Wie im Theorieteil erörtert, ist zur Identifikation von Gefühlsbotschaften in der Alltagskommunikation die alleinige Orientierung an kategorialen Systemen oder Listen sogenannter „Emotionswörtern“ unzureichend und wenig zufriedenstellend. Die Vielfalt der Möglichkeiten, Gefühle bzw. emotionale Beteiligung in einer Situation zu kommunizieren, ist in hohem Maße vielgestaltig und „sperrt“ sich gegen eine schematische Zuordnung.

Gefühle werden grundsätzlich oftmals allein durch Andeutungen, Auslassungen, Bilder, Ironie und häufig durch Tonfall, Mimik und Gestik bzw. auch durch Körpersprache (z.B. die gegenseitige Feinsynchronisierung von Bewegungen) ausgedrückt und nur in einem Teil der Fälle durch die sog. „Emotionswörter“ (vgl. Kap. 3.2.3.2.). Zudem spielen zahlreiche situative Faktoren, wie z.B. aktuelle Bezüge des Tagesgeschehens, der Kontext des Gespräches, Vorkontakte und die Beziehung der Sprecher zueinander zum Verständnis Rolle¹¹.

¹¹ Zahlreiche der in einer ärztlichen Konsultation stattfindenden Interaktionen („Welche Operationen hatten Sie schon?“ bzw. „Machen Sie sich bitte frei“ etc.) hätten einen völlig anderen Stellenwert und eine unterschiedliche kommunikative Bedeutung, wenn sie in einem anderen Kontext derselben Sprecher (bspw. auf einer Party) gesprochen würden oder von anderen Sprechern als Arzt und Patient geäußert würden.

Der Experte zum „Entschlüsseln“ kommunizierter Gefühle von Patient und Arzt kann als eine Art stellvertretender, „zweiter Empfänger“ der mitgeteilten Botschaften verstanden werden: er hört auf dem Boden seines Alltagswissen sowie auch professioneller Erfahrung nochmals mit den „Ohren des Patienten“, was der Arzt zu ihm sagt sowie nimmt umgekehrt nochmals mit den „Ohren des Arztes“ auf, was der Patient kommuniziert, im Sinne Sachs (1999) rekonstruiert er das vom Sprecher „zentral Gemeinte“.

Eine solche Einschätzung der Sprechstundenkommunikation anhand von Tonbändern durch einen Experten, der in der Entschlüsselung von emotionalen Botschaften trainiert ist, kann nur einen Teil der oben genannten Faktoren erfassen. Informationen zur Vorgeschichte der Begegnungen von Arzt und Patient und ihrer persönlichen Beziehung etc. sind in der Regel gar nicht oder nur sehr eingeschränkt verfügbar. Auch entfallen hier mimische, gestische und sonstige expressive Informationen durch die Körpersprache (Abstand und Haltung der Sprecher zueinander, Synchronisierung von Bewegungen etc.). In den meisten Studien, die Audiobänder analysieren, wird jedoch davon ausgegangen, dass jedoch unter Berücksichtigung paraverbalen, verbalen einschließlich sprachlicher Besonderheiten -wie Bilder, Andeutungen, Auslassungen, Tonfall etc- eine zufriedenstellende Erfassung bzw. Rekonstruktion des emotionalen Gehaltes erzielt werden kann und somit die Bandanalyse durch Rater objektive, zuverlässige und valide Ergebnisse erbringen kann (Davenport et al. 1987, Maguire et al. 1996).

Das Expertenrating von Gefühlsbotschaften als Hauptinstrument der vorliegenden Arbeit kann methodisch -im Sinne der empirischen Sozialforschung- als eine indirekte, nicht teilnehmende Beobachtung der Konsultationen betrachtet werden.

5.3.3. Zur Definition gefühlsbezogener Äußerungen und Gesprächsabschnitte

In die Kategorie: „gefühls- bzw. emotionsbezogene Äußerungen“ von Patienten und Ärzten fallen in dieser Arbeit definitionsgemäß zum einen Redebeiträge, in denen es allein (oder vorwiegend) um Emotionen geht (Beispiele 6-9) sowie jedwede Äußerungen über eine irgendeine inhaltliche Thematik (z.B. medizinische, persönliche, familiäre, finanzielle, berufliche Angelegenheiten), insofern sie neben dem Sachinhalt auch einen erkennbaren Gefühlsanteil hat – verbal oder paraverbal übermittelt (Beispiele 10 und 11).

Beispiele 6-9: Äußerungen (aus verschiedenen Gesprächen) mit rein oder vorwiegend emotionalem Inhalt

- P: *ich bin verärgert*
 P: *ich habe Angst, Herr Doktor*
 A: *aber ich bin stolz auf Sie*
 A: *das ist ein ganz unangenehmes Gefühl für mich*

Beispiele 10-11: Äußerungen (aus verschiedenen Gesprächen) mit sachlichem und emotionalen Inhalt

- A: *also Sie bemerken das, aber es ist jetzt nicht so, dass es Ihnen Angst macht, oder dass Sie das Gefühl haben jetzt, wenn das schlimmer wird, krieg ich nicht mehr genügend Luft.*
- P: *also wenn ; ehh also bevor dann einer sagt ehm, so jetzt müssen wir noch was machen, ehh denn, dann bin ich schon am eh Rumschreien 'ne, ich will nicht mehr, ich leg mich jetzt hin' aber die andr'n, die wollen immer alles über mich bestimmen, sogar meine Kinder schon ne? sag ich 'also da bin ich grundsätzlich dagegen' sag ich 'wenn ich mich nich anderthalb Stunde hinleg, könnt ihr gar nichts mit mir machen' und seitdem hab ich meine Ruhe, ein bisschen! meine Ruhe*

Im „Minimalfall“ umfasst ein gefühlsbezogener Gesprächsabschnitt definitionsgemäß zwei Äußerungen, dem emotionalen Angebot und der Antwort. Der Abschnitt kann eingebettet in sachliche Interaktion vorkommen (Beispiel 12) oder von anderen gefühlsbezogenen Abschnitten umgeben sein (Beispiel 13).

Beispiel 12.: kurze gefühlsbezogene Interaktion, in sachlichen Austausch eingebettet

- A: *das; was eh; Salbe die wärmt ?*
 P: *ja /(?Soramon) heißt die +Rheumon / (?-salbe) +*
 A: *+ jaa jaa +*
 P: *Rh- Rheumonsalbe is das; so Milch*
 A: *das hat Ihnen gut getan?*
 P: *das hat mir gut getan*
 A: *was is denn wenn Sie heiß duschen*

...danach weiterer sachlicher medizinischer Austausch

Beispiel 13.: drei kurze Abschnitte gefühlsbezogener Interaktion hintereinander

- P: *Also der Kreislauf macht bei mir nicht mehr mit ne?*
 A: *hmm*
 P: *das is ganz schlimm.*
 A: *Sie haben auch Kummer ne?*
 P: *he (weint)...*
 A: *alles zu viel ne?..*
 P: *alles...*
 A: *macht Sie traurig jetzt*

Da -wie im Abschnitt 5.2.2. erörtert- die Schilderung eines emotionalen Zusammenhanges in der Alltagskommunikation häufig in mehreren im Zusammenhang stehenden Sätzen erfolgt, die vom Empfänger unterbrochen werden, ehe er abschließend inhaltlich darauf eingeht, umfassen emotionsbezogene Gesprächsabschnitte häufig mehr als nur zwei Äußerungen bzw. Turni (Beispiel 14).

Beispiel 14.: Gefühlsbezogener Abschnitt mit sechs Äußerungen -Sachnachfrage vor Eingehen auf die angebotene Emotion

- P: *kommt auch immer drauf an sach ich jetzt mal; ich merke dat wenn ich jetzt nervös bin; so wie mit dem Jens jetzt das war ne; dann schlach ich aus; aber nur an den Händen ne*
 A: *hmm*
 P: *nur an den Händen, sonst hab ich dat nirgenwo*
 A: *hmm ok so. dann schreiben wir das auf also.... seit wann ist das?*
 P: *.... ja dat hab ich auch bestimmt schon so anderthalb Jahre also . bestimmt anderthalb Jahre*
 A: *(Tastaturtickern) also cirka anderthalb Jahre (Tastaturtickern) Neervoosität (Selbstdiktat)*

Der Arzt verfolgt auch häufig nach einer emotionalen Botschaft den eigenen Gesprächsstrang für eine oder mehrere Äußerungen weiter -z.B. mit sachlichem Austausch oder Fragen zur Diagnosegewinnung- ehe er dann ggf. auf die empfangene emotionale Mitteilung eingeht (Beispiel 15 und 16).

Beispiel 15: Sachlicher Austausch nach angebotenen Gefühl, bevor darauf eingegangen wird (es geht um einen Knoten in der Brust)

- P: *nein, es ist also wirklich! nichts schlimmes oder ? // // // (angedeutetes Gefühlsangebot der Patientin)*
 A: *welche Seite ist denn das?*
 P: *links - und zwar - - so*
 A: *ziemlich weit so*
 P: *hmhm hmhm*
 A: *da*
 P: *merken Sie?*
 A: *hmhm kann man fühlen*
 P: *hmhm*
 A: *da ist aber schon eine Narbe drüber*
 P: *tja ich bin ja da neunundachtzig haben sie mich ja da schon +operiert*
 A: *hmhm+*
 P: *haben sie mir ja schon einen Knoten rausgenommen*
 A: *ja gut +also da*
 P: *das wär+*
 A: *kann ich Ihnen nur empfehlen*
 P: *hmhm*
 A: *ich , ich meine ich würde mir nicht zu viel... Angst machen +dass (Beginn des Eingehens v. Arzt auf das Angebot)*
 P: *ja+*

- A: *dass der voroperiert ist das da +Vorbefunde*
 P: *hmhm+*
 A: *sind spricht eher gegen eine +Bösartigkeit*

Beispiel 16: Weiterführen der Anamnese, bevor Bezug auf das angebotene Gefühl genommen wird

- P: *die Nervosität jetzt oder so vielleicht; ich weiß ja nicht; ich bin kein Arzt; aber vielleicht fehlt mir auch nur ein Eisenpräparat oder dat irgendwie mit dem Blut ; dat mir; dat mir irgendwat fehlt oder so ich weiß es ja nich. kann dat vielleicht möglich sein oder*
 A: *Müdigkeit haben Sie nicht. Leistungsschwäche. Leistungsknick*
 P: *ehm*
 A: *Gewichtsverlust*
 P: *ne (lachen) den hätt ich gern*
 A: *(lachen) (Tastaturclickern, Selbstdiktat) // (? keine Müdigkeit) kein Leistungsknick.. kein Gewichtsverlust. also eh glaub ich nicht. mit der Nervosität das kann andere Ursachen haben aber das das mit nem Eisenmangel oder so zusammenhängt is unwahrscheinlich. auf der anderen Seite muss man natürlich sagen, eh das da mhm das da vielleicht ein Eisenmangel besteht wäre denkbar*

Wenn der Empfänger einer Gefühlsbotschaft nicht sofort oder verzögert inhaltlich darauf eingeht, indem er sie ignoriert, „überhört“ und dem eigenen thematischen Strang folgt oder einen (häufig auch abrupten) Themenwechsel vornimmt, wird die Äußerung des Empfängers ebenso (wie eine gefühlsmäßige Resonanz) als das Ende des Gesprächsabschnittes gewertet.

Im Falle von Gefühlsangeboten an den Arzt, die er übergeht, wäre dies im Sinne Suchmanns (1997, vgl. Kap. 3.4.6.) für den Arzt eine „missed empathic opportunity“, vgl. Beispiel 17.

Beispiel 17: Übergehen empathischer Gelegenheiten

- P: *ja zwischendurch mal, ich rappel mich dann mittags mal auf oder so*
 A: *hm*
 P: *ich rappel mich dann; ich muss mich wirklich aufraffen um*
 A: *ja*
 P: *um um in die Gänge zu kommen*
 A: *ja*
 P: *manchmal dann, wenn ich jetzt weiß es ist nichts notwendiges, das ich das nicht machen oder so,*
 A: *hm*
 P: *dann laß ich mich auch total wieder gehen, nä?*
 A: *ja*
 P: *aber wehe dem wenn ich weiß, dass es wirklich was ganz dringendes ist, ein Arzttermine, ein Arzttermin dann kann ich mich daran halten.*
 A: *gut. also ich würd sagen, an der Stelle würd ich es ganz gern mal abbrechen, äh dass wir erstmal sagen Dienstag, nur dann müssen Sie um halb neun kommen, ja?*

Zuordnungsprobleme zum Beginn und Ende von Gesprächsabschnitten gab es in einem Fall: hier ging der Arzt auf eine direkte Gefühlsbotschaft seiner Patientin erst nach zahlreichen zwischengeschalteten sachlichen Interaktionen ein. Ein solcher Rückbezug wird in der Literatur diskutiert, in den hier untersuchten Gesprächen kann das nur einmal vor. In diesem Fall wurde die Definition von Anfang und Ende des Gesprächsabschnittes schematisch angewendet und entsprechend der gesamte Teil der Kommunikation als emotionsbezogen gewertet.

5.3.4. Direkte vs. indirekte Gefühlsäußerungen

Die im Anschluss an die Literatur vorgenommene Unterscheidung in direkte vs. indirekt kommunizierte emotionale Botschaften bzw. Gefühlsangebote an den Gesprächspartner werden folgendermaßen operationalisiert:

Direkte Gefühlsangebote:

Direkt bzw. explizit geäußerte Emotionen¹² (in der angloamerikanischen Literatur surface, obvious genannt) werden hier definiert durch:

- Benennung des Gefühls durch Verwendung von Gefühls- bzw. Affektworten (verbalized emotion), beispielsweise: wütend, traurig, deprimiert etc.
- klare emotionsbezogene paraverbale Signale -wie z.B., Lachen oder Weinen, verächtliches Prusten- während des Sprechens, auch wenn etwas von der Form der Schilderung als sachliche Beschreibung vorgetragen wird, z.B. weinend vorgetragen: „der Operationstermin liegt vor meinen Urlaub, dann habe ich noch Zeit bis zum Arbeitsbeginn“
- deutlich gefühlsbezogener Tonfall in einer Selbstaussage, beispielsweise: empörte, ärgerliche, besorgte, erleichterte, erfreute etc. Stimmlage
- umgangssprachliche Bezeichnungen für Gefühlszustände, beispielsweise: „ich bin daneben“ bzw. „voll cool“ etc.
- Umschreibungen, Bilder oder Metaphern, die unmittelbar ein Gefühl ausdrücken, beispielsweise: „ich war auf Wolke 7“, „ich bin im Keller“ etc.
- klare sonstige für einen Experten erkennbare kommunikative Botschaft eines Gefühls, das die obigen Kriterien nicht hinreichend beschreibt.

¹² Hierbei sind **eigene** und (im Fall der Ärzte) auf den aktuellen Gesprächspartner bezogene Emotionen gemeint – als Selbstaussage. Werden die Gefühle Dritter geschildert, wird dies -wie bei allen anderen thematischen Schilderungen auch- daraufhin eingeschätzt, ob das für den Sprecher selbst mit einem direkten oder indirekten Gefühl verbunden ist.

Indirekte Gefühlsangebote

Indirekt in Form von Hinweisen und Andeutungen geäußerte Gefühle (in der angloamerikanischen Literatur als „clues“, „cues“ oder „prompts“ bezeichnet) werden hier definiert durch:

- Schilderung von äußeren Vorgängen, Abläufen, bzw. von Sachverhalten, bei denen es mit Sicherheit anzunehmen oder es sehr wahrscheinlich ist, dass eine emotionale Reaktion damit verbunden ist. Die Schilderung ist jedoch nicht (wie bei den direkt geäußerten Gefühlen) als Selbstaussage formuliert, auf sich selbst attribuiert, beispielsweise: „es gab vorhin Streit mit meiner Frau“; „die Operation ist nicht gut gelaufen“; „in der Firma kommt jetzt eine Entlassungswelle“
- Umschreibungen, Angedeutetes, Ironie, aus dem Kontext etc. erschließbare emotionale Beteiligung, beispielsweise: Der Arzt berichtet über ungünstige Laborwerte, Patient antwortet: „na, toll“ etc.
- durch stimmliche oder andere paraverbale Signale ausgedrückt, beispielsweise: Stocken, Flüstern, Tempoveränderungen
- durch emotionalen Tonfall, jedoch nicht als Selbstaussage sondern als sachliche Schilderung oder Bewertung von äußeren Vorgängen, Abläufen auftretend, beispielsweise: „es war völlig unmöglich wie der sich verhalten hat!“ -eine Verärgerung ist hier anzunehmen
- sonstige für einen Experten erkennbare indirekte kommunikative Botschaft eines Gefühls, das die obigen Kriterien nicht hinreichend beschreibt.

5.3.5. Rating der ärztlichen Empathie

Die Empathie des Behandlers auf gefühlsbezogene Patientenbotschaften an den Arzt wird ebenfalls im Expertenrating eingeschätzt.

Bei der Auswahl des Instrumentes zur Messung der ärztlichen Empathie wird die in Kap. 3.3.4.2. dargestellte Skala „empathic understanding in interpersonal processes“ von Carkhuff (1969) verwendet.

Diese Empathieskala wurde aufgrund verschiedener Kriterien ausgewählt: zum einen war ein Messinstrument zur Beobachtung, das die Empathie speziell in der Arzt-Patient Interaktion der Primärversorgung durch Beobachtung bzw. Rating von Audiobändern misst, in der Literatur nicht zu eruieren. Zum Anderen erscheint die Carkhuff´sche Skala besonders geeignet, weil sich das Instrument -wie schon im Namen kenntlich gemacht- allgemein auf die Ausprägung empathischen Verstehens in interpersonellen Kontakten bezieht und zur Beurteilung jeder Form der Kommunikation angewendet werden kann, nicht nur auf Einfühlsamkeit in spezialisierten (psycho-) therapeutischen Situationen (in

denen sie in der klientenzentrierten Richtung allerdings auch häufig eingesetzt wird). Darüber hinaus war die Verfasserin in der Anwendung der Carkhuff Skala trainiert und in der Anwendung langjährig erfahren.

Martin (1975): beurteilt die Skala:

„...es gilt in der Hauptsache zu entscheiden, ob der Therapeut erkennen lässt, dass er die vom Klienten intendierte Botschaft verstanden hat.“

Das Instrument ist eine Revision der 9 stufigen Empathieskala von Truax und Carkhuff (1967) und findet -wie in Kap. 3.3.4.2. angesprochen- in zahlreichen Studien Anwendung.

Die Skala ist fünfstufig: Stufe 1 und 2 beschreiben unempathisches Verhalten, die Stufe 3 -im deutschen Sprachraum als „Minimalstufe therapeutischer Wirksamkeit“ beschrieben- wird von Carkhuff (1967) charakterisiert:

“Level 3 constitutes the minimal level of facilitative interpersonal functioning”.

Da sowohl die deutsche Fassung als „präzises, einführendes Verstehen“ von Pfeiffer (1977) sowie auch die Übertragung von Martin (1975) keine genau genauen Übersetzungen sondern mehr Interpretationen darstellen, wird im für das Rating in dieser Arbeit die englische Fassung zu Grunde gelegt, sie ist im Anhang 9.2. beigefügt.

Zur inhaltlichen Erläuterung der fünf Stufen hier im Folgenden die deutsche Übertragung von Pfeiffer (1977). Im Gegensatz zu Carkhuff, der allgemein von „Helper“ und „Helpee“ „spricht, ist bei Pfeiffer -wie im deutschen Sprachraum üblich -von „Therapeut“ und Klient die Rede. Die Verfasserin hat hier jeweils zur Anpassung (vgl. auch Jarski et al. 1985), „der Arzt“ bzw. der „Patient“ eingesetzt:

- **Stufe 1:** Der Arzt geht nicht einmal auf ausdrücklich geäußerte Gefühle des Patienten ein. Er hört nicht hin oder ist in einem vorgefassten Bezugssystem befangen, welches das des Patienten ausschließt.
- **Stufe 2.:** Der Arzt ist zwar der offensichtlich ausgedrückten Gefühle des Patienten gewahr, in seinen Antworten wird aber der Affektgehalt der Patientenäußerungen verringert oder verzerrt. So kann es sein, dass der Arzt von seiner eigenen Sicht ausgeht, die nur wenig mit der des Patienten übereinstimmt.
- **Stufe 3:** Der Arzt erfasst die vom Patienten deutlich ausgesprochenen Gefühle, doch kann es geschehen, dass er auf die tieferliegenden, nicht unmittelbar angesprochenen Gefühle nicht eingeht. Die Äußerungen des Arztes drücken die gleichen Gefühle und die gleiche emotionale Intensität aus, die in der Äußerung des Patienten augenscheinlich ist. Die Äußerungen sind in dieser Hinsicht gleichsam austauschbar.

- **Stufe 4:** Der Arzt erfasst mit seinen Verbalisierungen auch Gefühle, die der Patient nicht ausdrücklich nennt, sondern die ihm etwa aus den nonverbalen Mitteilungen zugänglich sind. Er fügt auf solche Weise den verbalen Äußerungen des Patienten über seine Gefühle Wesentliches hinzu.
- **Stufe 5:** Der Arzt ist völlig auf den Patienten eingestimmt, so dass beide in der Exploration gemeinsam vorwärts schreiten. Zudem ist der Arzt in der Lage, auch solche Gefühle zu verdeutlichen, die dem Patienten selbst noch nicht fassbar waren. (Dies zeigt sich etwa in einer lebhaften emotional getönten Bestätigung durch den Patienten an; nach Pfeiffer 1977).

Ein Empathierating der Arztreaktion erfolgt stets nach einem abgeschlossenen Angebot des Patienten, das wie in Kap. 5.3.3. erörtert, einen oder mehrere Turni bzw. Äußerungen umfassen kann und beliebig viele direkte und indirekte emotionale Angebote.

5.4. Ablauf der Gesprächsanalyse

Die 93 Gespräche werden ohne Wissen der Raterin (und einer Co-Raterin) über deren Zugehörigkeit zu den drei zu untersuchenden Gruppen vom Tonband abgehört. Zunächst einmal wird die gesamte Konsultation im Zusammenhang ohne Unterbrechungen abgehört. In einem zweiten Schritt werden die Redebeiträge nach den Untersuchungskriterien beurteilt, wobei die Befunde dabei zugleich in den Transkripten markiert werden. Anschließend werden die Ergebnisse der Bandanalyse aus den Transkripten ausgezählt. Zur Festlegung einer klaren Zuordnung zu den Kriterien ist es dabei häufiger notwendig, das fortlaufende Abhören des Gespräches zu unterbrechen und bestimmte Passagen mehrfach abzuhören.

Die Gesprächs-Analyse erfolgt in folgenden 5 Schritten, die hier als die Rateranweisung dargestellt ist:

Rateranweisung:

1. Schritt.: Beginn und Ende von gefühls- bzw. emotionsbezogenen Gesprächsabschnitten werden identifiziert

Nach einer Phase sachlichen Austausches wird die erste gefühlsbezogene Äußerung von Arzt oder Patient identifiziert und dieser Turnus als der Beginn eines gefühlsbezogenen Gesprächsabschnittes markiert. Dasselbe Vorgehen gilt für neu (erneut) auftretende gefühlsbezogene Äußerungen nach dem Abschluss eines unmittelbar davor liegenden, bereits beendeten gefühlsbezogenen Gesprächsabschnittes.

Die nächste, darauf bezogene Reaktion des Gesprächspartners wird identifiziert und der Turnus als das Ende gefühlsbezogenen Gesprächsabschnittes markiert.

2. Schritt.: Identifikation des Initiators

Je nachdem, welcher Sprecher initiiert hat, wird die Zuordnung zu einer der Kategorien getroffen:

„Patient initiiert gefühlsbezogene Austausch“ oder

„Arzt initiiert gefühlsbezogenen Austausch (2 Formen).“

3. Schritt: Einschätzung von Abschnitten, Gefühlsangeboten und Reaktionen als direkt oder indirekt

Die **einzelnen identifizierbaren geäußerten Gefühle bzw. Gefühlsfacetten** im ganzen Gesprächsabschnitt (von Arzt und Patient) werden markiert, die Gefühle werden als direkt oder indirekt geratet. Auf dieser Basis wird die emotionale

Grundqualität der Abschnitte bestimmt, wenn der Abschnitt mindestens ein direkt geäußertes Gefühl enthält, ist er direkter Grundqualität, ebenso werden die jeweiligen Reaktionen eingeschätzt. Falls in der Reaktion **kein Gefühl** zu erkennen ist, wird sie entsprechend als sachlich gewertet.

4. Einschätzung der ärztlichen Empathie:

In der Kategorie: „Patient initiiert gefühlsbezogenen Sequenz“ wird am Ende des Abschnittes ein Rating des Ausmaßes der Arztempathie im Hinblick auf kommunizierte Emotionen auf der 5-stufigen Carkhuff-Skala vorgenommen.

5. Auszählung der Häufigkeiten

Ausgezählt werden: Die Anzahl der einzelnen Turni in einem gefühlsbezogenen Abschnitt, die Anzahl von gefühlsbezogenen Abschnitten in einem Gespräch, von einzelnen kommunizierten Gefühlen von Arzt und Patient sowie ihre emotionale Qualität - entsprechend bei den gefühlsbezogenen und sachlichen Reaktionen sowie die Stufen des Empathie-Ratings.

5.5. Statistische Verfahren

5.5.1. Zum Rating

Das Rating und ein stichprobenartiges Zweitrating zur Kontrolle der Reliabilität wurden von zwei klinisch langjährig erfahrenen Psychotherapeutinnen durchgeführt, einer Ärztin und einer Psychologin. Beide sind als Ausbilderinnen der wissenschaftlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie geübt in der Auswertung von Audiomitschnitten und Transkriptionen im Hinblick auf die Identifikation kommunizierter Gefühle sowie auf der Anwendung der Carkhuff'schen Empathieskala -sie waren in im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Ausbildung u.a. in der Anwendung dieser Skala trainiert worden.

Das hier durchgeführte Rating unterliegt -wie alle Schätzverfahren- der Gefahr, durch die subjektive Wahrnehmung der einschätzenden Person systematisch verzerrt zu werden. Dies wurde durch eine sorgfältige Operationalisierung und Dokumentation der Rater-Regeln sowie ein systematisches Training in der Anwendung dieser Regeln minimiert an Probeanalysen von Gesprächen, die nicht in die Auswertung eingehen.

5.5.2. Inter-Rater-Reliabilität

Zur Überprüfung der Qualität des Ratingverfahrens wurde die Inter-Rater-Reliabilität ermittelt, indem eine Stichprobe des Materials unabhängig vom Erstrating durch eine zweite Person beurteilt wurde -ein Vorgehen, wie es von Bortz und Döring (1995) sowie Greve und Wentura (1991) beschrieben wird.

Zur Bestimmung der Zuverlässigkeit wurden von den 93 Gesprächen, die als Datenbasis für die Analyse zur Verfügung standen und von der Erstraterin eingeschätzt worden sind, eine nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Stichprobe von 10 % durch ein davon unabhängiges zweites Rating entsprechend der Rateranweisung beurteilt. Von den insgesamt 11.663 analysierten Äußerungen wurden so 1004 reanalysiert.

Dabei wurde die Übereinstimmung der Ratings statistisch nach dem sog. Punkt-für-Punkt-Verfahren ermittelt, d.h. es wurde jede einzelne Einschätzung daraufhin überprüft, ob sie für Erst- und Zweitraterin identisch war.

Im Gegensatz zur Überprüfung der Übereinstimmung von Summen ergibt sich bei diesem Vorgehen stets eine geringere Übereinstimmung. In diesem Vorgehen wird allerdings verhindert, dass zwar sehr ähnliche Summenwerte je Urteilsdimension ermittelt werden, die allerdings aus völlig verschiedenen Einzelurteilen resultieren können, weil sie sich auf jeweils verschiedene Äußerungen beziehen. Dieses eher konservative Verfahren bringt

zwar einen größeren Überprüfungsaufwand mit sich, weil nicht nur Summen verglichen werden, sondern sehr viele Einzelschätzungen, allerdings lässt sich so die Reliabilität der Verfahrens und damit die Belastbarkeit der mit ihm gewonnenen Aussagen zuverlässiger ermitteln (vgl. Bortz, 1984).

Die Urteilsdimensionen wurden dabei nur bis zu einem mittleren Präzisionsgrad heruntergebrochen, da eine weitere Ausdifferenzierung zu so geringen Zellbesetzungen geführt hätte, dass die Berechnung der Inter-Rater-Reliabilität immer wieder mit äußerst geringen absoluten Häufigkeiten hätte durchgeführt werden müssen.

Die Ergebnisse der Analyse sind Tabelle 3 zu entnehmen. Dabei hat z.B. die Erstraterin 734 der 1004 Äußerungen als "sachlich" eingeschätzt, die Zweitraterin kam in 92,6 % der Äußerungen zur gleichen Einschätzung -in 7,4 % hat sie die Äußerungen abweichend vom Urteil der Erstraterin als "gefühlbezogen" beurteilt. Dadurch, dass die Übereinstimmungen je Dimension, also zeilenweise, berechnet und dargestellt werden, ergeben sich keine Summierungen auf 100 %.

Tabelle 3: Berechnung der Inter-Rater-Reliabilität

		Erstraterin	Übereinstimmung mit der Zweitraterin
Art der Äußerungen	sachlich	734	92,6 %
	gefühlbezogen	270	83,3 %
Art der gefühlbezogenen Abschnitte	Patient initiiert	40	90,0 %
	Arzt initiiert: fragt beim Patienten nach	12	91,7 %
	Arzt initiiert: spricht von sich	12	70,6 %
Grundqualität der Abschnitte	direkt	20	76,9 %
	indirekt	44	86,4 %
Empathierating	Stufe 1	1	100,0 %
	Stufe 2	26	88,5 %
	Stufe 3	9	69,2 %
	Stufe 4	4	75,0 %
	Stufe 5	0	100,0 %

Die in der Literatur geforderten Werte, die mindestens 75 - 80 % betragen sollten (Bortz und Döring 1995, Komaki 2001) wurden somit erreicht, in der Regel sogar überschritten, so dass die Unabhängigkeit der Ergebnisse von der Person der Raterin und ihrer Wahrnehmung als hinreichend abgesichert gelten kann.

5.5.3. Sonstige statistische Vorgehensweise

Die Beantwortung der Fragestellungen 1 bis 3 erfolgt durch deskriptive Statistiken, bei den Fragestellungen 4.1. bis 4.6. zum Gruppenvergleich werden Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen inferenzstatistisch bestimmt.

Da die Daten nicht normalverteilt sind, konnte nicht -wie zunächst geplant- eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) bzw. der T-Test herangezogen werden. Um signifikante Unterschiede über alle Gruppen zu prüfen, wurde stattdessen dem Datenniveau angepasst der Kruskal-Wallis-Test verwendet. Die im folgenden Ergebniskapitel 6. jeweils angegeben χ^2 -Werte sind hier die Prüfgröße und entsprechen nicht dem üblicherweise als χ^2 -Test bekannten Verfahren (Bortz 1989). Die Berechnungen erfolgten mit SPSS für Windows.

6. Darstellung der Ergebnisse

6.1. Deskriptive Analyse der Konsultationsgespräche

6.1.1. Gesprächsumfänge, -Anfänge und -Enden

Die untersuchte Stichprobe enthält insgesamt 11.663 Äußerungen von Ärzten und Patienten -gemessen durch die Anzahl der einzelnen Turni in den vorliegenden Transkripten (vgl. Kap. 5.2.2.).

Im Durchschnitt umfassen die 93 Konsultationen 125 Äußerungen (der Median liegt bei 105 Äußerungen), die kürzeste Konsultation dauerte 11 Turni, die längste 323 (Tabelle 5).

Durch die Definition der Einheit Turnus bzw. Äußerung -jeweils ein Redebeitrag bis zum Sprecherwechsel- verteilen sich die 11.663 Äußerungen nahezu hälftig auf Arzt (50,2 %) und Patient (49,8 %). Bezogen auf die Anzahl der Äußerungen pro Konsultation sind dies im Durchschnitt 62,4 Redebeiträge der Patienten, auf den Arzt entfallen im Mittel 62,9 Äußerungen.

Die leichten Differenzen entstehen durch die unterschiedliche Häufigkeit, mit der der Arzt bzw. der Patient das Gespräch eröffnen und beenden. Da in den meisten Sprechstundengesprächen die Ärzte eröffnen (93,5 %) und auch mit einer letzten Äußerung den Austausch beenden (zu 68,8 %), liegt ihr Prozentanteil an den Turni leicht über 50 %.

In fast zwei Drittel (64,4 %) der Gespräche eröffnet und beschließt der Arzt das Gespräch. Sehr selten beginnt der Patient (4,3 %), in knapp einem Drittel (29,1 %) beendet der Patient und hat nur in zwei der untersuchten Gespräche (2,2 %) das „erste und letzte Wort“ (Tabelle 4).

Tabelle 4: Häufigkeit der Eröffnungen und Beendigung der Gespräche durch den Arzt bzw. Patient

	Arzt eröffnet und beendet	Arzt eröffnet Patient beendet	Patient eröffnet Arzt beendet	Patient eröffnet und beendet
absolut n= 93	60	27	4	2
prozentual	64,4 %	29,1 %	4,3 %	2,2 %

6.1.2. Anteil sachlicher und gefühlsbezogener Interaktion

6.1.2.1. Sachliche und gefühlsbezogene Äußerungen

Im Hinblick auf die **Fragestellung 1.** -der Häufigkeit gefühls- bzw. emotionsbezogener Inhalte in Abgrenzung sachbezogenen Themen, bei denen für die Rater keine affektive Beteiligung zu erkennen ist- zeigt sich mit 78 % der Turni ein klares Überwiegen sachlicher Redebeträge, mit durchschnittlich rund 98 Äußerungen pro Gespräch.

Etwas mehr als ein Fünftel aller Äußerungen der Konsultationen (22 %) sind zu einem Teil oder ausschließlich auf Gefühle bezogen -im Durchschnitt 28 Turni pro Gespräch (Tabelle 5).

Die Konsultation mit den meisten gefühlsbezogenen Redebeiträgen beinhaltete 112 derartige Turni, der minimale Wert sind 0, also rein sachliche Sprechstundengespräche ohne Gefühlsbezug von Arzt oder Patient -dies kommt in nur drei Gesprächen vor.

Tabelle 5: Anteil sachlicher und gefühlsbezogener Äußerungen

	Gesamtäußerungen (alle Turni)	sachliche Äußerungen	gefühlsbezogene Äußerungen
absolut	11663	9.109	2.554
prozentual	100 %	78,1 %	21,9 %
Mittelwert pro Konsultation	125,4	97,9	27,5
sd	74,0	60,5	26,9
Min	11	7	0
Max	323	285	112

6.1.2.2. Gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte

Die 2554 Turni der gefühlsbezogenen Interaktion finden sich in insgesamt 480 gefühlsbezogenen Gesprächsabschnitten, definiert als emotionales Gesprächsangebot von Arzt oder Patient und der jeweils darauf bezogenen Reaktion des Gesprächspartners (vgl. Kap. 5.3.1.).

Die gefühlsbezogenen Gesprächsabschnitte einer Konsultation enthalten im Durchschnitt der Gespräche rund 28 Äußerungen, also je 14 Turni pro Patient und Arzt (Tabelle 6).

Das Gespräch mit den meisten Abschnitten wies 21 gefühlsbezogene Gesprächsphasen auf, 3 der Konsultationen sind gänzlich ohne von Arzt oder Patient initiierte gefühlsbezogene Abschnitte.

Tabelle 6: Gefühlsbezogene Äußerungen sowie gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte

	Gesamtäußerungen (Turni)	gefühlsbezogene Turni	gefühlsbezogene Gesprächs- abschnitte
absolut	11663	2.554	480
Mittelwert pro Konsultation	125,4	27,5	5,2
sd	74,0	26,9	3,8

6.1.3. Initiierung gefühlsbezogener Interaktion -vergleichender Überblick

Im Hinblick auf die **Fragestellung 2.1.** -zu welchem Anteil gefühlsbezogene Interaktion in der Sprechstunde von Patienten oder Ärzten initiiert wird, zeigt sich dass Patienten insgesamt deutlich häufiger initiativ sind.

Sie beginnen in rund 60 % der auf Emotionales bezogenen Abschnitte durch Sprechen über ihre gefühlsbezogenen Belange, in durchschnittlich drei Abschnitten pro Gespräch.

Die Ärzte beginnen zu rund 40 % durch:

- gefühlsbezogene Nachfragen an den Patienten (in 22 % der Abschnitte) -im Mittel rund ein Mal pro Gespräch und durch
- Mitteilungen über die eigene emotionale Beteiligung -in rund 18 % der Fälle, durchschnittlich auch knapp ein Mal pro Konsultation (Tabelle 7).

Tabelle 7: Häufigkeit der drei Kategorien zur Initiierung gefühlsbezogener Interaktion

	Alle gefühlsbezogenen Gesprächs- abschnitte	Patienten initiiieren durch Sprechen über ihre Gefühle	Ärzte initiieren durch gefühlsbezogene Nachfragen an die Patienten	Ärzte initiieren durch Äußerungen über eigene Gefühle
absolut	480	290	105	85
prozentual	100 %	60,4 %	21,9 %	17,7 %
Mittelwert pro Konsultation	5,2	3,1	1,1	0,9
sd	3,8	2,6	1,7	1,0

Klammert man die Untersuchungskategorie: „Ärzte initiieren durch Sprechen von ihren eigenen Emotionen“, (die ja in dieser Arbeit zunächst nicht mit eingeplant war; vgl. Kap.

5.3.1.) bei der prozentualen Verteilung aus, so verschiebt sich die Verteilung weiter zugunsten der Patienten: sie beginnen dann zu 73 % mit Gefühlsangeboten und zu 27 % die Ärzte durch Nachfragen nach dem emotionalen Befinden.

6.1.4. Patienteninitiierte Gesprächsabschnitte

6.1.4.1. Patienten initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Gefühlsangebote an die Ärzte

Wie ausgeführt, initiieren also Patienten zum überwiegenden Anteil eine gefühlsbezogene Interaktion. Pro Konsultationen kommen im Durchschnitt 3,1 Gesprächsabschnitte vor, in denen sie dem Arzt emotionale Themen anbieten, das Gespräch mit den meisten solcher kommunikativen Angebote enthält 15 von Patienten initiierte gefühlsbezogene Abschnitte.

• direkte /indirekte Qualität der Abschnitte

Differenziert man die 290 gefühlsbezogenen Abschnitte, in denen Patienten beginnen entsprechend der **Fragestellung 2.2.** im Hinblick auf ihre Direktheit, so ist die emotionale Grundqualität zu drei Vierteln indirekt (76,6 %), Gefühle werden also darin nur in Andeutungen kommuniziert.

Knapp ein Viertel (23,4 %) sind direkt, d.h. es ist zumindest ein explizit geäußertes Gefühl darin enthalten (Tabelle 8).

• einzelne Gefühlsangebote

In den Patienten-Initiierten Abschnitten können (zur **Fragestellung 2.3.**) insgesamt 503 einzelne unterscheidbare Gefühlsaspekte bzw. -angebote an die Ärzte identifiziert werden, dies sind im Durchschnitt 5,4 kommunizierte einzelne emotionale Signale pro Gespräch, der maximale Wert waren 30 einzelne Gefühlsäußerungen bzw. -facetten in einer Konsultation als Angebote an den Behandler.

Die meisten (fast 80 %) dieser einzelnen kommunizierten Gefühle werden in Form von Andeutungen geäußert, nur ein fünftel sind explizit bzw. direkt (Tabelle 8).

Tabelle 8: Vom Patienten durch Kommunizieren von Emotionen initiierte gefühlsbezogene Abschnitte

	Gefühls- bezogene Abschnitte: Patient initiiert	Direkte Gesprächs- abschnitte (von 290)	Indirekte Gesprächs- abschnitte (von 290)	Einzelne geäußerte Emotionen insgesamt	Einzelne direkte Emotionen (von 503)	Einzelne indirekte Emotionen (von 503)
absolut	290	68	222	503	102	401
prozentual	60,4 %	23,4 %	76,6 %	100 %	20,3 %	79,7 %
Mittelwert pro Konsultation	3,1	0,7	2,4	5,4	1,1	4,3
sd	2,6	1,2	2,1	5,5	2,2	4,3

6.1.4.2. Reaktionen der Ärzte auf Gefühlsangebote der Patienten

Die Reaktionen der Ärzte auf diese Gefühlsangebote ihrer Patienten -entsprechend der **Fragestellung 2.4.**- sind in der Mehrzahl -zu rund 60 %- ebenfalls symmetrisch mit Gefühlsausdruck, d.h. es ist in den Arztreaktionen zumindest ebenfalls ein explizit oder in Andeutungen kommuniziertes Gefühl enthalten. Fast 40 % der Reaktionen sind sachlich (Tabelle 9).

• *direkte /indirekte Qualität der Abschnitte*

In Bezug auf die emotionale Grundqualität gefühlsbezogener Arztreaktionen halten sich direkte und indirekte Abschnitte in etwa die Waage (Tabelle 9).

Tabelle 9: Reaktionen des Arztes auf Gefühlsangebote des Patienten

	Gesamt- reaktionen des Arztes auf Gefühls- angebote des Patienten	Anteil sachlicher Reaktionen	Anteil gefühls- bezogener Reaktionen	Direkte Abschnitte (von 176)	Indirekte Abschnitte (von 176)
absolut	290	114	176	82	94
prozentual	100 %	39,3 %	60,7 %	46,6 %	53,4 %
Mittelwert pro Konsultation	3,1	1,7	1,7	1,7	1,8
sd	2,6	1,0	2,0	1,2	1,0

6.1.5. Arztinitiierte gefühlsbezogene Abschnitte

6.1.5.1. Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Nachfragen an die Patienten

In 93 Gesprächen initiieren die Ärzte 105 mal (absolut) eine gefühlsbezogene Interaktion durch Nachfragen bzw. einladende Bemerkungen an ihre Patienten, sich über ihre emotionale Befindlichkeit zu äußern. Im Durchschnitt aller 93 Gespräche fragen die Behandler in rund einer Äußerung (1,1 mal) nach, der maximale Wert waren 10 solcher Nachfrage-Abschnitte pro Gespräch.

- *direkte /indirekte Qualität der Abschnitte*

Von den Abschnitten haben jeweils etwa knapp die Hälfte eine direkte bzw. indirekte emotionale Grundqualität (Tabelle 10).

- *einzelne Gefühlsangebote*

Die 105 Abschnitte enthalten insgesamt 149 von den Ärzten einzelne ausgedrückte Emotionen bzw. Gefühlsaspekte (**Fragestellung 2.3**). Die meisten davon (rund 56 %) werden indirekt durch Andeutungen kommuniziert und rund 44 % von ihnen explizit bzw. direkt.

Im Durchschnitt finden sich somit pro Arztnachfrage nach den Gefühlen des Patienten 1,6 kommunizierte Gefühle bzw. Gefühlsfacetten als „emotionales Angebot“ an die Patienten (Tabelle 10), der maximale Wert waren 30 in einer Konsultation.

Tabelle 10: Gefühlsbezogene Nachfragen des Arztes an die Patienten

	Gefühls-Nachfragen des Arztes an die Patienten	Direkte Gesprächsabschnitte (von 105)	Indirekte Gesprächsabschnitte (von 105)	Einzelne geäußerte Emotionen insgesamt	Einzelne direkte Emotionen (von 149)	Einzelne indirekte Emotionen (von 149)
absolut	105	50	55	149	65	84
prozentual	21,9 %	47,6 %	52,4 %	100 %	43,6 %	56,4 %
Mittelwert pro Konsultation	1,1	0,6	0,6	1,6	0,7	0,9
sd	1,7	1,1	0,9	2,4	1,5	1,3

6.1.5.2. Reaktion der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte

Auf Nachfragen ihrer Behandler nach ihrer emotionalen Beteiligung oder Befindlichkeit reagieren die Patienten in der überwiegenden Zahl reziprok mit gefühlsbezogener Kommunikation. In den insgesamt 105 Abschnitten mit Arztnachfragen finden sich in fast drei Viertel der Fälle gefühlsbezogene Antworten, rund ein Viertel der Patientenreaktionen werden als sachlich ohne erkennbaren Gefühlsanteil eingestuft (Tabelle 11).

- *direkte /indirekte Qualität der Abschnitte*

Von den 76 gefühlsbezogenen Reaktionen der Patienten haben rund 40 % eine direkte emotionale Grundqualität und ca. 60 % sind indirekt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Reaktionen der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte

	Gesamtreaktionen der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte	Anteil sachlicher Reaktionen	Anteil gefühlsbezogener Reaktionen	Indirekte Abschnitte (von 76)	Direkte Abschnitte (von 76)
absolut	105	29	76	45	31
prozentual	100 %	27,6 %	72,4 %	59,2 %	40,8 %
Mittelwert pro Konsultation	1,1	0,3	0,8	0,5	0,3
sd	1,7	0,6	1,4	1,0	0,7

6.1.5.3. Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Ausdrücken eigener Gefühle

In den 93 Gesprächen initiieren die Ärzte absolut 85 mal gefühlsbezogenen Austausch durch Ansprechen ihrer eigenen gefühlsmäßigen Beteiligung. Dies entspricht rund 18 % aller gefühlsbezogenen Abschnitte. Im Durchschnitt kommt in nahezu jedem Gespräch mindestens eine emotionale Äußerung des Arztes über die eigene emotionale Beteiligung vor (Mittelwert: 0,9), der maximale Wert waren 4 derartige Abschnitte in einer Konsultation.

- *direkte /indirekte Qualität der Abschnitte*

Ein Drittel dieser 85 arztinitiierten Gesprächsabschnitte haben eine direkte emotionale Grundqualität (**Fragestellung 2.2.**), es wird also darin zumindest ein Gefühl explizit benannt und zwei Drittel werden von den Ratern als indirekt eingestuft (Tabelle 12).

- *einzelne Gefühlsangebote*

Im Hinblick auf die **Fragestellung 2.3** finden sich in den Abschnitten insgesamt 127 von den Ärzten einzelne kommunizierte Emotionen, ein Drittel davon sind direkte Gefühlsäußerungen, zwei Drittel indirekte, in Form von Andeutungen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Vom Arzt initiierte gefühlsbezogene Interaktion durch Äußern eigener Gefühle

	Summe der Abschnitte - Arzt spricht über sich selbst	Direkte Gesprächsabschnitte	Indirekte Gesprächsabschnitte	Einzelne geäußerte Emotionen insgesamt	Einzelne direkte Emotionen (von 127)	Einzelne indirekte Emotionen (von 127)
absolut	85	28	57	127	36	91
prozentual	100 %	33,0 %	67,0 %	100 %	28,3 %	71,7 %
Mittelwert pro Konsultation	0,9	0,3	0,6	1,4	0,4	1,0
sd	1,0	0,6	0,8	1,8	0,8	1,4

6.1.5.4. Reaktion der Patienten auf eigene Gefühlsäußerungen der Ärzte

Die Patienten reagieren in den 85 Gesprächsabschnitten, in denen die Ärzte sich über ihre eigene emotionale Beteiligung äußern, zu rund 45 % symmetrisch mit einer gefühlsbezogenen Reaktion. Zu mehr als der Hälfte reagieren sie jedoch sachlich, ohne erkennbaren Gefühlsanteil (Tabelle 13).

- *direkte /indirekte Qualität der Abschnitte*

Von den 38 gefühlsbezogenen Reaktionen hat knapp ein Viertel eine direkte Gefühlsqualität, drei Viertel der Reaktionen sind indirekt (Tabelle 13).

Tabelle 13: Reaktionen des Patienten auf eigene Gefühlsäußerungen des Arztes

	Gesamtreaktionen des Patienten auf Gefühlsäußerungen des Arztes	Anteil sachlicher Reaktionen	Anteil gefühlsbezogener Reaktionen	Direkte Abschnitte (von 38)	Indirekte Abschnitte (von 38)
absolut	85	47	38	9	29
prozentual	100 %	55,3 %	44,7 %	23,7 %	76,3 %
Mittelwert pro Konsultation	0,9	0,5	0,4	0,1	0,3
sd	1,0	0,8	0,7	0,3	0,6

6.1.5.5. Emotionsbezogene Äußerungen von Ärzten in der Gesamtstichprobe

Betrachtet man -unabhängig von den Fragestellungen im engeren Sinne- die Häufigkeit der drei hier untersuchten Kategorien gefühlsbezogener Interaktion im Hinblick auf das kommunikative Verhalten der Ärzte, so gehen sie in der Mehrzahl -zu 3/5- auf Angebote ihrer Patienten ein, zu ca. einem Fünftel fragen sie selbst nach und zu knapp einem Fünftel sprechen sie ihre eigene emotionale Befindlichkeit bzw. Reaktion an.

Es fällt zudem auf, dass die Ärzte deutlich umfangreicher sprechen, d.h. mit mehr Redebeiträgen pro Abschnitt, wenn sie auf Angebote der Patienten eingehen, weniger umfangreich, wenn sie selbst die Initiative ergreifen und nachfragen und sie äußern sich am knappsten in den Abschnitten, in denen sie eigenen Emotionen thematisieren (Tabelle 14).

Tabelle 14: Häufigkeit emotionsbezogener Turni von Ärzten

		Summe der Gefühlsbezogenen Abschnitte	Eingehen des Arztes auf Patientenangebote	Gefühlsbezogene Arztnachfragen an den Patienten	Äußerungen des Arztes über seine eigenen Gefühle
Anzahl der gefühlsbez. Gesprächs-Abschnitte	abs.	480	290	105	85
	%	100 %	60,4 %	21,9 %	17,7 %
Anzahl der Arzt-Äußerungen in diesen Abschnitten	abs.	1277	864	259	154
	%	100 %	67,6 %	20,3 %	12,1 %

6.1.6. Ärztliche Empathie als Reaktion auf emotionale Angebote der Patienten

In den 290 durch Patienten initiierten Gesprächsabschnitten, in denen sie von ihren emotionalen Belangen sprechen, lassen sich -wie dargestellt- insgesamt 503 einzelne unterscheidbare Gefühlsangebote finden, die meisten von ihnen (fast 80 %) indirekt. Pro Gespräch finden sich im Durchschnitt 5,4 einzelne emotionale Mitteilungen an die Ärzte.

Jedes dieser Gefühlsangebote stellt eine Gelegenheit für eine empathische Interaktion dar. In den untersuchten Gesprächen gehen die Ärzte nach durchschnittlich nach knapp 3 Turni des Patienten, in denen ein oder mehrere Gefühlsangebote enthalten sind, auf die kommunizierten Inhalte ein, was jedoch entsprechend der hier verwendeten Operationalisierung bedeuten kann, auch durch nichtempathische Reaktionen.

Die Einstufung dieser 290 Arztreaktionen -im Hinblick auf den Grad ihrer Empathie - auf der 5-stufigen Carkhuff-Skala (entsprechend der **Fragestellung 3.**) bringt folgende Ergebnisse:

Das Ausmaß der ärztlichen Empathie hat einen Schwerpunkt auf der **Stufe 2**: fast drei Fünftel (57,6 %) aller Reaktionen der Ärzte finden sich in dieser Kategorie: d.h. die Behandler reagieren zwar auf die gefühlsbezogenen Angebote ihrer Patienten, jedoch in einer Weise, die -gemäß der Skala- den kommunizierten Affektgehalt bedeutsam reduziert, versachlicht und/ oder eher von einer eigenen Sichtweise ausgeht als von der, die der Patient kommunizierte.

5,5 % der Reaktionen werden als Empathie **Stufe 1** eingeschätzt: das heißt, die Behandler gehen nicht auf ausgedrückte Gefühle ein, sie ignorieren auch offensichtliche Emotionen, und/ oder sprechen über Themen, die für ihren eigenen Bezugsrahmen von Bedeutung sind, reden über ihre Ansichten bzw. Ziele.

In Sprechstundengesprächen sind dies in der Regel sachliche Nachfragen der Ärzte nach weiteren Symptomen zur Diagnoseerstellung, in denen zuvor geäußerte Emotionen oft in ausgesprochen uneinfühlsamer, gelegentlich drastischer Weise übergangen werden.

Knapp ein Drittel der Arztreaktionen (31,4 %) sind auf **Stufe 3** angesiedelt. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der kommunizierte Affektgehalt des Patienten in der Reaktion des Arztes nicht verringert wird. Die Behandler gehen hier in einer Art und Weise

auf die ausgedrückten Affekte ein, die mit der Stärke mit des vom Patienten kommunizierten Gefühls vergleichbar ist.

Dieser Grad an empathischer Reaktion ist die erste Stufe der fünf Ausprägungsgrade, die vom Empfänger als „einfühlsam“ im engeren bzw. eigentlichen Sinne wahrgenommen wird. Hier ist für ihn bzw. die Patienten durch die Art der Rückmeldung -in der verbalen oder paraverbalen Reaktion der Ärzte- erkennbar, dass die ausgedrückte emotionale Botschaft auch beim Gegenüber „angekommen ist“.

Stufe 4, also eine Vertiefung bzw. Ergänzung der vom Patient ausgedrückten Gefühle kommt in 5,2 % der Arztreaktionen vor (absolut 15 mal).

Empathie der **Stufe 5** wird in den untersuchten Konsultationen nicht beobachtet, sie würde eine vertiefende Exploration der Gefühle darstellen, in der Arzt so auf den Patienten eingestimmt ist, dass er auch solche Facetten des Empfindens ansprechen würde, die dem Patient zuvor noch nicht spürbar bzw. bewusst waren (Tabelle 15).

Tabelle 15: Häufigkeit empathischer Arztäußerungen sowie Ratings nach der Carkhuff-Skala

	Alle gerateten Arzt-Äußerungen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Mittelwert der Empathie
absolut	290	16	167	91	15	0	
prozentual	100 %	5,5 %	57,6 %	31,4 %	5,2 %	0 %	2,3

Der Mittelwert der ärztlichen Empathie liegt für alle Gespräche etwa in der Mitte zwischen Stufe 2 und 3 bei 2,3.

Bezogen auf die Terminologie der Empathiestufen bedeutet dies, wie angesprochen: die Behandler kommunizieren ein eingeschränktes Verständnis, sie ignorieren die emotionalen Patientenangebote im Mittel zwar nicht, aber es findet in ihrer Reaktion eine Verringerung der Affektstärke statt bzw. ihre eigene Sichtweise fließt in einer Weise mit ein, die den Empfindungen des Patienten Raum nimmt, sie reduziert und versachlicht.

6.2. Deskriptive und inferenzstatistische Analyse der Untersuchungsgruppen

6.2.1. Gesprächsumfänge im Gruppenvergleich

Vergleicht man die drei Untersuchungsgruppen im Hinblick auf den Umfang der Konsultationsgespräche -gemessen durch die Anzahl der Turni- so ergeben sich vergleichbare Werte für die Gruppen II und III -psychisch bzw. psychosomatisch erkrankte Patienten, die vom Arzt nicht identifiziert werden sowie Patienten ohne psychische Erkrankung.

In der Gruppe I -psychisch bzw. psychosomatisch Erkrankte und korrekt identifizierte Patienten- wird mehr gesprochen als in den beiden anderen Gruppen. Im Durchschnitt finden sich hier 152 Äußerungen pro Konsultation gegenüber rund 115 Redebeiträgen in II und 110 in der Gruppe III -ein signifikanter Unterschied über die drei untersuchten Gruppen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Verteilung der Äußerungen/Turni auf die drei Untersuchungsgruppen

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Turni/ Äußerungen pro Gespräch	MW	125,4	152,4	114,4	109,6
	SD	74,0	76,3	71,1	69,0
	absolut	11.663	4724	3431	3508
	proz. Verteilung¹³	100 %	40,5 %	29,4 %	30,1 %

Signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 6,655$; $df = 2$; $p < 0,036$)

¹³ Die hier der leichteren Übersicht halber wiedergegebenen Prozentwerte geben die relativen Häufigkeiten an, mit denen sich die 11.663 Turni auf die Gruppen I bis III verteilen.

In dieser Darstellungsform wird nicht berücksichtigt, dass bei den minimal verschiedenen Gruppengrößen ($n = 31, 30$ bzw. 32) auch die erwarteten Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten des gemessenen Merkmals zwangsläufig minimal unterschiedlich sein müssen. Dies wird (in dieser und auch den weiteren Tabellen) durch die inferenzstatistische Berechnung durch den Kruskal-Wallis-Test selbstverständlich kontrolliert bzw. konstant gehalten.

6.2.2. Anteil sachlicher und gefühlsbezogener Kommunikation - im Gruppenvergleich

6.2.2.1. Sachliche und gefühlsbezogene Äußerungen -im Gruppenvergleich

Die Verteilung gefühlsbezogener Interaktion -entsprechend der **Fragestellung 4.1.-** zwischen den drei Gruppen unterscheidet sich deutlich: in der Gruppe I, den vom Arzt identifizierten Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Störungen, wird viel mehr über Gefühle gesprochen als in den Vergleichsgruppen. Es finden sich rund doppelt so viele emotionale Äußerungen in der Kommunikation dieser Patientengruppe mit ihren Ärzten, im Durchschnitt der Konsultationen rund 46 gefühlsbezogene Turni gegenüber 21 bzw. 16 Äußerungen in den Gruppen II und III. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant. (Tabelle 17).

Die Gesamtzahl der 9109 Turni (absolut) sachlicher Interaktion („medical talk“) verteilt sich gleichmäßiger auf die Gruppen, hier liegen keine signifikanten Unterschiede vor (Tabelle 17).

Tabelle 17: Verteilung gefühlsbezogener und sachlicher Äußerungen -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. / psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. / psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. / psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
sachliche Äußerungen	MW	98,0	106,7	93,0	94,1
	SD	60,5	60,0	62,4	60,2
	absolut	9.109	3.306	2.791	3.012
	proz. Verteilung	100 %	36,3 %	30,6 %	33,1 %
gefühls- bezogene Äußerungen	MW	27,5	45,7	21,3	15,5
	SD	26,9	28,6	20,5	21,0
	absolut	2.554	1.418	640	496
	proz. Verteilung	100 %	55,5 %	25,1 %	19,4 %

Sachliche Äußerungen:
keine signifikanten Unterschiede über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,8$; $df = 2$; $p < 0,412$)

Gefühlsbezogene Äußerungen:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 25,269$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Betrachtet man -unabhängig von den Fragestellungen der Arbeit im engeren Sinne- den Anteil gefühlsbezogener und sachlicher Kommunikation in den drei Gruppen bezogen auf die unterschiedliche durchschnittliche Gesamtlänge der Konsultation so fällt neben dem vermehrten Sprechen über emotionale Inhalte zudem auch ein deutlich geringerer Anteil von „medical talk“ in der Gruppe I auf.

Es wird also in Gruppe I nicht nur mehr über Gefühle geredet, sondern auch weniger über sachliches, es findet hier eine Verschiebung zugunsten gefühlsbezogener Interaktion statt -auf dem Hintergrund von insgesamt längeren Konsultationen.

6.2.2.2. Sachliche und gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte - im Gruppenvergleich

Betrachtet man zur Beantwortung der **Fragestellung 4.1.** nicht die Verteilung der einzelnen Turni, sondern die der 480 (absolut) gefühlsbezogenen Abschnitte auf die Gruppen, ergibt sich ein entsprechendes Bild: fast die Hälfte aller Abschnitte kommt in der Gruppe I vor mit durchschnittlich 7,5 (sd 4,5) pro Konsultation. In den Vergleichsgruppen II und III sind es mit 4,5 (sd 3,0) und 3,5 (sd 2,6) Abschnitten deutlich weniger, ein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Tabelle 18).

Tabelle 18: Verteilung gefühlsbezogener Gesprächsabschnitte der Konsultationen -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Gefühls- bezogene Gesprächs- abschnitte	MW	5,2	7,5	4,5	3,5
	SD	3,8	4,5	3,0	2,6
	absolut	480	233	136	111
	proz. Verteilung	100 %	48,5 %	28,3 %	23,1

Signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 18,112$; $df = 2$; $p < 0,000$)

6.2.3. Patienteninitiierte Gesprächsabschnitte -im Gruppenvergleich

6.2.3.1. Patienten initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Gefühlsangebote an die Ärzte - im Gruppenvergleich

Die Patienten bringen initiativ mit absolut 290 Abschnitten, in denen sie in ihre Gefühle und emotionalen Belange ausdrücken, den überwiegenden Anteil aller gefühlsbezogenen Gesprächsabschnitte ein.

Diese Untersuchungskategorie zur **Fragestellung 4.2.** unterscheidet sich im Gruppenvergleich deutlich. Im Durchschnitt der Gruppe I kommen pro Konsultationsgespräch 5,3 (sd 2,8) durch Patienten initiierte Gesprächsabschnitte vor, in den Gruppen II und III sind es mit 2,7 bzw. 1,8 Abschnitten deutlich weniger (sd je 1,7). Somit sprechen psychisch bzw. psychosomatisch Erkrankte und korrekt identifizierte Patienten mehr als doppelt so häufig wie die Vergleichsgruppen ihre emotionalen Belange an, dieser Unterschied ist statistisch signifikant (Tabelle 19).

Tabelle 19: Patienteninitiierte Gesprächsabschnitte -im Gruppenvergleich

		Gesamtstichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. / psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. / psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. / psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Patienten-initiierte Gesprächsabschnitte		3,1	5,3	2,3	1,8
	SD	2,6	2,8	1,7	1,7
	absolut	290	164	68	58
	proz. Verteilung	100 %	56,6 %	23,4 %	20,0 %

Signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 32,486$; $df = 2$; $p < 0,000$)

• direkte /indirekte Qualität der Abschnitte

Im Hinblick auf die direkte bzw. indirekte emotionale Grundqualität dieser Patienten-Initiierten Abschnitte -entsprechend der **Fragestellung 4.3.**- liegen in beiden Kriterien signifikante Unterschiede über die Gruppen vor (Tabelle 20).

Bei den psychisch erkrankten und korrekt identifizierten Patienten finden sich im Mittel 1,5 Abschnitte (sd 1,6) mit direkten Gefühlsangeboten pro Gespräch gegenüber jeweils 0,3 (sd 0,7) in den Gruppen II und III.

Neben diesen häufigeren direkt kommunizierten Gefühlen werden in der Gruppe I zudem auch in den Abschnitten mit indirekter emotionaler Qualität rund doppelt so viele Andeutungen geäußert wie in den Gruppen II und III (Tabelle 20).

Tabelle 20: Direktheit (emotionale Grundqualität) der Gefühlsangebote der Patienten an den Arzt -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Abschnitte mit direkter Grundqualität	MW	0,7	1,5	0,3	0,3
	SD	1,2	1,6	0,7	0,7
	absolut	68	47	10	11
	proz. Verteilung	100 %	69,1 %	14,7 %	16,2 %
Abschnitte mit indirekter Grundqualität	MW	2,4	3,8	1,9	1,5
	SD	2,1	2,4	1,6	1,4
	absolut	222	117	58	47
	proz. Verteilung	100 %	52,7 %	26,1 %	21,2 %

Direkte Grundqualität:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 21,527$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Indirekte Grundqualität:
signifikanter Unterschied über die Gruppen im Kruskal-Wallis-Test ($\chi^2 = 22,596$; $df = 2$; $p < 0,000$)

• *einzelne Gefühlsangebote*

Auch beim Kriterium der Anzahl der einzelnen unterscheidbaren Gefühlsangebote an den Arzt -der **Fragestellung 4.3.**- liegt ein signifikanter Unterschied über die Gruppen vor.

Die Gesamtsumme einzelner emotionaler kommunikativer Angebote ist bei Patienten der Gruppe I mit identifizierter psychischer Störung rund dreimal höher als in den Vergleichsgruppen (Tabelle 21).

Tabelle 21: Einzelne geäußerte Emotionen der Patienten -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. / psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. / psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. / psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Einzelne Gefühls- angebote	MW	5,4	10,2	3,4	2,7
	SD	5,5	6,4	3,1	3,0
	absolut	503	315	101	87
	proz. Verteilung	100 %	62,6 %	20,1 %	17,3 %

Signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 33,864$; $df = 2$; $p < 0,000$).

• *Direktheit der einzelnen geäußerten Gefühle*

Bei den beiden Untersuchungskriterien der **Fragestellung 4.3.**, wie häufig die einzelnen von den Patienten kommunizierten Gefühle oder Gefühlsfacetten explizit oder in Andeutungen geäußert werden, liegen in beiden Kriterien ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen vor (Tabelle 22).

Direkt geäußerte Gefühle finden sich in der Gruppe I rund sechs Mal häufiger -im Mittel 2,5 mal (sd 3,2) pro Gespräch, in den Vergleichsgruppen II und III sind es je 0,4 (sd 0,8 bzw. 1,2).

Auch Andeutungen werden in der Gruppe I von den Patienten mehr als doppelt so oft gemacht wie in den Gruppen II und III.

Grundsätzlich werden hier -wie in der Gesamtstichprobe- in allen drei Untersuchungsgruppen die meisten Emotionen von den Patienten indirekt, in Andeutungen ausgedrückt (Tabelle 22).

Tabelle 22: Direktheit der geäußerten einzelnen Gefühle der Patienten -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Direkt geäußerte Gefühle	MW	1,1	2,5	0,4	0,4
	SD	2,2	3,2	0,8	1,2
	absolut	102	77	11	14
	proz. Verteilung	100 %	75,5 %	10,8 %	13,7 %
Indirekt geäußerte Gefühle	MW	4,3	7,7	3,0	2,3
	SD	4,3	5,2	2,7	2,3
	absolut	401	238	90	73
	proz. Verteilung	100 %	59,4 %	22,4 %	18,2 %

Direkt geäußerte Gefühle:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 21,909$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Indirekt geäußerte Gefühle:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 26,693$; $df = 2$; $p < 0,000$).

6.2.3.2. Reaktion der Ärzte auf Gefühlsangebote der Patienten - im Gruppenvergleich

Untersucht man -entsprechend der **Fragestellung 4.5.-** in den 290 (absolut) Gesprächsabschnitten mit Gefühlsangeboten der Patienten die Arztreaktionen unter dem Gesichtspunkt, wie häufig die Ärzte darauf sachlich oder symmetrisch ebenfalls gefühlsbezogen reagieren, so finden sich signifikante Unterschiede über die Gruppen, sowohl bei den sachlichen Reaktionen der Ärzte als auch bei den gefühlsbezogenen (Tabelle 23).

Ärzte der Gruppe I reagieren im Mittel 3,3 mal (sd 2,3) pro Gespräch deutlich häufiger gefühlsbezogen -gegenüber 1,3 und 1 mal (sd je 1,3) in den Vergleichsgruppen. Auch sachliche Reaktionen finden sich der Gruppe I mit im Mittel 2 Reaktionen pro Gespräch (sd 1,2) häufiger als in den Gruppe II und III.

Grundsätzlich wird in allen drei Gruppen auf Gefühlsangebote des Patienten vom Arzt in den jeweiligen Abschnitten häufiger symmetrisch gefühlsbezogen als sachlich reagiert.

Tabelle 23: Sachliche und gefühlsbezogene Reaktionen der Ärzte auf Gefühlsangebote der Patienten - im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Sachliche Reaktionen	MW	1,2	2,0	0,9	0,8
	SD	1,2	1,2	0,9	1,0
	absolut	114	61	28	25
	proz. Verteilung	100 %	53,5 %	24,6 %	21,9 %
Gefühls- bezogene Reaktionen	MW	1,9	3,3	1,3	1,0
	SD	2,0	2,3	1,3	1,3
	absolut	176	103	40	33
	proz. Verteilung	100 %	58,5 %	22,7 %	18,8 %

Sachliche Reaktionen:

signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 20,373$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Gefühlsbezogene Reaktionen:

signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 25,786$; $df = 2$; $p < 0,000$)

• *direkte vs. indirekte Grundqualität der Reaktion*

Bei den insgesamt 176 (absolut) gefühlsbezogenen Reaktionen der Ärzte finden sich im Hinblick auf die **Fragestellung 4.5.**, der direkten vs. indirekten Grundqualität der Reaktion, im Gruppenvergleich in beiden Kriterien signifikante Unterschiede (Tabelle 24).

In der Gruppe I reagieren die Behandler mit durchschnittlich 1,6 Reaktionen (sd 1,5) pro Gespräch sehr viel häufiger mit direkter emotionaler Qualität als in den beiden Vergleichsgruppen, zudem ist auch die Anzahl indirekter emotionaler Reaktionen hier signifikant höher.

Tabelle 24: Direktheit (emotionale Grundqualität) in den Reaktionen der Ärzte auf Gefühlsangebote der Patienten - im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Direkte Qualität der Reaktionen	MW	0,9	1,6	0,7	0,4
	SD	1,2	1,5	0,8	0,8
	absolut	82	50	20	12
	proz. Verteilung	100 %	61,0 %	24,4 %	14,6 %
Indirekte Qualität der Reaktionen	MW	1,0	1,7	0,7	0,7
	SD	1,1	1,3	1,0	0,8
	absolut	94	53	20	21
	proz. Verteilung	100 %	56,4 %	21,3 %	22,3 %

Direkte Reaktionen:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 19,719$; $df = 2$; $p < 0,000$),

Indirekte Reaktionen:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 15,460$; $df = 2$; $p < 0,000$)

6.2.4. Arztinitiierte Gesprächsabschnitte

6.2.4.1. Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Nachfragen an die Patienten - im Gruppenvergleich

In 105 (absolut) gefühlsbezogenen Gesprächsabschnitten fragen die Ärzte insgesamt in der Stichprobe nach Gefühlen und emotionalen Belangen ihrer Patienten.

Am häufigsten fordern die Ärzte die Patienten der Gruppe der korrekt identifizierten Erkrankten (Gruppe I) auf, sich über Emotionales zu äußern: in durchschnittlich 1,5 Abschnitten pro Konsultation (sd 2,2), in den Gruppen II und III sind es mit je rund 1 Nachfrage pro Abschnitt ein Drittel weniger (sd 1,4 bzw. 1,2), dieser Unterschied über die Gruppen ist jedoch nicht statistisch signifikant (Tabelle 25).

Tabelle 25: Ärzte initiieren durch Gefühlsnachfragen an die Patienten -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Arztinitiierte Gesprächs- abschnitte durch Nachfragen	MW	1,1	1,5	1,1	0,9
	SD	1,7	2,2	1,4	1,2
	absolut	105	45	32	28
	proz. Verteilung	100 %	42,8 %	30,5 %	26,7 %

Kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 6,655$; $df = 2$; $p < 0,036$)

• *direkte /indirekte Qualität der Abschnitte*

Bei dem Kriterium der Direktheit dieser arztinitiierten Abschnitte -entsprechend der **Fragestellung 4.3.**- finden sich bei den Abschnitten mit angedeuteten Gefühlen, also indirekter Qualität, keine signifikanten Unterschiede über die Gruppen, jedoch bei den direkten Abschnitten mit explizit kommunizierten Gefühlen (Tabelle 26).

Es fällt hier auf, dass die Ärzte in der nicht identifizierten, jedoch erkrankten Gruppe II am wenigsten direkt nachfragen, im Mittel 0,3 mal (sd 0,7) pro Gespräch - gegenüber mehr als doppelt so vielen Abschnitten in der identifizierten Gruppe (0,8 mal; sd 1,4) bzw. 0,5 mal (sd 1,1) in Gruppe III.

Tabelle 26: Direktheit (emotionale Grundqualität) der Gefühlsnachfragen der Ärzte an die Patienten -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Abschnitte mit direkter Grundqualität	MW	0,5	0,8	0,3	0,5
	SD	1,1	1,4	0,7	1,1
	absolut	50	26	8	16
	proz. Verteilung	100	52,0	16,0	32,0
Abschnitte mit indirekter Grundqualität	MW	0,6	0,6	0,8	0,4
	SD	0,9	1,0	1,0	0,6
	absolut	55	19	24	12
	proz. Verteilung	100	34,5	43,6	21,8

Abschnitte mit direkter Grundqualität:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 7,631$; $df = 2$; $p < 0,022$)

Abschnitte mit in indirekter Grundqualität:
kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 2,872$; $df = 2$; $p < 0,238$)

- *einzelne Gefühlsangebote*

Die Gesamtsumme der in den ärztlichen Nachfrage-Passagen geäußerten 149 (absolut) einzelnen identifizierbaren Emotionen bzw. Gefühlsaspekte (**Fragestellung 4.4.**) verteilt sich ohne statistische Überzufälligkeit auf die drei Gruppen, wenn auch Gruppe I wiederum den höchsten Wert aufweist (Tabelle 27).

Tabelle 27: Einzelne geäußerte Emotionen in den Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Einzelne Gefühls- angebote	MW	1,6	1,9	1,6	1,3
	SD	2,4	2,9	2,2	1,9
	absolut	149	59	47	43
	proz. Verteilung	100 %	39,6 %	31,5 %	28,9 %

Kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 0,339$; $df = 2$; $p < 0,844$)

• *Direktheit der einzelnen geäußerten Gefühle*

Beim Kriterium, wie viele der Gefühle und Gefühlsfacetten in den Abschnitten direkt geäußert werden, (**Fragestellung 4.4.**) liegt ein statistisch signifikanter Unterschied über die Gruppen vor. In der Gruppe I drücken die Ärzte die meisten einzelnen Gefühle direkt aus. In der Gruppe psychisch Erkrankter, die sie nicht identifizieren, fällt mit rund 0,3 Gefühlen im Mittel (sd 1,8) ein besonders niedriger Wert auf (Tabelle 28).

Beim Kriterium der nur durch Andeutungen geäußerten Gefühle finden sich in der Gruppe II mehr indirekt geäußerte Gefühle der Ärzte als in den beiden anderen Gruppen, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Tabelle 28).

Tabelle 28.: Direktheit der einzelnen Gefühle in den Nachfragen der Ärzte an die Patienten -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Direkt geäußerte Gefühle	MW	0,7	1,1	0,3	0,7
	SD	1,5	1,8	0,9	1,5
	absolut	65	33	10	22
	proz. Verteilung	100 %	50,8 %	15,4 %	33,8 %
Indirekt geäußerte Gefühle	MW	0,9	0,8	1,2	0,7
	SD	1,3	1,3	1,6	0,8
	absolut	84	26	37	21
	proz. Verteilung	100 %	31,0 %	44,0 %	25,0 %

Direkt ausgedrückte Gefühle:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 7,475$; $df = 2$; $p < 0,024$)

Indirekt ausgedrückte Gefühle:
keine signifikanten Unterschiede über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,469$; $df = 2$; $p < 0,480$)

6.2.4.2. Reaktion der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich

Im Hinblick auf die **Fragestellung 4.5.** -dem Ausmaß sachlicher bzw. gefühlsbezogener Reaktion- antworten die Patienten auf Arzt-Nachfragen nach ihrem emotionalen Befinden ähnlich der Kategorie, in denen Patienten initiieren, in allen drei Gruppen komplementär zum größeren Anteil symmetrisch ebenfalls gefühlsbezogenen.

Sachliche Reaktionen sind regelmäßig über die Gruppen verteilt, gefühlsbezogene Patientenreaktionen haben in der Gruppe I zwar den größten Anteil, es liegt jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied vor (Tabelle 29).

Tabelle 29: Sachliche und gefühlsbezogene Reaktionen der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Sachliche Reaktionen	MW	0,3	0,3	0,3	0,3
	SD	0,6	0,7	0,5	0,7
	absolut	29	10	9	10
	proz. Verteilung	100 %	34,5 %	31,0 %	34,5 %
Gefühls- bezogene Reaktionen	MW	0,8	1,1	0,8	0,6
	SD	1,4	2,0	1,1	0,9
	absolut	76	35	23	18
	proz. Verteilung	100 %	46,1 %	30,3 %	23,7 %

Sachliche Reaktionen:

keine signifikanten Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 0,373$; $df = 2$; $p < 0,830$)

Gefühlsbezogene Reaktionen:

keine signifikanten Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,765$; $df = 2$; $p < 0,414$)

• *direkte /indirekte Qualität der Reaktion*

Bei den gefühlsbezogenen Reaktionen der Patienten finden sich im Hinblick auf die **Fragestellung 4.5.** -nach direkter vs. indirekter Grundqualität der Reaktion- im Gruppenvergleich keine signifikante Unterschiede bei den indirekten Patientenreaktionen, jedoch bei den direkten Reaktionen.

In der identifizierten, erkrankten Gruppe I reagieren die Patienten mit im Schnitt 0,6 Reaktionen (sd 0,9) pro Gespräch deutlich häufiger direkt als in den Vergleichsgruppen (Tabelle 30).

Tabelle 30: Direktheit (emotionale Grundqualität) in den Reaktionen der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Direkte Qualität der Reaktionen	MW	0,3	0,6	0,2	0,2
	SD	0,7	0,9	0,5	0,6
	absolut	31	18	7	6
	proz. Verteilung	100 %	58,1 %	22,6 %	19,4 %
Indirekte Qualität der Reaktionen	MW	0,5	0,6	0,5	0,4
	SD	1,0	1,3	1,0	0,7
	absolut	45	17	16	12
	proz. Verteilung	100 %	37,8 %	35,6 %	26,7 %

Direkte Reaktion:

signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: χ^2 7,729; df = 2; p < 0,021)

Indirekte Reaktionen:

keine signifikanten Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: χ^2 = 0,311; df = 2; p < 0,856)

6.2.4.3. Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Ausdrücken eigener Gefühle -im Gruppenvergleich

Ärzte sprechen -zur **Fragestellung 4.2.**- in insgesamt 85 Abschnitten (absolut) ihre eigenen Empfindungen und Gefühle initiativ an (vgl. Kap. 6.1.5.3.).

Im Unterschied zu den beiden anderen Formen gefühlsbezogener Gesprächsabschnitte finden sich bei den emotionalen Äußerungen der Ärzte über sich selbst die meisten Abschnitte in der Gruppe II (mit 1,2 angesprochenen Gefühlen pro Gespräch; sd 1,1), dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant (Tabelle 31).

Tabelle 31: Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Ausdrücken eigener Gefühle -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Arztinitiierte Gesprächs- abschnitte durch Sprechen von eigenen Gefühlen	MW	0,9	0,8	1,2	0,8
	SD	1,0	1,0	1,1	0,9
	absolut	85	24	36	25
	proz. Verteilung	100 %	28,2 %	42,4 %	29,4 %

Kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 3,085$; $df = 2$; $p < 0,214$)

• *direkte /indirekte Qualität der Abschnitte*

Bezüglich der direkten und indirekten Qualität dieser Abschnitte der Ärzte -entsprechend der **Fragestellung 4.3.-** finden sich über die Gruppen keine signifikanten Unterschiede im Kruskal-Wallis-Test (Tabelle 32).

Es fällt jedoch eine sehr gering ausgeprägte direkte Qualität in der Gruppe III ohne psychische/ psychosomatische Störung auf mit im Mittel 0,1 Abschnitten (sd 0,4) gegenüber jeweils 0,4 in der Gruppe I und II (sd 0,6 und 0,7).

Beim Kriterium indirekter emotionaler Grundqualität der Abschnitte äußern sich die Ärzte mit ihrer eigenen emotionalen Beteiligung in den Gruppe II und III am häufigsten in Andeutungen, seltener in Gruppe I (Tabelle 32).

Tabelle 32: Direktheit (emotionale Grundqualität) in den Gefühlsäußerungen der Ärzte über sich selbst -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Abschnitte mit direkter Grundqualität	MW	0,3	0,4	0,4	0,1
	SD	0,6	0,6	0,7	0,4
	absolut	28	13	11	4
	proz. Verteilung	100 %	46,4 %	39,3 %	14,3 %
Abschnitte mit indirekter Grundqualität	MW	0,6	0,4	0,8	0,7
	SD	0,8	0,6	0,9	0,9
	absolut	57	11	25	21
	proz. Verteilung	100 %	19,3 %	43,9 %	36,8 %

Direkte Abschnitte:

kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 5,723$; $df = 2$; $p < 0,057$)

Indirekte Abschnitte:

kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 5,253$; $df = 2$; $p < 0,072$)

- *einzelne Gefühlsangebote*

Insgesamt werden von den Ärzten 127 (absolut) einzeln unterscheidbare Emotionen bzw. Gefühlsaspekte geäußert (**Fragestellung 4.4.**). Das Kriterium verteilt sich ohne statistische Überzufälligkeit auf die drei Gruppen.

Entsprechend der höheren Anzahl der gefühlsbezogener Gesprächsabschnitte der Ärzte in der Gruppe II finden sich hier die meisten ausgedrückten einzelnen Gefühle (Tabelle 33).

Tabelle 33: Einzelne geäußerte Emotionen in den Gefühlsäußerungen der Ärzte über sich selbst -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. / psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. / psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. / psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Einzelne Gefühls- angebote	MW	1,4	1,3	1,7	1,1
	SD	1,8	2,1	1,7	1,6
	absolut	127	40	51	36
	proz. Verteilung	100 %	31,5 %	40,2 %	28,3 %

Kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 2,688$; $df = 2$; $p < 0,261$)

• *Direktheit der einzelnen geäußerten Gefühle*

Beim Kriterium, wie viele der Gefühle und Gefühlsfacetten von den Ärzten direkt geäußert werden, (**Fragestellung 4.4**) liegt ein schwach signifikanter Unterschied über alle Gruppen vor.

Hier heben sich -anders als bei den meisten anderen Kriterien- nicht die Werte der Gruppe I gegenüber den beiden Vergleichsgruppen heraus, sondern I und II zeigen vergleichbare Häufigkeiten. Explizit kommunizierte Gefühle der Ärzte kommen hier pro Gespräch 0,5 mal vor (sd 0,8 bzw. 1,0). In der Gruppe nicht psychisch erkrankter Patienten finden sich mit einem Wert von 0,2 seltener einzelne direkt geäußerte Emotionen der Ärzte (sd 0,6; Tabelle 34).

Beim Kriterium durch Andeutungen geäußelter Gefühle findet sich kein überzufälliger Unterschied zwischen den Gruppen.

Insgesamt sprechen die Ärzte bei emotionalen Äußerungen von sich grundsätzlich häufiger in Andeutungen als explizit.

Tabelle 34: Häufigkeit einzelner geäußelter Emotionen in den Gefühlsäußerungen der Ärzte über sich selbst -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Direkt geäußerte Gefühle	MW	0,4	0,5	0,5	0,2
	SD	0,8	0,8	1,0	0,6
	absolut	36	16	15	5
	proz. Verteilung	100 %	44,4 %	41,7 %	13,9 %
Indirekt geäußerte Gefühle	MW	1,0	0,8	1,2	1,0
	SD	1,4	1,5	1,3	1,4
	absolut	91	24	36	31
	proz. Verteilung	100 %	26,4 %	39,6 %	34,1 %

Direkt ausgedrückte Gefühle:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 6,160$; $df = 2$; $p < 0,046$)

Indirekt ausgedrückte Gefühle:
kein signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 4,187$; $df = 2$; $p < 0,123$)

6.2.4.4. Reaktion der Patienten auf eigene Gefühlsäußerungen des Arztes -im Gruppenvergleich

In den 85 Gesprächsabschnitten (absolut) mit emotionalen Äußerungen der Ärzte über die eigene gefühlsbezogene Beteiligung -entsprechend der **Fragestellung 4.5.-** verteilen sich die sachlichen vs. gefühlsbezogenen Reaktionen in den drei untersuchten Patientengruppen ohne statistisch signifikante Gruppenunterschiede (Tabelle 35).

Im Unterschied zur Reaktion auf die Gefühlsnachfragen der Ärzte liegen hier keine höheren Werte für die Gruppe I vor. Entsprechend den häufigeren Abschnitten in der Gruppe II, in denen Ärzte initiieren, indem sie von ihren Gefühlen sprechen (vgl. Tabelle 31) finden sich hier auch absolut die meisten Reaktionen, im Schnitt 0,7 pro Gespräch (sd 1,0).

Tabelle 35: Sachliche und gefühlsbezogene Reaktionen der Patienten auf Gefühlsbotschaften der Ärzte -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Sachliche Reaktionen	MW	0,5	0,4	0,7	0,4
	SD	0,8	0,8	1,0	0,7
	absolut	47	13	20	14
	proz. Verteilung	100 %	27,7 %	42,6 %	29,8 %
Gefühls- bezogene Reaktionen	MW	0,4	0,4	0,5	0,3
	SD	0,7	0,7	0,8	0,6
	absolut	38	11	16	11
	proz. Verteilung	100 %	28,9 %	42,1 %	28,9 %

Sachliche Reaktionen:

keine signifikanten Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,314$; $df = 2$; $p < 0,518$)

Gefühlsbezogene Reaktionen:

keine signifikanten Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,502$; $df = 2$; $p < 0,472$)

• *direkte vs. indirekte Grundqualität der Reaktion*

Bei den gefühlsbezogenen Reaktionen der Patienten finden sich im Hinblick auf die **Fragestellung 4.5.**, der direkten vs. indirekten Grundqualität, im Gruppenvergleich in beiden Kriterien keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 36).

Tabelle 36: Direktheit (emotionale Grundqualität) der Reaktion der Patienten auf Gefühlsbotschaften der Ärzte - im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Direkte Grund- qualität	MW	0,1	0,0	0,2	0,1
	SD	0,3	0,2	0,4	0,3
	absolut	9	1	5	3
	proz. Verteilung	100 %	11,1 %	55,6 %	33,3 %
Indirekte Grund- qualität	MW	0,3	0,3	0,4	0,3
	SD	0,6	0,7	0,7	0,6
	absolut	29	10	11	8
	proz. Verteilung	100 %	34,5 %	37,9 %	27,6 %

Direkte Grundqualität:

keine signifikanten Unterschiede über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 3,122$; $df = 2$; $p < 0,210$)

Indirekte Grundqualität:

keine signifikanten Unterschiede über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 0,510$; $df = 2$; $p < 0,775$)

6.2.5. Ärztliche Empathie als Reaktion auf emotionale Angebote der Patienten -im Gruppenvergleich

In der Gruppe psychisch bzw. psychosomatisch erkrankter Patienten, die vom Arzt identifiziert werden, finden sich entsprechend der höheren Zahl an Patientenangeboten mehr Reaktionen der Behandler und folglich auch mehr Ratings der ärztlichen Empathie. Die Gruppe I beinhaltet im Schnitt 5,3 (sd 2,8) empathische Arztreaktionen im Vergleich zu 2,3 (sd 1,7) in der Gruppe II und 1,8 (sd 1,7) in der Gruppe III. Dieser Unterschied (zur **Fragestellung 4.6.**) zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (Tabelle 37).

Tabelle 37: Verteilung empathischer Arztäußerungen auf die Gruppen

		Gesamt- stichprobe (n= 93)	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung (n= 31)	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung (n= 30)	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung (n=32)
Anzahl empathischer Arzt- äußerungen	MW	3,1	5,3	2,3	1,8
	SD	2,6	2,8	1,7	1,7
	absolut	290	164	68	58
	proz. Verteilung	100 %	56,6 %	23,4 %	20,0 %

Anzahl empathische Arztäußerungen:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 32,486$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Im Hinblick auf die **Fragestellung 4.6** -zum Ausmaß der Empathie- liegen im Gruppenvergleich in den Stufen 1 bis 4 signifikante Unterschiede vor. In allen vier Stufen fällt jeweils die Gruppe I mit deutlich höheren Werten gegenüber II und III auf. Die Empathiestufe 5 kommt in den Gesprächen nicht vor (Tabelle 38).

Tabelle 38: Stufen ärztlicher Empathie -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. /psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. /psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. /psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
Empathie Stufe 1	MW	0,2	0,5	0,0	0,1
	SD	0,5	0,8	0,0	0,2
	absolut	16	14	0	2
	proz. Verteilung	100 %	87,5 %	0,0 %	12,5 %
Empathie Stufe 2	MW	1,8	2,9	1,3	1,2
	SD	1,6	1,6	1,2	1,3
	absolut	168	89	40	39
	proz. Verteilung	100 %	53,0 %	23,8 %	23,2 %
Empathie Stufe 3	MW	1,0	1,6	0,9	0,5
	SD	1,1	1,3	0,9	0,7
	absolut	91	49	27	15
	proz. Verteilung	100 %	53,8 %	29,7 %	16,5 %
Empathie Stufe 4	MW	0,2	0,4	0,0	0,1
	SD	0,6	0,9	0,2	0,4
	absolut	15	12	1	2
	proz. Verteilung	100 %	80,0 %	6,7 %	13,3 %
Empathie Stufe 5	MW	0	0	0	0
	SD	0	0	0	0
	absolut	0	0	0	0
	proz. Verteilung	0	0	0	0

Stufe 1:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 16,105$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Stufe 2:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 21,869$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Stufe 3:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 16,371$; $df = 2$; $p < 0,000$)

Stufe 4:
signifikanter Unterschied über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 6,881$; $df = 2$; $p < 0,032$)

Die Stufe 2 kommt in allen Gruppen am häufigsten vor, die 168 (absolut) Ratings machen mehr als die Hälfte aller empathischen Arztäußerungen aus.

In der Gruppe I, der korrekt identifizierten psychisch/ psychosomatisch Erkrankten streuen die Werte der fünf Stufen breiter: es kommen sowohl mehr uneinfühlsame Reaktionen (auf Stufe 1) sowie tiefer einfühlsame (auf Stufe 4) vor als in den beiden anderen Gruppen vor.

In der Gruppe I enthält jedes Gespräch gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte, in denen die Patienten Angebote machen und somit die jeweilige Reaktion der Ärzte auf ihre Empathie eingeschätzt wird. In der Gruppe II enthalten vier Gespräche keine solchen Gesprächsabschnitte und gehen somit nicht in die Wertung bzw. den Mittelwert ein, in der Gruppe III sind es sogar 8 rein sachliche Gespräche, d.h. ein Viertel der der Gespräche zwischen Ärzten und Patienten ohne psychische oder psychosomatische Störung sind ohne für die Rater erkennbaren Gefühlsbezug.

Wie bereits im Abschnitt 6.1.6. dargestellt wurde, ist im Durchschnitt aller Gespräche das Ausmaß der ärztlichen Empathie recht gering -sie liegt im Mittel bei 2,3.

Im Gruppenvergleich ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Der Mittelwert der Empathie liegt in der Gruppe I bei 2,3, in Gruppe II bei 2,4 und in der Gruppe III bei 2,3 (Tabelle 39).

Die Behandler reagieren also in allen Patientengruppen zwar auf die gefühlsbezogenen Angebote ihrer Patienten, jedoch in einer Weise, die den kommunizierten Affektgehalt bedeutsam reduziert und/oder eher von einer anderen Sichtweise ausgeht als von der, die der Patient kommunizierte.

Tabelle 39: Ausprägung ärztlicher Einfühlung auf der 5-stufigen Empathie-Skala -im Gruppenvergleich

		Gesamt- stichprobe	Gruppe I: identifizierte psych. / psychos. Störung	Gruppe II: nicht identif. psych. / psychos. Störung	Gruppe III: ohne psych. / psychos. Störung
		(n= 93)	(n= 31)	(n= 30)	(n=32)
		in 93 Gesprächen	in 31 Gesprächen	in 26 von 30 Gesprächen	in 24 von 32 Gesprächen
Empathiewerte	MW	2,3	2,3	2,4	2,3
	sd	0,4	0,4	0,3	0,4

Keine signifikanten Unterschiede über die Gruppen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,876$; $df = 2$; $p < 0,391$)

7. Diskussion

7.1. Zur Thematik der Arbeit

Eine gelungene Interaktionsgestaltung in der hausärztlichen Sprechstunde, d.h. unter adäquatem Einbezug emotionaler Themen und auch ärztlicher Empathie, ist entsprechend zahlreicher Forschungsbefunde nicht nur für die jeweils erfolgreiche individuelle Begegnungen zwischen Arzt und Patient von Bedeutung, sondern u.a. auch für die Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen sowie die Effizienz primärärztlicher Versorgung allgemein.

Es gibt nur wenige Untersuchungen, die Sprechstundeninteraktion von Primärärzten und Patienten unter dem Gesichtspunkt dyadischer gefühlsbezogener Interaktion einschließlich des Ausmaßes ärztlicher Empathie in den Blick nehmen und keine der Verfasserin bekannte Studie, die dies zudem auch differenziert nach psychisch nicht erkrankten vs. psychisch/ psychosomatisch erkrankten Patienten.

Durch die umfangreiche Datenbasis, die im Rahmen des Forschungsprojektes "Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung" des Institutes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Düsseldorf zu Verfügung stand (vgl. Kap. 2.2.), kann in der vorliegenden Arbeit die Interaktion von Ärzten der Primärversorgung mit verschiedenen Patientengruppen auf Unterschiede in der Kommunikation untersucht werden.

Mit dieser Arbeit soll zum einen eine quantitative Beschreibung des Ausmaßes direkter und andeuteter gefühlsbezogener Interaktion und der Einfühlsamkeit von Hausärzten erfolgen in Konsultationsgesprächen der täglichen Routine mit Patienten, die wegen einer neuen Erkrankung oder aktueller Beschwerden kommen (und über die im deutschsprachigen Raum mit vergleichbarem Ansatz keine Veröffentlichungen vorliegen). Zudem soll die vorliegende Arbeit auch Hinweise geben, wo nicht speziell in Gesprächsführung oder psychosomatischer Grundversorgung ausgebildete Behandler stehen -bezogen auf gefühlsbezogenen Austausch- speziell auch mit psychisch/ psychosomatisch erkrankten Patienten und ob ein Zusammenhang besteht zu einer korrekten oder nicht erfolgreichen Diagnostik. Von Interesse sind auch mögliche Hinweise zur Regulation gefühlsbezogener Interaktion und wo bei weiterer Qualifizierung und dem Training von Hausärzten in Gesprächsführung vor allem Lücken in ihrer kommunikativen Kompetenz geschlossen werden müssten.

7.2. Zur verwendeten Methodik - Variablen und Untersuchungsinstrumente

7.2.1. Verwendete Untersuchungskriterien

Zur Analyse der Sprechstundenkommunikation wird in der vorliegenden Arbeit eine Kombination aus in der Literatur beschriebenen und z.T. auch häufig empirisch untersuchten Untersuchungskategorien sowie neuen Kriterien verwendet.

Auf der Basis des grundsätzlichen Konzepts, dass Interaktion ein dyadischer Prozess mit wechselseitiger Regulation ist, werden hier folgende in der Literatur diskutierte, zuvor untersuchte Kriterien verwendet:

- eine Unterscheidung in sachliche und gefühlsbezogene Sprechstundeninteraktion
- das Vorkommen gefühlsbezogener Interaktion in bestimmten Phasen bzw. Abschnitten des Gesprächs
- eine Unterscheidung in direkte, explizit geäußerte vs. indirekte, angedeutete emotionale Botschaften unter Einbezug paraverbalen Signale
- eine Differenzierung in den Initiator gefühlsbezogener Interaktion: zum einen den Patienten durch kommunikative Angebote an den Behandler, zum anderen den Arzt durch Nachfragen an den Patient
- das Ausmaß ärztlicher Empathie auf vom Patienten kommunizierte Gefühlsaspekte.

Andere, darüber hinausgehende Strategien, die sich für die Untersuchung der hier formulierten Fragestellungen eignen könnten, konnten von der Verfasserin in der Literatur bzw. verfügbaren empirischen Arbeiten nicht gefunden werden. Hier werden vergleichbare Herangehensweisen und Operationalisierungen an die Fragestellungen angepasst bzw. auch neu entwickelt.

Hierzu zählen:

- die Häufigkeit einzelner ausgedrückter Gefühle bzw. Emotionsfacetten, somit die Intensität bzw. „Dichte“ dieses kommunikativen Angebots von Seiten des Patienten aber auch des Arztes
- das Kriterium der Direktheit von Gefühlsbotschaften -explizit ausgedrückte vs. angedeutete emotionale Qualität- bezogen auf die Häufigkeit im jeweiligen untersuchten Abschnitt sowie auch auf die darin einzelnen darin ausgedrückten Emotionen bzw. Gefühlsfacetten
- die Kategorie zur Initiierung gefühlsbezogener Interaktion durch Ärzte, in der sie von ihren eigenen Emotionen als interaktives Angebot sprechen

- die detaillierte Untersuchung auch der Reaktionen von Ärzten und Patienten im Hinblick auf den Anteil sachlicher und symmetrisch ebenfalls gefühlsbezogener Reaktionen sowie die emotionale Direktheit (Grundqualität) dieser Reaktionen
- die Erfassung ärztlicher Empathie in der Sprechstunde anhand der Skala nach Carkhuff als Reaktion auf gefühlsbezogene Angebote der Patienten
- die Untersuchung aller dieser Variablen auch in Bezug auf die drei unterschiedlichen Patientenstichproben.

7.2.2. Rating durch Band- und Transkriptanalysen

Die in der vorliegenden Arbeit verwendete Methodik zur Untersuchung der Kommunikation wurde im Theorie- und im Methodenteil bereits kritisch beleuchtet.

Datenerfassung durch indirekte, nicht teilnehmende Beobachtung des Sprechstundengeschehens anhand einer Analyse von Audiomaterialien, die auch den Einbezug paraverbalen Signale ermöglicht, wird allgemein als ein gültiges Verfahren beurteilt, bei dem eine zufriedenstellende Erfassung bzw. Rekonstruktion interaktionellen und auch emotionalen Gehaltes erzielt werden kann. Eine Bandanalyse durch Rater kann objektive, zuverlässige und valide Ergebnisse erbringen (Davenport et al. 1987, Maguire et al. 1996, vgl. Kap 5.3.3.). Diese Herangehensweise wird hier durch die Möglichkeit, auf Transkriptionen zurückzugreifen, unterstützt.

Dabei konnten in der vorliegenden Arbeit im Datenerhebungsprozess die getroffenen methodischen Unterscheidungen in sachliche und gefühlsbezogene Interaktion sowie in die Initiierung der Interaktion durch Patient oder Arzt durch direkte, explizit geäußerte und indirekte, angedeutete emotionale Botschaften sowie die Erfassung der einzeln ausgedrückter Gefühlsfacetten sowie des Kriteriums ärztlicher Empathie nach den verwendeten Operationalisierungen im Ratingprozess gut angewendet werden. Bei seltener auftretenden Zuordnungsproblemen boten die Audiobänder die Möglichkeit, die Interaktionssequenz mehrfach abhören.

Die untersuchten Kriterien werden anhand einer Expertenanalyse von trainierten und erfahrenen Psychotherapeutinnen beurteilt, die sowohl in der Analyse von Tonbandgesprächen als auch von Transkripten erfahren sind sowie auch in der Anwendung des verwendeten Empathie-Messinstruments. Die Zuverlässigkeit wird durch ein stichprobenartiges Zweitrating und eine statistische Berechnung der Rater-Übereinstimmung überprüft, die erzielte gute Übereinstimmung kann als hinreichende Überprüfung der Zuverlässigkeit gewertet werden (Kap. 5.2.2.).

Die hier grundsätzlich gewählte methodische Herangehensweise, Häufigkeiten des Auftretens von einzelnen Kriterien zu erfassen, führt im Resultat zu Summenprofilen. Die Schwächen einer solchen Vorgehensweise -ohne spezielle Berücksichtigung oder Gewichtung des Inhalts, die sich dann auch im Gesamtergebnis niederschlägt, wie etwa bei kategorialen Systemen- wurden bereits im Theorieteil diskutiert. Es sind hier z.B. keine Aussagen möglich etwa über die jeweilige inhaltliche Bedeutung spezieller gefühlsbezogener Sequenzen, wie z.B. Fragestrategien des Arztes, die zu mehr Öffnung beim Patienten führen, oder etwa wiederholt im Gespräch dieselbe Thematik andeutende Patienten bzw. auch den sequenziellen inhaltlichen Ablauf eines ganzen Gesprächs (vgl. Inui und Carter 1985).

Als weitere Schwäche kann auch der variabel setzbare Beginn der gemessenen dyadischen Sequenzen diskutiert werden, die jedoch in der vorliegenden Arbeit durch eine genaue Operationalisierung in der Praxis des Ratings kaum zu Unschärfen führte.

7.2.3. Erfassung von Empathie

Da in der Literatur kein bewährtes, spezifisches Instrument zur Messung von Empathie in der Beziehung zwischen Patient und Arzt eruiert werden konnte, wird auf eine der klassischen Empathieskalen zurückgegriffen (vgl. Kap. 3.3.4.2.).

Die Carkhuff-Skala zur Erfassung des Ausmaßes bzw. der Tiefe an Empathie erscheint jedoch auch gut für die Fragestellung geeignet, weil sie für alle Arten interpersoneller Kommunikation in der Spannbreite zwischen Alltagsgespräch und psychotherapeutischen Kontakten konzipiert ist. Sie hat eine Variabilität der Beurteilungsfähigkeit, bei der davon auszugehen ist, dass Sprechstundengespräche darin gut angesiedelt sind.

Zudem differenziert die Skala gut zwischen geringen Ausprägungen an Einfühlsamkeit z.B. durch reduzierende, versachlichende, vom Thema ablenkende oder abwertende Bemerkungen und solchen, die die ausgedrückte Affektstärke aufnehmen und Empathie im engeren Sinne ausdrücken (sei es durch verbale oder paraverbale Reaktionen bzw. eine Kombination daraus). Zudem beinhaltet sie weiterführende Ausprägungen an Einfühlsamkeit, die eine Vertiefung der emotionalen Thematik zur Folge haben.

Wie in Kap. 3.3.4. diskutiert, messen verschiedene Instrumente zur Erfassung der Empathie jeweils eigene, spezifische Konstrukte und korrelieren oft nur mäßig miteinander. Somit ist kritisch anzumerken, dass die hier gemessene Empathieausprägung im Hinblick auf das Kriterium der Validität nicht unbedingt mit den Resultaten anderer Instrumente zu vergleichen ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei einer

Untersuchung der hier untersuchten Stichprobe mit einem oder mehreren anderen Verfahren zur Erfassung der Empathie durchaus unterschiedliche Ergebnisse erzielt würden.

Würde man das Ausmaß ärztlicher Empathie dieser Stichprobe z.B. nur anhand explizit verbalisierter Gefühle -etwa nach Wortlisten wie der von Kemmler et al. (1991) oder Schmidt-Atzert (1983)- untersuchen, würde der erhobene Empathiegrad nach Einschätzung der Verfasserin hier gewiss noch deutlich niedriger ausfallen.

Die Einschätzung einfühlsamer Arztreaktionen und Bewertungen entsprechend den Empathiestufen 3 und 4 (somit der empathischen Grundstufe und vertiefter Empathie) wird von den Raterinnen in der vorliegenden Arbeit häufig auch aufgrund der Stimmqualität bzw. des Tonfalls und anderer paraverbaler Signale vorgenommen (z.B. bei einem akzeptierenden und warmen „Oh je...“ etc.). Nur in einem Teil der Fälle verbalisiert und benennt der Arzt „klassisch“ die vom Patienten ausgedrückte Emotion - „naming or labeling the emotion“ im Sinn von Smith und Hoppe (1991, vgl. Rogers 1959, 1961). Auch hier würde ein die paraverbale Ebene nicht einschließendes Messinstrument zu einer niedrigeren Empathiestufe führen, im Fall der vorliegenden Stichprobe z.B. schon bei einer Analyse nur der Transkripte ohne die Audiobänder.

7.3. Diskussion der Befunde

7.3.1. Interaktionsgestaltung bei korrekt identifizierten psychisch erkrankten Patienten und ihren Ärzten

Das zentrale Ergebnis der Studie sind die deutlichen Unterschiede im interaktiven Geschehen, die sich zwischen Ärzten und der von ihnen korrekt erkannten psychisch bzw. psychosomatisch erkrankten Patientengruppe I zeigen.

In den insgesamt umfangreicheren Konsultationen wird weniger über Sachliches und zugleich umfangreicher über Emotionales gesprochen. Es findet hier somit eine Verschiebung zugunsten gefühlsbezogener Interaktion statt. Daran haben die Patienten den größten Anteil, aber auch die Ärzte verhalten sich in einigen Kriterien in dieser Gruppe anders.

Bei Sichtung der Daten bzw. Signifikanzen und der Verteilung der Häufigkeiten fällt die Gruppe I fast ausnahmslos gegenüber beiden anderen Vergleichsgruppen heraus.

In den meisten der untersuchten Variablen ist es so, als ob die Interaktion der korrekt erkannten Gruppe einer heterogenen anderen Gruppe gegenübergestellt wird und nicht zwei durchaus sehr unterschiedlichen Vergleichsgruppen:

- ebenfalls psychisch erkrankten Patienten (die sich in Art und Ausprägung ihrer psychischen Störung sowie sonstigen demographischen Daten nicht von der Gruppe I unterscheiden)
- sowie die zwar somatisch erkrankten, jedoch psychisch/ psychosomatisch gesunden Patienten.

Das Ausmaß der gefundenen Unterschiede übersteigt die Erwartungen, die man aus der Literatur bzw. anderen Studien ableiten kann.

Signifikante Unterschiede zeigen sich vor allem bei den zentralen Kriterien bzw. Fragenstellungen, weniger bei hier auch erhobenen ins Detail gehenden Merkmalen. Von den auf überzufällige Unterschiede zwischen den Gruppen geprüften Kriterien sind insgesamt 22 signifikant -davon 15 hochsignifikant mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 1 ‰ ($p < 0,000$).

Der umfangreichere emotionale Austausch in der Gruppe I findet in insgesamt zwei- bis dreimal so zahlreichen gefühlsbezogenen Gesprächsabschnitten wie in den Gruppen II und III statt. Die Patienten sind hier in mehreren Kriterien aktiver als die

Vergleichspatienten: sie initiieren deutlich häufiger gefühlsbezogene Interaktionen, in denen sie zahlreiche einzelne Emotionen bzw. Gefühlsfacetten ansprechen (3/4 der insgesamt in der Gesamtstichprobe vorkommenden), die sie zudem auch häufiger explizit ausdrücken und darüber hinaus durch eine hohe Anzahl von Andeutungen auf emotionale Inhalte „anreichern“.

Somit machen psychisch Erkrankte und korrekt identifizierte Patienten dem Arzt ein viel klareres kommunikatives Angebot als die Gruppen II und III: sie machen stärker darauf aufmerksam, dass sie emotionale Themen haben und darüber auch mit ihrem Behandler ins Gespräch kommen wollen.

Die Ärzte ihrerseits reagieren auf dieses Angebot in der korrekt erkannten Gruppe signifikant seltener sachlich sondern häufiger symmetrisch ebenfalls gefühlsbezogen und auch direkter.

Dieses Ergebnis eines unterschiedlichen Ablaufs der Konsultationen innerhalb der Gruppe, die die Ärzte zutreffend als „Fälle“ psychischer/ psychosomatischer Erkrankung identifizieren, entspricht -zunächst einmal- Befunden in der Literatur über den Zusammenhang zeitlicher Parameter, d.h. längeren Konsultationen bei guter Erkennungsrate von Ärzten (z.B. Goldberg et al. 1982, 1993, Verhaak 1986, Davenport 1987, Kruse 2003, Kap. 3.4.5.).

Denn wenn erst wenn Patienten über emotionale Themen und auch psychische Beschwerden überhaupt sprechen, haben Ärzte die Möglichkeit zur Diagnostik.

Die bessere Identifikation bei größerer Konsultationslänge ist selbstverständlich kein rein temporales Phänomen sondern -wie auch erneut durch die Resultate der vorliegenden Arbeit bestätigt wird- vor allem eine Frage eines veränderten interaktiven Ablaufes mit vermehrt angesprochenen emotionalen Inhalten.

Hier stellt sich die Frage nach den Ursachen bzw. steuernden Elemente einer solchen -in der hausärztlichen Praxis sicherlich wünschenswerten- Entwicklung der Interaktion.

Die Befunde verschiedener Autoren, dass dieser Regulationsprozess vor allem auch durch ein stärkeres Nachfragen und Sondieren der Ärzte gesteuert wird (z.B. Goldberg et al. 1993, Verhaak 1986, vgl. Kruse 2003) können in der vorliegenden Arbeit anhand der Kategorie „Arzt initiiert durch gefühlsbezogenes Nachfragen an die Patienten“ nicht bzw. nur sehr eingeschränkt bestätigt werden. Ärzte sind in der identifizierten Gruppe I in ihren Nachfragen nur wenig (nicht signifikant) aktiver und direkter.

Auch in den Untersuchungskriterien „Ärzte initiieren, indem sie gefühlsbezogen von sich sprechen“, zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. 7.3.3.), so dass man annehmen kann, dass auch dieses Element wenn, dann nur in geringem Ausmaß zur veränderten Kommunikation beiträgt -denkbar etwa im Sinne eines Modellverhaltens der Ärzte.

Die Ergebnisse zu diesen beiden Arztkategorien stimmen auch mit dem Eindruck der Raterinnen überein, dass gefühlsbezogene Äußerungen der Ärzte von sich häufig eher beiläufige Kommentare sind, wie z.B. „die Blutdruckwerte gefallen mir aber nicht“. Es fielen (unabhängig den Fragestellungen im engeren Sinne) auch keine nachforschenden und speziell sondierenden Fragen zu Beginn auf, die einen bemerkenswerten Effekt auf die weitere Ausbreitung emotionaler Inhalte hatten.

Den entscheidenden Unterschied in der Interaktionsgestaltung machen die stärker initiativen Patienten, die durch deutlicheres Ansprechen der eigenen Gefühle auf ihre Anliegen aufmerksam machen -sowie die darauf reziprok folgenden häufigeren gefühlsbezogenen Reaktion der Ärzte.

Zur Frage nach Ursachen für diese hohe Aktivität der Patienten bzw. steuernden Elementen für diese Entwicklung im Dialog ist zum einen anzunehmen, dass die antwortenden, häufiger symmetrisch gefühlsbezogenen Signale der Ärzte die Patienten der Gruppe I in ihrem Öffnungsprozess bestätigen, ihnen Aufmerksamkeit und Interesse an emotionalen Inhalten signalisieren und sie so dazu bewegen, sich vermehrt zu Gefühlen und somit auch psychischen Belastungen zu äußern.

Der Arzt erhält so in der Folge mehr Einblicke in die Empfindungen des Patienten, bezieht sich mehr darauf (auch para- und nonverbal), das Gespräch wird umfangreicher und er erkennt in diesem Prozess, dass psychische Probleme bzw. Erkrankungen vorliegen.

Eine andere Möglichkeit der Interpretation ist jedoch auch, dass sich die Patienten der Gruppe I möglicherweise über einen solchen interaktiven Regulationsprozess, der ein „Hochschaukeln“ auf ein bestimmtes Level gefühlsbezogenen Austausches zur Folge hat, sich auch in bestimmten Merkmalen kommunikativer Fähigkeit von den anderen Gruppen unterscheiden könnten.

„Erkannte Patienten“ könnten in diesem Sinne „Erkennbare Patienten“ sein und möglicherweise in der Lage sein -unabhängig von der unmittelbaren Bestätigung und Ermutigung des Arztes- mehr und direktere Signale zu senden und somit stark selbst zum Erkennen und der korrekten Diagnose der Ärzte beitragen. (Diese angenommene

Eigenschaft würde dann selbstverständlich durch die Bestätigungen des Arztes noch weiter verstärkt.)

Einige Resultate der vorliegenden Arbeit können als Hinweis auf eine solche Annahme interpretiert werden: auf der Basis der zwei- bis dreimal so häufig initiierten gefühlsbezogene Interaktion dieser Gruppe mit einer zwei bis drei mal höheren Dichte von einzelnen Gefühlen bzw. Facetten mit deutlich mehr Direktheit, kann spekuliert werden, dass diese Patienten möglicherweise die Fähigkeit haben, stärker die Initiative zu ergreifen, offener und direkter von sich sprechen können, sich zudem auch differenzierter artikulieren können (die höhere Dichte einzelner kommunizierter Gefühle bzw. Facetten in den Abschnitten kann so interpretiert werden).

Sie antworten auf Gefühlsnachfragen ihrer Ärzte signifikant häufiger mit einer direkten Grundqualität, zudem lassen sie sich auch von den insgesamt häufigen sachlichen Reaktionen der Ärzte (auch in Gruppe I immerhin noch in knapp 40 %), sowie auch dem nur mäßig einfühlsamen Verhalten ihrer Behandler, nicht abschrecken, im Verlauf der Konsultation weiter von ihren Empfindungen zu sprechen.

Auf der anderen Seite ist es sicher auch möglich, dass Patienten, die mehr und expliziter von sich sprechen und somit in der Folge vom Arzt diagnostiziert werden können, noch bevor sie beginnen, sich mehr zu offenbaren- vom Seiten des Arztes ermunternde paraverbale oder nonverbale Signale erhalten. Denkbar wären hier z.B. Kopfnicken, Lächeln, die Synchronisation von Bewegungen oder andere vertrauenserweckende kommunikative soziale Signale des Behandlers, die zur Folge haben, dass die Patienten sich atmosphärisch wohler und somit auch sicherer fühlen und eingeladen mit ihren psychischen Themen.

Zu den in der Literatur in diesem Zusammenhang diskutierten ermunternden, frühen verbalen ärztliche Signale, wie sondierende ggf. direktive Fragen (Goldberg et al. 1993, Whewell et al. 1988), den sog. „leading questions“ (Arborelius und Österberg 1995) kann hier nicht eindeutig Stellung genommen werden, da eine Differenzierung nach Inhalt und Art der Fragen in der vorliegenden Arbeit nicht Gegenstand der Untersuchung gewesen ist. Allerdings ist -wie bereits kurz erwähnt- den Raterinnen beim Abhören der Bänder diesbezüglich auch nichts aufgefallen. Insgesamt fragen die hier untersuchten Ärzte auffallend selten einladend und „locken“ Patienten wenig heraus.

Zur Fragestellung nach den steuernden Mechanismen einer sich vermehrt gefühlsbezogenen Themen zuwendenden Interaktion ist selbstverständlich auch eine

Mischung der hier diskutierten Faktoren von Seiten der Patienten und Ärzte möglich oder auch ein sehr feinschrittiger Prozess des Hochregulierens auf ein bestimmtes affektiv getöntes Niveau. Hier wäre es dann im Forschungsprozess für Beobachter nicht leicht, klare, steuernde Auslöser im Sinne von interaktiven „Signalhandlungen“ zu finden oder gar strukturelle Merkmale wie z.B. die hier spekulativ angenommenen Eigenschaften wie größere Offenheit und Verbalisierungsfähigkeit der erkannten Patientengruppe.

7.3.2. Zur ärztlichen Einfühlsamkeit

Als weiterer Hauptbefund der Arbeit fällt zum untersuchten Kriterium ärztlicher Empathie die -vom Durchschnittswert her- insgesamt recht gering ausgeprägte Einfühlsamkeit auf. Sie wird auch in der Literatur wiederholt angesprochen und beklagt, dort jedoch mit anderen Instrumenten gemessen (Kap. 3.3.4.).

Ein Drittel einfühlsamer Äußerungen (Empathiestufen 3 und 4) stehen in dieser Arbeit zwei Dritteln wenig oder ausgesprochen uneinfühlsamen Reaktionen (Stufen 2 und 1) gegenüber.

Ein Gesprächsstil, der im Schnitt eine Empathie zwischen 2 und 3 aufweist, bedeutet: der Behandler nimmt schon zur Kenntnis, dass hier über innere Zustände gesprochen wird, stellt aber nicht, wie es auf Stufe 3 der Fall wäre, das Erleben des Patienten so in den Mittelpunkt (zumindest für einige Momente), dass dieser das Empfinden hat, verstanden worden zu sein - er hat dies höchstens partiell.

Es wird also in der Mehrzahl der Fälle vom Hausarzt reduziert, versachlicht, bewertet, übergangen, auf andere Inhalte gelenkt. Die kommunikative Botschaft an die Patienten, die hier entsteht ist: die Entfaltung von Gefühlen (wenn auch nur für einen kurzen Moment oder wenige Minuten) ist hier in meiner der Sprechstunde nicht wirklich erwünscht und willkommen.

Dies korrespondiert auch mit den Befunden von Kruse (2003) im Düsseldorfer Hausarztprojekt, der mit dem SASB in ca. 12 % dieser Konsultationen herabsetzende Bemerkungen der Ärzte beschreibt sowie auch mit dem Eindruck der Raterinnen, dass die Patienten dieser Stichprobe selten zufrieden wirken, nachdem sie etwas emotionales von sich angesprochen haben, wie dies z.B. Branch und Malik (1993) in ihrem „Modell empathischer Interaktion“ darstellen. Hier wird anhand von Konsultationen erfahrener Ärzte aufgezeigt, dass -auch bei durchaus verschiedenen persönlichen Stilen der Ärzte- ein zeitökonomischer und Patienten zufriedenstellender Einsatz von Empathie in der Sprechstunde durchaus möglich ist.

Eine Diskrepanz zur in der Literatur immer wieder betonten hohen Bedeutung von Empathie in der ärztlichen Sprechstunde fällt auch in der Stichprobe Düsseldorfer Hausärzte auf. Einfühlsamkeit als eine der drei Hauptaufgaben der Primärversorgung (Epstein et al. 1993, Gianakos 1996, vgl. Kap. 3.2.1.1.) wird insgesamt nicht gut erfüllt.

Zusammenfassend kann hier im Hinblick auf eine sicherlich notwendige Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der Ärzte- der Schluss gezogen werden, dass die Chance, Gefühlsangebote der Patienten als ein „Fenster der Gelegenheit“ für eine mögliche empathische Interaktion zu nutzen, unzureichend ergriffen wird, obwohl bei den zahlreichen direkten und indirekten Angeboten der Patienten genug Möglichkeiten zum Einstieg in gefühlsbezogenen Austausch als „Vorlagen“ vorhanden sind. Und bei Empathie, die vom Empfänger geföhlt werden muss, um zu wirken, zählen -um hier einen Vergleich aus dem Sport heranzuziehen- nicht die Vorlagen, sondern wie beim Fußball, ob „der Ball dann auch im Netz landet“.

Ein dritter Hauptbefund -entgegen den Erwartungen, die aus der Literatur gebildet werden können- ist das Fehlen von Gruppenunterschieden bezüglich der ärztlichen Empathie.

Der von verschiedenen Autoren, wie Cape (1966), Marks et al. (1979) Verhaak (1986) sowie Goldberg et al. (1993 vgl. Kap 3.4.5.) beschriebene Zusammenhang einer höheren ärztlichen Empathie im Zusammenhang mit einer genaueren Diagnose bzw. Identifikation psychischer Erkrankung kann durch die vorliegenden die Befunde nicht bestätigt werden, in allen drei Gruppen liegen vergleichbare Empathiestufen vor.

Auch angesichts des vermehrten Gewichts auf gefühlsbezogene Inhalte und den häufigeren gefühlsbezogenen Reaktionen der Ärzte in der Gruppe I wäre zu erwarten, dass Behandler hier auch eine höhere Empathie zeigen.

Es liegt zwar eine signifikant größere Häufigkeit von gerateten Arztreaktionen im Hinblick auf Empathie in der Gruppe I vor, sie ist jedoch entsprechend den Definitionen der Arbeit- zunächst einmal nur eine Folge der vermehrten Patientenangebote. Eine höhere Empathiestufe würde sich nach dem hier verwendeten Ansatz nicht durch die Anzahl der Reaktionen zeigen, sondern durch eine andere Stufe auf der Skala.

Man kann schlussfolgern, dass im Hinblick auf eine gute Gesprächsführung untrainierte Hausärzte (und um die handelt es sich ja in dieser Stichprobe) nur ein gewisses Level an Empathie entfalten können, unabhängig davon, wie oft das dann jeweils im Gespräch

passiert sowie auch, dass die Häufigkeit (ggf. einfühlsamen) Eingehens auf den Patienten stark von der Anzahl seiner gefühlsbezogenen Angebote abhängt.

Für den grundsätzlich geringen Stellenwert der Empathie im Gesprächsverlauf sind vielfältige Gründe denkbar, die sich sicher auch addieren können.

Zum einen kann ein zu geringer Kenntnisstand bzw. ein mangelndes Bewusstsein der Ärzte angenommen werden, dass die Qualität primärärztlicher Betreuung mit zufriedenen Patienten, die eine gute Compliance zeigen und zudem auch wenig zu anderen Ärzten wechseln, auch mit bedeutsamen Rolle von ausgedrückter Einfühlung zu tun hat. Hausärzte senden so zu wenige Signale an Patienten, dass ihre kommunizierten Gefühle „angekommen“ sind sowie auch ggf. verstehbar und gerechtfertigt, und dass sie auch damit -nicht nur den somatischen Aspekten- in der Sprechstunde angenommen werden.

Weitere Ursachen sind eher auf der „technischen“ Ebene angesiedelt wie etwa nicht genug ausgebildete „Gesprächsmethoden“, ein vorhandenes Verständnis auch adäquat (und durchaus auch zeitökonomisch) zum Ausdruck zu bringen. Diese Ursache wäre - wie verschiedene Studien ja eindeutig zeigen (z.B. Koerfer et al. 2005, vgl. Kap 3.2.1.7.) durch ein zeitlich begrenztes Training bei entsprechend motivierten Ärzten relativ rasch zu verändern.

Darüber hinaus kann angenommen werden, dass eingeschränkte Empathie auch Ausdruck eines regelhaft auftretenden „die Kontrolle in der Hand haltenden“ hausärztlichen Stils ist, der auch ja nach den Befunden des Forschungsprojektes zur Qualitätssicherung in der Grundversorgung (Kruse 2003) auch in der untersuchten Stichprobe dominiert.

(Haus-) Ärzte tun sich schwer damit, die Kontrolle in einer Weise abzugeben, in der sie sich von Affekten des Gegenübers berühren, „anstecken“ lassen (Körner 1998, Rogers 1976, 1977).

Dies würde ggf. vielfältige eigene Reaktionen zu Folge haben, in Form von inhaltlichen und emotionalen „Stellungnahmen“ bzw. auch Gegenübertragungsphänomen in der Spannbreite zwischen: sich identifizieren, nachempfinden, berührt sein, sympathisieren vs. ablehnen, sich zurückziehen, sich ärgern, empören, bewerten (und viele Möglichkeiten mehr).

Solche oder ähnliche Reaktionen wären zusätzliche Geschehnisse auf der „inneren Bühne“ der Hausärzte, die die ohnehin große Komplexität ihrer Aufgaben in der primärärztlichen Versorgung noch erhöht. Es ist hier zu vermuten, dass ein -in der Regel wohl unbewusstes- Vermeiden derartiger Situationen eine Schutzfunktion ist, um nicht den

fachlichen Überblick und somit auch die Kontrolle über die Situation zu verlieren. Eine schwache bzw. eingeschränkte Empathie wäre in diesem Sinne die Folge einer die Fülle an Wahrnehmungen selektierenden Abwehr.

Diese auf der psychologischen bzw. psychodynamischen Ebene angesiedelten Aspekte sind gravierender und auch deutlich schwieriger zu verändern als die Gesprächsführung im engeren Sinne. Psychotherapeutisch tätige sowie auch engagierte Hausärzte, die eine Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung erworben haben wissen, dass eine stabile Routine im (inhaltlich korrekten) Mitfühlen und Distanzieren zugleich, ohne eigene Themen mit hinein zu mischen und das Finden adäquater Äußerungen, die beim Gegenüber den gewünschten Effekt haben, ein gutes Training erfordert und ausreichend Selbsterfahrung. Ferner ist nach Möglichkeit auch eine stetige Supervision optimal.

Dies setzt beim jetzigen Stand der Ausbildung von Ärzten der Primärversorgung, in der es auf persönlichem Interesse beruht, ob man derartige Fortbildungen mit einbezieht oder nicht, ein ausdrückliches Engagement und Offenheit der Ärzte gegenüber Neuem voraus. Stark rational, faktenorientierte Mediziner, die Bedeutung des Beziehungsaspektes und affektiver Faktoren vernachlässigen oder ausblenden, kommen im Berufsalltag nicht unbedingt in eine Situation, in der sie auch durch persönliche Erfahrungen spüren und einsehen können, wie zentral eine auf die Bedürfnisse des Patienten orientierte Gesprächsführung ist - außer vielleicht, wenn sie selbst bei einer ernsteren Erkrankung in der Patientenrolle erleben, dass es ihnen nicht gut tut, wie mit ihnen umgegangen wird.

7.3.3. Diskussion der Untersuchungsvariablen und weiterer

Befunde

Über diese Hauptergebnisse hinaus werden in der vorliegenden Arbeit verschiedene in der Literatur zur Analyse der Sprechstundenkommunikation häufig beschriebene Befunde bestätigt. Darauf soll im Folgenden kurz Bezug genommen werden sowie auch auf einige interessante Nebenfunde.

- *sachliche und gefühlsbezogene Interaktion in der Sprechstunde*

Das in dieser Arbeit gefundene grundsätzliche Überwiegen sachlicher Sprechstundeninteraktion in Unterscheidung zu gefühlsbezogenem Austausch entspricht den regelhaften Befunden in der Literatur, wenn auch die dort von verschiedenen Autoren benannten prozentualen Anteile variieren -auch mitbedingt durch die jeweiligen gemessenen Konzepte und Operationalisierungen der Variablen.

Nach der hier verwendeten Operationalisierung sind etwa ein Fünftel (22 %) aller Äußerungen zu einem Teil oder ausschließlich auf Gefühle bezogen. Cape (1996) z.B. beschreibt in seiner Untersuchung, dass es in rund 11 % der Äußerungen um Gefühle und Emotionen des Patienten geht, ca. 6 % der Konsultationen hatten dort keinen psychologischen Inhalt. Dem stehen hier gefundene Werte 3,3 % rein sachlichen Gesprächen vergleichbar gegenüber. Arborelius und Österberg (1995) beschreiben in ihrer Untersuchung -jedoch beschränkt auf psychosoziale Themen- ein Vorkommen in 43 % der Konsultationen, in 47 % drückten Patienten ein sie bewegendes gefühlsbezogenes Anliegen aus.

Gefühlsbezogener Austausch hat somit den geringeren Anteil am Sprechstundengespräch, ist aber eben doch in den meisten Gesprächen klar existent.

- *Das Vorkommen gefühlsbezogener Interaktion in Abschnitten*

Wie im Theorieteil diskutiert, beschreiben verschiedene Autoren das Vorkommen gefühlsbezogener Interaktion in Abschnitten, die in sachlichen Austausch -„medical talk“- eingebettet sind (Suchman et al. 1997, Branch und Malik 1993). Arborelius und Österberg (1995) sprechen hier von „scattered sequences“, die über das Gespräch verteilt vorkommen.

Da sehr heterogene Messmethoden vorliegen, sind die quantitativen Resultate kaum vergleichbar, das Vorkommen einiger Phasen in den meisten Gesprächen wird jedoch hier bestätigt. Branch und Malik (1993) z.B. finden solche Abschnitte, von ihnen „Fenster der Gelegenheit“ genannt in einem Viertel der Gespräche. Der in dieser Arbeit erhobene Wert von im Schnitt 5,2 Abschnitten pro Gespräch ist sehr viel höher, bezieht sich jedoch auch nicht nur auf inhaltlich besondere Momente wie bei Branch und Malik, in denen Patienten mit ihren zentralen Anliegen „herauskommen“, sondern auf alle Arten emotionaler Signale.

- *Direkte, explizit geäußerte vs. indirekte, angedeutete emotionale Botschaften*

In der Literatur wird eine Differenzierung zwischen direkt kommunizierten und nur angedeuteten Gefühlen wiederholt diskutiert (Ong et al. 1995, vgl. Kap. 3.4.4.). Suchman et al. (1997) erörtern, dass Patienten Emotionen im Sprechstundengespräch statt einer direkten Verbalisierung deutlich häufiger Hinweise kommunizieren, die vom Arzt erschlossen werden müssen. Auch z.B. Henbest und Stewart (1989) legen in Ihrem Kategoriensystem ein besonderes Gewicht auf Andeutungen. Bridges und Goldberg (1985) sowie Levinson et al. (2000) untersuchen, wie häufig Patienten gefühlsbezogene

Hinweise an ihre Ärzte geben, die sie u.a. auch als Gelegenheit zu empathischem Kontakt für die Behandler diskutieren.

Alle Autoren beschreiben in ihren Resultaten durchgängig das häufigere Vorkommen von nur angedeuteten emotionalen Mitteilungen in der ärztlichen Sprechstunde. Dem entsprechen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie: die Mehrzahl der initiiierenden Gesprächsabschnitte sind indirekt, ebenso auch die einzelnen darin geäußerten Gefühle bzw. Gefühlsfacetten. Das Verhältnis angedeuteter Botschaften zu direkt geäußerten Gefühlen beträgt gerundet etwa 2/3 zu 1/3.

Diese Befunde unterstreichen noch einmal die bereits diskutierte große Bedeutung, dass Ärzte in der Lage sein sollten, emotionale Signale in Form von Andeutungen zu entschlüsseln (vgl. auch Maguire et al. 1996, 2002, Bensing und Sluijs 1985).

Die in diesem Zusammenhang besondere Rolle paraverbaler Hinweise auf emotionale Themen wird von verschiedenen Autoren betont (Suchman et al. 1997, Lane und Lane 1982, Henbest und Stewart 1989, Harrigan et al. 1989; Kap. 3.4.4.).

In Übereinstimmung mit diesen Befunden fußen -wie bereits erwähnt- auch in der vorliegenden Arbeit zahlreiche Ratings auf paraverbalen Elementen. Ohne die Art und Weise des Sprechens, wie z.B. Betonungen, Sprachtempo und -melodie, Schweigen etc. ohne wären die Befunde zum gefühlsbezogenen Austausch deutlich „magerer“ ausgefallen.

• *Die Initiierung gefühlsbezogener Interaktion durch den Patienten oder Arzt*

In der Literatur wird immer wieder unterschieden in vom Patient spontan geäußerte emotionale Inhalte und den aktiv vom Arzt erfragten (Henbest & Stewart 1989, Bensing 1991, Verhaak 1988, Ong et al. 1995). Arborelius und Österberg (1995) z.B. sprechen hier von einer spontanen Empfänglichkeit des Arztes für Bemerkungen des Patienten einerseits und seine eigenen speziellen, ermutigenden, einladenden Fragen (Kap. 3.4.2.).

Patienten beginnen -entsprechend den hier verwendeten Erhebungskriterien- mehr als doppelt so oft wie Ärzte einen gefühlsbezogenen Austausch, beide Arztkategorien zur Initiierung mit einbezogen. Andere Untersuchungen, in denen entsprechende Kategorien mit vergleichbaren quantitativen Daten beschrieben werden, können zum Vergleich nicht herangezogen werden.

Unabhängig von den beschriebenen Gruppenunterschieden bei emotionalen Patientenangeboten an den Arzt kann aus ihrer großen Anzahl die Schlussfolgerung

bezogen werden, dass Patienten mit ihrem Arzt über Emotionen reden wollen. Sie geben häufig „Vorlagen“, die dieser aufgreifen, vertiefen oder ignorieren kann.

Patienten initiieren zwar die meisten gefühlsbezogenen Interaktionen, die Ärzte sind jedoch auch aktiv durch Nachfragen: in knapp einem Viertel aller Abschnitte -im Schnitt ein Mal pro Konsultation- beginnen sie mit Nachfragen an ihre Patienten gefühlsbezogenen Austausch.

In diesen Gesprächspassagen äußern sie im Schnitt 1,6 einzelne Gefühle oder Gefühlsfacetten. Dies sind pro Gespräch zwar nur knapp ein Drittel so viele wie die von den Patienten angesprochenen, es fällt jedoch die mit fast 50 % nicht unerhebliche direkte Qualität dieser Arztabschnitte auf. Ferner werden auch rund 40 % der darin einzeln ausgedrückten einzelnen Gefühle oder Gefühlsfacetten explizit kommuniziert.

Ärzte bieten also ihren Patienten -auch im Sinne eines Modellverhaltens- immer wieder Emotionen in der Nachfrage an, wie z.B. etwa nach der Zufriedenheit mit einer Reha-Behandlung oder der Belastung durch eine anstehende Operation.

Schlussfolgernd kann zur Kategorie von Arztnachfragen festgehalten werden, dass Ärzte durchaus explizit gefühlsbezogen sprechen können. Mögliche Gründe, dass sie es ausgeprägter in ihren Nachfragen tun als in der Reaktion auf Patientenangebote, kann mit dem bereits diskutierten Faktor zusammenhängen, dass sie hier das Heft in der Hand haben.

Im Gruppenvergleich gibt es bezüglich der Arztnachfragen keine überzufälligen Unterschiede außer einem auffallend niedrigen Anteil direkter Abschnitte in der nicht identifizierten Gruppe II, ein signifikanter Unterschied über die Gruppen.

Diese geringere Direktheit könnte auch im Zusammenhang mit den in dieser Gruppe häufigen, angedeuteten einzelnen Gefühlsfacetten in den Äußerungen der Ärzte dahingehend interpretiert werden, dass die Behandler schon vermuten könnten, dass Patienten mit psychischen Problemen vor ihnen sitzen und dass sie immer wieder „vorsichtig“, auf Abstand versuchen, emotionale Themen anzustoßen, sozusagen „antesten“, ob sich der Patient mehr offenbart, sich ein Zugang ergibt.

In eine ähnliche Richtung geht der Befund, dass sich bei den emotionalen Äußerungen der Ärzte über sich selbst die meisten dieser Abschnitte in der in der nicht erkannten Gruppe II finden - über 40 % gegenüber rund 30 % in den Gruppen I und III, allerdings ist dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Es finden sich in der Gruppe II signifikant mehr indirekte Abschnitte als in der erkannten Gruppe sowie zudem die

meisten einzeln benannten Gefühle, ebenso in der Mehrzahl indirekt. Auch dies kann als Hinweis auf mögliche ärztliche „Versuchsballons“ interpretiert werden. Diese interaktiven Signale werden jedoch offenbar nicht engagiert und klar genug durchgeführt, denn die Reaktionen der Patienten unterscheiden sich in den drei Gruppen nicht -bezogen auf den Anteil sachlicher vs. gefühlsbezogener sowie ihre Direktheit.

Führt man hier die Vermutung weiter, dass die Patienten der Gruppe I eventuell über kommunikative Fähigkeiten verfügen, die es dem Arzt erleichtern, einen Zugang zu finden, ist es z.B. auch im Hinblick auf die Patienten in der nicht identifizierten Gruppe psychisch erkrankten Gruppe denkbar, dass sich der Arzt hier in der Interaktion distanzierter und sachbezogener verhält, da ihn Signale des Patienten auf Abstand halten -z.B. eine Gereiztheit, Angespanntheit oder mögliche stärkere Verschlussenheit. In der Folge blendet der Behandler die unterschwellig oder auch bewusst wahrgenommene psychische/ psychosomatische Belastung aus und kommt nicht zu einer Identifikation der doch in erheblichen Ausmaß vorliegenden psychischen Symptome bzw. Störung.

Denkbar als weitere regulierende Faktoren, der in der erkannten und nicht erkannten psychisch erkrankten Gruppe unterschiedlich sein könnte, wären jedoch auch Aspekte wie persönliche Vertrautheit und Nähe vs. Distanz sowie auch Faktoren wie Sympathie und Antipathie.

7.4. Ausblick

Die vorliegende Arbeit bestätigt die vielfach in der Literatur diskutierte Notwendigkeit, dass Ärzte zur Verwirklichung konstruktiver Interaktion im Sprechstundenalltag mit allen Patientengruppen -und vor allem auch mit psychisch Erkrankten- ein Training bzw. spezielle Weiterbildungen benötigen. Die bereits eingangs erwähnten „Naturtalente“, die auch von sich aus ein Interesse an den Empfindungen ihres Gegenübers haben und dies auch vermitteln können, sind zu rar gesät.

Zuvor diskutierte Ursachen zum zu geringen Einbezug emotionaler Themen siedeln mögliche Gründe eher individualisiert im einzelnen Hausarzt an: der Arzt hat evtl. kein Interesse an einem solchen partnerschaftlichen Stil, er ist von der Komplexität der Aufgaben in der Sprechstunde überfordert, er hat nicht genug Training bzw. eine zu geringe Motivation für eine entsprechende Weiterbildung etc.

Sicherlich ist über individuelle Gründe hinaus dieser status quo auch eine Folge der gesamtgesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Geringschätzung dieser Thematik, die sicher auch ökonomische Faktoren hat (Kap. 3.4.7.).

Wenn man sich hier im Gedankenexperiment einen höheren Stellenwert von praxisrelevanten Schulungen zur stabilen Ausbildung guter kommunikativer Kompetenzen in sozialen, pädagogischen und medizinischen Berufen vorstellt -die bei Ärzten verbindlich in Studium und Facharztausbildung integriert ist -vergleichbar z.B. dem Training korrekter körperlicher Befunderhebung oder guter Differentialdiagnose etc.- würden die hier beschriebenen Daten zur gefühlsbezogenen Kommunikation sicherlich anders aussehen, die Ärzte zudem wohl ihre Screeningfunktion besser erfüllen.

Im Hinblick auf offene Fragen zu steuernden Elementen gefühlsbezogener Interaktion und den hier gefundenen Auffälligkeiten in der korrekt identifizierten, psychisch erkrankten Gruppe wären weitere empirische Untersuchungen notwendig, um ergänzend zur Deskription von Unterschieden mögliche Ursachen besser identifizieren zu können.

Als Resultat der Befunde der vorliegenden Arbeit könnten z.B. lohnenswerte weitere Forschungsfragen sein, die Erhebung verbaler und paraverbaler emotionaler Signale durch eine (ggf. stichprobenartige) Analyse auch nonverbaler Signale anhand von Videoaufzeichnungen zu ergänzen. Dies könnte auch Blicke, Lächeln, ermunternde Mimik und Gestik etc. als mögliche steuernde Signale (ggf. auf beiden Seiten) identifizieren.

Zudem wäre auch eine Analyse von inhaltlich bedeutsamen Passagen, etwaigen „Wendepunkten“ im sachlichen, medizinischen Gespräch hin zu konstruktivem emotionalem Austausch sinnvoll, also qualitative Betrachtungen, die Summenprofile

ganzer Konsultationen ergänzen, z.B. als inhaltsanalytische Mikroanalyse bestimmter Abschnitte. Hier könnten z.B. relevante Gefühlsangebote der Patienten oder besonders wirksame, öffnende Strategien der Ärzte sowie ihre zeitliche Ansiedelung in der Konsultation etc. deutlich werden, sowie auch, was sie im Verlauf des Gesprächs ermöglicht bzw. auslöst und welche Auswirkungen sie dann auch im weiteren Verlauf haben.

In Bezug auf die hier hypothetisch diskutierte Unterschiedlichkeit der korrekt erkannten und nicht erkannten Gruppe wären z.B. Erhebungen zu möglichen anderen kommunikativen Fähigkeiten, ev. sogar Persönlichkeitseigenschaften aufschlussreich. Ferner könnte erfasst werden, wie wohl sich Ärzte und Patienten in den jeweiligen Kontakten gefühlt haben bzw. wie zufrieden sie mit der Konsultation waren und wie sympathisch oder unsympathisch ihnen ihr Gegenüber war. Diese oder vergleichbare Faktoren könnten nicht voll bewusste bzw. ausgeblendete emotionale Reaktionen erfassen, die jedoch eine steuernde Funktion in der Interaktion haben. Sinnvoll eingesetzt wäre hier z.B. auch eine Analyse der unwillkürlichen Mimik oder etwa von Augenbewegungen als Ausdruck möglicher Irritation oder Angesprochensein in der Interaktion. Somit könnte möglicherweise ein vielschichtiges und auch aufwendiges Design resultieren.

Dies würde dann die jeweiligen Untersucher wiederum auf die grundsätzliche Problematik des Forschungsgegenstandes Kommunikation in der ärztlichen Sprechstunde zurückwerfen: wie man die Komplexität menschlicher Interaktion und ihre wechselseitige Regulation adäquat in wissenschaftlichen, messbaren Variablen beschreiben, erklären, „einfangen“ kann.

8. Literaturverzeichnis

- Adam A (2004): Ärztliche Kardinalfehler. Dtsch Arztebl 101 (18): 1068
- Alterhoff G (1983): Grundlagen klientenzentrierter Beratung. Eine Einführung für Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und andere in sozialen Berufen Tätige. Kohlhammer, Stuttgart
- Arborelius E, Österberg E (1995): How do GPs discuss subjects other than illness? Patient Educ Couns 25: 257-268
- Austin JL: Zur Theorie der Sprechakte (How to do things with Words). Reclam, Stuttgart 1972
- Avery JK (1985): Lawyers tell what turns some patients litigious. Med Malpract Rev 2: 35-37
- Badger LW, de Gruy FV, Hartman J, Plant MA, Leeper J, Anderson R, Ficken R, Gaskins S, Maxwell A, Rand E, Tietze P (1994a): Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. Psychosom Med 56: 128-135
- Badger LW, de Gruy FV, Hartman J, Plant MA, Leeper J, Tempelton B (1994b): Psychosocial interest, medical interviews, and the recognition of depression. Arch Fam Med 3: 899-907
- Bales RF (1950): Interaction Process Analysis. Addison Wesley Press, Cambridge
- Bales RF (1972): Die Interaktionsanalyse: Ein Beobachtungsverfahren zur Untersuchung kleiner Gruppen. In: König R (Hg): Beobachtung und Experiment in der Sozialforschung. Kiepenheuer und Witsch, Köln
- Balint E (1969): The possibilities of patient-centered medicine. J Roy Coll Gen Pract 17: 269-276
- Balint E, Norell JS (1975): Fünf Minuten pro Patient. Suhrkamp, Frankfurt
- Balint M (1965): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart
- Bandura A (1977): Social learning theory. Prentice-Hall, New York
- Barrett-Lennard GT (1997): The Recovery of Empathy -Toward Others and Self. In: Bohart AC, Greenberg LS (Eds.): Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy. American Psychological Association, Washington
- Barrett-Lennard GT (1962): Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. Psychol Monogr 76 (43): 1-36
- Barrett-Lennard GT (1981): The empathy cycle. J Couns Psychol 28: 91-100
- Barrett-Lennard GT (1993): The phases and focus of empathy. Br J Med Psychol 66: 3-14
- Barry CA, Bradley CP, Briten N, Stevenson FA, Barber N (2000): Patient's unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. Br med J 320: 1246-1250
- Basch MF (1983): Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. Am J Psychoanal Assoc 31: 101-26.
- Beckman HB, Frankel RM (1984): The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 101: 692-696
- Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM (1994): The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 154 (12): 1365-1370

- Beebe B, Lachmann F (1988): The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self-object representations. *Psychoanal Psychol* 8: 305-337
- Behrendt H, Reckert W (2004): Arzt-Patient-Beziehung: Kommunikation als Gradmesser für Qualität. *Dtsch Arztebl* 101 (46): 3136
- Bellet PS, Maloney MJ (1991): The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 266: 1831-1832
- Benjamin LS (1974): Structural analysis of social behavior. *Psychol Rev* 81: 392-425
- Bennett CJ, Legon J, Zilberfein F (1989): The significance of empathy in current hospital based practice. *Soc Work Health Care* 14: 27-40
- Bensing JM (1991): Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 32: 1301-1310
- Bensing JM, Dronkers J (1992): Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Care* 30: 283-298
- Bensing JM, Langewitz W (1996): Die ärztliche Konsultation In: Uexküll T v (Hg.): *Psycho-so-matische Medizin*. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Bensing JM, Sluijs EM (1985): Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Soc Sci Med* 20: 737-744
- Berger DM (1984): On the way to empathic understanding. *Am J Psychoth* 38: 111-20
- Berger DM (1987): *Clinical Empathy*. Jason Aronson, Northvale, NJ
- Biermann-Ratjen, EM, Eckert J, Schwartz HJ (1981): Zum Empathiebegriff in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Info* 43: 42-48
- Bliesener T, Köhle K (1986): *Die ärztliche Visite -Chance zum Gespräch*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Bohart AC, Greenberg LS (1997b): Empathy. Where are we and where do we go from here? In: Bohart AC, Greenberg LS (Eds.): *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. American Psychological Association, Washington
- Bohart AC, Greenberg LS (Eds.) (1997a): *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. American Psychological Association, Washington
- Bommert H (1977): *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart
- Book HE (1988): Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 145: 420-424
- Bortz J (1984): *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Springer, Berlin
- Bortz J (1989): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer, Berlin
- Bortz J, Döring N (1995): *Forschungs- und Evaluationsmethoden*. Springer, Berlin
- Branch W, Malik T (1993): Using „windows of opportunities“ in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA* 269, 13: 1667-1668
- Bridges KW, Goldberg DP (1985): Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 29: 563-569
- Brink H (1991): On empathy: fundamental issues regarding its nature and teaching. *Curationis* 14: 24-9
- Brown JB, Stewart MA, McCracken EC, McWinney IR, Levenstein JH (1986): The patient-centered clinical method 2. Definition and application. *Fam Pract* 3: 75-79
- Bühning P (2000): Zuhören statt verhören, *Dtsch Arztebl* 97 (40): 2608
- Buie DH (1981): Empathy. Its nature and limitations. *J Am Psychoanal Assoc* 29: 281-307

- Buijs R, Sluijs EM, Verhaak PFM (1984): Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. *Soc Sci Med* 19, 7: 683-689
- Buller MK, Buller DB (1987): Physicians communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav* 28: 375-388
- Bundesärztekammer (Hg.) (2001): Curriculum Psychosomatische Grundversorgung - Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekten der Qualitätssicherung. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 15
- Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J (2006): Patients' experience of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 56 (528): 483-484
- Byrne P, Long B (1976): Doctors talking to patients. Her Majesty's Stationary office, London
- Campbell JD, Mauksch HO, Neikirk HJ, Hosokawa MC (1990): Collaborative practice and provider styles of delivering health care. *Soc Sci Med* 30, 12: 1359-1365
- Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N (2000): General practitioner psychological management of common emotional problems: A research agenda for the development of evidence-based practice. *Br J Gen Pract* 50 (454): 396-400
- Cape JD (1996): Psychological treatment of emotional problems by general practitioners. *Br J Med Psychol* 69: 85-99
- Cape JD, Mc Culloch Y (1999): Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 49: 875-879
- Carkhuff RR (1969): Helping and human relations. Vol I and II. Holt, Rinehart and Winston, New York
- Carmel S, Glick SM (1996): Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med* 43: 1253-1261
- Chancellor A, Mant A, Andrews G (1977): The general practitioner's identification and management of emotional disorders. *Aust Fam Physician* 6: 1137-1143
- Charles C, Gafni A, Whelan TJ (1996): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 44: 681-692
- Chinsky JM, Rappaport J (1970): Brief critique of the meaning and reliability of „accurate empathy“ ratings. *Psychol Bull* 73: 379-382.
- Christiansen CH (1977): Measuring empathy in occupational therapy students. *Am J Occup Ther* 31: 19-22
- Cochrane CT (1974): Development of empathic communication. *Psychoth Theor Res Pract* 11: 41-47
- Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel, Lin CT, Lown B, Salazar WH (2001): „Let me see if I have this right...“: words that help build empathy. *Ann Intern Med* 135 (3): 221-227
- Davenport S, Goldberg D, Millar T (1987): How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet*: 439-441
- Davis MH (1968): Variations in patients compliance with doctors' advice: An empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health* 58: 274-288
- Davis MH (1983) Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers and Soc Psychol* 44, 1: 113-126.

- Davis MS (1971): Variations in patients' compliance with doctor's orders: medical practice and doctor-patient interaction. *Psychiatry Med* 2: 31-54
- DeMonchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM (1988): Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient rating. *Med Educ* 22: 231-239
- Deutsch F, Madle RA (1975): Empathy: historic and current conceptualisations, measurement, and a cognitive theoretical perspective. *Human Dev* 18: 267-287
- Deutscher Ärztetag (2006): Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23.-26. Mai 2006 in Magdeburg: Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln. Internetveröffentlichung
- DiBlasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiu A, Kleijnen J (2001): Influence of context effects on health outcomes: systematic review. *Lancet* 357: 757-562
- DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM (1986): Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment non-compliance and physician workload. *Health Psychol* 5: 581-594
- DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM (1980): Predicting patient satisfaction from physicians' non-verbal communication skills. *Med Care* 18: 376-387
- Dorfmueller M (Hg.)(2001): Die ärztliche Sprechstunde. *Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch*. Ecomed, Landsberg
- Eagle M, Wolitzky D (1997): Empathy: A psychoanalytic perspective. In: Bohart AC, Greenberg LS (Eds.): *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. American Psychological Association, Washington
- Easter DW, Beach W (2004): Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions. *Curr Surg* 61 (3): 313-318
- Ebel RL (1975): Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika* 16: 407-424
- Ehlich K (1972): Thesen zu Sprechakttheorie. In: Wunderlich D (Hg.): *Linguistische Pragmatik*. Athenäum, Frankfurt
- Ehlich K (1983): Diskursanalyse von Sprechstundengesprächen. Vortrag im Kolloquium der SFB 129, Ulm
- Eide H, Grazugaard P, Holgerson K, Finset A (2003): Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 51: 259-266
- Elliot R, Filipovich H, Harrigan L, Gaynor J, Reimschuessel C, Zapadka JK (1982): Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale. *J Couns Psychol* 29: 379-387
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992): Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267: 2221-2226
- Engel GL (1997): From biomedical to biopsychosocial. *Psychosomatics* 38: 521-528
- Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G (1993): Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 37: 377-388
- Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD (1993): Measuring medical students' empathy skills. *Br. J. Med. Psychol* 66: 121-133
- Ewert O (1965): Gefühle und Stimmungen. In: Thomae H (Hg.): *Handbuch der Psychologie*, Band 2. Hogrefe, Göttingen

- Ewert O (1983) Ergebnisse und Probleme der Emotionsforschung. In: Thomae H (Hg.): Motivation und Emotion, Band 1. Hogrefe, Göttingen
- Fehlenberg D, Köhle K (1983): Die Stationsarztvisite zwischen Krankenhausroutine und therapeutischem Gespräch - kommunikationsanalytische Untersuchungen einer für Arzt und Patient schwierigen Interaktionssituation. *Psychother Med Psychol* 33: 45-52
- Feshbach ND (1975): Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *Couns Psychol* 5 (2): 25-30
- Feshbach ND (1997): Empathy: the formative years, implications for clinical practice. In: Bohart AC, Greenberg LS (Eds.): Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy. American Psychological Association, Washington
- Finke J (1981): Das „einfühlende Verstehen“ in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Psychother Med Psychol* 31: 33-36
- Finke J (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Thieme, Stuttgart
- Flavell JH (1963): The developmental psychology of Jean Piaget. Van Nostrand, New Jersey
- Freemon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM (1971): Gaps in doctor patient communication: doctor patient interaction analysis. *Pediatr Res* 5: 298- 311
- Freud S (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse *GW* 13: 71-161
- Gazda GM, Ashbury Fs, Balzer FJ, Childers WC, Walters RP (1984): Human Relations development. Allan and Bacon, Boston
- Gazda GM, Childers WC, Brooks DK (1987): Foundations of counselling and human services. McGrant-Hill, New York
- Geisler L (2002): Arzt-Patient-Beziehung im Wandel - Stärkung des dialogischen Prinzips. Beitrag im Abschlussbericht der Enquete-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin, 216-220
- Geisler LS (2003): Kommunikation bei der Patientenvsiste - Ausdruck unserer ethischen Werthaltung. Ethikforum der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, Bochum
- Gendlin ET (1961): Experiencing: A variable in the process of psychotherapeutic change. *Am J Psychoth* 15: 233-245
- Gianakos D (1996): Empathy revisited. *Arch Intern Med* 156: 135-136
- Gladstein GA (1987): Empathy and Counseling. Explorations in theory and research. Springer, New York
- Gladstein GA (1983): Understanding Empathy: Integrating counseling, developmental and social psychology perspectives. *J Couns Psychol* 4: 467-482
- Goldberg D, Jenkins L, Millar T, Faraqher EB (1993): The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychol Med* 23: 185-193
- Goldberg D, Steele JJ, Johnson A, Smith C (1982): Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 39: 829-833
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE (1985): Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 102: 520-528
- Greenson RR. (1960): Empathy and its vicissitudes. *Int J Psychoanal* 41: 418-42

- Greve W, Wentura D (1991): *Wissenschaftliche Beobachtung in der Psychologie. Quintessenz*, München
- Hackney H (1978): The evolution of empathy. *Pers Guid J* 57: 14-18
- Hall JA, Roter DL, Katz NR (1987): Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Med Care* 25: 399-412
- Hall JA, Roter DL, Rand CS (1981): Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav* 22: 18-30
- Hargrove DS (1974): Verbal interactions analysis of empathic and nonempathic responses of therapists. *J Health Soc Behav* 42, 2, 305
- Harrigan JA, Gramata JF, Lucic KS, Margolis C (1989): It's how you say it: physicians' vocal behavior. *Soc. Sci Med* 28: 87-92
- Harrigan JA, Heidotting T, Fox K (1990): Analysis of verbal behaviour between physicians and geriatric patients. *Fam Pract* 9: 131-145
- Hatcher SL, Nadeau MS, Walsh MR et al. (1994): The teaching of empathy for high school and college students: testing Rogerian methods with the Interpersonal Reactivity Index. *Adolescence* 29: 961-974
- Havens LL (1978): Explorations in the uses of language in psychotherapy: simple empathic statements. *Psychiatry* 41: 337-345
- Havens LL (1979): Explorations in the uses of language in psychotherapy: complex empathic statements. *Psychiatry* 42: 41-48
- Heckrath C, Kruse J, Schmitz N, Alberti L, Tress W (1997): *Sprechstunde in der allgemeinärztlichen Praxis: Aspekte der Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten.* In: Franz M, Tress W (Hg.): *Psychosomatische Medizin - Ankunft in der Praxis.* VAS, Frankfurt
- Helmich P, Hesse E, Köhle K (1991): *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung.* Springer, Heidelberg
- Henbest RJ, Fehrsen GS (1992): Patient-centeredness: is it applicable outside the west? It's measurement and effect on outcomes. *Fam Pract* 9: 311-317
- Henbest RJ, Stewart MA (1989): Patient-centeredness in the consultation. 1: A method for measurement. *Fam Pract* 6: 249-253
- Henbest RJ, Stewart MA (1990): Patient-centeredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract* 7: 28-33.
- Hogan R (1969): Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol* 33: 307-316
- Hornblow AR, Kidson MA, Jones KV (1977): Measuring medical students' empathy: a validation study. *Medic Educ* 11: 7-12
- Inui TS, Carter WB (1985): Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care* 23: 521-538
- Inui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH (1982): Outcome-based doctor-patient interaction analysis 1. Comparison of techniques. *Med Care* 20: 535-549
- James W (1884): What is an emotion? *Mind* 9: 188-205
- Jarski RW, Gjerde CL, Bratton BD, Brown DD, Matthes SS (1985): A comparison of four empathy instruments in simulated patient-medical student interactions. *J Med Educ* 60: 545-551
- Jones WHS (1923): *On decorum and the physician. Hippokrates and an English translation* Vol II. William Heinemann, London

- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr (1989): Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 27: 110-127
- Katz R (1963): *Empathy: Its nature and Uses*. Free Press of Glencoe, New York
- Kemmler L, Schelp T, Mecheril P (1991): *Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in der Psychotherapie*. Huber, Bern
- Kirmayer LJ, Robbins JM (1991): *Current concepts of somatisation: research and clinical perspectives*. American Psychiatric Press, Washington
- Klemperer D (2003): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation* Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. WZB, Berlin
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J (1996): Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Z Allg Med* 72: 180-186
- Koerfer A, Obliers R, Olderong M, Thomas W, Köhle K (2005): Emotionen und Empathie in der Arzt-Patient-Kommunikation. Förderung der kommunikativen Kompetenz durch Fortbildung in der psychosomatischen Grundversorgung. *Psychother Psych Med* 55: 136-137
- Köhle K, Obliers R, Körfer A, Faber J, Kärger H, Mendler T (1995): Evaluation des Fortbildungseffektes einer Balintgruppe. *PSM* 1: 6-16
- Kohut H (1958): Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. *J Am Psychoanal Assoc* 7: 459-483
- Kohut H (1984): *How does analysis cure?* The University of Chicago press, Chicago.
- Komaki JL (2001): Developing performance appraisals. Criteria for what and how performance is measured. In Johnson CM, Redmon WK, Mawhinney TC (Eds.): *Handbook of Organizational Performance. Behavior Analysis and Management*. Harworth Press, New York
- Körner J (1998): Einfühlung: Über Empathie. *Forum Psa* 14: 1-7.
- Korsch BM, Gozzi EK, Francis V (1968): Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 42: 855-871
- Krause R (1996): Umgang mit Leiden: Empathie, Mitleid und Handeln aus psychotherapeutischer Sicht. In: Hilpert K, Winterhoff-Spurk PW (Hg.): *Zwischen Nächstenliebe und Betroffenheit*. Röhrig, St. Ingbert
- Kruse J (2003): *Der Arzt, der Patient und die diagnostische Schlussbildung*. VAS, Frankfurt
- Kruse J, Heckrath C, Tress W (1999a): Die Diagnose psychogener Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis, Problematik - Analyse - Fortbildungskonzept. *Psychotherapeut* 43: 164-170
- Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Alberti L, Tress W (1999b): Zur Qualität der hausärztlichen Screening- und Filterfunktion in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. In: *Gesundheitswesen* 61: A 120
- Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Alberti L, Tress W (2000): Hausärztliche Screeningfunktion und Arzt-Patient-Interaktion. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50: 87
- Kruse J, Wöller W, Heckrath C, Clar B, Meyer E (1999c): Training der Kommunikation mit Krebspatienten für niedergelassene Ärzte -Das Mönchengladbacher Modellprojekt. In: Kröger F, Petzold ER (Hg.): *Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik*. VAS, Frankfurt

- Kurtz RR, Grummon DL (1972): Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *J Consult Clin Psychol* 39: 106-115
- Kutter P (1981): Empathische Kompetenz -Begriff, Training, Forschung. *Psychother Med Psychol* 31: 37-41
- Kwiatkowski E (1980): Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. Die naturwissenschaftlich geprägte Version von Empathie. In: Schulz W, Hautzinger M (Hg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Bd. 2. DGVT-Verlag, Tübingen, Köln
- Ladisich W, Feil WB (1988): Empathy in psychiatric patients. *Br J Med Psychol* 61: 155-162
- Laemmel K (1996): Das Gespräch in der Heilkunde. *Schweiz Rundsch Med Prax* 85: 863-869
- Laine C, Davidoff F (1996): Patient centered medicine. *JAMA* 275: 152-156
- LaMonica EL (1981): Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health* 4: 389-400
- LaMonica EL, Karshmeier JF (1978): Empathy: Educating nurses in professional practice. *J Nurs Educ* 17: 3-11
- Lane SD, Lane SM (1982): Empathic communication between medical professionals and patients. *J Am Podiatr Med Assoc* 72: 333-336
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer (2002): Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: a cohort study. *Br med J* 325: 682-683
- Langewitz W, Nubling, Weber H 2003: A theory-based approach to analysing conversation sequence. *Epidemiol Psychiatr Soc* 12 (2): 103-108
- Larson EB, Yao X (2005): Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician.relationship. *JAMA* 293 (9): 1100-1106
- Law SAT, Britten N (1995): Factors that influence the patient centeredness of a consultation. *Br J Gen Pract* 45, 520-524.
- Layton JM (1979): The use of modelling to teach empathy to nursing students. *Res Nurs Health* 2: 163-176
- Layton JM, Wykle MH (1990): A validity study of four empathy instruments. *Res Nurs Health* 13: 319-325
- Lazarus, RS (1991): *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, New York
- Levenson RW, Ruef AM (1992): Empathy: a physiological substrate: *J Pers Soc Psychol* 63: 234-246
- Levenstein JH, McCracken EC, McWinney IR, Stewart MA, Brown JB (1986): The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 3: 24-30
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J (2000): A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 284 (8): 1021-1027
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM (1997): Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 277 (7): 553-559
- Levy ST (1985): Empathy and Psychoanalytic Technique. *J Am Psychoanal Ass* 33: 353-378

- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O (1996): Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 67: 205-215
- Lipkin M (1996): Physician-Patient Interaction in reproductive Counseling. *Obstret Gynecol* 88, 3: 31-40
- Lipps T (1909): Das Wissen von fremden Ichen. *Psychologische Untersuchungen Bd I*: 694-722: Engelmann, Leipzig
- Lister JL (1970): A scale for the measurement of empathic understanding. University of Florida Ort ??Gainesville
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S (2001): Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 323: 908-911
- Loew T (Hg) (1989): Anamnesegruppen. *Patientenzentrierte Medizin erleben*. Centaurus, Pfaffenweiler
- Lörcher H (1983): Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Niemeyer, Tübingen
- Maguire P, Booth K, Elliott C, Jones B (1996): Helping health professionals involved McKinlay in cancer care acquire key interviewing skills -the impact of workshops. *Eur J Cancer* 9: 1486-1489
- Maguire P, Pitceathly C (2002): Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 325: 697-700
- Mandl H, Euler HA (1983): Gegenstandsbeschreibung. In: Otto JH, Euler HA, Mandl H (Hg.): *Emotionspsychologie: Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Urban und Schwarzenberg, München
- Marks J, Goldberg D, Hillier V (1979): Determinants of the ability of general practitioners to manage common mental disorders. *Br J Gen Pract* 41: 357-359
- Martin DG (1975): *Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozess*, Otto Müller, Salzburg
- Marvel KM, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB (1999): Soliciting the Patient's Agenda. Have we improved? *JAMA* 281: 283-287
- Mayou, R (1980): Management of neurotic problems in general practice. *J R Coll Gen Pract*, 30: 678-681
- Mead M (1932): *Mind, self and society*. University of Chicago press, Chicago
- Mees U (1985): Was meinen wir, wenn wir von Gefühlen reden? Zur psychologischen Textur von Emotionswörtern. *Sprache und Kognition* 1: 2-20
- Meeuwesen L, Schaap C, Staak v.d. C (1991): Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 32: 1143-1150
- Mehrabian A, Epstein N (1972): A measure of emotional empathy. *J Pers* 40: 525-543
- Mercer SW, Howie JG (2066): CQI-2 -a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. *Br J Gen Pract* 56 (525): 262-268
- Mergenthaler E, Stinson CH (1992): Psychotherapy transcription standards. *Psychother Res* 2: 125-142
- Messick S (1989): Validity. In: Linn RL: *Education al measurement*. Macmillan, New York
- Miller IJ (1989): The therapeutic empathic communication (TEC) Process. *Am J Psychoth* 4: 531-545
- Miller WR, Hedrick KE, Orlofsky DR (1991): The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. *J Clin Psychol* 47: 444-448

- Mishler EG, Clark JA, Ingelfinger J, Simon MP (1989): The language of attentive patient care: a comparison of two interviews. *J Gen Int Med* 4: 325-335
- More ES (1996): Empathy as a hermeneutic practice. *Theor Med* 17: 234-254
- Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, McIlveen KH (1992a): Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch* 24: 273-280
- Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S (1992b): Beyond empathy: expanding expressions of caring. *J Adv Nurs* 17: 809-821
- Nagel N (2001): Nur zufriedene Patienten? Eine kommunikationswissenschaftliche Untersuchung zur Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel der umweltmedizinischen Beratung. *Aachener Studien zur Semiotik und Kommunikationsforschung, Band 2*. Shaker, Aachen
- Nagel N (2003): Praxisführung: Kommunikation wird oft unterschätzt. *Dtsch Arztebl* 100 (24): 1694-95
- Nordmeyer J, Nordmeyer JP, Deneke FW, Kerekjarto M v. (1981): Formal-quantitative Aspekte des Sprachverhaltens von Arzt und Patient während der Visite. *Z Klin Psychol* 10: 220-231
- Nordmeyer J, Steinmann G, Deneke FW, Nordmeyer JP, Kerekjarto M v. (1982): Verbale und nonverbale Kommunikation zwischen Problempatienten und Ärzten während der Visite. *Med Psychol* 8: 20-39
- Nüssel E (1968): Das ärztliche Gespräch und die Anamnese. *Dtsch med J* 19, 3: 81-85
- Ong LM, Haes CJM de, Hoos AM, Lammes FB (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 40: 903-918
- Orford J (1986): The rules of interpersonal complementarity: Does hostility beget hostility and dominance, submission? *Psychol Rev* 93: 365-377
- Ormel J, van den Brink W, Koeter MW, Giel R, van der Meer K, van de Willige G (1990): Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 20: 909-923
- Paulus C (2000) der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI). Internetveröffentlichung
- Pendleton D, Hasler J (1983) (Eds.): *Doctor-patient-communication*. Academic Press, London
- Pfeiffer WM (1977): Aspekte der klientenzentrierten Psychotherapie. Skalen zur didaktischen Gesprächsanalyse nach Carkhuff, Gendlin, Tausch. *GwG-Info* 29: 7-12
- Piaget J (1950): *The psychology of intelligence*. Harcourt Brace, New York
- Platt FW, Keller VF (1994): Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 9: 222-226
- Plutchik R (1980): A general psychoevolutionary theory of emotion. In: Plutchik R, Kellerman H (Eds.): *Theories of emotion*. Academic Press, New York
- Poole AD, Sanson-Fisher RW (1979): Understanding the patient: A neglected aspect of medical education. *Soc Sci Med* 13: 37-43
- Post SL (1980): Origins, elements, and functions of therapeutic empathy. *Int J Psychoanal* 61: 277-293
- Raspe HH (1983): *Information im Krankenhaus*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Redder A (1994): *Diskursanalysen in praktischer Absicht -Forschungszusammenhang und Zielsetzung*. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie, OBST, Oldenburg.

- Ripke T (1990): Therapie in der medizinischen Allgemeinpraxis -an der Person des Patienten orientiert. GwG-Zeitschrift 80: 237-241
- Ripke T (1997): Überleitung vom Körperlichen zum Seelischen im Sprechstundengespräch, Materialien für ärztliche Weichensteller. In: Moshagen DM (Hg.): Klientenzentrierte Therapie bei Depressionen, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen. Asanger, Heidelberg
- Rogers CR (1951): Client-Centered Therapy. Houghton Mifflin, Boston
- Rogers CR (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol 21: 95-103
- Rogers CR (1959): A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client centered framework. In Koch S (Ed.) Psychology: a Study of science, Vol III. Mc Graw Hill, New York
- Rogers CR (1961): On becoming a person. Houghton Mifflin, Boston
- Rogers CR (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Klett, Stuttgart
- Rogers CR (1976): Eine neue Definition von Einfühlung (Empathic: an unappreciated way of being). In: Jankowski P, Tscheulin D, Fietkau HJ, Mann F (Hg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Hogrefe, Göttingen
- Rogers CR (1977): Therapeut und Klient. Fischer, Frankfurt
- Rosin U, Tress W, Kruse J (1994): Training zur Durchführung der Psychosomatischen Grundversorgung. In: Tress W. (Hg.) Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin. Schattauer, Stuttgart, New York
- Roter DL, Hall JA (1989): Studies of doctor-patient interaction. Ann Rev Public Health 10: 163-180
- Roter DL, Hall JA (1991): Health education theory: an application to the process of patient-provider communication. Health Ed Res 6: 185-193
- Roter DL, Hall JA, Barker LR, Cole KA, Roca RP (1995): Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. Arch Intern Med 155 (17) 1877-1884
- Roter DL, Hall JA, Katz NR (1987): Relations between physician's behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and presentations. Med Care 25: 437-451
- Roter DL, Hall JA, Katz NR (1988): Patient-Physician Communication: A descriptive summary of the literature. Pat Educ Couns 12: 99-119
- Roter DL, Stewart MA, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS (1997): Communication patterns in primary care physicians. JAMA 277: 350-356
- Ruschmann E (1990): Entwicklung eines Strukturmodells zur deskriptiven Erfassung individueller Subjektivität im personenzentrierten Kontext, Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Freiburg
- Sachse R (1982): Der Begriff des „klientenzentrierten Handelns“ und seine therapeutischen Konsequenzen. Vier Thesen für ein erweitertes Verständnis. GwG-Info 49: 44-50
- Sachse R (1991a): Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des Therapeuten. In: Schulte D (Hg.): Therapeutische Entscheidungen, Hogrefe, Göttingen
- Sachse R (1991b), Gesprächspsychotherapie als „affektive Psychotherapie“: Bericht über ein Forschungsprojekt. Teil 1 und 2. In: GwG-Zeitschrift 83: 30-42 und 84: 32-40

- Sachse R (1992): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption, Hogrefe, Göttingen
- Sachse R (1996): Empathie. In: Linden, M, Hautzinger M (Hg.): Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Handlungsanleitungen. Springer, Berlin
- Sachse R (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Sankar P, Jones NL (2005): To Tell or Not to Tell. Primary care patients disclosure Deliberations. Arch Int Med 165: 2378-2383
- Sanson-Fisher, RW (1978): A multidimensional scaling analysis of empathy. J Clin Psychol 34: 971-977
- Sauer N, Eich W (2007): Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. Dtsch Arztebl 104 (1-2): 45-53
- Schepank H (1990): Verläufe: Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen. Stabilität im Verlauf. Springer, Heidelberg
- Schepank H (1995): Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Beltz, Göttingen
- Schmädel D v. (ohne Jahresangabe): Die Bedeutung nonverbaler Signale in der Arzt-Patient-Beziehung beim niedergelassenen Arzt. Internetveröffentlichung, Webseite Medizinische Soziologie der Universität Regensburg
- Schmidt-Atzert L, Ströhm W (1983): Ein Beitrag zur Taxonomie der Emotionswörter. In: Psychologische Beiträge 25: 126-141
- Schmidt-Atzert L (1981): Emotionspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schrödter W (1988): Verstehen, Empathie und therapeutischer Prozess. GwG-Zeitschrift 73: 45-52
- Schwartz S, Kogler Hil S, Perloff (1983): Interpersonal Empathy. Eric Document 229824, zit. nach Brink (1991)
- Scibetta LR (1980): An exploration of verbal responses and the communication of empathy during videotaped doctor-patient interviews: a descriptive study. Dissertation Intern Abstr 41: No 01
- Siegrist J (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Enke, Stuttgart
- Smith RC, Hoppe RB (1991): The patient's story: integrating the patient- and physician centered approaches to interviewing. Ann Intern Med: 115: 470-477
- Spiro H (1992): What is empathy and can it be taught? Ann Intern Med 116: 843-46
- Squier RW (1990): A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practioner-patients relationships: Soc Sci Med: 30, 325-39.
- Stern D (1985): The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York
- Stewart MA (1984): What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Soc Sci Med 19: 167-175
- Stewart MA (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. Can Med Assoc J 152: 1423-1433
- Stewart MA (2001): Towards a global definition of patient centred care. BMJ 322: 444-5
- Stewart MA, Brown JB (2001): Patient-centeredness in medicine. In: Evidence-based patient choice -inevitable or impossible? Edwards A, Elwyn G (Eds.): Oxford University Press, Oxford
- Stiles WB (1979d): Verbal Response Modes and Psychotherapeutic Technique. Psychiatry 42: 49-62

- Stiles WB (1996): Stability of the verbal exchange structure of medical consultations. *Psychol Health Psychol Health* 11: 773-785
- Stiles WB, Putnam LM, Wolf MH, James SA (1979c): Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Med Care* 17: 667-681
- Stiles WB, Putnam SM, Jacob, MC (1982): Verbal exchange structure of initial medical interviews. *Health Psychol* 1: 315-36.
- Stiles WB, Putnam SM, James SA, Wolf MH (1979a): Dimensions of patient and physician roles in medical screening interviews. *Soc Sci Med* 13: 335-341
- Stiles WB, Putnam SM, Wolf MH, James SA (1979b): Verbal response mode profiles of patients and physicians in medical screening interviews. *J Med Educ* 54: 81-9
- Stotland E, Mathews KE, Sherman SE, Hanson R, Richardson BZ (1978): *Empathy, fantasy and helping*. Sage, Beverly Hills
- Street RL (1992): Analyzing communication in medical consultations. *Med Care* 30: 976-88
- Strous RD, Ulman AM, Kotler M (2006): The hateful patient revisited: Relevance for 21st century medicine. *Eur J Intern Med* 17 (6): 387-393
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R (1997): A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 277: 678-682
- Suchman AL, Matthews DA (1988): What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Internal Med* 108: 125-130
- Tamburrino MB, Lynch DJ, Nagel R, Mangen M (1993): Evaluating empathy in interviewing: comparing self-report with actual behavior. *Teach Lern Med* 5: 217-220
- Tausch R (1974): *Gesprächspsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Tausch R (1987): Der Zusammenhang von Emotionen und Kognitionen. Konsequenzen für die personenzentrierte Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift* 67: 28-34
- Teusch L, Finke J (1987), *Grundlagen des ärztlichen Gesprächs*. *Münch med Wschr* 129: 39-41
- Tress W (Hg.) (1994): *Psychosomatische Grundversorgung -Kompendium der interpersonellen Medizin*. Schattauer, Stuttgart, New York
- Tress W, Franz M, Kruse J, Heckrath C, Reister G (1997): *Psychogene Erkrankungen*. *Forum Public Health* 176: 2-4
- Tress W, Henry WP, Junkert-Tress B, Hildenbrandt G, Hartkamp N, Scheibe G (1996): Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens. *Psychotherapeut* 41: 215-224
- Tress W, Junkert B (1993): Das SASB-Modell. Modellstruktur. In: Tress W (Hg.) *Die Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens -SASB*. Asanger, Heidelberg
- Tress W, Kruse J, Heckrath C, Alberti L (1996) *Psychosomatische Grundversorgung in der Praxis: Erhebliche Anforderungen an niedergelassene Ärzte*. *Dtsch Arztebl* 93 (10): 481-483
- Truax CB (1961): A scale for the measurement of accurate empathy. *Psychiatric Institute Bulletin* 1: 12
- Truax CB (1972): The meaning and reliability of accurate empathy ratings: A rejoinder. *Psychol Bull* 77 (6): 397-399

- Truax CB, Carkhuff RR (1967): Towards effective counseling and psychotherapy. Aldine, Chicago
- Truax CB, Wittmer J (1971): The effects of therapist focus on patient anxiety source and the interaction with therapist level of accurate empathy. *J Clin Psychol* 27: 297-299
- Tuckett DA Boulton M, Olson M, (1985): A new approach to the measurement of patients' understanding of what they are told in medical consultations. A review of medical studies. *J Health Soc Behav* 26: 27-38
- Uexküll T von (1989): Gedanken über das Lernziel von Anamnese-Gruppen. In: Loew T (Hg): Anamnesegruppen. Patientenzentrierte Medizin erleben. Centaurus, Pfaffenweiler
- Ulich D (1988): Emotion. In: Asanger R, Wenniger G (Hg.): Handwörterbuch der Psychologie. Beltz, Weinheim
- Ulich D (1989a): Das Gefühl: Eine Einführung in die Emotionspsychologie. Beltz, Weinheim
- Ulich D (1989b): Einführung in die Psychologie. Kohlhammer, Stuttgart
- Ulich D (1984): Emotion. In: Huber GL, Krapp A, Mandl H (Hg.): Pädagogische Psychologie als Grundlage pädagogischen Handelns. Urban und Schwarzenberg, München
- Verhaak PF (1986): Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: A general practice observation study. *Soc Sci Med* 23: 595-604
- Verhaak PF, Wennink HJ (1990): What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? *Int J Psychiatry* 20 (2): 151-162
- Verhaak PF (1988): Detection of psychological complaints by general practitioners. *Med Care* 26: 1009-1020
- Wasserman RC and Inui TS (1983): Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Med Care* 21: 279-93
- Watson, JB (1919). A schematic outline of the emotions. *Psychol Rev* 26: 165-196
- Weinberger S (1980): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Ein Trainings- und Lernprogramm. Beltz, Weinheim
- Weiner, B (1986). An attributional theory of motivation and emotion. Springer, New York
- Whewell PJ, Gore VA, Leach C (1988): Training general practitioners to improve their recognition of emotional disturbance in the consultation. *J R Coll Gen Pract* 38: 259-62
- Wilmer HA (1968): The doctor-patient-relationship and the issues of pity, sympathy and empathy. *Br J Med Psychol* 41: 243-8
- Wilson PMJ, Sullivan F, Hussein S, Smith G. (1995): Examination of the effects of emotional disturbance and its detection on general practice patients' satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 453: 304-309
- Winefield HR, Murrell TGC (1992): Verbal interaction in general practice. *Med J Aust* 157: 677-82
- Winnicott DW (1949): Hate in the counter-transference. *Int J Psychoanal* 30: 69-74
- Wirtz M, Caspar F(2002): Beobachterübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Hogrefe, Göttingen
- Wittchen HU (1990): Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R (SKID). Beltz, Weinheim

- Wyrsh J (1973): Gegenwärtig sein. Gedanken über Bezug Arzt-Patient. *Confin Psychiat* 16: 99-107
- Zantige EM, Verhaak PF, Bensing JM (2005a): The workload of GPs: patients with psychosocial and somatic problems compared. *Fam Pract* 22 (3): 293-297
- Zantige EM, Verhaak PF, Kerssens JJ, Bensing JM (2005b): The workload of GP's: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Br J Gen Pract* 55 (517): 609-614
- Zinn WM (1988): Doctors have feelings too. *JAMA* 259: 3296-3298
- Zinn WM (1993): The empathic physician. *Arch Intern Med* 153: 306-312

9. Anhang

9.1. Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Alter und Geschlechtsverteilung der untersuchten Patientenstichprobe	92
Tabelle 2:	Verteilung der 93 Gespräche auf die 13 Praxen	92
Tabelle 3:	Berechnung der Inter-Rater-Reliabilität	110
Tabelle 4:	Häufigkeit der Eröffnungen und Beendigung der Gespräche durch den Arzt bzw. Patient	112
Tabelle 5:	Anteil sachlicher und gefühlsbezogener Äußerungen	113
Tabelle 6:	Gefühlsbezogene Äußerungen sowie gefühlsbezogene Gesprächsabschnitte	114
Tabelle 7:	Häufigkeit der drei Kategorien zur Initiierung gefühlsbezogener Interaktion	114
Tabelle 8:	Vom Patienten durch Kommunizieren von Emotionen initiierte gefühlsbezogene Abschnitte	116
Tabelle 9:	Reaktionen des Arztes auf Gefühlsangebote des Patienten	116
Tabelle 10:	Gefühlsbezogene Nachfragen des Arztes an die Patienten	117
Tabelle 11:	Reaktionen der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte	118
Tabelle 12:	Vom Arzt initiierte gefühlsbezogene Interaktion durch Äußern eigener Gefühle	119
Tabelle 13:	Reaktionen des Patienten auf eigene Gefühlsäußerungen des Arztes	120
Tabelle 14:	Häufigkeit emotionsbezogener Turni von Ärzten	120
Tabelle 15:	Häufigkeit empathischer Arztäußerungen sowie Ratings nach der Carkhuff-Skala	122
Tabelle 16:	Verteilung der Äußerungen/Turni auf die drei Untersuchungsgruppen	123
Tabelle 17:	Verteilung gefühlsbezogener und sachlicher Äußerungen - im Gruppenvergleich	124
Tabelle 18:	Verteilung gefühlsbezogener Gesprächsabschnitte der Konsultationen - im Gruppenvergleich	125
Tabelle 19:	Patienteninitiierte Gesprächsabschnitte - im Gruppenvergleich	126
Tabelle 20:	Direktheit (emotionale Grundqualität) der Gefühlsangebote der Patienten an den Arzt - im Gruppenvergleich	127
Tabelle 21:	Einzelne geäußerte Emotionen der Patienten - im Gruppenvergleich	128
Tabelle 22:	Direktheit der geäußerten einzelnen Gefühle der Patienten - im Gruppenvergleich	129
Tabelle 23:	Sachliche und gefühlsbezogene Reaktionen der Ärzte auf Gefühls- angebote der Patienten - im Gruppenvergleich	130

Tabelle 24:	Direktheit (emotionale Grundqualität) in den Reaktionen der Ärzte auf Gefühlsangebote der Patienten - im Gruppenvergleich	131
Tabelle 25:	Ärzte initiieren durch Gefühlsnachfragen an die Patienten - im Gruppenvergleich.....	132
Tabelle 26:	Direktheit (emotionale Grundqualität) der Gefühlsnachfragen der Ärzte an die Patienten - im Gruppenvergleich	133
Tabelle 27:	Einzelne geäußerte Emotionen in den Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich.....	134
Tabelle 28:	Direktheit der einzelnen Gefühle in den Nachfragen der Ärzte an die Patienten - im Gruppenvergleich	135
Tabelle 29:	Sachliche und gefühlsbezogene Reaktionen der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich.....	136
Tabelle 30:	Direktheit (emotionale Grundqualität) in den Reaktionen der Patienten auf Gefühlsnachfragen der Ärzte - im Gruppenvergleich	137
Tabelle 31:	Ärzte initiieren gefühlsbezogene Interaktion durch Ausdrücken eigener Gefühle - im Gruppenvergleich	138
Tabelle 32:	Direktheit (emotionale Grundqualität) in den Gefühlsäußerungen der Ärzte über sich selbst - im Gruppenvergleich	139
Tabelle 33:	Einzelne geäußerte Emotionen in den Gefühlsäußerungen der Ärzte über sich selbst - im Gruppenvergleich	140
Tabelle 34:	Häufigkeit einzelner geäußerter Emotionen in den Gefühlsäußerungen der Ärzte über sich selbst - im Gruppenvergleich.....	141
Tabelle 35:	Sachliche und gefühlsbezogene Reaktionen der Patienten auf Gefühlsbotschaften der Ärzte - im Gruppenvergleich	142
Tabelle 36:	Direktheit (emotionale Grundqualität) der Reaktion der Patienten auf Gefühlsbotschaften der Ärzte - im Gruppenvergleich	143
Tabelle 37:	Verteilung empathischer Arztäußerungen auf die Gruppen	144
Tabelle 38:	Stufen ärztlicher Empathie - im Gruppenvergleich	145
Tabelle 39:	Ausprägung ärztlicher Einfühlung auf der 5-stufigen Empathie-Skala -im Gruppenvergleich	146

9.2. Verwendete Empathieskala

Empathic Understanding In Interpersonal Processes - A Scale For Measurement (Carkhuff 1969)

- *Level 1*

The verbal and behavioral expressions of the helper either do not attend to or detract significantly from the verbal and behavioral expressions of the helpee (s) in that they communicate significantly less of the helpee's feelings and experiences than the helpee has communicated himself.

Example: The helper communicates no awareness of even the most obvious, expressed surface feelings of the helpee. The helper may be bored or disinterested or simply operating from a preconceived frame of reference which totally excludes that of the helpee (s)

In summary, the helper does everything but express that he is listening, understanding, or being sensitive to even the most obvious feelings of the helpee in such a way as to detract significantly from the communications of the helpee.

- *Level 2*

While the helper responds to the expressed feelings of the helpee (s), he does so in such a way that he subtracts noticeable affect from the communications of the helpee.

Example: The helper may communicate some awareness of obvious, surface feelings of the helpee, hut his communications drain off a level of the affect and distort tile level of meaning. The helper may communicate his own ideas of what may be going on, hut these are not congruent with the expressions of the helpee.

In summary, the helper tends to respond to other than what the helpee is expressing or indicating.

- *Level 3*

The expressions of the helper in response to the expressions of the helpee (s) are essentially interchangeable with those of the helpee in that they express essentially the same affect and meaning.

Example: The helper responds with accurate understanding of the surface feelings of the helpee hut may not respond to or may misinterpret the deeper feelings.

In summary, the helper is responding so as to neither subtract from nor add to the expressions of the helpee. He does not respond accurately to how that person really feels beneath the surface feelings; hut he indicates a willingness and openness to do so. Level 3 constitutes the minimal level of facilitative interpersonal functioning.

- *Level 4*

The responses of the helper add noticeably to the expressions of the helpee (s) in such a way as to express feelings a level deeper than the helpee was able to express himself.

Example: The helper communicates his understanding of the expressions of the helpee at a level deeper than they were expressed and thus enables the helpee to experience and/or express feelings he was unable to express previously.

In summary, the helper's responses add deeper feeling and meaning to the expressions of the helpee.

- *Level 5*

The helper's responses add significantly to the feeling and meaning of the expressions of the helpee (s) in such a way as to accurately express feelings levels below what the helpee himself was able to express or, in the event of ongoing, deep self-exploration on the helpee's part, to be fully with him in his deepest moments.

Example: The helper responds with accuracy to all of the helpee's deeper as well as surface feelings. He is „tuned in" on the helpee's wave length. The helper and the helpee might proceed together to explore previously unexplored areas of human existence.

In summary, the helper is responding with a full awareness of who the other person is and with a comprehensive and accurate empathic understanding of that individual's deepest feelings.

9.3. Lebenslauf

Angaben zur Person:

Name: Rebensburg, Christiane
 Geburtsdatum/ -ort: 22.1.1953 in Wuppertal
 Familienstand: verheiratet
 Anschrift: Erlenstr. 1, 42283 Wuppertal
 e-mail: info@praxis-rebensburg.de

Schulbildung: 1959-71: Grundschule und Gymnasium in Wuppertal

Hochschulbildung:

Erststudium: 1971-77: Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Düsseldorf, Abschluss: Diplom-Pädagogin

Zweitstudium: 1991-98: Studium der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum, Approbation als Ärztin: Juni 2000

Berufliche Tätigkeit:

1978-82: Tätigkeit an der Hochschule als Assistentin am Erziehungswissenschaftlichen Institut der Universität Düsseldorf

1983-02: Selbständige Tätigkeit in eigener Praxis in Wuppertal als Diplom-Pädagogin und Ausbilderin der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie

1999-2000: Ärztin im Praktikum in der Inneren Medizin, Klinik Bergisch Land, Wuppertal

2000-2001: Assistenzärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Diakoniewerkes Düsseldorf-Kaiserswerth

2002-heute: Niederlassung und Tätigkeit als ärztliche Psychotherapeutin in Wuppertal

Zusatzqualifikationen:

1982: Gesprächspsychotherapeutin und Ausbilderin der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Fachverband für Psychotherapie und Beratung

2002: Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, Ärztekammer Düsseldorf

2008: Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumathe-
 rapie“, Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)