

**Aus der Klinik und dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress

Ein Vergleich des Kommunikationsverhaltens von Ärztinnen und Ärzten in hausärztlichen Praxen

Dissertation

**zur Erlangung des Grades eines Doktors der
Medizin**

**Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf**

vorgelegt von

Julia Eva Wahn

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. med. Johannes Kruse

Korreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	
1.1 Das Arzt-Patienten-Gespräch	5
1.2 Der Einfluss des Geschlechtes	6
1.3 Kommunizieren Ärztinnen anders als Ärzte?	7
1.3.1 Zusammenarbeit und Partnerschaft	9
1.3.2 Psychosozialer Kontext	10
1.3.3 Geschlechterkombinationen	11
1.3.4 Kommunikation im Wandel der Zeit und neurophysiologische Grundlagen	12
2. Fragestellung	16
3. Material und Methoden	
3.1 Datengewinnung und Voraussetzungen	17
3.2 Stichprobe der Ärzte	17
3.3 Stichprobe der Patienten	18
3.4 Methode	18
3.5 Statistische Auswertung	21
4. Ergebnisse	
4.1.1 Geschlechtsverteilung der Ärzte in den untersuchten Gesprächen	23
4.1.2 Geschlechtsverteilung der Patienten in den untersuchten Gesprächen	23
4.1.3 Kombination der Geschlechter	23
4.2 Deskriptive Darstellung des ärztlichen Interaktionsverhaltens	24
4.2.1 Inhaltliche Kategorien	24
4.2.2 Formale Kategorien: - vom Inhalt abhängig	25
4.2.3 Formale Kategorien: - vom Inhalt unabhängig	26
4.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten im kommunikativen Verhalten von Ärztinnen und Ärzten	28
4.3.1 Inhaltliche Kategorien	29
4.3.2 Formale Kategorien: - vom Inhalt abhängig	30
4.3.3 Formale Kategorien: - vom Inhalt unabhängig	31
4.4 Kommunikatives Verhalten von Ärztinnen und Ärzten in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten	32

1. EINLEITUNG

Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte in ihrem kommunikativen Verhalten?

Die zwischenmenschliche Kommunikation ist ein komplexes Konstrukt, das sich sowohl im alltäglichen Leben als auch in der ärztlichen Praxis nicht selten kompliziert gestaltet. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird durch viele Faktoren beeinflusst. Immer wieder wird diskutiert, ob die Geschlechtszugehörigkeit des Arztes sein Kommunikationsverhalten beeinflusst. Aber sind die Unterschiede der Geschlechter auf verbaler Ebene so gravierend, dass sich eine eigene Form der Kommunikation, Interaktion und Behandlung verzeichnen lässt? Kommunizieren, interagieren, behandeln Ärztinnen im Gespräch mit dem Patienten anders als männliche Ärzte? Ändert sich das ärztliche Gespräch in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten? Diese Fragen stehen im Zentrum der vorgelegten Studie.

1.1 Das Arzt-Patienten-Gespräch

Das ärztliche Gespräch hat als diagnostisches und therapeutisches Instrument eine große Bedeutung. Früher war es nie Gegenstand spezieller Untersuchungen und der Lehre. Obwohl auch heute das Arzt-Patienten-Gespräch in der Regel als Selbstverständlichkeit verstanden wird, findet man seit einigen Jahren vermehrt Beiträge zu Gesprächsformen und dem technischen Vorgehen (Seemann 1995).

Am Anfang einer Arzt-Patienten-Beziehung besteht eine Konsensbildung medizinischen, psychologischen und auch juristischen Inhalts zwischen den Gesprächsteilnehmern. Dies ist die „Voraussetzung für die Herstellung eines den diagnostischen und therapeutischen Prozess fördernden Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient“ (Pfeiffer 1982, S. 321). Es stehen sich zwei Konzepte gegenüber. Zum einen ist da der Patient mit seiner subjektiven und emotionsbezogenen Krankheits- und Leidensgeschichte. Ihm gegenüber steht der Arzt mit seinem eher sachlichen und das erkrankte Organ im Mittelpunkt sehende naturwissenschaftliche Konzept. Diese beiden Konzepte, medizinisches naturwissenschaftliches Wissen und der Mensch als Subjekt mit seinem Leiden, treffen im ärztlichen Gespräch aufeinander (Pfeiffer 1982).

Auch ist ein arztzentriertes von einem patientenzentrierten Kommunikationsverhalten zu unterscheiden. Eingeführt wurden die Begriffe der patientenzentrierten versus der krankheitszentrierten Medizin von Michael Balint in den siebziger Jahren (Balint und Balint

1970). In der krankheits- oder arztzentrierten Gesprächsführung hat der Arzt die organische Medizin im Fokus. Er stellt z.B. direkte Fragen, um an krankheitsbezogene Informationen zu gelangen. Die patientenzentrierte Gesprächsführung hingegen, die eine partnerschaftliche Form der Gesprächsführung darstellt, ist durch Antworten und Reaktionen des Arztes gekennzeichnet, die dem Patienten ermöglichen und erlauben, seine Beweggründe für den Arztbesuch, seine Symptome, Gedanken, Gefühle und Erwartungen mitzuteilen (Henbest und Stewart 1989). Henbest und Stewart (1990) vermitteln in ihrer Studie, dass der Arzt durch die patientenzentrierte Gesprächsführung gezielter den Konsultationsgrund des Patienten definieren konnte, und er die Anliegen und Probleme des Patienten besser lösen konnte. Auch ging dies einher mit dem Gefühl des Patienten, verstanden worden zu sein, und der Reduktion der Symptomatik.

Zudem beeinflussen sich Arzt und Patient wechselseitig in ihrem kommunikativen Verhalten, so dass es hilfreich ist, dass ärztliche Interaktionsverhalten nicht isoliert von den Reaktionen der Patienten zu betrachten (Kruse 2004).

1.2 Der Einfluss des Geschlechtes

Um den Einfluss des Geschlechtes auf die Arzt-Patienten-Beziehung berücksichtigen zu können, muss man sich klar machen, dass schon der Begriff „Geschlecht“ selber eine Hürde zum Verständnis darstellt. Es wird zum einen das biologische Geschlecht beschrieben, das verankert ist in Hormonen, Chromosomen und Anatomie, zum anderen das soziale Geschlecht mit seinem Ursprung in Kultur und Gesellschaft. Letzteres gestaltet sich je nach Situation und in Auseinandersetzung mit anderen unterschiedlich. Folglich steht der Geschlechtsunterschied als grundsätzlicher Erklärungsansatz der gelernten und gelebten Geschlechterrolle gegenüber, die als Ansatzpunkt zur weiteren Betrachtung dient (West 1993). In der englischen Sprache und Literatur wird auch der Begriff „sex“, das biologische Geschlecht, vom Begriff „gender“, dem sozialen Geschlecht, unterschieden.

Die Variabel Gender hat nach Garfinkel (1967) grundlegende Bedeutung im Aufbau des ganzen sozialen Lebens. Die Geschlechterrolle wird sowohl als Anpassung des Verhaltens an männliche oder weibliche Normen verstanden (West 1993), als auch als etwas, das Unterschiede schafft, die nicht biologisch begründet sind (West und Zimmermann 1987).

Das „gelebte“ Geschlecht ist nach West (1993) nicht einfach gleichzusetzen mit dem Begriff „Mann oder Frau“, sondern es entsteht durch Interaktion miteinander. Jede Situation im menschlichen Leben kann dafür Grundlage sein. Aber es zeigt uns auch Grenzen auf,

bestimmtes Verhalten in Arzt-Patienten-Beziehungen auf reine Geschlechtsunterschiede zurückzuführen.

Die eigentliche Geschlechterrolle einer Ärztin und eines Arztes wird auch durch die Stellung im sozialen Leben und durch Erwartungen, die damit verbunden sind, bestimmt. Folglich müssen sie nicht nur die Erwartungen gegenüber einer Frau bzw. gegenüber einem Mann, sondern auch gegenüber einer Medizinerin bzw. gegenüber einem Mediziner erfüllen (West 1984).

„Wir sind immer Frauen oder Männer“ (West 1993), die durch das menschliche Miteinander in unendlich vielen Situationen weiblich oder männlich interagieren. Dennoch lässt sich die Rolle der verschiedenen Geschlechter nicht durch das einzelne Individuum oder anhand bloßer Rollenerwartungen beschreiben. Diese Normvorstellungen vom typisch männlichen oder weiblichen Charakter entstehen eben durch Institutionen oder einzelne Menschen. Vielmehr ist das Geschlecht durch die Abhängigkeit vom menschlichen Miteinander an bestimmte soziale Situationen gebunden (West 1993). So lässt sich auch die Bedeutung des Geschlechtes in menschlichen Interaktionen nicht losgelöst vom Kontext der Situation beurteilen (Fenstermaker et al. 1991).

1.3 Kommunizieren Ärztinnen anders als Ärzte?

Die Ergebnisse von durchgeführten Studien zu diesem Thema sind nicht einheitlich. Im Folgenden werden Studien dargestellt, die Unterschiede im kommunikativen Verhalten von Ärztinnen und Ärzten durch ihre Untersuchungsergebnisse bestätigen konnten. Daneben gibt es auch vielfach Studien, in denen anderweitig herausgearbeitete Kommunikationsunterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten nicht bestätigt werden konnten (Shapiro und Schiermer 1990). Beispiele hierfür sind die Studie von Hall et al. (1994), die ermittelt, dass sowohl Ärztinnen als auch Ärzte mit ihren Patientinnen in einer wenig interessierten Art und Weise sprachen, sich diesbezüglich also nicht voneinander unterschieden, und die Studie von Méndez et al. (1986), die aufzeigt, dass im nonverbalen Verhalten keine signifikanten Unterschiede zwischen Medizinerinnen und Mediziner bestehen.

Einige Forschergruppen fassen ihre Ergebnisse zusammen, indem sie z.B. annehmen, dass die Sprache der Frau eine „Sprache der Beziehung und des Mitgefühls“ ist im Gegensatz zur „Sprache des Rechts und der Gerechtigkeit“ des Mannes (Gilligan 1982).

Sie kommen zu dem Ergebnis, dass in den Untersuchungsgruppen Ärztinnen im Mittelwert menschlicher und einfühlsamer seien als Ärzte (Day et al. 1989, Scadron et al. 1982).

Einige empirische Studien zeigen auf, dass der Kommunikationsstil von Ärztinnen mehr am Patienten orientiert (Lorber 2000) und durch Empathie gekennzeichnet ist (Shapiro und Schiermer 1990). Ärztinnen besitzen nach Brink-Muinen (2002) ein größeres Gespür und mehr Sensibilität für die Bedürfnisse des Patienten und gehen durch Erklärungen und Antworten deutlicher auf seine Sorgen ein (Weisman 1987). Auch vermitteln sie dem Patienten durch ihre Aussagen eher ein Gefühl von Sicherheit (Shapiro und Schiermer 1990). Sie zeigen mehr „verbale Aufmerksamkeit und Wärme“ (Brink-Muinen et al. 1998). Während Ärzte eher die Symptome und Leiden des Patienten im Mittelpunkt ihrer Betrachtung stellen, beachten Ärztinnen eher den ganzen Patienten in seiner aktuellen Situation.

Einige Forschergruppen ermitteln in empirischen Studien, dass Ärzte sich auf die Lösung von Problemen konzentrieren, während Ärztinnen solche Dinge eher diskutieren (Denekens 2002). Sie zeigen in Interaktion mit dem Patienten ein meist weniger kommunikatives Verhalten (Brink-Muinen et al. 1998) und machen eher konkrete Vorschläge (Shapiro und Schiermer 1990). Williams et al. (1993) beschreiben Frauen in diesem Beruf gegenüber den Männern als eher „Prozess-orientiert“ versus „Aufgaben-orientiert“. Nach Bensing et al. (1993) steht das weibliche „passive und affektive Verhalten“ dem männlichen „aktiven und instrumentellen Verhalten“ gegenüber.

Ärztinnen handeln, so die Autoren, nach dem Motto: „Sprechen anstatt Pillen austeilen“ (Bensing et al. 1993). Es wurde in dieser niederländischen Studie ermittelt, dass Ärztinnen erheblich weniger Medikamente verschreiben. Stattdessen geben sie mehr Ratschläge und Informationen (Lurie et al. 1993, Brink-Muinen 1998, Flocke und Gilchrist 2005, Bertakis et al. 2003). Auch Bensing et al. (1993) beschreiben die Arbeitsweise der Ärztinnen und Ärzte als unterschiedlich. So lässt sich bei Ersteren, im Rahmen einer oftmals länger dauernden Konsultation, eine häufigere beratende Tätigkeit und Veranlassung von Laboruntersuchungen sowie eine seltenere Ausstellung von Rezepten und Vorkommen von technischen Interventionen verzeichnen. Wohingegen in der Studie von Bertakis et al. (2003) ermittelt wird, dass Ärzte mehr Zeit mit technischen Interventionen und Diskussionen über Substanzmissbrauch verbrachten.

Ärztinnen nutzen die ihnen zur Verfügung stehende Zeit nach Shapiro und Schiermer (1990) besser. Sie führen längere Arzt-Patienten-Gespräche und bemühen sich um ein partnerschaftlicheres Verhältnis zum Patienten, um ein Gespräch mit Raum für Emotionen und positiver Grundstimmung und um einen Austausch über psychosoziale Themen (Roter und Hall 1998, Roter et al. 2002). Besonders in Teilzeit arbeitende Ärztinnen scheinen sich

nach der Studienlage mehr Zeit für ihre Patienten zu nehmen. Diese Zeit nutzen sie größtenteils, den Patienten zu informieren und zu beraten (Bensing et al. 1993).

1.3.1 Zusammenarbeit und Partnerschaft

Wichtige Punkte des Bündnisses zwischen Arzt und Patient sind die „Zusammenarbeit und Partnerschaft“ (Roter und Hall 2001). Dies zeigt sich auf verschiedenen Ebenen.

Ärztinnen bemühen sich nach Shapiro und Schiermer (1990) verstärkt um ein harmonisches Verhältnis untereinander.

Sie stehen in einem engeren Verhältnis zu ihren Patienten (Lorber 2000) und sehen sie in der Interaktion als gleichberechtigte Partner an (West 1993). Laut Denekens (2002) ist diese Kooperation auch im Interaktionsstil zu finden, besonders zu sehen in einer ähnlichen Verteilung der relativen Gesprächsanteile.

Einige Forschergruppen gehen davon aus, dass man in den Äußerungen der Medizinerinnen eher Partnerschaftlichkeit findet. So sollen sie häufiger nach den Erwartungen und Meinungen des Patienten fragen und sein Verständnis prüfen (Shapiro 1990, Roter et al. 1991, Shapiro und Schiermer 1991, Charon et al. 1994, Hall et al. 1994, Law und Britten 1995, Brink-Muinen et al. 1998). Zudem wird davon ausgegangen, dass sie sich öfter auf ermutigende und billigende Weise dem Patienten gegenüber äußern (Shapiro und Schiermer 1990, Roter et al. 1991, Hall et al. 1994). Auch durch nonverbales Verhalten, wie z.B. Kopfnicken und Lächeln, und unbestimmte Äußerungen, wie z.B. „hmm“, versuchen sie, dem Patienten die Situation zu erleichtern und vermitteln so Aufmerksamkeit und Interesse (Hall et al. 1994). Ihnen wird von Weisman (1987) außerdem eine verbesserte Fähigkeit zugeschrieben, nonverbale Kommunikation und damit auch die Gefühle des Patienten zu entschlüsseln und ihn gleichzeitig nicht auf dominierende Weise zu unterbrechen. Letzteres hingegen wird eher den Ärzten zugeschrieben, auch einhergehend mit einem im Vergleich zum Patienten größeren Redeanteil.

Des Weiteren zeigen einige Studien auf, dass Ärztinnen gewillter als Ärzte sind, alle zur Verfügung stehenden Informationsressourcen, wie Bücher und den Rat eines anderen Arztes, auch in aller Offensichtlichkeit für das Wohl des Patienten zu nutzen. Auch wenn ihnen dadurch der allerdings auch Distanz erzeugende Schutz und Schein der Unfehlbarkeit genommen wird, der oftmals durch den beruflichen Status des Arztes erzeugt wird (Shapiro 1990, Shapiro und Schiermer 1991). Laut Meeuwesen et al. (1991) informieren sie die Patienten besser, wohingegen Ärzte eher Anweisungen und Verhaltensvorschläge machen.

Nach der Ermittlung einiger Studien scheinen Ärztinnen während des Gespräches weniger zu dominieren. Sie verbringen mehr Zeit (Meeuwesen et al. 1991, Roter et al. 1991, Bensing et al. 1993, Saunders und Kindy 1993, Charon et al. 1994, Hall et al. 1994, Bernzweig et al. 1997) und reden mehr mit ihren Patienten als Ärzte (Hall et al. 1994, Roter et al. 1991, Brink-Muinen et al. 1998). Außerdem haben sie dabei häufiger Blickkontakt zum Ratsuchenden (Brink-Muinen et al. 1998). Law und Britten (1995) fanden in ihrer Studie heraus, dass sich die Ärztinnen in ihren Gesprächen patientenorientierter verhielten als ihre männlichen Kollegen. Dies zeigte sich an dem häufigeren Gebrauch offener Fragen, auch beschrieben durch Shapiro und Schiermer (1990), und der größeren Aufmerksamkeit gegenüber, möglicherweise wichtigen, Informationen, die die Patienten selber lieferten. Die Studie von Langwell (1982) ermittelt, dass ein höheres Maß an „Gesicht-zu-Gesicht-Interaktion“ stattfindet. Nach Hall und Roter (1998) herrscht in Gesprächen mit Ärztinnen ein höheres Maß an Gleichberechtigung der teilnehmenden Parteien. Dies zeige sich auch an der höheren Gesprächsbeteiligung auf Seiten des Patienten.

1.3.2 Psychosozialer Kontext

Der medizinische Alltag der Ärztin wird nach Bensing et al. (1993) von anderen Krankheitsbildern geprägt als der ihrer männlichen Kollegen. Ihr begegnen neben den frauenspezifischen Gesundheitsproblemen, wie Familienplanung und gynäkologischen Angelegenheiten, auch vermehrt endokrinologische und soziale Fragestellungen.

Ein weiterer wichtiger Punkt der Arzt-Patienten-Beziehung ist somit auch der „psychosoziale Kontext“ (Roter und Hall 2001) der im Gespräch mit dem Patienten angesprochen wird.

Einige Forschergruppen gehen davon aus, dass Ärztinnen ihre Patienten öfter in psychosozialen Dingen beraten (Mendez et al. 1986, Shapiro und Schiermer 1991, Meuleman und Harward 1992, Charon et al. 1994, Law und Britten 1995, Brink-Muinen et al. 1998) und häufiger Fragen mit psychosozialen Inhalt stellen (Shapiro 1990, Hall et al. 1994).

Es wird zudem davon ausgegangen, dass auch das Sprechen über Gefühle, was sowohl ein direktes Ansprechen von Emotionen als auch Empathie und Interesse am Patienten beinhaltet (Roter und Hall 2001), stärker in den von Ärztinnen geführten Gesprächen gewichtet wird (Wasermann et al. 1984, Méndez et al. 1986, Shapiro und Schiermer 1991, Meuleman und Harward 1992). Shapiro und Schiermer (1990) folgern aus ihren Ergebnissen, dass Ärztinnen Gefühle besser beschreiben und diskutieren können. Nach Méndez et al. (1986) liegt der sprachliche Unterschied gerade im häufigeren Ergründen emotionaler Dinge und Reflexion von Gefühlen.

Es zeigte sich in ihrer Studie, dass Ärztinnen in Interaktion mit dem Patient, z.B. während der Mitteilung schlechter Nachrichten, besser mit affektiven Momenten des Gespräches umgingen als ihre männlichen Kollegen.

Auch scheinen Ärztinnen mehr Augenmerk auf eine eventuelle Psychopathologie ihrer Patienten zu haben. Kruse et al. (1999) beschreiben in ihrer Studie zur diagnostischen Einschätzung psychogen Kranker in der hausärztlichen Versorgung, dass die Hausärztinnen signifikant häufiger eine seelische oder psychosomatische Symptomatik bei ihren Patienten verzeichneten als ihre männlichen Kollegen.

1.3.3 Geschlechterkombinationen

Arzt-Patienten-Gespräche werden in der Literatur als homogener bezeichnet, wenn sie zwischen Gesprächspartnern des gleichen Geschlechts stattfinden.

Weisman und Teitelbaum (1985) folgern aus ihren Ergebnissen, dass es dem Patient leichter fällt, mit einem Arzt selben Geschlechts zu kommunizieren (Weisman und Teitelbaum 1985). Weisman (1987) beschreibt, dass es weniger Statusunterschiede in gleichgeschlechtlichen Konsultationen gibt, vor allem zwischen Patientinnen und Ärztinnen. Kruse et al. (1999) ermitteln zum Beispiel in ihrer Studie, dass Ärztinnen bei ihren Patientinnen signifikant mehr psychogene Erkrankungen identifizieren als bei ihren Patienten, was für eine offene und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Interaktion ohne Geschlechtsbarriere spricht.

Die Arzt-Patienten-Gespräche scheinen nach der Studienlage am kürzesten zu sein, wenn sie zwischen Beteiligten unterschiedlichen Geschlechtes stattfinden (Brink-Muinen et al. 1998). In einer Studie von Cartwright (1967) z.B. verbrachten die teilnehmenden Ärztinnen durchschnittlich mehr Zeit mit ihren Patientinnen als mit ihren Patienten.

Die größte Patientenzufriedenheit gab es laut Comstock et al. (1982), nach Betrachtung verschiedener internistischer Untersuchungen, bei der Geschlechterkombination Patientin-Ärztin zu verzeichnen. Auch die Studie von Roter et al. (1991) ermittelt, dass Patientinnen sich oftmals wohler und entspannter fühlen im Gespräch mit einer Ärztin. Dementsprechend scheinen Patientinnen, die Betreuung durch diese zu bevorzugen, so auch Bensing et al. 1993. Die untersuchten Gespräche zwischen Ärztinnen und Patienten hingegen wurden von Hall et al. (1994) als weniger freundlich gewertet als die anderer Geschlechterkonstellationen, und bei Gesprächen zwischen Ärzten und Patientinnen fiel ein besonders gelangweilter Tonfall an der Stimme des Arztes auf. Law und Britten (1995) ermitteln, dass Gespräche mit zuletzt genannter Geschlechterkombination am wenigsten patientenzentriert zu verlaufen scheinen, im Gegensatz zu denen zwischen Ärztinnen und Patientinnen.

1.3.4 Kommunikation im Wandel der Zeit und neurophysiologische Grundlagen

Um der Komplexität des Themas „männliche und weibliche Kommunikation“ in Herleitung und Betrachtung gerecht zu werden, sind auch einige neurobiologische Überlegungen zur Evolution und Neurophysiologie von Sprache und Kommunikation zu betrachten. Ich möchte dieses anhand der Studie von Joseph (2000) darstellen.

Für die Anfänge und Voraussetzungen der heute bestehenden Sprache als Kommunikationsmittel muss man bis zu 1,9 Millionen Jahre zurückblicken, als der Vorfahre des Neandertalers und des heutigen modernen Menschen, der homo erectus, die ersten Formen der Familie gründete. Körperliche Veränderungen der Frau, wie die Verlagerung des Vaginalkanals, die eine beim Liebesspiel einander zugewandte Position ermöglichte, Vergrößerung des weiblichen Beckens und die dauerhafte Vergrößerung von Brust und Gesäß signalisierten den neuen sexuellen Status und Verfügbarkeit der Frau und damit die ständige Empfänglichkeit. Dies wiederum könnte den Mann zum Aufbau einer lang andauernden Mann- Frau- Beziehung und zur Gründung eines eigenen Zuhauses ermutigt haben.

Es bildeten sich unterschiedliche Aufgaben von Frau und Mann heraus: die Sammlerin, Herstellerin von Werkzeug und Mutter des Nachwuchses, und der Jäger. So stand die Fähigkeit des sozialen und emotionalen Sprechens dem des Schweigens und des räumlichen Sehens gegenüber.

Die Entwicklung der emotionalen Sprache und der später grammatikalisch ausgereiften und Vokabelreichen Sprache der Frau, hat ihren Ursprung in der frühen Mutter- Kind- Beziehung. Da die Erziehung des Kindes des homo erectus lange Zeit benötigte, wurde die Mutter dazu veranlasst über Jahre in einem größeren Umfang mit ihrem Kind zu sprechen als der Mann. Dies diente unter anderem dem erfolgreichen Artenerhalt, da das Erzeugen von Lauten, wie z.B. Schreien, die Mutter zu dem sich in Gefahr befindenden Kind führen konnte. Die Kinder von vielen Spezies erzeugen Geräusche oder Singen nach dem Vorbild ihrer Mutter (Bayart et al. 1990, Jurgens 1990, Wiener et al. 1990). Dieser Austausch fördert laut Joseph (1993, 1996) und McLean (1990) das miteinander Sprechen, die Verbundenheit und trägt zum Überleben bei. Die Bereiche der emotionalen Sprache im Gehirn, wie der rechte frontale und temporal-parietale Bereich scheinen bei Frauen mehr entwickelt zu sein. Der für den Vokabelreichtum und die grammatikalischen Komponenten zuständige Bereich der modernen menschlichen Sprache wird dagegen vom linken Frontal- und Temporal-Parietal-Hirn vermittelt, z.B. der Broca- oder Wernicke-Sprachregion und dem inferioren Parietallappen bzw. dem Gyrus angularis. Im Gegensatz zum heutigen Menschen gebrauchte der homo erectus anstatt komplexer Sprache wahrscheinlich eher Gestik, Mimik, und Körpersprache

neben emotionalen Lauten, wie Grunzen und Seufzen, um seine Bedürfnisse, Ängste, Gefühle und Wünsche auszudrücken. Allerdings trug der weibliche homo erectus durch das Herstellen von Werkzeugen und die sammlerische Tätigkeit zur Verbesserung der sequentiellen feinmotorischen Fähigkeiten auch entscheidend zur neurologischen Entwicklung der grammatikalisch komplexen und Vokabelreichen menschlichen Sprache bei (Joseph 2000).

Die notwendigen Fertigkeiten zur Werkzeugherstellung und zum effizienten Sammeln von z.B. Gemüse und Früchten beinhalteten eine schnelle Abfolge von feinmotorischen Bewegungen von Armen, Händen und Fingern (Hamrick und Inouye 1995, Marzek 1997, Susman 1994). Erst seitdem scheint das menschliche Gehirn in der Lage zu sein, komplexe Sprache wahrzunehmen und auszudrücken. Sprachliche Fähigkeiten und die funktionale Entwicklung der Broca- Sprachregion und des Gyrus angularis wurden gefördert (Joseph 2000).

Der Gyrus angularis des inferioren Parietallappens (IPL) stellt ein einzigartiges Merkmal des Menschen dar (Geschwind 1965) und ermöglicht ihm komplexe Aktivitäten mit einer Reihe von zugehörigen Schritten auszuführen (Joseph 1990). Er scheint die frontalen motorischen Anteile des Gehirns für das Erzeugen von Feinmotorik, zeitlich aufeinander folgende Bewegungen und auch für Spracheinheiten zu programmieren. So sind die Menschen ohne Gyrus angularis oder mit dessen Verletzung unfähig, Geräte korrekt zu gebrauchen oder herzustellen, und sie in einer komplexen zeitlichen Reihenfolge zu verwenden. Außerdem ist die grammatikalisch korrekte Rede gestört, die Betroffenen leiden unter einer Wortfindungs- und Satzabfolgestörung und der Umgang mit der geschriebenen Sprache ist gestört. Dieser Zustand wird als Apraxie bezeichnet und beschreibt die Unfähigkeit, Aufgaben in ihren einzelnen Schritten und Reihenfolgen auszuführen (De Renzi und Lucchetti 1988, Geschwind 1965, Joseph 1990, Heilman et al. 1982, Kimura 1993). Der Parietallappen und der superiore Temporallappen dehnten sich aus, der Gyrus angularis erschien, und es wurden neuroplastische Veränderungen in dem angrenzenden handmotorischen Gebiet des Frontallappens herbeigeführt, das später zur motorischen Brocca- Sprachregion wurde (Joseph 2000).

Durch seine umfassenden Verbindungen zu den benachbarten sensorischen Bahnen erhält und nimmt der Gyrus angularis komplexe Informationen auf, formt dadurch Konzepte und klassifiziert dieses Material, welches in den Strom von Sprache und Gedanken gelangt (Joseph 1982, 1990). In Interaktion mit der Wernicke- Region sendet er diese Information zur Brocca- Sprachregion, in der sofort motorische orale und laryngeale Gebiete aktiviert werden (Foester 1936, Fox 1995, Joseph 1990).

Auch die Anatomie des weiblichen Gehirns an sich scheint sich auch vom männlichen Gehirn zu unterscheiden. Das Herstellen von Schmuck, Werkzeugen im Haushalt und das Sammeln forderte oft das Benützen beider Hände. Aus diesem Grund könnten sich sowohl die linke als auch die rechte Hälfte des weiblichen Gehirns zur Produktion von motorischen Aufeinanderfolgen und grammatikalisch komplexer und Vokabelreicher Sprache organisiert haben. Seiner Aufgabe in diesem Bereich entsprechend scheint besonders die Brocca-Sprachregion größer bei Frauen zu sein. Auch der posteriore Corpus callosum, der den rechten und linken Parietallappen verbindet, scheint bei Frauen signifikant größer als bei Männern zu sein (Joseph 2000). Nach Harasty et al. (1997) zeigen sich neben dem größeren Volumen im Bereich der zwei Sprachassoziierten Gebieten, der Wernicke- und der Brocca-Sprachregion, zudem keine vergleichbaren Unterschiede in den nicht für Sprache zuständigen Regionen des Frontalpols. Außerdem sieht es so aus, als ob die Sprache in einem größeren Ausmaß in der rechten Hälfte des weiblichen Gehirns repräsentiert ist als in der rechten Hälfte des männlichen Gehirns (Bradshaw und Rogers 1992, Joseph 1993, McGone 1980, Shaywitz et al. 1995). Dieser Geschlechtsunterschied hat aber nicht nur Auswirkungen auf die weibliche Überlegenheit in sprachlichen Fähigkeiten durch bilaterale Repräsentation sondern auch auf die relative Unterlegenheit im räumlichen Sehen durch die funktionale Menge. Allerdings haben Frauen eben deshalb eine Reserve bezüglich Sprache und dem Fortführen des Sprechens auch bei Verletzungen (Joseph 2000).

Basierend auf der Entwicklung der grundlegenden Unterschiede zwischen der weiblichen und männlichen Sprache und deren Ursprung zeigt sich, dass die Frau der heutigen Zeit eine klare Sprache, Artikulation, Wortschatz, Satzbau und damit verbundene linguistische Überlegenheit gegenüber den Männern liefert (Bayley 1968, Broverman et al. 1968, Harris 1978, Koenigsknecht und Friedman 1976, Hampson und Kimura 1992, Harshman et al. 1983, Hyde und Lynn 1988, Kimura 1993, Levy und Heller 1992, Lezac 1983, McGone 1980, McGuinness 1976, Moore 1967). Sie spricht sowohl mehr, schneller und flüssiger als auch mehr mit sozialem Bezug als Männer. Schon als Kind äußert sich die Frau mehr, und sie spricht ihre ersten Worte und entwickelt ein größeres Vokabular in einem früheren Lebensalter (Joseph 2000). Die Rede der Mädchen ist leichter zu verstehen, sie verbessern schneller Artikulation und Grammatik, und die Länge und Komplexität ihrer Sätze ist umfangreicher als bei Jungen (Bayley 1968, Harris 1978, Hyde und Lynn 1988, Koenigsknecht und Friedman 1976, Levy und Heller 1992, Lezac 1983, McGone 1980, McGuinness 1976, Moore 1967). Sie lernen, schneller und besser zu lesen und die Schriftsprache zu beherrschen (Corballis und Beale

1983). Hingegen findet man bei Jungen häufiger sprachbezogene Störungen, z.B. Stottern, und Leseschwäche (Corabllis und Beale 1983, Lewis und Hoover 1983).

Während die linke Hälfte des männlichen Gehirns eine größere Spezialisierung für Sprache aufweist, scheint die rechte Hirnhälfte zur Analyse von räumlichen Beziehungen zu dienen (Levy 1972, 1974, McGee 1979, McGone 1980, Witelson 1985). Diese Funktion und die Möglichkeit zu Schweigen waren direkt verbunden mit dem erfolgreichen Aufspüren der Beute und waren gleichzeitig nicht förderlich für die Entwicklung der Sprache. Heute zeichnen sich Männer als Menschen mit hoher mathematischer Begabung aus, was sich auch schon während der Kindheit und der frühen Jugend zeigt und weitgehend unabhängig von Umwelteinflüssen ist.

Die Fertigkeiten der Männer für den Umgang mit der modernen menschlichen Sprache erwarben sie durch das mütterliche Erbe und deren Mütter, die ihnen Sprache lehrten (Joseph 2000).

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien sind nicht einheitlich. Auch für den deutschen Sprachraum lagen keine Untersuchungen zu diesem Thema vor, daher wurde diese Studie angefertigt.

2. Fragestellung

Vor dem Hintergrund des referierten aktuellen Diskussionsstandes bearbeite ich in der vorliegenden Studie folgende zwei Fragestellungen:

- 1. Verhalten sich Ärztinnen im Gespräch mit ihren Patienten inhaltlich und formal patientenzentrierter als Ärzte?**
- 2. Zeigen sich Unterschiede im ärztlichen Kommunikationsstil in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten?**

Patientenzentrierte Gesprächsführung ist dadurch bestimmt, dass der Arzt in einer partnerschaftlichen Form der Gesprächsführung zuhört. Der Patient wird ermuntert, seine Gründe, seine Symptome, seine Ideen, Gefühle und Erwartungen auszudrücken (Henbest und Stewart 1990). Der Arzt ist aktiv bemüht, den Standpunkt des Patienten kennenzulernen (Stewart 1995). Er hilft dem Patienten, seine Sorgen auszudrücken.

Unter inhaltlichen Aspekten bedeutet dieses, dass die Ärztin / der Arzt im Arzt-Patienten-Gespräch neben medizinischen Themen auch medizinisch-psychologische und psychische Themen behandelt, die Lebensstil und die Lebensumstände des Patienten beleuchtet, auch persönliche Konversation führt und sowohl einleitende als auch abschließende Worte findet.

Unter formalen Gesichtspunkten beinhaltet patientenzentrierte Gesprächsführung, dass die Ärztin / der Arzt dem Patienten auch mit offen gehaltenen Fragen gegenübertritt, ihn informiert und Hilfen zur Orientierung gibt, ihm mit versichernden und übereinstimmenden Äußerungen begegnet, ihm Hilfestellung gibt, um sich äußern zu können, ihm Aufmerksamkeit, Empathie, auch Dankbarkeit und Entschuldigung und eine positive Reaktion oder ein Lachen entgegenbringt, angemessen antwortet, genau nachfragt und sich mit dargebotener Information intensiv auseinandersetzt und das Patientenverständnis überprüft.

3. Material und Methoden

3.1 Datengewinnung und Voraussetzungen

Die retrospektive Studie basiert auf einer Untersuchung in 18 hausärztlichen Praxen der medizinischen Grundversorgung im Raum Düsseldorf (vgl. Kruse 2003). Es handelte sich um von praktischen Ärzten bzw. Fachärzten für Allgemeinmedizin geführte Praxen mit städtischem und ländlichem Einzugsgebiet, in denen Patienten über einen Zeitraum von 2x2 Wochen rekrutiert wurden.

Die zu untersuchenden Patientengespräche wurden von Mitarbeitern der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Düsseldorf mit Hilfe eines Audioaufnahmeapparates aufgezeichnet und nach den Ulmer Transkriptionsregeln (vgl. Kruse 2003) transkribiert. Diese wurden entwickelt, um sprachlich orientierte Analysen anhand eines tonbandaufgezeichneten transkribierten Texts durchführen zu können.

Ausgewählt wurden 148 Gespräche, die vollständig aufgezeichnet und gut verständlich waren und nicht ständig unterbrochen wurden. Diese wurden anhand des MIPS (Medical Interaction Process System) kodiert und ausgewertet. Dieses Analysesystem bildet patienten- und arztzentriertes Kommunikationsverhalten ab.

3.2 Stichprobe der Ärzte

Beteiligt waren 9 Ärztinnen und 9 Ärzte mit einem durchschnittlichen Alter von 42,5 Jahre.

Die Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung der 18 beteiligten Praxisärzte.

Die häufigste Altersgruppe ist die Gruppe der 40-49jährigen zuzuordnen, nämlich 8 Ärzte und damit 44,4%. Weiter findet man 7 Ärzte in der Altersgruppe der 30-39jährigen und damit 38,9%. Die kleinste Gruppe bilden 3 Ärzte, also 16,7%, im Alter von 50-59 Jahren.

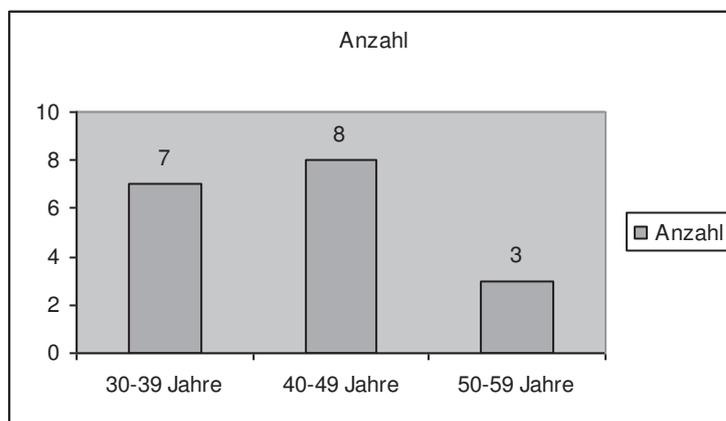


Abbildung 1: Altersverteilung der Ärzte

3.3 Stichprobe der Patienten

Ausgewählt wurden Gespräche mit 100 Patientinnen und 48 Patienten, die ein Durchschnittsalter von 43,1 Jahren aufweisen. Einschlusskriterien der Patienten waren ein Alter zwischen 17 und 74 Jahren, eine gesetzliche Krankenversicherung, ausreichend Deutschkenntnisse und aktuelle Beschwerden.

Die Abbildung 2 zeigt die Altersverteilung der 148 Patienten.

Die meisten Patienten sind der Altersgruppe der 28-38jährigen zuzuordnen. Hier befinden sich 35 Patienten und damit 23,6 %. In der Altersgruppe der 17- 27 Jährigen sind 30 (20,3 %), in der Gruppe der 61- 74 Jährigen 29 (19,6 %) und in der Gruppe der 50- 60 Jährigen 28 (18,9 %) Patienten. Die am geringsten vertretene Altersgruppe ist die der 30- 49jährigen mit 26 Patienten, bzw. 17,6 %.

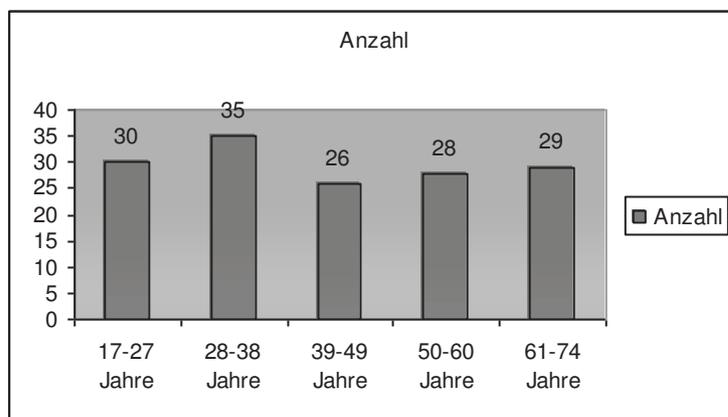


Abbildung 2: Altersverteilung der Patienten

3.4 Methode

Die 148 transkribierten Gespräche wurden mit Hilfe des Medical Interactional Process System (MIPS) untersucht. Beim MIPS handelt es sich um ein ursprünglich zur Analyse von Gesprächen zwischen Onkologen und Krebspatienten entwickeltes Sprachanalyzesystem von Sarah Ford et al. (2000). In diesem Analysesystem werden Äußerungen der Gesprächsteilnehmer zunächst in einzelne Gedankeneinheiten (= units) unterteilt. Dieses erfolgt, indem jeder einzelne inhaltliche Aspekt als eine Einheit erfasst wird. Diese Einheiten werden zunächst nach folgenden Themen kategorisiert: Ihnen werden sowohl inhaltlich das angesprochene Thema, z.B. medizinische, psychische oder die Behandlung betreffende Angelegenheiten, als auch formal der Prozess oder die Funktion jeder Aussage, z.B. das Stellen offener oder geschlossener Fragen oder das Liefern von Informationen, Phrase für Phrase zugeordnet. Parallel zu den inhaltlichen Kategorien und zu den formal abhängigen Kategorien, denen ein inhaltliches Thema zugehörig ist, werden formal unabhängige

Kategorien zur Kennzeichnung der affektiven Situation, wie dem Gebrauch von zustimmendem und das Gespräch erleichterndem Vokabular, verwendet. Auch finden mehr oder weniger subtil ausgedrückte Patienten Anliegen und die Angemessenheit der ärztlichen Reaktion Beachtung in diesem System. Durch die Einteilung der Gespräche in Phrasen bzw. Gedankeneinheiten bei gleichzeitiger differenzierender Zuordnung zu den entsprechenden Kategorien werden Überschneidungen umgangen. Beispielsweise würden der Äußerung des Arztes „Bitte schildern Sie ihre Beschwerden erneut!“, welche eine Gedankeneinheit (unit) ausmacht, ein medizinischer Inhalt (med) als inhaltliche Kategorie, das Geben einer Anweisung (drcadv) als formal vom Inhalt abhängige und die Äußerung eines Wunsches nach Wiederholung (rep) als formal vom Inhalt unabhängige Kategorie zugeordnet werden. Diese Einteilung in einen inhaltlichen und zwei formale Bereiche wird auch bei der Darstellung der Untersuchungsergebnisse im Ergebnisteil verwendet. Den folgenden Tabellen 1 bis 3 zeigen die inhaltlichen und formalen Gesprächskategorien auf, die das MIPS zur Kategorisierung verwendet.

Tabelle 1: Inhaltliche Gesprächskategorien des MIPS

intro	Einleitung
med	Medizinischer Inhalt
omed	Ergänzende medizinische Details
tests	Medizinische Tests
tmt	Behandlung
seffs	Nebenwirkungen
drugs	Medikamente
psmed	Medizinisch- psychologische Themen
psych	Psychische Themen
lsyle	Lebensstil
socdem	Lebensumstände
soccon	Persönliche Konversation
adprac	Verwaltungsangelegenheiten
end	Abschließende Worte
uncod	Unkodierbare Äußerungen

Tabelle 2: Formal abhängige Gesprächskategorien des MIPS

oq	Offene Frageform
cq	Geschlossene Frageform
lq	Antwort voraussetzende Frageform
mq	Mehrdimensionale Frageform
fq	Themenfokussierte Frageform (=oq+cq)
ginf	Geben von Information
ginfp	Geben von positiver Information
ginfn	Geben von negativer Information
reas	Versichernde Äußerungen
inreas	Fälschlich versichernde Äußerungen
orient	Orientierende Aussagen
chinf	Abklären erhaltener Information
chu1/2	Überprüfung Patientenverständnis
chsum	Zusammenfassung
sksinf	Informationssuche
drcadv	Anweisungen

Tabelle 3: Formal unabhängige Gesprächskategorien des MIPS

agree	Übereinstimmung
facs	Erleichterung der Patientenrede
reg	Aufmerksamkeit
respos	Positive Reaktionen
resneg	Negative Reaktionen
emps	Empathie
lghpos	Positives Lachen
lghneg	Negatives Lachen
rep	Wunsch nach Wiederholung
req*	Bitte
irpt	Unterbrechung

exirr	Ausdruck von Gereiztheit
exgrat	Ausdruck von Dankbarkeit
exapl	Entschuldigung
d/pcons*	Anliegen des Arztes/ Patienten
appr	Entsprechende Antwort
inappr	Nicht entsprechende Antwort
nrt	Nicht gegebene Antwort

Jedes der 148 Gespräche wurde von mir in Gedankeneinheiten unterteilt. Jede Gedankeneinheit wurde in die entsprechende, oben beschriebene Gesprächskategorie eingeordnet und anschließend mit Hilfe eines Formblattes kodiert. Die Anzahl der jeweiligen Gesprächskategorien pro transkribiertem Gespräch wurde ausgezählt. Ich berechnete in meiner Studie die prozentuale Verteilung der Gesprächskategorien auf der Basis der Units pro Gespräch.

3.5 Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung der relevanten Daten wird der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Der Mann-Whitney-Test ("Mann-Whitney-U-Test" oder kurz "U-Test") ist ein parameterfreier statistischer Test. Der U-Test ist ein Homogenitätstest. Er dient zur Überprüfung der Signifikanz der Übereinstimmung zweier Verteilungen, also ob zwei unabhängige Verteilungen A und B zu derselben Grundgesamtheit gehören. Der auf dem sogenannten Wilcoxon-Test für unabhängige Stichproben basierende Rangtest ist das verteilungsunabhängige Gegenstück zum parametrischen t-Test für den Vergleich zweier Erwartungswerte stetiger Verteilungen. Der Test wurde von Henry Mann und Donald Whitney (1947) sowie Frank Wilcoxon (1945) entwickelt und wird deshalb auch Mann-Whitney-Wilcoxon (MWW)-Test oder Wilcoxon-Rangsummentest genannt. Der U-Test prüft die Nullhypothese (Sachs 2004).

Das Signifikanzniveau bestimmt die Größe des Bereichs, in dem die dem Zufall zuzuschreibende Hypothese H_0 zu Gunsten der Alternativhypothese H_1 abgelehnt wird. Es wird hier ein Wert von 5% bestimmt, der als Signifikanzniveau auch die Irrtumswahrscheinlichkeit ausdrückt, einen Fehler erster Art zu begehen, nämlich die Nullhypothese trotz ihrer Richtigkeit abzulehnen. Die Signifikanz ist ein Maß der Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit einer Aussage über ein Stichprobenmerkmal im Verhältnis zur Grundgesamtheit. Wurden mehrere Mittelwertsunterschiede berechnet, so

erfolgte stets eine Alpha-Fehler Adjustierung nach Bonferoni. Zur deskriptiven Statistik werden Mittelwerte, Standardabweichungen und relative Häufigkeiten berechnet.

Die Berechnungen erfolgten mit den Statistikprogrammen SPSS 15.0 (SPSS für Windows) und STATA ver. 9.2.

4. Ergebnisse

4.1.1 Geschlechtsverteilung der Ärzte in den untersuchten Gesprächen

Aus Tabelle 4 lässt sich die Geschlechtsverteilung der Ärzte in den untersuchten Gesprächen ersehen. Es fanden 79 Gespräche mit Ärztinnen und 69 Gespräche mit Ärzten statt. Es wurden folglich 53,4 % der 148 Gespräche in Interaktion mit einer Ärztin und 46,6 % mit einem Arzt geführt.

Gespräch mit	Ärztin	Arzt	Gesamt
Anzahl	79	69	148
Prozent	53,4 %	46,6 %	100 %

Tabelle 4: Geschlechtsverteilung der Ärzte in den geführten Gesprächen

4.1.2 Geschlechtsverteilung der Patienten in den untersuchten Gesprächen

Der Tabelle 5 kann die Geschlechtsverteilung der Patienten entnommen werden. 100 der teilnehmenden Patienten (67,6 %) waren Frauen und 48 (32,4 %) waren Männer.

Gespräch mit	Patientinnen	Patienten	Gesamt
Anzahl	100	48	148
Prozent	67,6 %	32,4 %	100 %

Tabelle 5: Geschlechtsverteilung der Patienten

4.1.3 Kombination der Geschlechter

Aus Tabelle 6 ist zu ersehen, dass 15 Gespräche (10,1 %) der Kombination Arzt und Patient und 33 Gespräche (22,3 %) der Kombination Ärztin und Patient zuzuordnen sind. Weiter findet man 54 Gespräche (36,5 %) zwischen Arzt und Patientin und 46 Gespräche (31,1 %) zwischen Ärztin und Patientin. Das Gespräch zwischen Arzt und Patientin stellt die größte

Gruppe und das Gespräch zwischen Arzt und Patient die kleinste Gruppe der Geschlechtergruppenkombination dar.

Anzahl		Geschlecht Arzt		Gesamt
		Mann	Frau	
Geschlecht Patient	Mann	15	33	48
	Frau	54	46	100
Gesamt		69	79	148

Tabelle 6: Kombination der Geschlechtergruppen von Arzt und Patient

4.2 Deskriptive Darstellung des ärztlichen Interaktionsverhaltens

Bei den 148 Gesprächen entfallen im Mittel 83,5 Gesprächseinheiten ($sd= 47,2$) auf den Arzt und 72,2 Einheiten ($sd= 47,6$) auf den Patienten. Maximal sind 220 kodierte Gesprächseinheiten dem Arzt und 206 Einheiten dem Patienten zuzuordnen. Minimal findet man 1 Einheit sowohl beim Arzt als auch beim Patienten.

Untersucht wurden insgesamt 48 Gesprächskategorien. Berechnet wurde die relative Häufigkeit der einzelnen Kategorien im Verhältnis zur Anzahl der Äußerungen des Arztes. Somit wurde nur das Gesprächsverhalten der Ärzte untersucht. Die Gesprächskategorien werden im Folgenden anhand der ärztlichen Gesprächsanteile aufgezeigt. Eingeteilt werden sie in inhaltliche, formal abhängige und formal unabhängige Kategorien. Bezüglich der Häufigkeit der Gesprächskategorien unterscheidet man oftmals angewandte Kategorien mit Mittelwerten über 10 %, selten angewandte Kategorien mit Mittelwerten unter 3 % und übrige Kategorien mit Mittelwerten zwischen 3 % und 10 %. Die tabellarischen Abkürzungen sind im vorangehenden Material- und Methoden- Teil erläutert.

4.2.1 Inhaltliche Kategorien

Der Tabelle 7 können die relativen Häufigkeiten inhaltlicher Gesprächskategorien entnommen werden. Insgesamt sind 15 verschiedene Aspekte dem Inhalt zuzuschreiben.

Oftmals im Gespräch angewandte Kategorien sind Aussagen mit medizinischem Inhalt (med) sowie die Behandlung (tmt) und Verwaltungsangelegenheiten (adprac) betreffende Themen. Mit 24,1 % im Mittel ($sd= 18,3$) waren Aussagen mit rein medizinischem Thema am häufigsten. 13,2 % der ärztlichen Äußerungen waren nicht kodierbar.

Selten vorkommende inhaltliche Gesprächskategorien sind hingegen die Einleitung (intro), ergänzende medizinische Details (omed), psychische Themen (psych), persönliche Konversation (soccon), abschließende Worte (end) und besonders Nebenwirkungen (seffs).

Im mittleren Häufigkeitsbereich zu finden sind Aussagen zu medizinischen Tests (tests), Lebensumständen, wie Familie, Arbeit und Wohnung (socdem), medizinisch-psychologische Themen (psmed), Medikamenten (drugs) und Lebensstil (lsyle).

	Mittelwert %	Standardabweichung
med Medizinischer Inhalt	24,1 %	18,3
uncod Unkodierbare Äußerungen	13,2 %	15,8
tmt Behandlung	10,7 %	13,6
adprac Verwaltungsangelegenheiten	10,5 %	10,9
tests Medizinische Tests	8,4 %	10,5
socdem Lebensumstände	6,8 %	9,8
psmed Medizinisch-psychologische Themen	5,9 %	7,9
drugs Medikamente	4,9 %	8,9
lsyle Lebensstil	4,9 %	7,2
intro Einleitung	2,6 %	3,1
omed Ergänzende medizinische Details	2,1 %	6,1
psych Psychische Themen	1,9 %	4,2
SOCCON Persönliche Konversation	1,7 %	3,5
end Abschließende Worte	1,3 %	2,4
seffs Nebenwirkungen	0,1 %	0,4

Tabelle 7: Relative Häufigkeiten inhaltlicher Gesprächskategorien des Arztes

4.2.2 Formale Kategorien: - vom Inhalt abhängig

Tabelle 8 zeigt formal kodierte Gesprächseinheiten auf, die einem inhaltlichen Thema zugehörig sind. Es sind die relativen Häufigkeiten dieser insgesamt 16 formal abhängigen Kategorien zu ersehen.

Oftmals angewandte Gesprächskategorien sind hier besonders das Geben von Information (ginf) mit einem Mittelwert von 27,1 % (sd= 14,1) und der Gebrauch der geschlossenen Frageform (cq).

Selten kommen versichernde, oder auch falsche Hoffnungen vermittelnde Äußerungen (reas/inreas), negative (ginfn) und positive (ginfp) Informationen, das Abklären der erhaltenen Information (chinf), mehrdimensionale Fragen (mq), Überprüfung des Patientenverständnisses (chu1/chu2) und die Zusammenfassung (chsum). Am wenigsten vertreten ist die Aufforderung an den Patienten, Verstandenes wiederzugeben, um sein gewonnenes oder allgemeines Wissen zu überprüfen (Mw: 0 %, sd: 0). Den übrigen Gesprächskategorien mit Mittelwerten zwischen 3 % und 10 % kann man Anweisungen (drcadv), die offene Frageform (oq), orientierende Aussagen (orient), die Antwort voraussetzende Fragen (lq) und das Suchen nach Information (sksinf) zuordnen.

	Mittelwert %	Standardabweichung
ginf Geben von Information	27,1 %	14,1
cq Geschlossene Frageform	12,1 %	7,6
drcadv Anweisungen	8,3 %	9,1
oq Offene Frageform	7,8 %	6,2
orient Orientierende Aussagen	7,1 %	8,2
lq Antwort voraussetzende Frageform	5,1 %	4,4
sksinf Informationssuche	3,9 %	4,2
reas Versichernde Äußerungen	2,1 %	3,6
ginfn Geben von negativer Information	2,1 %	3,1
ginfp Geben von positiver Information	2,1 %	3,0
chinf Abklären erhaltener Information	1,5 %	2,7
mq Mehrdimensionale Frageform	0,7 %	1,3
chu1 Überprüfung Patientenverständnis	0,3 %	0,9
chsum Zusammenfassung	0,3 %	0,9
inreas Fälschlich versichernde Äußerungen	0,0 %	0,1
chu2 Überprüfung Patientenverständnis	0,0 %	0,0

Tabelle 8: Relative Häufigkeiten formal abhängiger Gesprächskategorien des Arztes

4.2.3 Formale Kategorien: - vom Inhalt unabhängig

Tabelle 9 zeigt formale Kategorien, die unabhängig und auch ohne inhaltliche Zuordnung verwendet werden. Es sind die 17 Gesprächskategorien mit ihren relativen Häufigkeiten dargestellt.

Oftmals gaben die Ärzte den Patienten zu verstehen, dass sie ihnen Aufmerksamkeit schenken (reg) (Mw: 21,0 %, sd: 12,3).

Selten hingegen kommt der überwiegende Teil der als formal unabhängig kodierten Gesprächskategorien vor. Hierzu zählen Zeichen der Übereinstimmung (agree) und Empathie (emps), angemessene (appr), nicht angemessene (inappr) und nicht gegebene (nrt) Antworten, positive und negative Reaktionen (respos/resneg) und Lachen (lghpos/ lghneg), die Rede des Patienten erleichternde Äußerungen (facs), Ausdruck von Gereiztheit (exirr), Dankbarkeit (exgrat) und Entschuldigung (exapl), Anliegen des Arztes (dcons) und der Wunsch nach Wiederholung des Gesagten (rep). Nicht zu beobachten ist das negativ gefärbte Lachen.

Dem mittleren Häufigkeitsbereich lässt sich die Unterbrechung der Patientenrede durch den Arzt (irpt) zuordnen.

	Mittelwert %	Standardabweichung
reg Aufmerksamkeit	21,0 %	12,3
irpt Unterbrechung	5,3 %	7,2
agree Übereinstimmung	2,2 %	2,2
emps Empathie	1,8 %	2,7
nrt Nicht gegebene Antwort	1,7 %	3,0
respos Positive Reaktionen	1,2 %	2,1
lghpos Positives Lachen	1,2 %	1,9
facs Erleichterung der Patientenrede	1,1 %	2,1
exirr Ausdruck von Gereiztheit	0,9 %	1,4
appr Angemessene Antwort	0,6 %	1,3
exgrat Ausdruck von Dankbarkeit	0,5 %	1,5
resneg Negative Reaktionen	0,4 %	1,0
inappr Nicht angemessene Antwort	0,3 %	1,1
exapl Entschuldigung	0,3 %	0,9
dcons Anliegen des Arztes	0,0 %	0,4
rep Wunsch nach Wiederholung	0,0 %	0,2
lghneg Negatives Lachen	0,0 %	0,1

Tabelle 9: Relative Häufigkeiten formal unabhängiger Gesprächskategorien des Arztes

4.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten im kommunikativen Verhalten von Ärztinnen und Ärzten

Im Folgenden werden die Gesprächselemente, die relativen Häufigkeiten betrachtend, im Hinblick auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Ärztinnen und Ärzten aufgezeigt. Der relative, prozentuale Anteil der dafür herangezogenen Gesprächseinheiten (units) von Ärzten mit einem Mittelwert von 55,7 % (sd= 7,3) im Vergleich zu Ärztinnen mit einem Mittelwert von 54,7 % (sd= 8,2) unterscheidet sich dabei nicht signifikant (U-Test: $z = -0,457$, asymptotische Signifikanz= 0,650). Hingegen sind bei den Ärzten mit einem Mittelwert von 91,3 (sd= 48,9) gegenüber den Ärztinnen mit einem Mittelwert von 76,6 (sd= 44,8) eine signifikant höhere durchschnittliche Anzahl von Gesprächseinheiten zu finden (U-Test: $z = -1,978$, asymptotische Signifikanz= 0,048).

Eine Einteilung findet auch hier nach inhaltlichen, formal abhängigen und formal unabhängigen Gesprächskategorien statt. Ebenso werden die oben erwähnten Häufigkeitsbereiche, also oftmals und selten angewandte und übrige Kategorien mit Mittelwerten über 10 %, unter 3 % und zwischen 3 % und 10 % zur Betrachtung herangezogen. Erläutert werden die tabellarischen Abkürzungen ebenfalls im Material-Methoden- Teil und im vorangegangenen Text.

4.3.1 Inhaltliche Kategorien

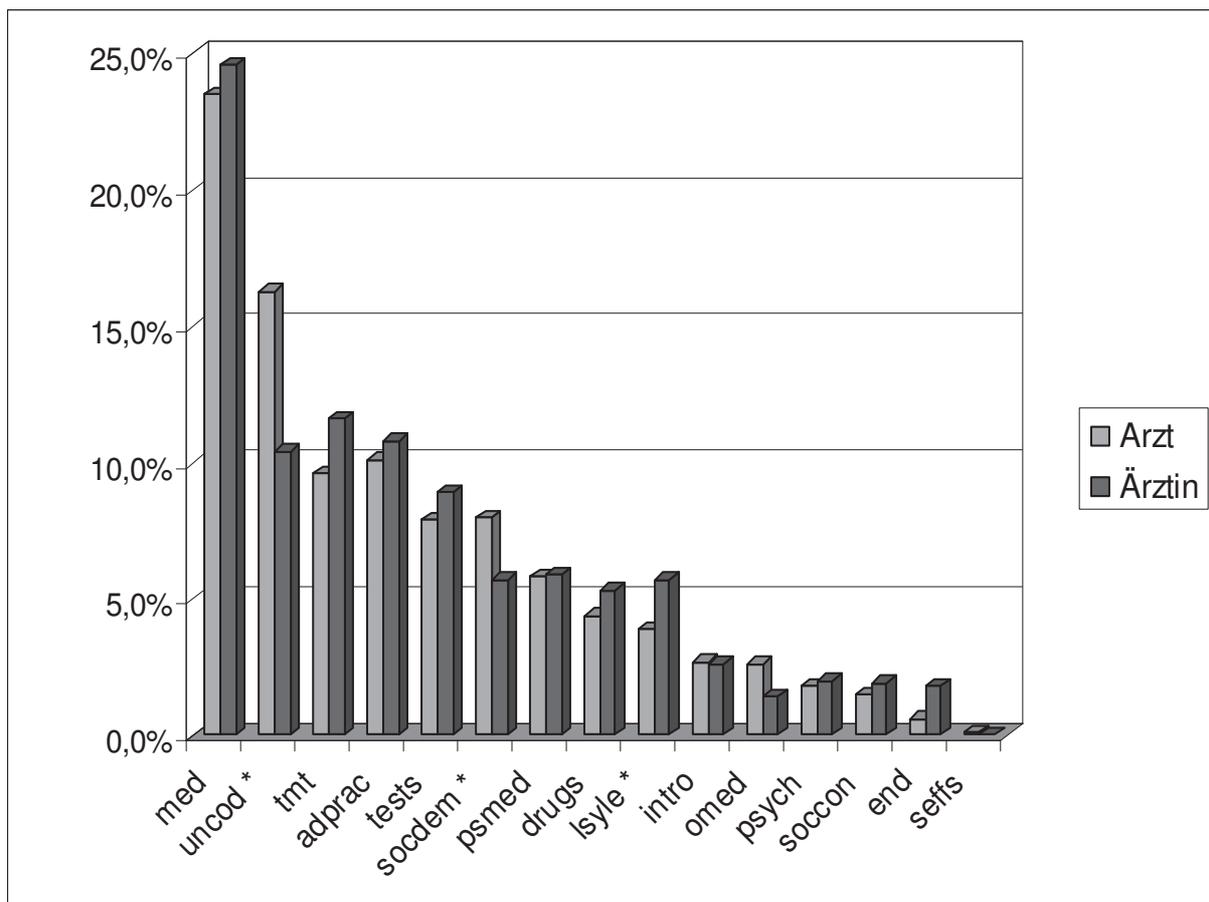


Abbildung 3: Ärztinnen und Ärzte im Vergleich: Inhaltliche Kategorien

* $p < 0,05$

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich ist, ist die relative Häufigkeit der vom Arzt verwandten inhaltlichen Gesprächskategorien zu annähernd gleichen Anteilen in denen von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen zu finden.

Signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten gibt es lediglich bei der Unkodierbarkeit einiger Gesprächseinheiten (uncod) sowie bei den Äußerungen bezüglich der Lebensumstände (socdem) und der Lebensstil (lsyle) des Patienten. In den von Ärzten geführten Gesprächen lässt sich mit einem Mittelwert von 16,3 % (sd= 17,6) ein signifikant höherer Anteil unkodierbarer Äußerungen im Vergleich zu den Ärztinnen mit einem Mittelwert von 10,4 % (sd= 13,6) verzeichnen (U-Test: $z = 1,985$, asymptotische Signifikanz= 0,047). Ärzte thematisieren mit einem Mittelwert von 8,0 % (sd= 10,2) gegenüber einem Mittelwert von 5,7 % (sd= 9,4) bei den Ärztinnen signifikant häufiger die Lebensumstände des Patienten (U-Test: $z = 2,118$, asymptotische Signifikanz= 0,034). In den von Ärztinnen geführten Gesprächen lässt sich mit einem Mittelwert von 5,7 % (sd= 7,5) ein signifikant höherer Anteil an Äußerungen verzeichnen, die die Lebensstil des Patienten betreffen,

gegenüber den von Ärzten geführten Gesprächen mit einem Mittelwert von 3,9 % (sd= 6,7) (U-Test: $z = -2,105$, asymptotische Signifikanz= 0,035).

4.3.2 Formale Kategorien: - vom Inhalt abhängig

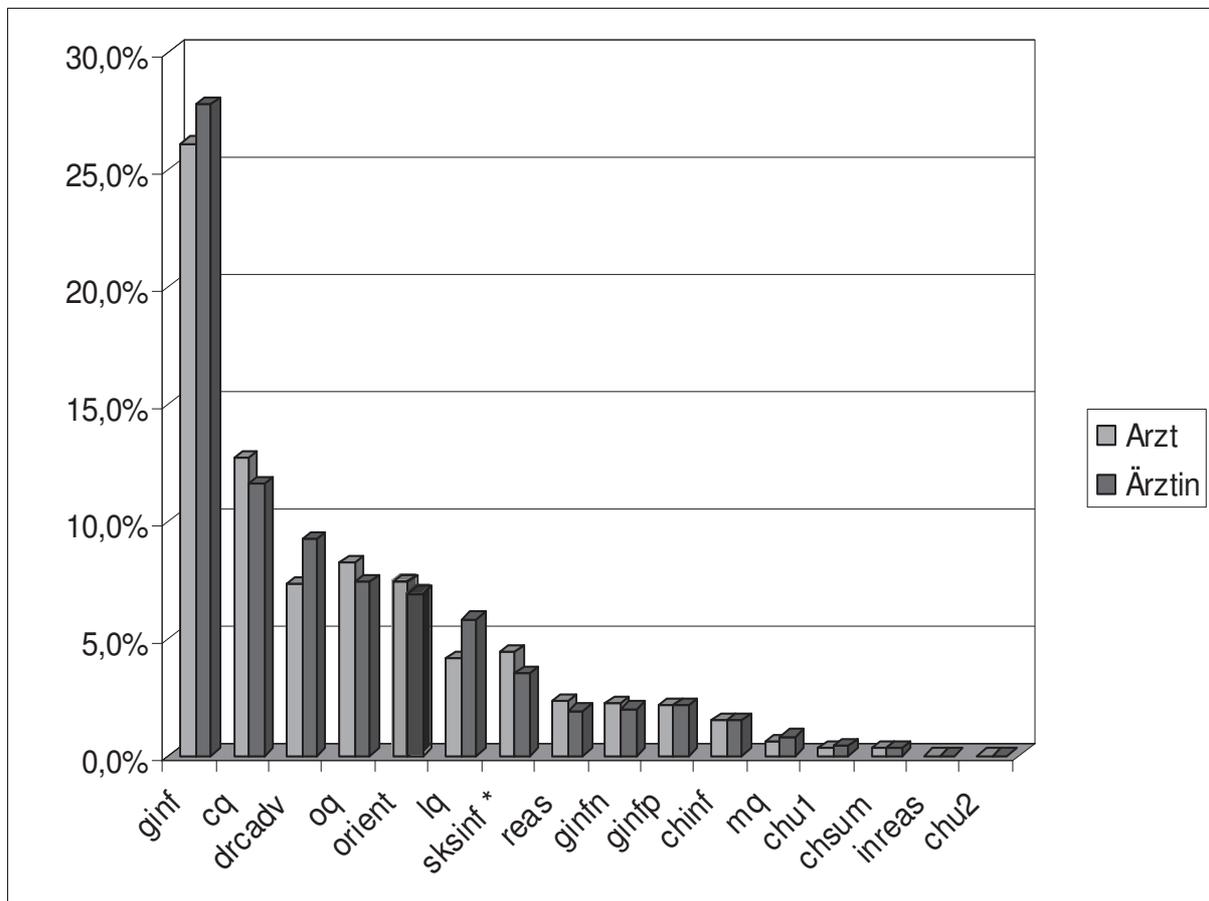


Abbildung 4: Ärztinnen und Ärzte im Vergleich: abhängige formale Aspekte * $p < 0,05$

Auch die dem Inhalt zugehörigen formalen Gesprächskategorien sind, wie aus Abbildung 4 entnommen werden kann, fast alle zu annähernd gleichen Anteilen in denen von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen zu verzeichnen.

Nur bei den der Informationssuche dienenden Äußerungen (sksinf) gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen. Mit einem Mittelwert von 4,4 % (sd= 4,0) kommt diese Frageform bei den Ärzten signifikant häufiger vor als bei den Ärztinnen mit einem Mittelwert von 3,5 % (sd= 4,3) (U-Test: $z = 1,971$, asymptotische Signifikanz= 0,0487). Diese Gesprächskategorie liegt auch insgesamt gesehen im mittleren Häufigkeitsbereich.

4.3.3 Formale Kategorien: - vom Inhalt unabhängig

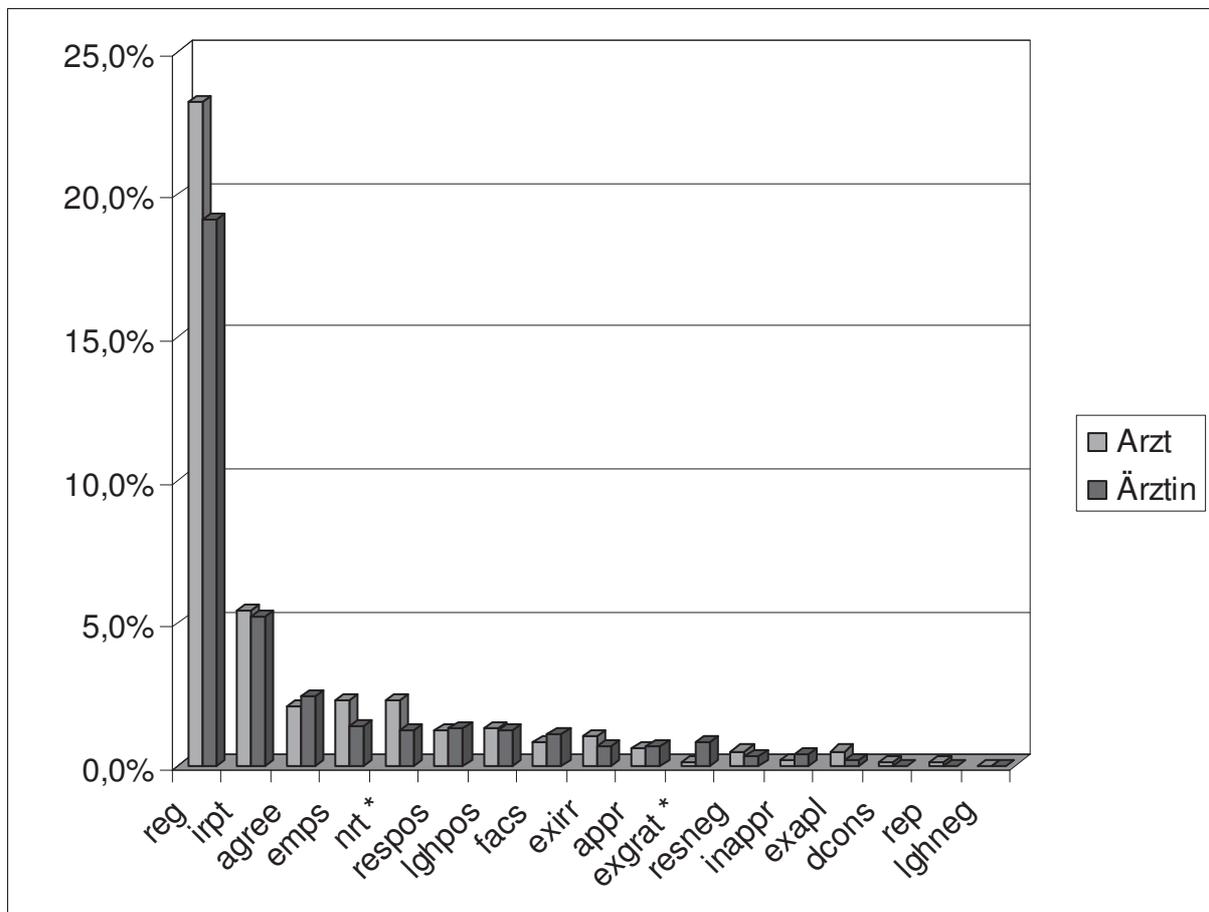


Abbildung 5: Ärztinnen und Ärzte im Vergleich: unabhängige formale Aspekte * $p < 0,05$

Der Abbildung 5 ist zu entnehmen, dass zwar ein großer Teil der formalen nicht dem Inhalt zugehörigen Gesprächskategorien zu vergleichbaren Anteilen in den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen vorkommt, es aber auch signifikante Unterschiede in diesem so kodierten Bereich gibt.

Es ist ein signifikant höheres Vorkommen an durch den Arzt nicht beantwortete Patientenangelegenheiten (nrt) bei den Ärzten gegenüber den Ärztinnen zu verzeichnen (Mw: 2,3 % (sd: 2,9) vs. Mw: 1,2 % (sd: 2,9)) (U-Test: $z = -2,017$, asymptotische Signifikanz = 0,0437). Die Ärztinnen hingegen zeigten sich signifikant häufiger dankbar (exgrat) als die Ärzte (Mw: 0,8 % (sd: 2,1) vs. Mw: 0,1% (sd: 0,5)) (U-Test: $z = 2,997$, asymptotische Signifikanz = 0,0027).

Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich folglich bei den auch insgesamt gesehen selten angewandten Gesprächskategorien.

4.4 Kommunikatives Verhalten von Ärztinnen und Ärzten in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten

4.4.1 Relativer Gesprächsanteil in Abhängigkeit vom Geschlecht des Arztes

4.4.1.1 Beteiligung des Arztes

In den Gesprächen entfallen im Mittel 55,7 % (sd= 7,3) der kodierten Gesprächseinheiten (unit) auf die Ärzte und 54,7% (sd= 8,2) auf die Ärztinnen. Einen signifikanten Unterschied der Gesprächsbeteiligung von Ärzten und Ärztinnen gibt es nicht (U-Test: $z = -0,454$, asymptotische Signifikanz= 0,650).

4.4.1.2 Beteiligung des Patienten

Bei den Patienten, wie aus Abbildung 6 zu ersehen, entfallen im Mittel 44,3 % (sd= 7,3) ihrer Gesprächseinheiten (unit) auf die von Ärzten geführten und 45,3 % (sd= 8,2) auf die von Ärztinnen geführten Gespräche. Der relative Gesprächsanteil der Patienten und damit die Patientenbeteiligung differieren nicht signifikant im Gespräch mit Ärztinnen oder Ärzten (U-Test: $z = -0,454$, asymptotische Signifikanz= 0,650).

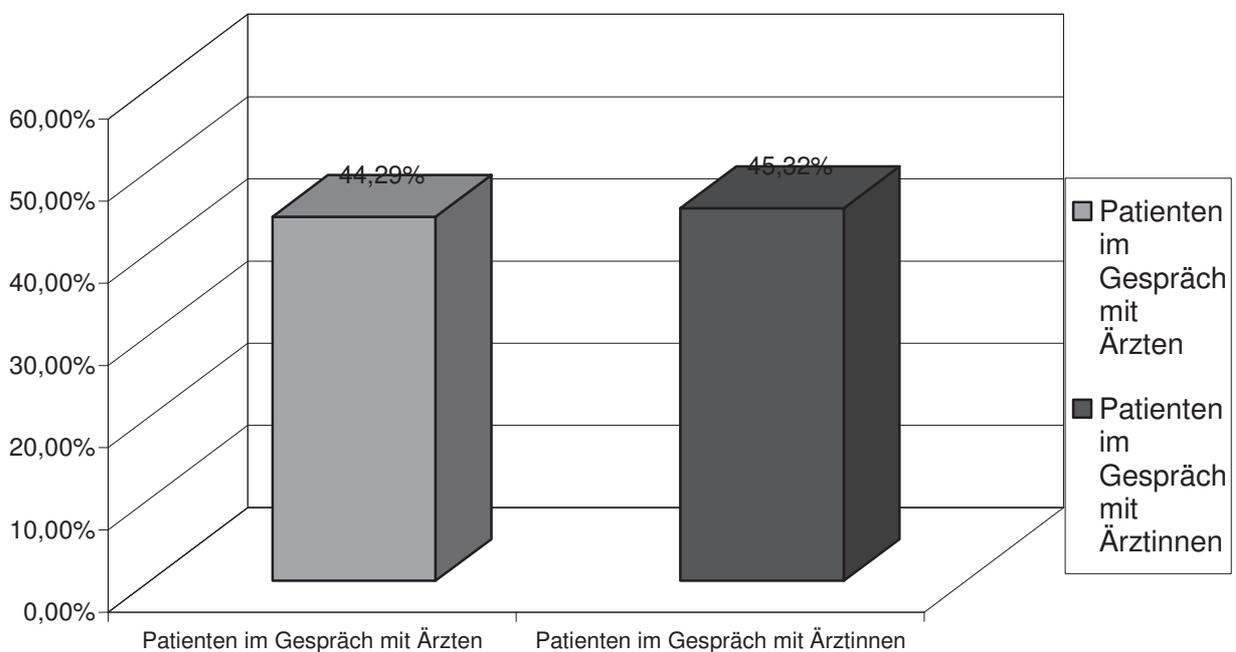


Abbildung 6: Relative Verteilung der Gesprächseinheiten der Patienten in den von Ärzten und Ärztinnen geführten Gespräche

Arzt und Patient beteiligen sich dabei nahezu unabhängig vom Geschlecht der Ärzte nahezu zu gleichen Teilen am Gespräch.

4.4.2 Kommunikatives Verhalten von Ärztinnen und Ärzten in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten

4.4.2.1 Gespräche mit männlichen Patienten

4.4.2.1.1 Inhaltliche Kategorien

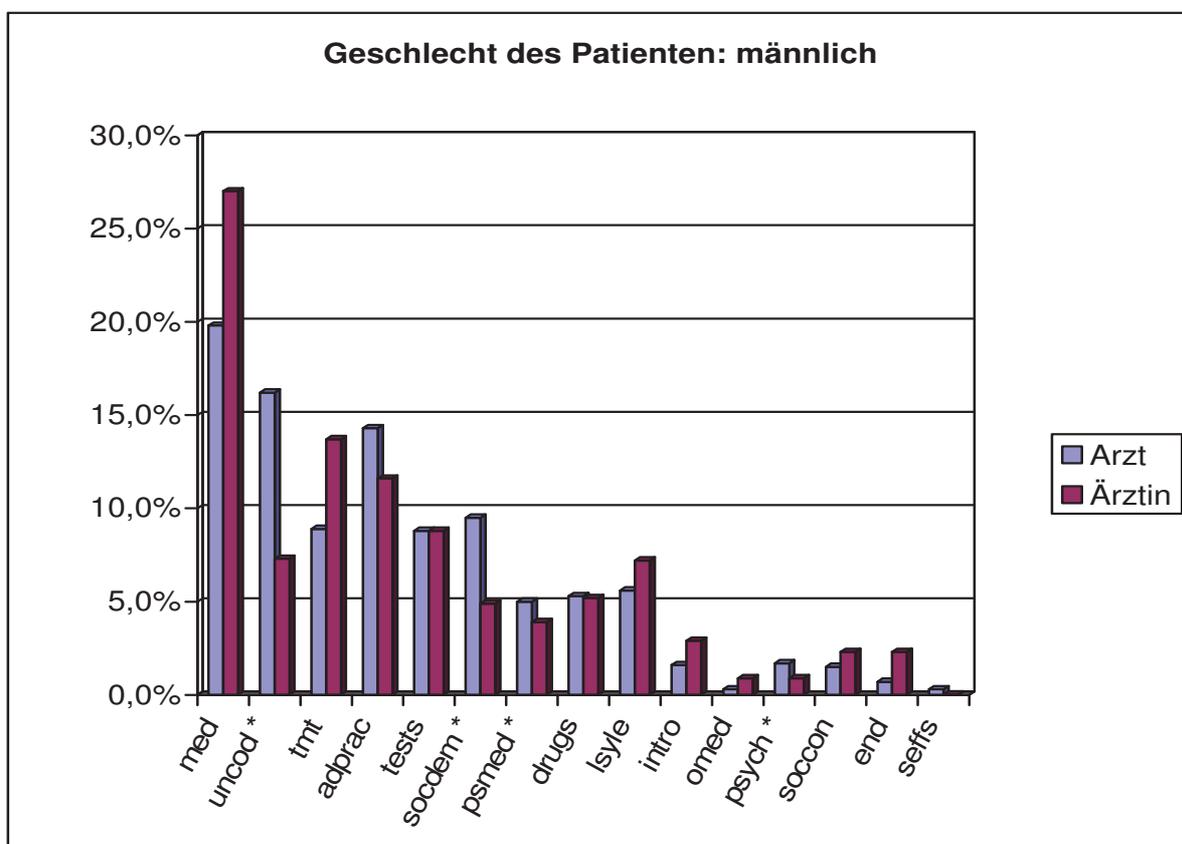


Abbildung 7: Das Gesprächsverhalten von Arzt und Ärztin im Gespräch mit männlichen Patienten: Inhalt * $p < 0,05$

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich zeigen sich ein paar signifikante Unterschiede zwischen den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen mit einem Patienten.

Im Gespräch mit männlichen Patienten gibt es in den Kategorien unkodierbare Äußerungen (uncod), Lebensumstände (socdem), medizinisch-psychologische Themen (psmed) und psychische Themen (psych) einen signifikanten Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten.

In den von Ärzten geführten Gesprächen lässt sich ein signifikant höherer Anteil an Äußerungen bezüglich der Lebensumstände des Patienten als bei den Ärztinnen finden (Mw: 9,5 % (sd: 9,5) vs. Mw: 4,9 % (sd: 5,9)) (U-Test: $z = -2,044$, asymptotische Signifikanz= 0,041). Ebenso werden sowohl medizinisch- psychologische Inhalte mit einem Mittelwert von 5,0 % (sd= 6,0), gegenüber einem Mittelwert von 3,9 % (sd= 7,9) bei den Ärztinnen, (U-Test: $z = -2,343$, asymptotische Signifikanz= 0,019) als auch psychische Inhalte mit einem Mittelwert von 1,7 % (sd= 2,5), gegenüber einem Mittelwert von 0,9 % (sd= 3,4) bei den Ärztinnen, (U-Test: $z = -2,238$, asymptotische Signifikanz= 0,025) signifikant häufiger von den Ärzten als von den Ärztinnen im Gespräch mit einem männlichen Patienten thematisiert.

In den von Ärzten geführten Gesprächen lässt sich mit einem Mittelwert von 16,2 % (sd= 17,6) ein signifikant höherer Anteil unkodierbarer Äußerungen im Vergleich zu den Ärztinnen mit einem Mittelwert von 7,3 % (sd= 11,0) verzeichnen (U-Test: $z = -2,173$, asymptotische Signifikanz= 0,030).

4.4.2.1.2 Formale Kategorien: - vom Inhalt abhängig

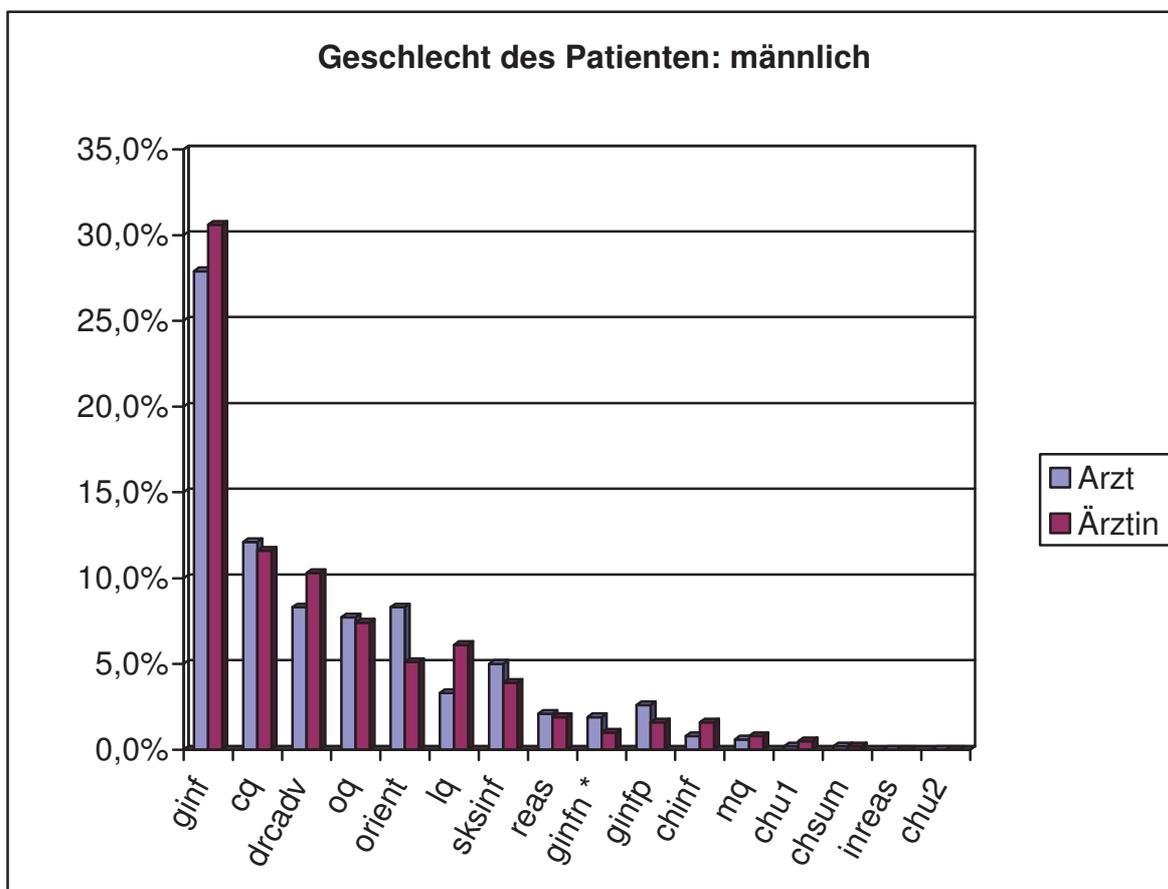


Abbildung 8: Das Gesprächsverhalten von Arzt und Ärztin im Gespräch mit männlichen Patienten: abhängige formale Aspekte * $p < 0,05$

Die dem Inhalt zugehörigen formalen Gesprächskategorien sind, wie aus Abbildung 8 entnommen werden kann, zu annähernd gleichen Anteilen in denen von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen mit einem Patienten aufzufinden.

Im Gespräch mit männlichen Patienten gibt es nur beim Geben von negativer Information (ginfn) einen signifikanten Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten. Mit einem Mittelwert von 1,9 % (sd= 2,6) kommt diese Kategorie bei den Ärzten signifikant häufiger vor als bei den Ärztinnen mit einem Mittelwert von 1,0 % (sd= 1,8) (U-Test: $z = -2,258$, asymptotische Signifikanz= 0,024).

4.4.2.1.3 Formale Kategorien: - vom Inhalt unabhängig

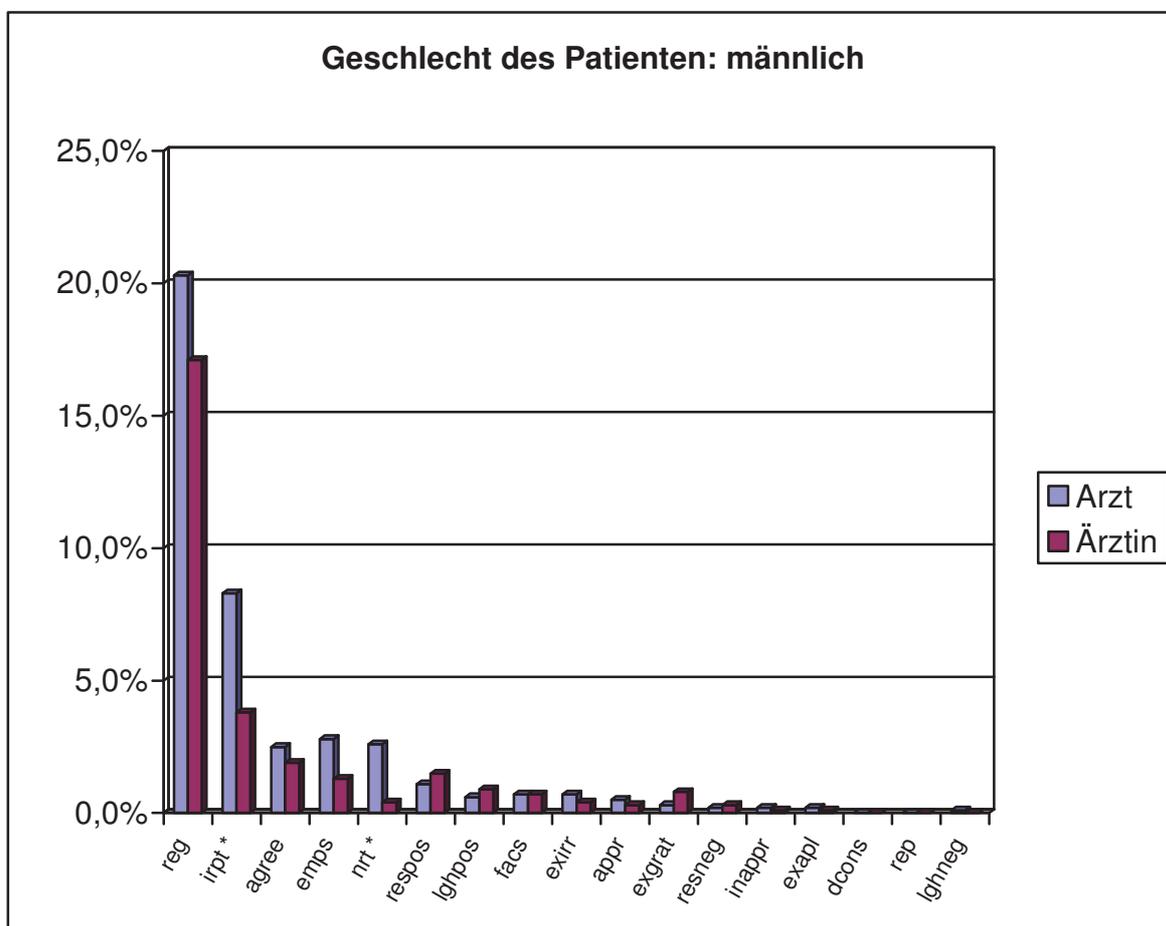


Abbildung 9: Das Gesprächsverhalten von Arzt und Ärztin im Gespräch mit männlichen Patienten: unabhängige formale Aspekte * $p < 0,05$

Bis auf wenige Ausnahmen gibt es bezüglich der formal, vom Inhalt unabhängigen, Gesprächskategorien keine signifikanten Unterschiede zwischen den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen mit einem Patienten. Lediglich in den Kategorien irpt und nrt

sind signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen (s. Abbildung 9).

Gesprächsunterbrechungen (irpt) sind mit einem Mittelwert von 8,3 % (sd= 7,3) deutlich häufiger in den von Ärzten gegenüber den von Ärztinnen (Mw: 3,8 % (sd: 5,8)) geführten Gesprächen zu finden (U-Test: $z=-2,258$, asymptotische Signifikanz= 0,024). Hier ist außerdem auch ein signifikant höheres Vorkommen an durch den Arzt nicht beantwortete Patientenanliegen (nrt) bei den Ärzten gegenüber den Ärztinnen zu verzeichnen (Mw: 2,6 % (sd: 3,3) vs. Mw: 0,4 % (sd: 1,2)) (U-Test: $z= -3,187$, asymptotische Signifikanz= 0,001).

4.4.2 Gespräche mit Patientinnen

4.4.2.1 Inhaltliche Kategorien

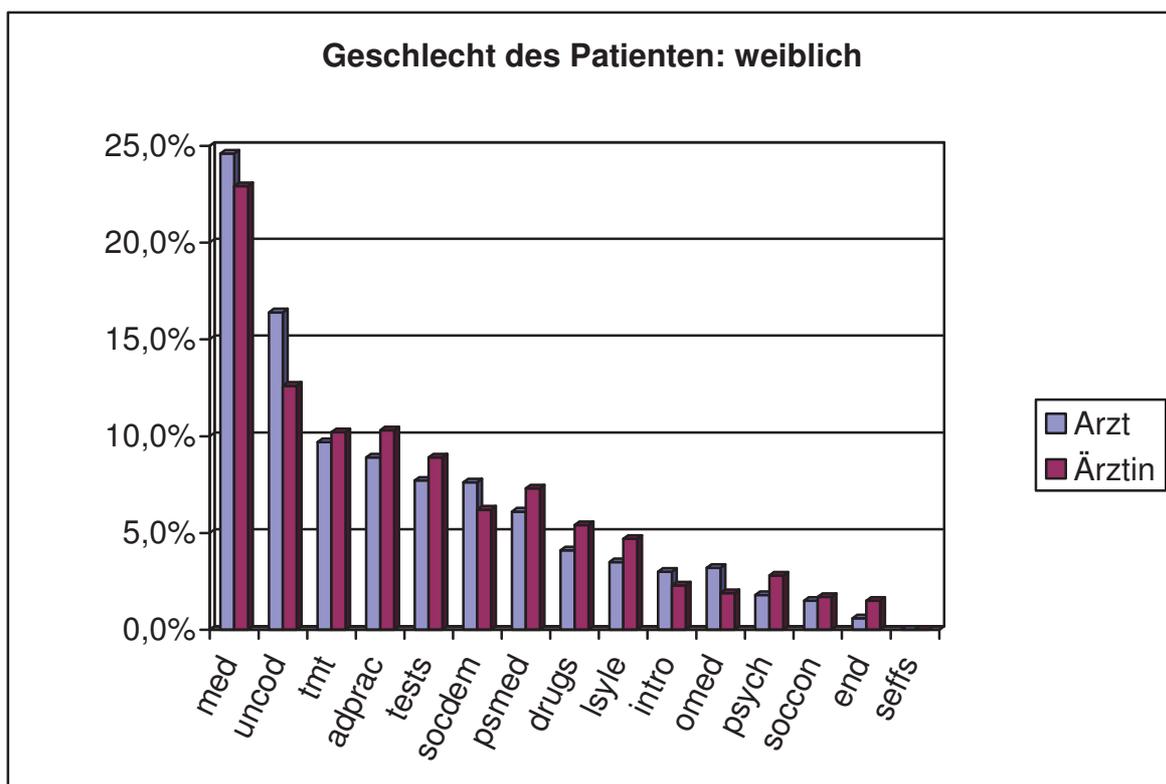


Abbildung 10: Das Gesprächsverhalten von Arzt und Ärztin im Gespräch mit Patientinnen:
Inhalt * $p < 0,05$

Die inhaltlichen Gesprächskategorien sind, wie aus Abbildung 10 entnommen werden kann, alle zu gleichen Anteilen in denen von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen mit einer Patientin zu finden.

Im Gespräch mit den Patientinnen unterscheiden sich demnach Ärztinnen und Ärzten nicht signifikant in diesen Gesprächskategorien.

4.4.2.2.2 Formale Kategorien: - vom Inhalt abhängig

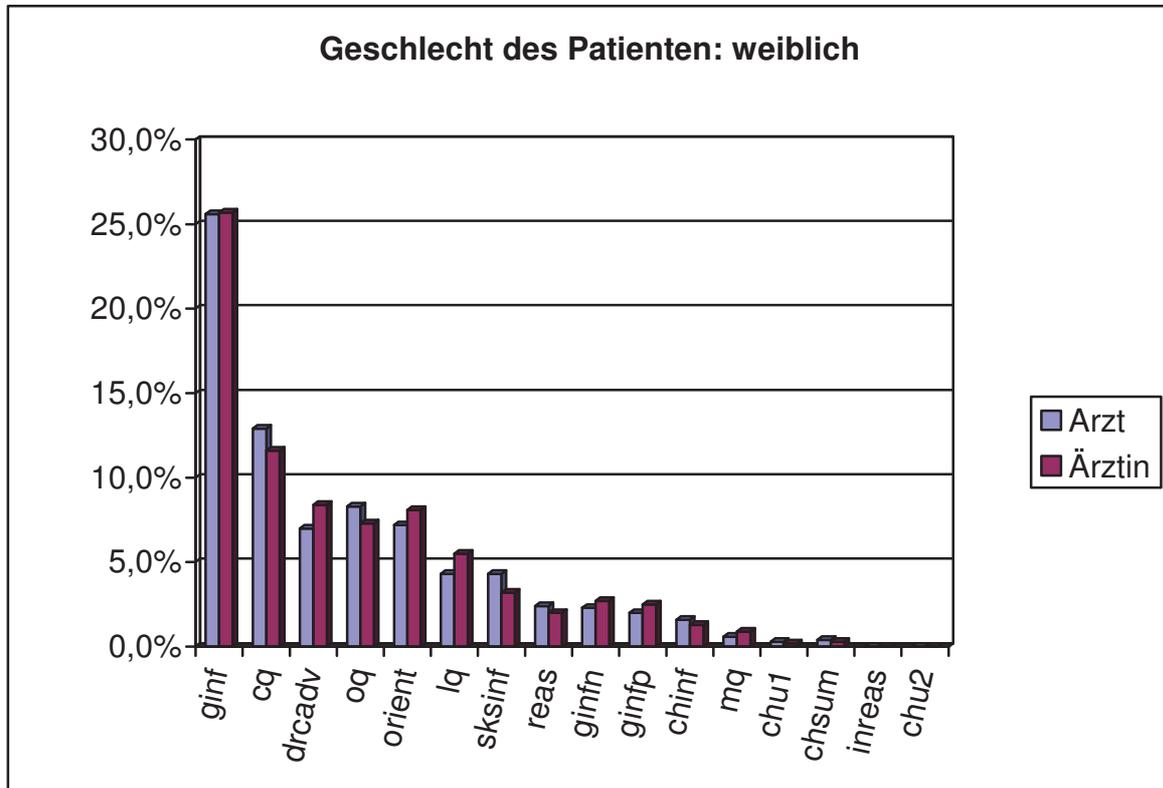


Abbildung 11: Das Gesprächsverhalten von Arzt und Ärztin im Gespräch mit Patientinnen: abhängige formale Aspekte * $p < 0,05$

Ebenso sind die dem Inhalt zugehörigen formalen Gesprächskategorien, wie aus Abbildung 11 entnommen werden kann, zu annähernd gleichen Anteilen in denen von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen mit einer Patientin zu finden.

Im Gespräch mit Patientinnen gibt es hier demnach keine signifikanten Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten.

4.4.2.3 Formale Kategorien: - vom Inhalt unabhängig

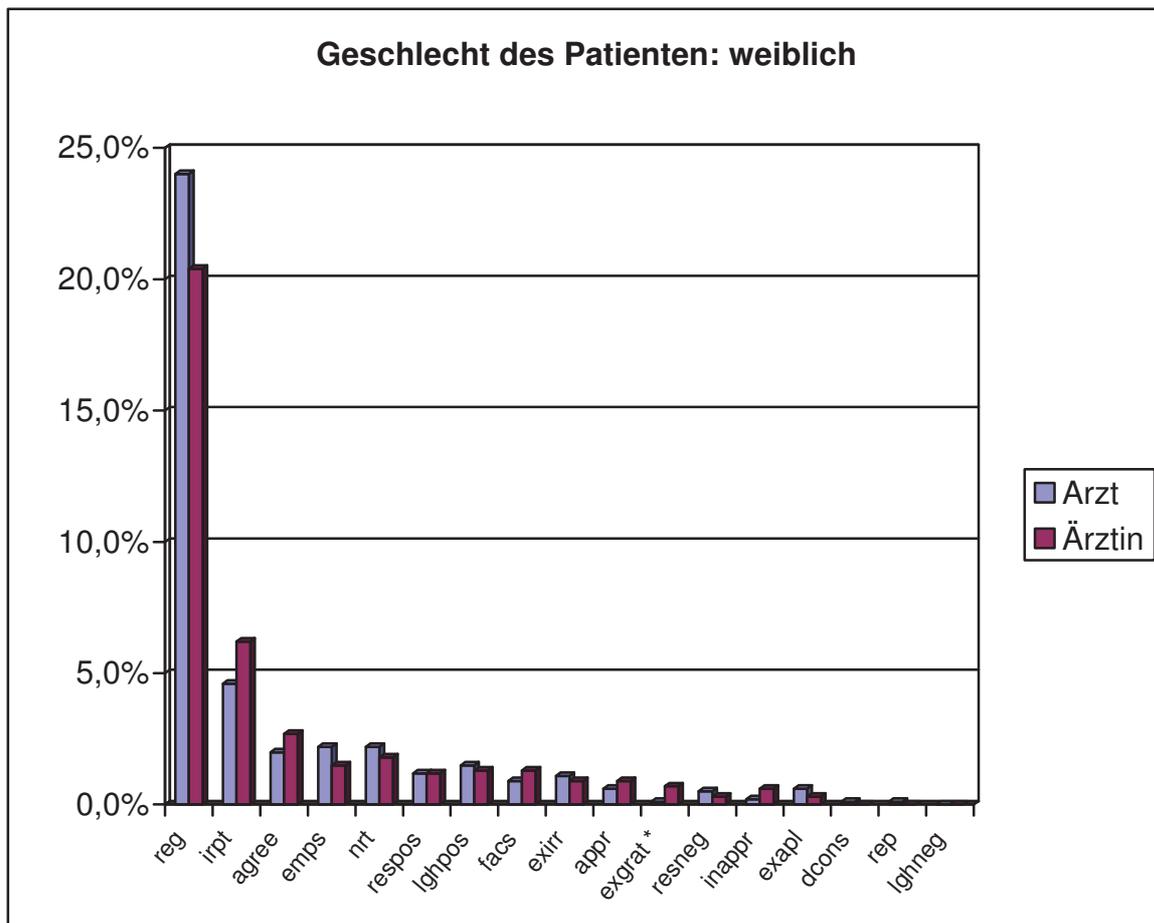


Abbildung 12: Das Gesprächsverhalten von Arzt und Ärztin im Gespräch mit Patientinnen: unabhängige formale Aspekte * $p < 0,05$

Bis auf wenige Ausnahmen sind bezüglich der formal, vom Inhalt unabhängigen, Gesprächskategorien keine signifikanten Unterschiede zwischen den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen mit einer Patientin aufzufinden. Lediglich in der Kategorie exgrat ist ein signifikanter Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen (s. Abbildung 12). Im Gespräch mit Patientinnen sind die signifikanten Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu dem vorher Aufgezeigten seltener.

Die Ärztinnen zeigten sich signifikant häufiger dankbar (exgrat) als die Ärzte (Mw: 0,7 % (sd: 1,5) vs. Mw: 0,1 % (sd: 0,4)) (U-Test: $z = -2,378$, asymptotische Signifikanz = 0,017).

5. Diskussion

5.1 Verhalten sich Ärztinnen patientenzentrierter als Ärzte?

5.1.1 Deskriptive Darstellung des kommunikativen Verhaltens

In Übereinstimmung mit zahlreichen Studien, z.B. mit der Studie von Hall et al. (1994), Méndez et al. (1986) und Street (1992), die zu ähnlichen Ergebnissen kommen, zeigt sich in der vorgestellten Studie, dass sowohl Ärztin als auch Arzt medizinische Inhalte, die Behandlung und Verwaltungsangelegenheiten oder medizinische Test- und Untersuchungsverfahren ansprechen und sich auch in den formalen Kategorien ein eher arztlastiges und arztzentriertes Verhalten zeigt. Es werden zum Beispiel durch geschlossene Fragen gezielt und den Patienten begrenzend Informationen über den Patienten und sein Krankheitsbild eingeholt, Anweisungen gegeben und die Antwort voraussetzende Fragen gestellt. Zudem wurde der Patient in seinen Ausführungen des häufigeren durch den Arzt unterbrochen. Allerdings wurde dem Patienten in den Gesprächen auch häufig von der jeweiligen Ärztin oder dem jeweiligen Arzt vermittelt, dass man seinen Worten folgt und ihm Aufmerksamkeit schenkt.

5.1.2 Vergleich des kommunikativen Verhaltens von Ärztinnen und Ärzten

In der durchgeführten Studie sind keine signifikanten Unterschiede im Gesprächsverhalten von Ärztinnen und Ärzten bei der Behandlung von medizinisch-psychologischen (psmed) und psychischen (psych) Themen, wie z.B. in einer Studie von Roter und Hall (1998) beschrieben, zu verzeichnen.

Es lassen sich sowohl die Studien von u.a. Mendez et al. (1986) und Shapiro und Schiermer (1991) nicht bestätigen, die besagen, dass Ärztinnen ihre Patienten öfter in psychosozialen Dingen beraten als Ärzte, als auch die Studien von Shapiro (1990) und Hall et al. (1994), die beschreiben, dass Ärztinnen häufiger Fragen mit psychosozialen Inhalt stellen.

Im Gegensatz zu der Aussage von Méndez et al. (1986), dass „der sprachliche Unterschied gerade im häufigeren Ergründen emotionaler Dinge und Reflexion von Gefühlen liegt“, lässt sich in diesem Bereich kein Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten in der vorgestellten Studie auffinden.

Allerdings gibt es in der Studie signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten bei der Beleuchtung der Lebensstil (lstyle) und der sozialen Lebensumständen (socdem) des Patienten, wobei Ersteres in den von Ärztinnen geführten Gesprächen und Letzteres in den von Ärzten geführten Gesprächen signifikant häufiger vorkommt. Es wird in einer Studie von Brink- Muinen et al. (1998) beschrieben, dass „es den Ärztinnen eher um den ganzen Patienten in seiner aktuellen Situation geht“.

In der durchgeführten Untersuchung lässt sich dieser Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten jedoch nicht eindeutig bestätigen.

Zudem gibt es in der durchgeführten Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten bei der persönlichen Konversation (soccon) mit dem Patienten und im Gebrauch einleitender Worte (intro).

Nach Roter und Hall (1998) allerdings sind Ärztinnen besonders bemüht, „ein Gespräch mit Raum für Emotionen“ zu führen, und „das Sprechen über Gefühle“, das auch Interesse am Patienten voraussetzt, stärker zu gewichten (2001). Dieses, in den aufgezeigten Studien deklarierte, häufigere Vorkommen von persönlicher Konversation in den von Ärztinnen geführten Gesprächen lässt sich in der durchgeführten Studie nicht bestätigen.

In der durchgeführten Studie ist zu sehen, dass sich Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit den Patienten im Gebrauch abschließender Worte (end) am Ende des Arzt-Patienten-Gespräches nicht signifikant unterscheiden.

Hingegen wird in der Studie von Shapiro und Schiermer (1991) beschrieben, dass durch diese „Prozess-orientierte“ (Williams et al. 1993) Gesprächsführung und unter der „verbalen Aufmerksamkeit“ (Brink-Muinen et al. 1998) vor allem der Ärztin bei dem Patienten schneller ein Gefühl von Sicherheit entstehen kann. Zudem wird hierdurch die positive Grundstimmung (Roter und Hall 1998) zwischen Ärztin und Patient gefördert.

Das Gespräch findet mit den entsprechenden, ausleitenden Worten einen runden und patientenzentrierten Abschluss. Hier zeigte sich in der durchgeführten Studie kein Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten.

Die durchgeführte Studie ermittelt, dass Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit den Patienten einen annähernd gleichen Anteil an Fragen stellen, die die Antwort schon voraussetzen (Iq).

Diese Frageform birgt die Gefahr, dass sie dem Patienten wenig Raum lässt, uneingeschränkt über seine Anliegen, Sorgen und Nöte zu berichten. Eher handelt es sich um eine den

Patienten begrenzende Frageform, im Gegensatz zur offenen Frageform, die dem Patienten Raum für seine Antworten lässt. Auch beim Gebrauch dieser Frageform unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte in der durchgeführten Studie nicht signifikant voneinander.

Die Annahme von u.a. Meeuwesen et al. (1991) und Roter et al. (1991), dass Ärztinnen im Arzt-Patienten-Gespräch weniger dominieren, kann demnach nicht bestätigt werden. Ebenso wenig wie die Aussagen von Law und Britten (1995) und Shapiro und Schiermer (1991), dass in den von Ärztinnen geführten Gesprächen ein häufigerer Gebrauch offener Fragen und damit verbunden eine größere Aufmerksamkeit gegenüber den, vom Patienten gelieferten, Informationen stattfindet. Dieses beschriebene patientenorientiertere Verhalten seitens der Ärztinnen lässt sich mit der durchgeführten Studie nicht unterstreichen.

Auch gibt es in der Untersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten bezüglich des Engagements, den Patienten zu informieren (ginf) und Orientierung zu vermitteln (orient).

Anders wird es in den Studien von Lurie et al. (1993) und Brink-Muinen (1998) sowie von Bensing et al. (1993) dargelegt. Hier wird beschrieben, dass Ärztinnen mehr Ratschläge und Informationen geben als Ärzte. Auch laut Meeuwesen et al. (1991) „informieren sie die Patienten besser“. Ähnlich äußern sich Shapiro (1990) und Shapiro und Schiermer (1991) in ihren Studien. Nach ihnen „sind Ärztinnen gewillter als Ärzte, alle zur Verfügung stehenden Informationsressourcen, wie Bücher und den Rat eines anderen Arztes, auch in aller Offensichtlichkeit für das Wohl des Patienten zu nutzen“. Diese Annahmen können mit der durchgeführten Studie nicht belegt werden.

Zudem äußern sich Ärztinnen in der durchgeführten Studie nicht signifikant häufiger als Ärzte auf eine versichernde und damit beruhigende Art und Weise (reas) dem Patienten gegenüber.

Davon weichen die Ergebnisse ab, die in der Studie von Méndez et al. (1986) beschrieben werden. Es zeigte sich dort, dass Ärztinnen affektive Momente des Arzt-Patienten-Gesprächs besser auffangen als Ärzte. Den Patienten durch versichernde Aussagen zu stützen, kann hierbei sehr wichtig sein und ist ebenfalls ein Merkmal für Patientenzentriertheit. In der angefertigten Studie verhalten sich Ärztinnen diesbezüglich nicht patientenzentrierter als Ärzte.

Patientenzentriertheit beinhaltet auch, als Ärztin oder Arzt genau nachzufragen, und sich mit der, vom Patienten dargebotenen, Information intensiv auseinanderzusetzen (sksinf, chinf, chsum, rep). In der durchgeführten Studie gibt es diesbezüglich nur bei der Suche nach Information (sksinf) einen signifikanten Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten. So lässt sich in den von Ärzten geführten Gesprächen ein signifikant höherer Anteil von Äußerungen dieser Gesprächskategorie finden.

In den Studien von u.a. Shapiro (1990) und Roter et al. (1991) wird beschrieben, dass Medizinerinnen genauer als Mediziner nachfragen und sich somit mehr für die Meinung des Patienten interessieren. Dies kann mit der angefertigten Studie nur bedingt bestätigt werden, ebenso wenig wie die Aussage von Law und Britten (1995), dass Ärztinnen aufmerksamer gegenüber den ihnen vom Patienten entgegengebrachten Informationen sind.

Ärztinnen verhalten sich hier nicht patientenzentrierter als Ärzte. Es lässt sich hier sogar bei einer Gesprächskategorie patientenzentrierteres Verhalten eher auf Seiten der Ärzte finden.

Auch lässt sich aus den Ergebnissen der durchgeführten Studie ermitteln, dass es keine signifikanten Unterschiede im Gesprächsverhalten zwischen Ärztinnen und Ärzten bei der Überprüfung des Patientenverständnisses (chu1/2) gibt.

Dass Ärztinnen eher das Verständnis des Patienten zu dem Gesagten oder seiner Erkrankung prüfen, wie u.a. Shapiro (1990) und Roter et al. (1991) beschreiben, kann nicht bestätigt werden.

In der vorgelegten Studie ist zu sehen, dass Ärzte im Gespräch mit den Patienten nicht signifikant häufiger Aufmerksamkeit signalisieren (reg) als Ärztinnen.

Dem Patienten Aufmerksamkeit entgegenzubringen, ist ein wichtiger Bestandteil von Patientenzentriertheit. Hier verhielten sich Ärztinnen und Ärzte ähnlich patientenzentriert.

In der Studie von Brink-Muinen et al. (1998) wird jedoch beschrieben, dass Ärztinnen mehr „verbale Aufmerksamkeit“ zeigen. Und auch nach Hall et al. (1994) versuchen Ärztinnen u.a. durch unbestimmte Äußerungen, wie z.B. „hmm“, dem Patienten Interesse und Aufmerksamkeit zu vermitteln. Es wird sogar beschrieben, dass Ärzte in Interaktion mit dem Patienten ein meist weniger kommunikatives Verhalten zeigen (Brink-Muinen et al. 1998). Dies lässt sich anhand der durchgeführten Untersuchung so nicht bestätigen.

Ähnlich verhält es sich in der Studie mit den einfühlenden Äußerungen (emps) dem Patienten gegenüber. Auch diese findet man bei den Ärzten nicht signifikant häufiger als bei den Ärztinnen.

Anders wird es in der Literatur beschrieben. Hier wird behauptet, Ärztinnen seien einfühlsamer als Ärzte (Day et al. 1989, Scadron et al. 1982). Sie würden sich öfter in einer den Patienten annehmenden Weise äußern (u.a. Shapiro und Schiermer 1991, Roter et al. 1991). Empathie sei für ihren Kommunikationsstil charakteristisch (Shapiro und Schiermer 1991) und würde stärker in den von Ärztinnen geführten Gesprächen gewichtet (Roter und Hall 2001). Dies lässt sich ebenfalls nicht anhand der durchgeführten Studie bestätigen.

Allerdings werden in der Studie Patienten Anliegen signifikant häufiger durch den Arzt nicht beantwortet (nrt) als durch die Ärztin.

In der Studie von Weisman (1987) wird ebenfalls beschrieben, dass Ärztinnen „durch Erklärungen und Antworten deutlicher auf die Sorgen des Patienten eingehen“ als Ärzte. Sie bestätigt die Aussage der durchgeführten Studie.

Hier zeigte sich eine größere Patientenzentriertheit bei den Ärztinnen im Vergleich zu den Ärzten.

In der durchgeführten Untersuchung zeigten sich Ärztinnen auch signifikant häufiger dankbar (exgrat) als Ärzte.

In der Literatur wird beschrieben, dass sich Ärztinnen verstärkt um eine „positive Grundstimmung“ (Roter und Hall 1998) und um ein „harmonisches Verhältnis“ zum Patienten (Shapiro und Schiermer 1991) bemühen.

Sich als Arzt auch dem Patienten gegenüber dankbar zu zeigen kann hierfür dienlich und förderlich sein. In der durchgeführten Untersuchung verhielten sich Ärztinnen diesbezüglich patientenzentrierter als Ärzte.

Entschuldigungen (exapl) ärztlicherseits sind zu annähernd gleichen Teilen in den von Ärztinnen und von Ärzten geführten Gesprächen zu finden.

Dies wird in anderen Studien so nicht bestätigt. Nach Shapiro und Schiermer (1991) sind es die Ärztinnen, die sich um ein harmonisches Miteinander zwischen ihnen und den Patienten bemühen. Dazu gehört auch, dem Patienten entgegenzukommen und sich bei ihm zu entschuldigen, wenn es die Situation erfordert. Nach Weisman (1987) liegt es den Medizinerinnen näher, die Gefühle des Patienten, z.B. in solchen Situationen, zu verstehen, und auf Stimmungen des Patienten zu reagieren (Méndez et al. 1986). Nach Beschreibungen in der Literatur reagieren Ärztinnen so „menschlich“ und damit patientenorientiert wie oben beschrieben, auch auf die Gefahr hin, dass „ihnen dadurch der auch Distanz erzeugende

Schutz und Schein der Unfehlbarkeit genommen wird, der oftmals durch den beruflichen Status des Arztes erzeugt wird“ (Shapiro 1990, Shapiro und Schiermer 1991). Nach Hall und Roter (1998) herrscht in den von Ärztinnen geführten Gesprächen ein höheres Maß an Gleichberechtigung der Gesprächsteilnehmer. Gleichberechtigung beinhaltet u.a., sich auf beiden Seiten, auf Arzt- und Patientenseite, entschuldigen zu müssen und zu können, und ist Voraussetzung für patientenzentriertes Arbeiten im Arzt-Patienten-Gespräch. Die Zuschreibung dessen eher auf die Ärztin kann in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

5.2 Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte in ihrem kommunikativen Verhalten im Arzt-Patienten-Gespräch abhängig vom Geschlecht des Patienten?

5.2.1 Gesprächsbeteiligung

Es gibt sowohl bei der Gesprächsbeteiligung von Ärztin und Arzt als auch bei der Patientenbeteiligung keine signifikanten Unterschiede unter dem Einfluss des unterschiedlichen ärztlichen Geschlechtes. Demnach beteiligen sich Arzt und Patient nahezu unabhängig vom Geschlecht des Arztes zu fast gleichen Teilen (units) am Gespräch.

Diese partnerschaftliche Art der Interaktion zwischen Arzt und Patient wird in der Literatur eher den von Ärztinnen geführten Gesprächen zugeschrieben. So beschreibt Denekens (2002) eine ähnliche Verteilung von Gesprächsbeiträgen als Zeichen für Kooperation der Gesprächspartner als wahrscheinlicher in den von Ärztinnen geführten Gesprächen. Auch nach Hall und Roter (1998) ist der Patient im Gespräch mit Ärztinnen präsenter als im Gespräch mit Ärzten. Hier findet sich u.a. durch die höhere Gesprächsbeteiligung auf Seiten des Patienten ein höheres Maß an Gleichberechtigung der teilnehmenden Gesprächspartner. Wohingegen nach Weisman (1987) ein Ungleichgewicht in der Gesprächsbeteiligung zu Ungunsten des Patienten und damit ärztliche Dominanz eher in den von Ärzten geführten Gesprächen gefunden wird.

5.2.2 Gespräche mit männlichen Patienten

In der durchgeführten Studie spricht der Arzt im Gespräch mit männlichen Patienten signifikant häufiger die Lebensumstände des Patienten (socdem) sowie medizinisch-psychologische (psmed) und psychische (psych) Inhalte an als die Ärztinnen. Vor diesem Hintergrund sind auch die Aussagen von Weisman und Teitelbaum (1985) zu verstehen, dass

es dem Patienten leichter fällt, mit einem Arzt selben Geschlechts zu kommunizieren, auch über beispielsweise psychologische Themen. Voraussetzung, um solche Inhalte ansprechen zu können und eine Thematisierung derer zuzulassen, ist häufig eine gewisse Vertrauensbasis.

Im Gespräch mit männlichen Patienten geben Ärzte signifikant häufiger negative Informationen (ginfn) als Ärztinnen. Das Mitteilen schlechter Nachrichten, z.B. eines schlechten Befundes oder einer schlechten Prognose, wird durch eine Vertrauensbasis in der Arzt-Patienten-Beziehung erleichtert und mag ebenfalls in einem gleichgeschlechtlichen Arzt-Patienten-Kontakt, wie von Weisman und Teitelbaum 1985 beschrieben, leichter fallen.

In der durchgeführten Studie ist im Gespräch mit männlichen Patienten ein signifikant höheres Vorkommen an durch den Arzt nicht beantwortete Patientenanliegen (nrt) in den von Ärzten geführten gegenüber den von Ärztinnen geführten Arzt-Patienten-Gesprächen zu verzeichnen.

Hinzu kommt noch, dass im Gespräch mit männlichen Patienten Gesprächsunterbrechungen (irpt) durch Ärzte deutlich häufiger zu finden sind als Gesprächsunterbrechungen durch Ärztinnen.

Durch häufige Unterbrechungen des Patienten durch den Arzt wird dieser stark in seinen Ausführungen beschränkt und damit eventuell das Gespräch in seiner Dauer begrenzt. Dies kommt in der durchgeführten Studie bei dieser Geschlechterkombination, also zwischen gleichgeschlechtlichen Gesprächspartnern häufiger vor. In der Literatur ist Gegenteiliges zu finden. Brink- Muinen et al. (1998) beschreiben, dass die Gespräche am kürzesten zwischen Beteiligten unterschiedlichen Geschlechtes seien.

Diese Gesprächskategorie verkörpert wenig Patientenzentriertheit, da sie dem Patienten wenig Raum für die Mitteilung seiner Anliegen lässt. Dies erscheint in der durchgeführten Untersuchung erst im Gespräch mit einem männlichen Patienten.

5.2.3 Gespräche mit Patientinnen

Im Gespräch mit Patientinnen anders als im Gespräch mit männlichen Patienten ist in der durchgeführten Studie kein signifikanter Unterschied in den von Ärztinnen gegenüber den von Ärzten geführten Gesprächen bezüglich des Vorkommens inhaltlicher Gesprächskategorien zu verzeichnen.

In der durchgeführten Studie lässt sich im Gespräch mit Patientinnen anders im Gespräch mit männlichen Patienten als kein signifikanter Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten verzeichnen.

Ärzte beider Geschlechter scheinen demnach sowohl bezüglich des Inhalts, wie oben beschrieben, als auch bezüglich der, den Inhalt leitenden und umrahmenden, formalen Aspekte die Patientinnen annähernd gleich zu behandeln, ihnen inhaltlichen Raum z.B. für die Beantwortung von Fragen zu lassen, und ihnen damit Gelegenheit zu einer eigenen Deutung ihrer gesundheitlichen Problematik zu geben.

In der Literatur wird dies anders beschrieben. Brink-Muinen et al. (1998) beschreiben z.B., dass „die Arzt-Patienten-Gespräche am kürzesten zu sein scheinen, wenn sie zwischen Beteiligten unterschiedlichen Geschlechtes stattfinden“. Auch Cartwright (1967) berichtet in seiner Studie, dass die Ärztinnen mehr Zeit mit ihren Patientinnen als mit ihren Patienten verbrachten. Dem Patienten Zeit zuzugestehen, und ihn nicht mit z.B. inhaltlich vorgreifenden und damit einschränkenden Fragen zu begrenzen, mag ein wichtiger Bestandteil dessen zu sein. Dies kennzeichnet sowohl die Grundstimmung im Arzt-Patienten-Gespräch als auch die Patientenzufriedenheit. So wurden von Hall et al. (1994) Gespräche zwischen Ärztinnen und Patienten als weniger freundlich beschrieben als die anderer Geschlechterkonstellationen.

Auch die durch den Arzt nicht beantworteten Patientenangelegenheiten (nrt) kommen in der durchgeführten Studie im Gespräch mit Patientinnen anders als im Gespräch mit Patienten zu ähnlichen Anteilen in den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen vor.

Die Ärzte ließen die Anliegen der Patientinnen demnach nicht signifikant häufiger unbeantwortet als die Ärztinnen, dies fand nur in den Gesprächen mit den männlichen Patienten statt.

In der Literatur wird dies zum Teil anders dargestellt. Es wird z.B. von Hall et al. (1994) beschrieben, dass „bei Gesprächen zwischen Ärzten und Patientinnen ein besonders gelangweilter Tonfall der Stimme auffiel“. Man mag allerdings vermuten, dass Patientinnen im Durchschnitt ihre Anliegen dem Arzt ausführlicher darlegen als Patienten, so dass dieser mehr darauf eingehen „muss“, und er seine Unlust höchstens z.B. mit Zeichen der Langeweile zum Ausdruck bringen kann. Der weibliche Patient scheint sich nicht so beschränken zu lassen wie der männliche Patient. Zudem scheinen Patientinnen bei Ärztinnen auf mehr Verständnis zu stoßen. Die Gespräche zwischen Gesprächspartnern des gleichen Geschlechts werden in der Literatur als homogener bezeichnet. „Dem Patient fällt es leichter, mit einem Arzt selben Geschlechts zu kommunizieren.“ (Weisman und Teitelbaum 1985). Auch nach

Law und Britten (1995) scheinen Gespräche zwischen Ärzten und Patientinnen am wenigsten patientenzentriert zu verlaufen, im Gegensatz zu denen zwischen Ärztinnen und Patientinnen. Aber in der Literatur lassen sich auch andere Stimmen finden, die die Aussage der durchgeführten Studie bestätigen. Das Nichteingehen auf den Patienten, z.B. durch das Nichtbeantworten der Patientenanliegen (nrt) oder das Sprechen in einer weniger interessierten Art und Weise, lässt sich nach Hall et al. (1994) sowohl in Gesprächen zwischen Ärzten und Patientinnen als auch in Gesprächen zwischen Ärztinnen und Patientinnen finden.

Ebenso kommen Gesprächsunterbrechungen (irpt) in der durchgeführten Studie im Gespräch mit Patientinnen anders als im Gespräch mit männlichen Patienten zu ähnlichen Anteilen in den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen vor.

Hinzu kommt im Gespräch mit Patientinnen noch, dass sich die Ärztinnen in der durchgeführten Untersuchung gegenüber den Patientinnen signifikant häufiger dankbar (exgrat) zeigten als die Ärzte.

Dieser signifikante Unterschied lässt sich nur in den mit Patientinnen geführten Gesprächen finden. Ärztinnen scheinen sich im Gespräch mit einem gleichgeschlechtlichen Partner mehr um Harmonie und um ein positives Miteinander zu bemühen.

Dies könnte auch ausschlaggebend für die bei dieser Geschlechterkonstellation beschriebene Patientenzufriedenheit sein. Comstock et al. (1982) z.B. zeigen in ihrer Untersuchung, dass die größte Patientenzufriedenheit bei der Geschlechterkombination Patientin-Ärztin zu verzeichnen war. Aufgrund einer entspannteren Atmosphäre im Ärztin-Patientinnen-Gespräch (Roter et al. 1991) scheinen Patientinnen, die Betreuung durch eine Ärztin zu bevorzugen (Bensing et al. 1993).

5.3 Methodische Einschränkungen

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch einige Einschränkungen zu beachten. Methodische Einschränkungen ergeben sich einmal aus der kleinen Stichprobe, da dadurch keine Repräsentativität der Hausärztinnen und Hausärzte (9 Ärzte und 9 Ärztinnen) gegeben ist. Darüber hinaus ist eine Stichprobenselektion anzunehmen, d.h. eventuell wurden für die Studie HausärztInnen bevorzugt, die psychischen Gebieten eher aufgeschlossen sind und diese Themen im Arzt-Patienten-Gespräch eventuell in Inhalt und Form mehr gewichten. Auch ist zu hinterfragen, ob die für die Beantwortung der Fragestellung wesentlichen

Gesprächsmerkmale mit dem in dieser Studie verwandten Analysesystem gemessen wurden. Zum Beispiel werden die nonverbalen Interaktionen der Gesprächsteilnehmer im MIPS nicht betrachtet. Dies mag aber für die Frage nach der Patientenzentriertheit ebenfalls von Bedeutung sein, da auch ohne Worte, z.B. durch Mimik und Gestik, aber auch durch den Klang und die Lautstärke der Stimme Rückschlüsse auf den Umgang der jeweiligen Gesprächspartner miteinander und auf die gegenseitige Wertschätzung bzw. auf die Patientenzentriertheit gezogen werden können.

Durch die Anwendung des MIPS als ein System, das die Begriffe operationalisiert, wurde versucht, die Subjektivität bei der Analyse der Arzt-Patienten-Gespräche zu kontrollieren. Sowohl inhaltlich als auch formal sind die Kategorien, nach denen die Gesprächseinheiten zu setzen bzw. zu zuordnen sind, durch das MIPS vorgegeben. Sehr genau hat man sich hier etwa im formalen Bereich an den allgemeingültigen Sprachregeln, z.B. die Abgrenzung von verschiedenen Frageformen, zu orientieren. Dieses führt zu einer hohen Interraterreabilität, sprich zu einem hohen Grad der Übereinstimmung bei der Bewertung zwischen verschiedenen Untersuchern. So ist den Studienergebnissen von Ford et al. (2000) zu entnehmen, dass bei der Verwendung des MIPS als operationalisierendes System eine relativ große Interraterreabilität besteht. So ist hier als Kennzahl bzw. Koeffizient für eine Übereinstimmung der Untersucher in ihrer Einschätzung und Kodierung von 0,89 in einer Untersuchung sowie als niedrigste Übereinstimmung 0,70 bzw. 0,81 in zwei Kategorien genannt. Dennoch bleibt letztendlich die Einteilung der Gesprächs- bzw. Gedankeneinheiten und deren Zuordnung zu den Kategorien, d.h. der Transfer und die Anwendung des MIPS, insbesondere im inhaltlichen Bereich, subjektiv vom Beurteiler mit seiner immer vorhandenen Subjektivität der Deutung, Bewertung und Beurteilung von Sachverhalten sowie von seinen eigenen Erfahrungen und Werten, auch von seiner Geschlechtszugehörigkeit, beeinflusst.

Wie im vorangegangenen Teil ausgeführt, unterscheidet sich ein Teil der Ergebnisse meiner Studie von anderen Studien. Ein Grund hierfür mag sein, dass man von einer Publikationsbias ausgehen kann, d.h. das Studien oftmals nur bei Unterschieden, hier bei Kommunikationsunterschieden zwischen Ärztinnen und Ärzten, publiziert werden. Wenn dies nicht eindeutig gegeben ist, wie das in meiner Studie der Fall ist, ist anzunehmen, dass die Studien nicht veröffentlicht werden. Es kommt zu einer Schiefelage. Zudem unterscheidet sich das deutsche Gesundheitssystem in vielen Dingen von den Gesundheitssystemen beispielsweise im angloamerikanischen oder niederländischen Raum. Auch Kruse et al. (1999) merken in ihrer Studie an, dass im Gegensatz zum angloamerikanischen und

niederländischen Raum hierzulande keine Forschungstradition im hausärztlichen Bereich existiert. Dies mag auch Einfluss darauf haben, dass dort publizierte Studien andere Ergebnisse ermitteln, die sich allerdings ebenfalls nicht einheitlich darstellen. Die Komplexität der Ergebnisse scheint aber auch gerade die Komplexität des Themas widerzuspiegeln, dass jeder Mensch sowohl individuell, und als Mann und Frau, als auch im Rahmen unterschiedlicher Gesundheitssysteme, mit unterschiedlichem Fokus auf das Arzt-Patienten-Miteinander, agiert und reagiert.

5.4 Abschließende Beantwortung der Fragestellung

Als abschließende Beantwortung der Fragestellung lässt sich anhand meiner Studie somit sagen, dass sich die untersuchten Ärztinnen im Gespräch mit ihren Patienten sowohl inhaltlich als auch formal nicht patientenzentrierter verhalten als die Ärzte. Bei nur zwei der zuvor festgelegten und untersuchten Kriterien ist dies zu sehen, bei der häufigeren Thematisierung der Lebensstil des Patienten und beim Äußern von Dankbarkeit dem Patienten gegenüber. Letzteres ist nur zu sehen während des Gespräches mit einer Patientin. Vielmehr ist in der vorliegenden Studie zu beobachten, dass sich die Ärzte, z.B. beim Thematisieren der Lebensumstände des Patienten und bei der Informationssuche patientenzentrierter verhielten als die Ärztinnen.

Zudem lassen sich durchaus Unterschiede im ärztlichen Kommunikationsstil in Abhängigkeit von der Geschlechterzugehörigkeit der Patienten in meiner Studie aufzeigen, was bei der Beurteilung der Patientenzentriertheit ebenfalls eine Rolle spielt. Zum einen ist der schon oben erwähnte Einfluss der Geschlechterzugehörigkeit der Patientinnen beim vermehrten Äußern von Dankbarkeit seitens der Ärztinnen zu betrachten. Zum anderen kann man bei den Ärzten wiederum nur im Gespräch mit einem männlichen Patienten ein signifikant häufigeres Vorkommen an durch den Arzt nicht beantworteten Patientenangelegenheiten als Ausdruck für wenig Patientenzentriertheit sehen. Und erst im Gespräch mit männlichen Patienten wird deutlich, dass Gesprächsunterbrechungen deutlich häufiger in den von Ärzten als in den von Ärztinnen geführten Arzt-Patienten-Gesprächen vorkommen, sich also die Ärzte hierbei weniger patientenzentriert verhielten. Allerdings sind im Gespräch mit männlichen Patienten bei den Ärzten im Vergleich zu den Ärztinnen auch z.B. ein signifikant höheres Vorkommen an Äußerungen zu medizinisch-psychologischen und psychischen Themen zu verzeichnen. Die Ärzte verhielten sich diesbezüglich in dieser Arzt-Patienten-Konstellation patientenzentrierter. Hier gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass in der Studie ein ungleiches Verhältnis von Patienten zu Patientinnen (48 Patienten und 100 Patientinnen)

untersucht wurde, so dass diese Unterschiede erst bei ausschließlicher Betrachtung des jeweiligen Patientengeschlechtes zu Tage traten.

Zudem muss man bei der Frage, warum in der Literatur im Gegensatz zu dieser Studie deutlichere Unterschiede in der Patientenzentriertheit zwischen Ärztinnen und Ärzten gefunden werden, einige weitere Dinge in Betracht ziehen. So kann man von einer, schon oben erwähnten Publikationsbias ausgehen, d.h. dass überwiegend Studien, bei denen Unterschiede nachgewiesen werden konnten, publiziert werden. Auch hat das deutsche Gesundheitssystem im Gegensatz zum angloamerikanischen und niederländischen Gesundheitssystem keine Forschungstradition im hausärztlichen Bereich. Des Weiteren ist noch zu betrachten, dass vielfach Studien, die Kommunikationsunterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten herausarbeiten, feministische Ansätze vertreten, so dass die Frage entsteht, ob die Studien objektiv sind oder aber die Tendenz haben, Frauen höhere Kompetenzen zuzuschreiben als Männern.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

- Balint, M., Balint, E. (1970).** Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Kindler Verlag, München.
- Bayart, F., Hayashi, K. T., Faull, K. F., Barchas, J. D. und Levine, S. (1990).** Influence of maternal proximity on behavioral and physiological responses to separation in infant rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *Behav Neurosci* **104**(1): 98-107.
- Bayley, N. (1968).** Behavioral correlates of mental growth: Birth to thirty-six years. *Am Psychol* **23**: 1-17.
- Bensing, J. M., Hulsman, R. L. und Schreurs, K. M. (1999).** Gender differences in fatigue: biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women. *Med Care* **37**(10): 1078-83.
- Bensing, J. M., van den Brink-Muinen, A. und de Bakker, D. H. (1993).** Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* **31**(3): 219-29.
- Bernzweig, J., Takayama, J. I., Phibbs, C., Lewis, C. und R.H., P. (1997).** Gender differences in physician-patient communication: evidence from pediatric visits. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **151**: 586-91.
- Bertakis K. D., Franks P., Azari R. (2003).** Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc.* **58**(2): 69-75.
- Bradshaw, J. L. und Rogers, L. J. (1992).** The evolution of lateral asymmetries, language, tool use and intellect. Academic Press, San Diego.
- Broverman, D. M., Klaiber, E. L., Kobayashi, Y. und Vogel, W. (1969).** Reply to the comment by Singer and Montgomery on Roles of Activation and Inhibition in Sex Differences in Cognitive Abilities. *Psychol Rev* **76**(3): 328-31.
- Broverman, D. M., Vogel, W., Klaiber, E. L., Majcher, D., Shead, D. und Paul, V. (1968).** Roles of activation and inhibition in sex differences in cognitive abilities. *Psychol Rev* **48**: 328-31.
- Cartwright, A. (1967).** Patients and their Doctors: a Study of General Practice. Paul, R. & K, London: 107-16.
- Charon, R., Greene, M. G. und Adelman, R. (1994).** Woman readers, woman doctors: a feminist reader-response theory for medicine. In *The Empathic Practitioner: Empathic, Gender and Medicine, More, E.S., Milligan M.A. (eds.)*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press: 205-21.
- Comstock, L. M., Hooper, E. M., Goodwin, J. M. und Goodwin, J. S. (1982).** Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *J Med Educ* **57**(2): 105-12.
- Corballis, M. C. und I.L., B. (1983).** The Ambivalent Mind: The Neuropsychology of Left

- and Right. Nelson-Hall, Chicago.
- Day, S. C., Norcini, J. J., Shea, J. A. und Benson, J. A., Jr. (1989).** Gender differences in the clinical competence of residents in internal medicine. *J Gen Intern Med* **4**(4): 309-12.
- De Renzi, E. und Lucchelli, F. (1988).** Ideational apraxia. *Brain* **111 (Pt 5)**: 1173-85.
- Denekens, J. P. (2002).** The impact of feminisation on general practice. *Acta Clin Belg* **57**(1): 5-10.
- Fenstermaker, S., West, C. und Zimmerman, D. H. (1991).** Gender inequality: new conceptual terrain. In *Gender, Family and Economy, The Triple Overlap*, Blumberg, R.L. (ed.), Sage, Newbury Park: 289-307.
- Flocke, S. A., Gilchrist V. (2005).** Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Med Care* **43**(5): 486-92.
- Foester, O. (1936).** The motor cortex in man in the light of Hughlings Jackson's doctrines. *Brain* **59**: 135-59.
- Ford, S., Hall, A., Ratcliffe, D. und Fallowfield, L. (2000).** The Medical Interaction Process System (MIPS): an instrument for analysing interviews of oncologists and patients with cancer. *Soc Sci Med* **50**(4): 553-66.
- Fox, P. T. (1995).** Broca's area. Motor encoding in somatic space. *Behav Brain Sci* **18**: 344-45.
- Garfinkel, H. (1967).** *Studies in Ethnomethodology*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Geschwind, N. (1965).** Disconnexion syndromes in animals and man. II. *Brain* **88**(3): 585-644.
- Gilligan, C. (1982).** *In a different voice: Psychological theory and women's development*. In Cambridge, M.A., Harvard University Press.
- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M. und Miller, L. H. (1994).** Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* **13**(5): 384-92.
- Hall, J. A. und Roter, D. L. (1998).** Medical communication and gender: a summary of research. *J Gend Specif Med* **1**(2): 39-42.
- Hampson, E. und Kimura, D. (1992).** *Sex differences and hormonal influences on cognitive function in humans*. MIT Press, Cambridge: 357-98.
- Hamrick, M. W. und Inouye, S. E. (1995).** Thumbs, tools, and early humans. *Science* **268**(5210): 586-7; author reply 589.
- Harasty, J., Double, K. L., Halliday, G. M., Kril, J. J. und McRitchie, D. A. (1997).** Language-associated cortical regions are proportionally larger in the female brain. *Arch Neurol* **54**(2): 171-6.

- Harris, L. J. (1978).** Sex differences in spatial ability. Cambridge University Press.
- Harshman, R. A., Hampson, E. und Berenbaum, S. A. (1983).** Individual differences in cognitive abilities and brain organization, Part I: Sex and handedness differences in ability. *Can J Psychol* **37**(1): 144-92.
- Heilman, K. M., Rothi, L. J. und Valenstein, E. (1982).** Two forms of ideomotor apraxia. *Neurology* **32**(4): 342-6.
- Henbest, R. J., Stewart M. (1990).** Patient-centredness in the consultation: 1. Method for easurement. *Fam Pract* **6**: 249-254.
- Henbest, R. J., Stewart M. (1990).** Patient-centredness in the consultation: 2. Does it really make a difference? *Fam. Pract* **7**: 28-33.
- Hyde, J. S. und Linn, M. C. (1988).** Gender differences in verbal ability: A meta-analysis *Psychol Bull* **104**(1): 53-69.
- Joseph, R. (1982).** The neuropsychology of development hemispheric laterality, limbic language, and the origin of thought. *J Clin Psychol* **38**(1): 4-33.
- Joseph, R. (1990).** The left cerebral hemisphere: Aphasia, alexia, agraphia, agnosia, apraxia, schizophrenia, language and thought. Plenum Press, New York.
- Joseph, R. (1993).** The Naked Neuron: Evolution and the Languages of the Body and Brain. Plenum Press, New York.
- Joseph, R. (1999).** Environmental influences on neural plasticity, the limbic system, emotional development and attachment: a review. *Child Psychiatry Hum Dev* **29**(3): 189-208.
- Joseph, R. (2000).** The evolution of sex differences in language, sexuality, and visual-spatial skills. *Arch Sex Behav* **29**(1): 35-66.
- Jurgens, U. (1990).** Vocal communication in primates. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Kimura, D. (1993).** Neuromotor Mechanisms in Human Communication. Oxford University Press, New York.
- Koenigsknecht, R. A. und Friedman, R. (1976).** Syntax development in boys and girls. *Child Dev* **47**: 1109-15.
- Kruse, J. (2003).** Der Arzt, der Patient und die diagnostische Schlussbildung. Frankfurt: VAS: 92, 94.
- Kruse, J. Heckrath C., Schmitz N., Alberti L., Tress W. (1999).** Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. *PPmP* **49**: 14-22.
- Kruse, J., Schmitz N., Wöller W., Heckrath C., Tress W. (2004).** Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychother Psych Med* **54**: 45-51.

- Langwell, K. M. (1982).** Factors affecting the incomes of men and women physicians: further explorations. *J Hum Resour* **17**(2): 261-75.
- Law, S. A. und Britten, N. (1995).** Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract* **45**(399): 520-4.
- Levy, J. (1972).** Lateral specialization of the human brain: Behavioral manifestations and possible evolutionary basis. In Klinger, J. A. (ed.), *The Biology of Behaviour*, Oregon State University Press, Corvallis.
- Levy, J. (1974).** Psychological implications of bilateral asymmetry. In Dimond, S., Beaumont, J. G. (eds.), *Hemisphere Function in the Human Brain*, Paul Elek, London: 121-83.
- Levy, J. und Heller, W. (1992).** Gender differences in human neuropsychological function. In Gerall, A. A., Moltz, H., Ward, I. L. (eds.), *Handbook of Behavioral Neurobiology, Sexual Differentiation*, Plenum, New York **11**: 245-74.
- Lezac, M. D. (1983).** *Neuropsychological Assessment*, 2nd ed. Oxford University Press, New York.
- Lorber, J. (2000).** What impact have women physicians had on women's health? *J Am Med Womens Assoc* **55**(1): 13-5.
- Lurie, N., Slater, J., McGovern, P., Ekstrum, J., Quam, L. und Margolis, K. (1993).** Preventive care for women. Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* **329**(7): 478-82.
- MacLean, P. (1990).** *The evolution of the Triune Brain*. Plenum, New York.
- Marzke, M. W. (1997).** Precision grips, hand morphology, and tools. *Am J Phys Anthropol* **102**(1): 91-110.
- McGee, M. G. (1979).** Human spatial abilities: psychometric studies and environmental, genetic, hormonal, and neurological influences. *Psychol Bull* **86**(5): 889-918.
- McGone, J. (1980).** Sex differences in human brain asymmetry. *Behav Brain Sci* **3**: 215-63.
- McGuinness, D. (1976).** Sex differences in the organization of perception and cognition. In Loyd, B., Archer J. (eds.), *Exploring Sex Differences*, Academic Press, New York.
- Meeuwesen, L., Schaap, C. und van der Staak, C. (1991).** Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* **32**(10): 1143-50.
- Mendez, A., Shymansky, J. A. und Wolraich, M. (1986).** Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information. *Med Educ* **20**(5): 437-43.
- Meuleman, J. R. und Harward, M. P. (1992).** Assessing medical interview performance. Effect of interns' gender and month of training. *Arch Intern Med* **152**(8): 1677-80.
- Moore, T. (1967).** Language and intelligence: a longitudinal study of the first eight years. I. Patterns of development in boys and girls. *Hum Dev* **10**(2): 88-106.

- Pfeiffer, W. M. (1982).** Konsens als Grundlage therapeutischen Handelns. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* **2**: 321-30.
- Roter, D., Lipkin, M., Jr. und Korsgaard, A. (1991).** Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care* **29**(11): 1083-93.
- Roter, D. L. und Hall, J. A. (1998).** Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *J Womens Health* **7**(9): 1093-7.
- Roter, D. L. und Hall, J. A. (2001).** How Physician Gender Shapes the Communication and Evaluation of Medical Care. *Mayo Clin Proc* **76**: 673-76.
- Roter, D. L., Hall J. A., Aoki Y. (2002).** Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* **288**(6): 756-64.
- Sachs, L. (2004).** In *Angewandte Statistik, Anwendung statistischer Methoden*, Springer-Verlag: 381-82.
- Saunders, D. G. und Kindy, P., Jr. (1993).** Predictors of physicians' responses to woman abuse: the role of gender, background, and brief training. *J Gen Intern Med* **8**(11): 606-9.
- Scadron, A., Witte, M. H., Axelrod, M., Greenberg, E. A., Arem, C. und Meitz, J. E. (1982).** Attitudes toward women physicians in medical academia. *Jama* **247**(20): 2803-7.
- Seemann, W. F. (1995).** Zur Technik des ärztlichen Gesprächs. In *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Hans Marseille Verlag GmbH München: 645-50.
- Shapiro, J. (1990).** Patterns of psychosocial performance in the doctor-patient encounter: a study of family practice residents. *Soc Sci Med* **31**(9): 1035-41.
- Shapiro, J. und Schiermer, D. D. (1991).** Resident psychosocial performance: a brief report. *Fam Pract* **8**(1): 10-3.
- Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Constable, R. T., Skudlarski, P., Fulbright, R. K., Bronen, R. A., Fletcher, J. M., Shankweiler, D. P., Katz, L. und et al. (1995).** Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature* **373**(6515): 607-9.
- Stewart, M. (1995).** Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Can Med Assoc J* **152**: 1423-1433.
- Street, R. L. (1992).** Analysing communication in medical consultations. Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Med Care* **30**: 976-988.
- Susman, R. L. (1995).** Thumbs, tools and early humans. *Science* **268**: 589.
- van den Brink-Muinen, A. (2002).** The role of gender in healthcare communication. *Patient Educ Couns* **48**(3): 199-200.

- van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. M. und Kerssens, J. J. (1998).** Gender and communication style in general practice. Differences between women's health care and regular health care. *Med Care* **36**(1): 100-6.
- Wasserman, R. C., Inui, T. S., Barriatua, R. D., Carter, W. B. und Lippincott, P. (1984).** Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics* **74**(6): 1047-53.
- Weisman, C. S. (1987).** Communication between women and their health care providers: research findings and unanswered questions. *Public Health Rep* **102**(4 Suppl): 147-51.
- Weisman, C. S. und Teitelbaum, M. A. (1985).** Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med* **20**(11): 1119-27.
- West, C. (1984).** When the doctor is a lady: power, status and gender in physician-patient encounters. *Symbolic Interaction* **7**: 87-106.
- West, C. (1993).** Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Soc Sci Med* **36**(1): 57-66.
- West, C. und Zimmerman, D. H. (1987).** Doing gender. *Gender Society* **1**: 125-51.
- Wiener, S. G., Bayart, F., Faull, K. F. und Levine, S. (1990).** Behavioral and physiological responses to maternal separation in squirrel monkeys (*Saimiri sciureus*). *Behav Neurosci* **104**(1): 108-15.
- Williams, A. P., Pierre, K. D. und Vayda, E. (1993).** Women in medicine: toward a conceptual understanding of the potential for change. *J Am Med Womens Assoc* **48**(4): 115-21.
- Witelson, D. F. (1976).** Sex and the single hemisphere: specialization of the right hemisphere for spatial processing. *Science* **193**(4251): 425-27.
- Zimmerman, D. H. (1978).** Ethnomethodology. *Am Sociol* **13**: 6-15.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die zum Zustandekommen dieser Arbeit beigetragen haben:

Herrn Univ.-Prof. Dr. med. J. Kruse danke ich für die freundliche Überlassung des Themas, zahlreiche Anregungen bei der Bearbeitung des Themas und die freundliche Unterstützung bei der Korrektur der Arbeit.

Auch gilt der Dank Frau Univ.-Prof. Dr. med. Dr. P.H. A. Icks und Herrn Univ.-Prof. Dr. med. H.-H. Abholz für die Abhaltung der mündlichen Prüfung als weitere Prüfer bzw. für die Übernahme des Korreferates.

Desweiteren möchte ich meinem Ehemann Dr. med. M. Wahn M.A. und meinem Vater Dr. med. univ./MU Debrecen A. Nagy für die große Unterstützung in dieser Zeit danken.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie geht der Fragestellung nach, ob Ärztinnen und Ärzte im hausärztlichen Feld sich im Gespräch mit ihren Patienten hinsichtlich ihres Gesprächsverhaltens unterscheiden und ob sich Unterschiede im ärztlichen Kommunikationsstil in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit des Patienten zeigen.

In einem umfassenden Literaturüberblick erfolgt zunächst eine Darstellung der Studien zum Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf das Kommunikationsverhalten von Ärztin und Arzt. Die zitierten Studien kommen überwiegend zu dem Ergebnis, dass sich Ärztinnen personenzentrierter verhalten im Arzt-Patient Gespräch als ihre männlichen Kollegen.

Die vorgestellte Studie basiert auf einer Untersuchung bei 9 Ärztinnen und 9 Ärzten in 18 hausärztlichen Praxen der medizinischen Grundversorgung im Raum Düsseldorf. Untersucht wurden 148 Interviews mit 100 Patientinnen und 48 Patienten. Die Patientengespräche wurden audioaufgezeichnet, nach den Ulmer Transkriptionsregeln transkribiert und anhand des MIPS (Medical Interaction Process System) kodiert und ausgewertet.

Die Ergebnisse weisen auf, dass Ärztinnen und Ärzte sich im Gespräch mit ihren Patienten sowohl inhaltlich als auch formal nur in sehr wenigen Gesprächskategorien signifikant unterscheiden. Ärztinnen thematisieren nur den Lebensstil des Patienten häufiger und äußern mehr Dankbarkeit dem Patienten gegenüber als männliche Ärzte. Diese jedoch thematisieren die psychosozialen Lebensumstände des Patienten häufiger als ihre Kolleginnen. Es lassen sich vereinzelte Unterschiede im Kommunikationsstil in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit der Patienten beobachten. Im Vergleich zu den Ärzten äußerten die Ärztinnen sich bei ihren Patientinnen häufiger dankbar. Die Ärzte verhielten sich im Gespräch mit männlichen Patienten patientenzentrierter, indem sie häufiger medizinisch-psychologische und psychische Inhalte thematisierten als die Ärztinnen. Der ärztliche Kommunikationsstil ist insgesamt geprägt von medizinisch-technischen und weniger von psychologischen und lebensstilassoziierten Inhalten.

Im Gegensatz zu den niederländischen und angloamerikanischen Studien weist die Untersuchung nur geringe Unterschiede im kommunikativen Verhalten zwischen Ärztinnen und Ärzten auf. Dieses könnte ein Hinweis darauf sein, dass im deutschen Gesundheitssystem die Geschlechtszugehörigkeit des Arztes den Kommunikationsstil von Ärzten und Ärztinnen im hausärztlichen Feld nicht in entscheidendem Ausmaß prägt.