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

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Untersuchung der Wahrnehmung und Bewertung eines Modells der Patientenzentrierten Gesprächsführung durch chronisch kranke Patienten

DISSERTATION

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

vorgelegt von
Nicolas Manuel Frey
2017

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

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. Matthias Franz

Zweitgutachter: Prof. Dr. Matthias Schneider

Danksagung

Großer Dank gilt Herrn Oberarzt André Karger, ohne dessen große Hilfe und motivierende Worte diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre, Dr. Ralf Schäfer, der bei der statistischen Erhebung und Auswertung mit Rat und Tat zur Seite stand, Regine Schmelzer für die vielen hilfreichen Ratschläge und freundliche Unterstützung.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Matthias Franz für die freundliche Überlassung des Dissertationsthemas, die ausgezeichnete wissenschaftliche Betreuung und die Übernahme des Erstgutachtens. Herrn Prof. Dr. med. Matthias Schneider danke ich herzlich für die Übernahme des Zweitgutachtens.
Insbesondere danke ich meinen Eltern, die Studium und Promotion immer mit Unterstützung und Anteilnahme begleitet haben.

Zusammenfassung

Im Fokus dieser Arbeit stehen die Wahrnehmung und Bewertung verschiedener Kommunikationsstile durch 60 chronisch an entzündlicher Polyarthropathie erkrankter Patienten. Überprüft wurde, ob drei verschiedene, in Videoform dargestellte Kommunikationsstile, als solche erkannt und als unterschiedlich wahrgenommen wurden. Zu diesem Zweck wurde eine Expertenbewertung anhand der Kriterien des Roter Interaction Analysis System (RIAS) durchgeführt. In einem weiteren Schritt wurde untersucht, ob die Patienten zwischen den divergierenden Kommunikationsstilen differenzieren konnten. Ferner wurde die Präferenz der Patienten für einen bestimmten Kommunikationsstil erfragt. Weiterer Bestandteil der Untersuchung waren die Erhebung von Kommunikationspräferenzen chronisch kranker Patienten, von klinisch-psychometrischen Parametern (Hospital Anxiety and Depression Scale) und des Einflusses dieser Faktoren auf die Wahl eines bestimmten Kommunikationsstils. Die professionelle Bewertung anhand des Roter Interaction Analysis Systems (RIAS) und die Bewertung der Patienten bestätigten die korrekte Operationalisierung der Videosequenzen. Bei der Überprüfung der Präferenzen für einen bestimmten Kommunikationsstil zeigte sich ein klares Votum für einen neutral gehaltenen Kommunikationsstil. Der Einfluss eines gewünschten ärztlichen Kommunikationsstils auf die Patientenzufriedenheit und das Vertrauen in den Arzt ließ sich nachweisen. Ebenso sind individuelle Kommunikationspräferenzen bei der Wahl eines Kommunikationsstils von Bedeutung. Die Ergebnisse dieser Arbeit und der Vergleich mit dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur legen nahe, dass die Präferenzen chronisch kranker Patienten in ihrem Wunsch für einen bestimmten Kommunikationsstil erheblich variieren. Dabei gibt es für jeden Patienten intra- und interindividuelle Unterschiede, sowie kontextabhängige Präferenzen, die die Entscheidung beeinflussen. Folglich sollte der behandelnde Arzt Kenntnisse sowohl über die Präferenzen des Patienten besitzen, als auch für adäquate zeitliche und räumliche Bedingungen Sorge tragen, um dem Patienten im Rahmen einer optimalen Arzt-Patienten-Konsultation gerecht zu werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 8
1.1 Kommunikation in der ärztlichen Konsultation 8
1.2 Patientenzentrierte Gesprächsführung 13
1.3 Kommunikation mit chronisch kranken Patienten 21
1.4 Kommunikationspräferenzen chronisch kranker Patienten 22
2 Hintergrund und Ziel der Studie 24
3 Hypothesen 25
4 Methodik 26
4.1 Studiendesign und Studienablauf 26
4.2 Erstellen der Videosequenzen (Stimulusmaterial) 26
4.2.1 Erstellen der Rollenskripte 26
4.2.2 Videoproduktion 28
4.2.3 Validierung der Videos anhand von RIAS 28
4.2.3.1 Patientenzentrierte Gesprächsführung in RIAS-Kategorien 29
4.2.3.2 Krankheitszentrierte Gesprächsführung in RIAS-Kategorien 33
4.3 Patientenstichprobe 33
4.3.1 Rekrutierung der Patienten 36
4.4 Durchführung der Untersuchung 37
4.5 Operationalisierung Hypothesen und Instrumente 37
4.5.1 Soziodemographische Daten und subjektive Krankheitswahrnehmung 38
4.5.2 Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens und der Patientenzufriedenheit 39
4.5.3 Globale Bewertung und Präferenz für ärztliches Kommunikationsverhalten 40
4.5.4 Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen (KOPRA) 40
4.5.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 42
4.6 Evaluation der Videos und Reliabilität der Rater 43
4.7 Statistische Datenanalyse 44
4.7.1 Analyse der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 44
4.7.2 Überprüfung der in den Videos dargestellten Kommunikationsstile 44
4.7.3 Überprüfung der Hypothesen 46

4.7.3.1 Differenzierung unterschiedlicher Kommunikationsstile durch die Patienten 46
4.7.3.2 Präferenz der Stichprobe für einen bestimmten Kommunikationsstil 47
4.7.3.3 Einfluss der Kommunikationsstile auf die Patientenzufriedenheit und das Vertrauen in den Arzt 47
4.7.3.4 Einfluss von Kommunikationspräferenzen 48

5 Ergebnisse 49
5.1 Ausgewertetes Datenmaterial 49
5.2 Deskriptive Statistik 49
5.2.1 Deskriptive Statistik „Kommunikationspräferenzen Patient“ (KOPRA) 49
5.2.2 Deskriptive Statistik „Hospital Anxiety and Depression Scale“ 51
5.3 Validierung und Bewertung der in den Videos dargestellten Kommunikationsstile 52
5.3.1 Validierung der in den Videos dargestellten Kommunikationsstile 52
5.3.2 Bewertung der Kommunikationsstile durch die Patienten 55
5.4 Präferenz der Patienten für die dargestellten Kommunikationsstile 59
5.5 Patientenzufriedenheit und Vertrauen in den Arzt 60
5.6 Kommunikationspräferenzen chronisch Kranker 62

6 Diskussion 66
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 66
6.2 Inhaltliche Diskussion 66
6.3 Ergebnisse im Vergleich zu bisherigen Studien 71
6.4 Diskussion der Methodik 74
6.4.1 Schwächen der Stichprobe 74
6.4.2 Fehlende Kontrollgruppe 75
6.4.3 Schwächen der Videokategorisierung mittels RIAS 75
6.4.4 Schwächen der Videos 76
6.4.5 Diskussion der Instrumente 77

7 Zusammenfassung 78

8 Quellenverzeichnis 80
9 Abbildungsverzeichnis 93

10 Tabellenverzeichnis 94

11 Anhang 96
11.1 Fragebogenkompendium 96

11.1.1 Deckblatt 96
11.1.2 Probandeninformation und Einverständniserklärung 97
11.1.3 Soziodemographische Daten und subjektive Krankheitswahrnehmung 98
11.1.4 Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens und der Patientenzufriedenheit 100
11.1.5 Globale Bewertung und Präferenz für ärztliches Kommunikationsverhalten 101
11.1.6 Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen (KOPRA) 102
11.1.7 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 105
11.2 Rollenskripte 106
11.2.1 Rollenskript Patient 106
11.2.2 Rollenskript Arzt (Patientenzentriert) 108
11.2.3 Rollenskript Arzt (Neutral) 109
11.2.4 Rollenskript Arzt (Krankheitszentriert) 110
11.3 Einschlusskriterien nach ICD-10 112

1 Einleitung

Diese Studie wurde am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Kooperation mit der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf im erweiterten Rahmen des CoMeD-Projektes (Communication in Medical Education Düsseldorf) durchgeführt. Während sich das CoMeD-Projekt auf die Implementierung eines Längsschnitt-Curriculums für kommunikative Kompetenz in das bestehende Curriculum des Medizinstudiums an der Universität Düsseldorf konzentriert, stand bei dieser Arbeit die Evaluation von Wahrnehmung und Bewertung unterschiedlicher Kommunikationsstile durch chronisch kranke Patienten im Vordergrund. Zusätzlich wurde untersucht, durch welche Faktoren Wahrnehmung und Bewertung der Patienten beeinflusst wurden, welche Parameter eine Auswirkung auf den Entscheidungsprozess hatten und welcher Kommunikationsstil letztlich bevorzugt wurde.

1.1 Kommunikation in der ärztlichen Konsultation

In einem zunehmend durch Technisierung und Zeitdruck geprägten Gesundheitswesen bietet das Arzt-Patienten-Gespräch als gemeinsame Basis für die Beziehung zwischen Arzt[1] und Patient noch immer das Fundament jeglicher Entscheidungsfindung. Neben körperlicher Untersuchung und Behandlung bildet es die Grundlage der Erfassung und Lösung medizinischer Probleme. Nach Roter und Hall (1992) stellt das Gespräch zwischen Arzt und Patient das zentrale Element der medizinischen Versorgung dar. Es ist der grundlegende Aspekt, durch den eine funktionsfähige Arzt-Patienten-Beziehung zustande kommt. Aktives Zuhören und Verstehen der vorgetragenen Krankheitsgeschichte ermöglichen es dem Arzt, Informationen über Symptome und Ursachen von Krankheiten (unter Einbeziehung biologischer, psychologischer und sozialer Aspekte) einzuordnen, das Leiden des Patienten zu deuten und entsprechend handeln zu können (Müller, 2004). Kommunikation ist eine Schlüsselkompetenz für

[1] Aus Gründen des möglichst flüssigen und rhythmischen Lesens wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Geschlechtsformen in dieser Arbeit verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

alle Beteiligten im Gesundheitswesen (Essers et al., 2011). Sie bestimmt die Qualität der Behandlung (Trummer et al., 2004; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Beck et al., 2002) und wird von Seiten der Patienten hoch geschätzt (Bensing et al., 1996). Das Gespräch zwischen Arzt, Patient, und (wenn angemessen) dessen Angehörigen über die Gesundheit des Patienten und über das adäquate therapeutische Vorgehen ist wesentlicher Bestandteil medizinischer Fürsorge (Street, 2013). Effektive Kommunikation übt nicht nur auf das emotionale Befinden des Patienten einen positiven Einfluss aus, sondern auch auf das Erleben der Symptome, auf den körperlichen und psychologischen Zustand und auf die Schmerzwahrnehmung (Stewart, 1995). In einer Vielzahl empirischer Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass eine verbesserte Arzt-Patienten-Interaktion den Behandlungsverlauf und die Behandlungsergebnisse günstig beeinflusst (Van Dalen, 2013; Ong, 1995; Roter et al., 1988). Gleichzeitig wirkt sich die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig positiv auf Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit des Patienten aus (Zolnierek & DiMatteo, 2009; Roter et al., 1987; Street, 1992; Langewitz et al., 1998). Beides ist für eine langfristig effektive Behandlung unabdinglich (Maguire, 2002). Ist der Patient mit der ärztlichen Konsultation zufrieden, hat dies auch einen gesundheitsökonomischen Effekt, da solche Patienten seltener Zweitmeinungen einholen und eine höhere Therapietreue (Adherence) aufweisen (Van Dalen 2013; Mullen, 1997; Rosenberg et al., 1997; Safran et al., 1998; Stewart 2001). Können im Anschluss an das Anamnesegespräch gezielt weiterführende diagnostische Maßnahmen eingeleitet werden, besteht die Möglichkeit kostenintensive und überflüssige Untersuchungen zu vermeiden (Margalit et al., 2004).

Kommunikation in der klinischen Medizin bezeichnet den Versuch zweier Personen eine effektive Arbeitsbeziehung aufzubauen, in der gleichwertiges Vertrauen vorherrscht (Irwin et al., 1989). Bird und Cohen-Cole schlugen 1990 ein Model vor, um die Ziele von Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu beschreiben. Das Modell umfasst drei Ziele: 1. Daten gewinnen, 2. den Patienten informieren und 3. auf die Gefühle der Patienten eingehen. Andere Modelle fokussieren eher auf übergeordnete Aspekte wie 1. eine gute Arbeitsbeziehung entwickeln und beibehalten, 2. die Art des Patientenproblems identifizieren, 3. Verbesserung der Kompetenz des Patienten durch Information und Beratung, 4. gemeinsam Behandlungspläne entscheiden und 5. Com-

pliance und emotionale Unterstützung sichern (vgl. Lazare et al., 1995; Ong et al., 1995; Bensing, 1991). In einer neueren Publikation beschreiben Rodin et al., dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient auf Vertrauen, Respekt und Gegenseitigkeit, auf gemeinsam erarbeiteten Zielen und Erwartungen basiert (2009). Kommunikation dient dabei dem Erhalt dieser Beziehung, dem Übermitteln von Information, der Unterstützung und dem persönlichen Austausch. Ähnliche Inhalte formuliert das Modell der Patientenzentriertheit. Es wird eine egalitäre Arzt-Patienten-Beziehung postuliert. Der Patient wird gebeten, sein Anliegen, seine Gedanken, Gefühle und Erwartungen darzulegen (Henbest & Stewart, 1989). Kommunikation im Rahmen einer ärztlichen Konsultation soll bestimmten Regeln und klar definierten Zielen folgen, welche im Kalamazoo Consensus Statement aus dem Jahr 2001 empfehlend formuliert wurden:

1. Aufbau einer Arbeitsbeziehung
2. Öffnen der Diskussion
3. Information sammeln
4. Die Perspektive des Patienten verstehen
5. Information austauschen
6. Sich über Probleme und weitere Vorgehensweisen einig werden

Eine funktionsfähige, therapeutische und effektive Beziehung zwischen Arzt und Patient gilt als Grundlage medizinischer Kommunikation. Von Bedeutung sind das räumliche und situative Umfeld („Setting“) sowie die Besprechung der ärztlichen und patientenseitigen Agenda. Die Einbeziehung der Erfahrung und Erwartungen des Patienten bezüglich der Krankheit spielt ebenso eine wichtige Rolle. Dabei ist es für den Arzt grundlegend, die Wahrnehmung des Patienten über die Erkrankung zu explorieren und gleichzeitig das Gespräch vor dem Hintergrund eines diagnostischen Prozesses zu führen. Der Aufbau einer Arbeitsbeziehung beinhaltet ferner die aktive Beteiligung des Patienten an der weiterführenden Entscheidungsfindung (Makoul, 2001). Rosén und Kollegen unterstreichen diesen Aspekt in ihrer Studie, im Rahmen derer 94 % der Probanden eine partizipative Entscheidungsfindung vorziehen (2001).

Im Verlauf des Gesprächs ist es wichtig eine präzise Definition des Problems durch den Patienten zu erhalten. Der Austausch von Information über die Gründe der Konsultation, das Kennenlernen des biopsychosozialen Hintergrundes des Patienten und der Belastungen, mit denen die Erkrankung einhergeht, spielen dabei eine ebenso wichtige Rolle wie der gemeinsame Entscheidungsprozess über die geplante Therapie und die klare, verständliche Aufklärung des Patienten (Guadagnoli & Ward, 1998; Frosch & Kaplan, 1999; Silverman et al., 1998; Roter & Hall, 1992).

Kommunikation zwischen Arzt und Patient spielt eine Schlüsselrolle, um die Lücke zwischen evidenz-basierter, eher krankheitszentrierter und patientenzentrierter Medizin zu schließen (Bensing, 2000). Einen wesentlichen Beitrag stellt die kommunikative Kompetenz des Arztes dar, welche für den Aufbau einer vertrauensvollen und partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung von entscheidender Bedeutung ist (Messing, 2008). Eine aktuelle Definition kommunikativer Kompetenz ist Bestandteil des 2015 veröffentlichen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). Zur Etablierung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung ist ein wechselseitiger Abstimmungsprozess (Reziprozität) (Roter et al., 1997 & Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)) von übergeordneter Bedeutung. Diese Reziprozität ist im Arzt-Patienten-Verhältnis prinzipiell nicht notwendigerweise gegeben (Langewitz, 2004), liegt aber vor, wenn diagnostische und therapeutische Entscheidungen auf Basis einer wechselseitigen und partnerschaftlichen Beziehung unter Einbeziehung biopsychosozialer Faktoren und emotionaler Bedürfnisse des Patienten getroffen werden (Stewart et al., 1995). Das Gespräch zwischen Arzt und Patient zählt zu den komplexesten Interaktionssituationen überhaupt: Es beinhaltet eine Interaktion zwischen sozial häufig nicht gleichgestellten Positionen, basiert oft auf unfreiwilligem Handeln, benötigt sehr enge Kooperation und kann Zustände von lebenswichtigem Inhalt behandeln. Das Gespräch ist daher stark emotional geladen (Ong, 1995). Es gilt folglich potenzielle Missstände in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu verhindern, die durch die raschen Fortschritte der naturwissenschaftlichen Kenntnisse und Methoden sowie die danach ausgerichtete Arbeitsorganisation verstärkt werden und zu unzureichender Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten führen

kann. Andererseits kann eine solche Lücke durch inadäquates Bereitstellen von Information, sowie durch unzureichende Darstellung der Probleme durch den Patienten selber entstehen (Stewart, 1995) oder sich durch mangelnde kommunikative Fähigkeit oder mangelnde Bereitschaft des Arztes auf das Hilfesuchen des Patienten einzugehen potenzieren (Schmid Mast et al., 2005; Fallowfield & Jenkins, 2004). Effektivität von Kommunikation steigt, wenn der Arzt aktiv versucht die Perspektive des Patienten zu verstehen, unter Einbeziehung der Sichtweise des Patienten, seiner Ängste und Sorgen (Van Dalen et al., 2001). Prinzipiell umfasst die ärztliche Gesprächsführung technische Elemente, die erlernbar und in ihrer Qualität messbar sind (Van Dalen, 2013; Langewitz, 2004; Delvaux et al., 2004). Weiterhin ist durch wissenschaftliche Arbeiten belegt, dass die erlernten kommunikativen Techniken mit wesentlichen Ergebnisvariablen der medizinischen Versorgung verknüpft sind (Karkowsky & Chazotte, 2013; Salmon & Young, 2011). Kommunikationsdifferenzen zwischen Arzt und Patient sind häufig. Viele Patienten können beispielsweise im Anschluss an das Gespräch, in dem der Arzt Informationen zur Diagnose und Therapie erklärt, weder ihre medizinische Diagnose noch die Bedeutung und Ziele der Behandlung wiedergeben. Auch beklagen Patienten fehlende Zuwendung, ungenügende Aufmerksamkeit und Kommunikationsdefizite auf Seiten des behandelnden Arztes. Fallowfield diskutierte in Bezug darauf eine mangelnde kommunikative Qualifizierung junger Ärzte (1993). Trotz der Hinweise, dass die Arzt-Patient-Kommunikation sich positiv auf die Qualität der Behandlung auswirkt, ist die wissenschaftliche Evidenz bisher eher schwach und wird kontrovers diskutiert (Freanks et al., 2005). Roter et al. formulieren zudem ein substanzielles Problem im Rahmen der wissenschaftlichen Kommunikationsforschung (1988): Zahlreiche Studien beziehen sich auf jeweils unterschiedliche abhängige und unabhängige Variablen. Sogar ähnlich konzeptionalisierte Variablen werden häufig unterschiedlich operationalisiert. Ein weiterer Kritikpunkt am Studiendesign vieler wissenschaftlicher Arbeiten ist die meist geringe Stichprobengröße. Venetis et al. postulieren, dass diese Beschränkungen empirisch relevante Behauptungen über Effekte bestimmter Kommunikationsstile auf patientenbezogene Endpunkte verhindern (2009). Street zufolge leidet Kommunikationsforschung an mangelhafter Vernetzung unterschiedlichster Forschungsprogramme, zum einen in Bezug auf die theoretischen Grundlagen, zum anderen auf die untersuchten Variablen (2013). Schmid

Mast fordert ein Umdenken: Anstatt sich auf die Ärzteperspektive zu konzentrieren, sollte die Perspektive des Patienten den Kernpunkt wissenschaftlicher Untersuchungen bilden (2005).

1.2 Patientenzentrierte Gesprächsführung

Nach der Einführung des Begriffes der „Patientenzentrierten Medizin“ durch Balint (1969) ist das Konzept der patientenzentrierten Gesprächsführung Gegenstand intensiver und detaillierter wissenschaftlicher Forschung gewesen. Weiterentwickelt durch Byrne und Long (1976), hat es sich innerhalb zweier Jahrzehnte als zentrales Element der Kommunikation zwischen Arzt und Patient etabliert und sich als allgemeingültiges Qualitätskriterium ärztlicher Kommunikation herausgestellt (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Benbassat, 1998). Die Begriffe Patientenzentrierung, patientenzentrierte Gesprächsführung und Patientenzentriertheit können dabei synonym verwendet werden. Patientenzentriertheit bezeichnet eine Haltung, die sich eher an den Bedürfnissen des Patienten orientiert als an der Agenda des Arztes. Das patientenzentrierte Interview und die Patientenberatung stellen dabei die beiden Hauptbezugspunkte dar (Margalit, 2004). Patientenzufriedenheit beinhaltet die folgenden Aspekte: Die Zufriedenheit mit dem Arzt, mit seinem Kommunikationsverhalten und mit dem Ausmaß an gegebener Information bezüglich der Erkrankung, oder mit den Entscheidungen bezogen auf die Therapie. Auch der Grad an Vertrauen in den Arzt spielt eine wichtige Rolle (Venetis et al., 2009). Im Folgenden werden die wichtigsten Modelle zum Konstrukt der Patientenzentriertheit unterschiedlicher Autoren beispielhaft zusammengefasst. Das erste konkrete Modell zum Begriff Patientenzentriertheit wurde 1995 von Stewart und Kollegen vorgestellt und beinhaltet sechs Schritte die unabhängig vom Setting in der allgemeinmedizinischen Praxis einsetzbar sind (Stewart et al., 1995):

1. Explorieren der Krankheit und des Erlebens der Krankheit
2. Verständnis des Patienten als Person
3. Finden einer gemeinsamen Basis
4. Einbeziehung von Prävention und Gesundheitsförderung
5. Förderung der Arzt-Patienten-Beziehung

6. Realistisch bleiben

Pendleton und Kollegen verfolgten davor eine ähnliche Herangehensweise. Hier wurde der Begriff Patientenzentriertheit allerdings nicht konkret verwendet (1984). Es wurden sieben Schritte für die Konsultation vorgeschlagen:

1. Erforschung der Gründe für die Konsultation
2. Miteinbeziehung weiterer Probleme
3. Adäquate Herangehensweisen für jedes Problem mit dem Patienten gemeinsam finden
4. Ein gemeinsames Verständnis des Problems erreichen
5. Den Patienten in die Therapie einbeziehen und ihn ermutigen Verantwortung zu übernehmen
6. Eine sinnvolle Verwendung von Zeit und Ressourcen
7. Eine funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung unterhalten oder initiieren

Auf Grund mangelnder Eindeutigkeit des Konzeptes definieren Mead und Bower den Begriff Patientenzentriertheit anhand folgender fünf Dimensionen (2000):

1. Biopsychosoziale Sichtweise („biopsychosocial perspective“)
Die biopsychosoziale Sichtweise verlangt von Seiten des Arztes die Bereitschaft sich in allen Belangen zu engagieren, die der Patient dem Arzt darlegt – nicht nur für seine biologisch-medizinischen Probleme (vgl. Stewart et al., 1995), sondern auch für seine Gefühle und Bedenken, das Verständnis für das Problem und die Erwartungen an die Therapie. Der Arzt soll auch für alle nicht-medizinischen Aspekte der Konsultation offen sein (Lipkin et al., 1984) und seine Sichtweise von der rein organischen Fehlfunktion hin zu einer Vielzahl weiterer dysfunktionaler Zustände erweitern (Silverman, 1987).

2. Der Patient als Person („patient-as-person“)
Das Erfassen der biopsychosozialen Perspektive allein reicht nicht aus um eine vollständige Wahrnehmung der Erkrankung durch den Patienten darzustellen. Dem-

zufolge ist es notwendig, nicht nur die präsentierten Symptome, sondern auch die Erwartungen des Patienten, seine Gefühle und Ängste in Bezug auf die Erkrankung, folglich das individuelle Erleben der Erkrankung zu erforschen (Stewart et al., 1995; Lipkin et al., 1984; Levenstein et al., 1986).

3. Verantwortung teilen („sharing power and responsibility")

Arzt und Patient sollen als gleichberechtigte Partner auftreten, die Einfluss und Verantwortung gleichsam teilen. Dieses Element wurde zunächst von Byrne und Long beschrieben (1976) und stellt seitdem ein zentrales Element in fast jeder wissenschaftlichen Arbeit zum Thema Patientenzentriertheit dar (vgl. Lipkin et al., 1984; Stewart et al., 1995; Kinmonth et al., 1998).

4. Therapeutisches Bündnis („the therapeutic alliance")

Die Rolle des Arztes nimmt im Rahmen des therapeutischen Bündnisses einen wichtigen Teil ein. Empathie, Kongruenz und positive Wertschätzung von Seiten des Arztes sind für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung unbedingt notwendig (Rogers, 1967). Roth und Fonagy betonen in diesem Zusammenhang die Übereinstimmung über die Ziele der Therapie, das Verständnis des Patienten bezüglich der Relevanz und der Effektivität der Behandlungsmöglichkeiten und die kognitive sowie die affektive Komponente der Arzt-Patienten-Beziehung: die Wahrnehmung des Arztes durch den Patienten als sensiblen, sympathischen und sich kümmernden Gesprächspartner (1996).

5. Persönlichkeit des Arztes („the physicians personality")

Patientenzentrierte Medizin repräsentiert eine „zwei Personen Medizin" (Mead & Bower, 2000). Der Arzt bringt nicht nur seinen professionellen biologisch-medizinischen Standpunkt in die Konsultation mit ein, sondern seine Persönlichkeit spielt eine tragende Rolle. Diese inhärente, subjektive Komponente kann sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben. Nichts desto trotz können Sensibilität und Verständnis für die Reaktionen beider Seiten im therapeutischen Sinne genutzt werden.

De Haes und Bensing (2009) stellen, basierend auf den Arbeiten von Epstein und Street (2007), ein erweitertes Konzept patientenzentrierter Gesprächsführung vor. Dieses beinhaltet neben einer konkreten Revision der Ziele medizinischer Kommunikation eine klare Definition der gewünschten Endpunkte („*outcome*"). Eine Übersicht über den beschriebenen Rahmenplan („*framework*") findet sich in der folgenden Tabelle 1.

Tabelle 1

Rahmenplan zur Funktion medizinischer Kommunikation, Ziele und Endpunkte (DeHaes & Bensing, 2009).

Modell	Ziele	Direkte Endpunkte†	Intermediäre Endpunkte†	Langzeit Endpunkte†
„fostering the relationship(s)“ *(Die Beziehung aufbauen und festigen)*	Eine gute und effektive Beziehung	z.B. + Augenkontakt + Partizipation des Patienten	z.B. + Vertrauen + Übereinstimmung + Zufriedenheit mit der Behandlung	z.B. + Zufriedenheit des Patienten + Gesundheit des Patienten - Stress und Burnout beim Behandelnden
„gathering information“ *(Information sammeln)*	Adäquate Diagnose und/ oder Interpretation der Symptome	z.B. + Exploratives Verhalten + Darstellen der Anliegen des Patienten	z.B. + adäquate Diagnose und Behandlungsplan - diagnostische Untersuchungen	z.B. + Gesundheit des Patienten + Zufriedenheit des Patienten
„providing information“ *(Information bereitstellen)*	Gutes Bereitstellen von Information	z.B. + Verständnis prüfen / Vorwissen erforschen - Fachsprache	z.B. + Erinnerung + Verständnis	z.B. - Ungewissheit des Patienten + Autonomie des Patienten
„decision making“ *(Entscheidung gemeinsam fällen)*	Entscheidungen basierend auf Information und Präferenz des Patienten	z.B. + Entscheidung treffen / Patientenwerte überprüfen + Information anbieten	z.B. - Entscheidungskonflikt + Zufriedenheit mit der Entscheidung	z.B. + Zufriedenheit mit der Entscheidung + Gesundheit des Patienten
“enabling disease and treatment related behaviour” *(krankheits- und therapiebezogenes Verhalten ermöglichen)*	Adäquates und plausibles krankheits- und therapiebezogenes Verhalten	z.B. Motivation und Wirksamkeit des Patienten adressieren	z.B. + Krankheitsbezogenes Verhalten + Adhärenz + Lebensstil ? Kosten	z.B. + Gesundheit des Patienten
„responding to emotions“ *(Auf Emotionen reagieren)*	Den Patienten unterstützen, Kommunikation fördern und, wenn nötig, Empfehlungen geben	z.B. + explorative Fähigkeiten / Schweigen + Patient drückt Emotionen aus	z.B. + Behandlung der Psycho-Pathologie + Patient fühlt sich unterstützt	z.B. + Emotionaler Ausgleich des Patienten - Psychologisches Leid des Patienten

† Bemerkung: Das „+“ entspricht einer positiven, das „-“ einer negativen Auswirkung auf die genannten Endpunkte.

Die beschriebenen Endpunkte können sich hierbei sowohl auf den Patienten, als auch auf den behandelnden Arzt oder den Zusammenhang, in dem sich beide Gesprächspartner befinden, beziehen.

- **Direkte Endpunkte**

  Wie in Tabelle 1 ersichtlich, können entsprechende Endpunkte für alle sechs Modellteile beschrieben werden. Direkte Endpunkte sind primär im Rahmen des medizinischen Gespräches selbst relevant. Sowohl ein Bezug auf das Verhalten des Patienten, als auch auf das Verhalten des Arztes ist hier möglich. Um eine tragfähige Beziehung herzustellen, kann der Arzt zum Beispiel Augenkontakt zum Patienten aufnehmen. Dadurch wird sich der Patient eher wohlfühlen und weniger Stress oder Anspannung erleben. Dies lässt sich auch durch physiologische Stressmessung (z.B. Herzfrequenz) darstellen. De Haes und Bensing unterstreichen, dass das in der Rubrik „direkte Endpunkte“ beschriebene Verhalten oft auch als adäquates Verhalten angenommen wird (2009).

- **Intermediäre Endpunkte**

  Intermediäre Endpunkte sind kurz nach der medizinischen Konsultation von Bedeutung. Hierfür lassen sich zahlreiche Beispiele finden:

  Das korrekte Zusammenstellen von Information kann zu einer schnelleren Diagnosefindung und zu einer verminderten Nutzung gerätetechnischer Diagnostik führen.

  Das verständliche Bereitstellen von Information zielt auf ein verbessertes Verständnis auf Seiten des Patienten ab und kann verhindern, dass der Patient andere Ärzte für eine zweite Meinung konsultiert. Angemessene Kommunikation kann zudem zu einem häufigeren Auftreten gemeinsamer Entscheidungsfindung führen und das Konfliktpotential auf Seiten des Patienten, welche Entscheidung zu fällen ist, reduzieren (O’Connor, Stacey, Légaré, 2008). Folglich kann Kommunikation die Adhärenz des Patienten in Bezug auf die Therapie verbessern (Jenkins et al., 2001).

- **Langzeit-Endpunkte**

  Idealerweise führt gute Kommunikation zu einer Verbesserung sowohl der durch den Patienten subjektiv wahrgenommenen, als auch der durch den Behandelnden objektiv erfassten Gesundheit. Gesundheit wird hierbei in der Regel durch traditionelle, medizinische Parameter repräsentiert. Die subjektiv wahrgenommene Gesundheit wird in Bezug auf die Lebensqualität erfasst. Fayers und Machin summieren darunter vom Patienten genannte Parameter wie Symptome, physikalische Funktion, mentale und psychologische Gesundheit und die Auswirkung der Krankheit auf das soziale Leben (2007). Hier sollte man auch die Gesundheit des behandelnden Arztes nicht außer Acht lassen. Es besteht eine deutliche Beziehung zwischen adäquatem Gesprächsverhalten und -erleben mit dem empfundenen Stress-Niveau, der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und der daraus resultierenden Auswirkung auf das Kommunikationsverhalten. Karkowsky und Chazotte stellen fest, dass schwierige Gesprächssituationen zu einer erhöhten Rate an Burnout bei Ärzten führen (2013) und gleichzeitig Ärzte mit einem hohen Grad an Burnout seltener patientenzentriert kommunizieren (Zantinge et al., 2007).

Aktuelle Studien kritisieren Patientenzentriertheit als unscharf definiertes Konzept, dessen allgemeine Bedeutung zwar jedem ersichtlich sei, das allerdings unterschiedliche Bedeutungen für unterschiedliche Interpreten haben kann, je tiefer man ins Detail eintaucht (Bensing, 2000; Mead & Bower, 2002; Munthe et al., 2011). Illingworth unterstreicht dies und konstatiert, dass es keine einheitliche Definition gebe (2010). Aktuelle Modelle weisen sowohl Überschneidungspunkte als auch Unterschiede auf. Es fehlt ein einheitliches, spezifisches Modell patientenzentrierter Kommunikation. Auch besteht Unklarheit darüber, wie die einzelnen Faktoren spezifischer patientenzentrierter Kommunikation aus Sicht des Patienten wahrgenommen und bewertet werden. Ergebnisse mit methodisch nachweisbaren Effekten beim Patienten sind rar, wenn nicht sogar widersprüchlich. Einige Autoren berichten von einer erhöhten Patientenzufriedenheit, welche als die am weitesten verbreitete und die am häufigsten verwendete Ergebnisvariable zur Verfügung steht (Ong, 1995; Bertakis et al., 1991; Smith et al.,

1995; Rosenberg et al., 1997; Kinmonth et al., 1998; Kinnersley et al., 1999). Obschon es randomisierte Studien gibt, die einen positiven Effekt patientenzentrierter Gesprächsführung auf die Zufriedenheit von Patienten widerspiegeln (Venetis et al., 2009; Roter et al., 1987; Street, 1992; Langewitz et al., 1998; Kinnersley et al., 1999; Kinmoth, 1998; Carter et al., 1982), lassen sich jedoch in anderen Studien gar keine Effekte nachweisen (Henbest & Stewart, 1990; Cape, 1996; Smith et al., 1998; Brown et al., 1999). Andere Forscher wiederum sehen keinen Effekt bestimmter Kommunikationsstile auf die Patientenzufriedenheit (Smith et al., 1998; Brown et al., 1999). Des Weiteren wird auch der umgekehrte Effekt beschrieben und nachgewiesen, dass Patientenzentriertheit einen negativen Effekt auf krankheitsbezogene Parameter haben kann (Krupat et al., 2001; Kinmonth et al., 1998). Der evidenzbasierte Nachweis von Effektivität, Zielen und Vorgehensweisen eben jener Kommunikation bleibt uneindeutig (De Haes & Bensing, 2009). Grund dafür ist die noch immer bestehende Unklarheit darüber, welche Kommunikationsstile zu welchem Anteil Einfluss auf den Patienten und sein kurz-, mittel- und langfristiges Wohlbefinden nehmen. So zeigt eine Studie über den Effekt von Kommunikationstraining für Onkologen (Fallowfield et al., 2002), dass sich trotz der geplanten Verhaltensänderung hin zu mehr patientenzentrierter Kommunikation die Ergebnisse beim Patienten (hier: die Patientenzufriedenheit) nicht unbedingt verbessern. Ärzte können zwar lernen mehr offene Fragen zu stellen, erfolgt dies jedoch zum falschen Zeitpunkt, kann der Effekt sogar als kontraproduktiv gewertet werden (De Haes, 2006).

Zusammenfassend lassen sich folgende Hauptelemente beschreiben: Zum einen beinhaltet Patientenzentriertheit die Exploration der Perspektive des Patienten, seiner Ansichten und Gefühle und deren Relevanz für Krankheit und Therapie. Zum anderen ist es im Konzept der Patientenzentriertheit unerlässlich, dass der Patient aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden wird und Entscheidungen gemeinsam mit dem Arzt gefällt werden (Illingworth, 2010). Munthe et al. sprechen in diesem Zusammenhang von drei grundlegenden Komponenten: das Erzählte des Patienten, Kollaboration und Kontinuität (2011). Weitgehende Einigkeit besteht insbesondere auch darüber, was Patientenzentriertheit *nicht* repräsentiert: Eine technologiebezogene, arztzentrierte,

oder krankheits-, beziehungsweise krankenhauszentrierte Arbeitsweise (Stewart, 2001; Messing, 2008).

1.3 Kommunikation mit chronisch kranken Patienten

Besondere Bedeutung erhält die patientenzentrierte Gesprächsführung bei der Behandlung von Patienten mit chronischen oder lange andauernden Beschwerden, Patienten in häuslicher Betreuung oder im Rahmen lebensstilzentrierter Therapiemaßnahmen (Munthe et al., 2011). Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist insbesondere bei der Behandlung chronisch Kranker von elementarer Bedeutung, da diese vorwiegend durch ein biopsychosoziales Krankheitsmodell und die Fokussierung auf Selbstmanagementkompetenzen charakterisiert sind (Farin, 2010). Die wissenschaftliche Erforschung der Kommunikation mit diesen Patienten ist dementsprechend wichtig, da sich medizinische und nicht-medizinische Fürsorge stark auf deren Lebensqualität auswirken (van den Brink-Muinen et al., 2011). Chronisch erkrankte Patienten sind häufig sehr gut über ihre gesundheitlichen Probleme informiert und in der Regel in der Lage und Willens, zwischen verschiedenen Therapieoptionen zu wählen (Ishikawa et al., 2006). Dennoch belegen Studien, dass nicht selten eine Inkongruenz zwischen der Wahrnehmung des Problems von Seiten des Patienten und des Arztes vorliegt (Daltroy, 1993; Hewlett, 2003). Dies resultiert in unterschiedlichen, wenn nicht sogar gegensätzlichen Meinungen über gesundheitliche Faktoren und Erwartungen, wie mit gesundheitlichen Missständen umzugehen sei.

Besondere Bedeutung erfährt in diesem Rahmen die Erkrankung an Rheumatoider Arthritis (Synonym: Chronische Polyarthritis), einer prototypischen, chronischen Erkrankung mit unvorhersehbarem Krankheitsverlauf, erheblichem Schmerzpotential und der Gefahr der Invalidität (Smarr et al., 2011; Katz, 1992). Rheumatoide Arthritis kann einen starken Eingriff in das tägliche Leben des Patienten nehmen. Dieser Einfluss auf das tägliche Leben wird jedoch häufig neben dem funktionellen und klinischen Zustand ignoriert (Ishikawa et al., 2006). Dabei ist gerade die Auseinandersetzung mit dem Bedürfnis des Patienten nach Information über die Erkrankung, die Auswirkungen und das Ausmaß der erwünschten Beteiligung an der Behandlung von

enormer Bedeutung. Zum einen wegen des chronischen Verlaufs Rheumatoider Arthritis und zum anderen wegen des Risikoprofils der oft therapeutisch indizierten, potentiell schädlichen Basistherapeutika (Neame et al., 2005; Fraenkel et al., 2001). Haugli et al. stellen fest, dass gerade Patienten mit Rheumatoider Arthritis mit einer ganzheitlichen Perspektive gesehen und mit ihren Bedürfnissen, Schmerzen und Bedenken vom Arzt verstanden werden möchten (2004). Fraenkel et al. beschreiben den Wunsch von Patienten mit Rheumatoider Arthritis nach einer vollständigen Aufklärung über Therapierisiken und alternative Therapiemöglichkeiten (2001). Ansichten des Patienten können mit denen des Arztes auch nicht übereinstimmen (Hewlett, 2003). Insbesondere bei Rheumatoider Arthritis wurde gezeigt, dass sich die Evaluation des physischen und mentalen Zustandes des erkrankten Patienten zwischen Arzt und Patient stark unterscheidet, obwohl beide dieselbe Skala verwendeten (Kwoh et al., 1992). Ähnliche Diskrepanzen zwischen Arzt und Patient konnten für die Bewertung von Schmerz, der allgemeinen Gesundheit und der Bereitschaft, Risiken für eine verbesserte Gesundheit in Kauf zu nehmen, nachgewiesen werden (Suarez-Almazor et al., 2001).

1.4 Kommunikationspräferenzen chronisch kranker Patienten

Hinsichtlich ihrer Präferenz für bestimmte Kommunikationsstile, so Farin, weisen chronisch kranke Patienten eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität auf (2012). Folglich können sich die Erwartungen an den Arzt unterscheiden und auch im zeitlichen Verlauf der Erkrankung verändern. Rodin et al. kommen zu der Schlussfolgerung, dass sich der Wunsch der Patienten nach aktiver Partizipation und auch ihre Kommunikationspräferenzen unterscheiden und deswegen die Notwendigkeit der Individualisierung des Gesprächsverhaltens besteht (2009).

Zahlreiche weitere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Swenson et al., 2004; Vogel et al., 2008; Say et al., 2006; Levinson et al., 2005; Fujimori & Uchitomi, 2009; Krupat et al., 2001; McKinstry, 2000; Brown et al., 1999; Benbassat et al., 1998). Aufgrund der Notwendigkeit die individuellen Kommunikationspräferenzen des Patienten zu beachten ist ein flexibles Kommunikationsverhalten des Arztes maßgeblich

(Farin et al., 2011a). Hier stellt sich die Frage, ob individuelle Faktoren wie beispielsweise soziodemographische Daten einen Hinweis liefern, welcher Patient welchen Kommunikationsstil bevorzugt. Zahlreiche Studien zeigen, dass bestimmte Charakteristika des Patienten (und solche des Arztes) die Präferenzen und Erwartungen bezüglich der Konsultation beeinflussen. Männliche Patienten mit einem eher niedrigen Bildungsstand überließen wichtige Entscheidungen häufiger dem Arzt (De Haes, 2006; Robinson & Thomson, 2001). Auch das Alter der Erkrankten stellte einen offensichtlichen Effekt dar: jüngere Patienten ziehen einen eher partizipativen Kommunikationsstil des Arztes vor (Garfield et al., 2007; Krupat et al., 2001). Ältere Patienten präferieren einen direktiven Kommunikationsstil. Hinweise auf die Präferenz eines solchen, eher paternalistischen Arztbildes finden sich bei Krupat et al. (2000), McKinstry (2000), Ende et al. (1989) und Parker et al. (2001). Arora und McHorney zeigen, dass weiblichen Patientinnen mit einer chronischen Erkrankung die Beteiligung an Entscheidungen wichtiger ist als männlichen Patienten (1999). Ebenso scheint die emotionale Unterstützung durch den Arzt Frauen wichtiger zu sein als Männern (Parker et al., 2001). Patientenzentrierte Gesprächsführung wird in Studien von Schmid Mast et al. (2005) von Studierenden und Langewitz (2010), sowie Dowsett et al. (2000) und Swenson et al. (2004/2006) von Patienten als bevorzugte Kommunikation bewertet. Basierend auf diesen Erkenntnissen stellen van den Brink-Muinen et al. (2011) einen „Paradigmenwechsel“ in der Beziehung zwischen Arzt und Patient fest, insbesondere in Bezug auf die Vorlieben und Erfahrungen chronisch Kranker. Es sei eine Veränderung von einer eher autoritär geprägten Arztrolle hin zu einer egalitäreren Arzt-Patienten-Beziehung erfolgt, in welcher Patienten mehr Einfluss auf die Entscheidungen bezüglich der zu erfolgenden Therapie haben. Der Patient habe das Recht, Wissen über verschiedene Therapieoptionen zu erlangen und darüber zu entscheiden (De Haes, 2006).

2 Hintergrund und Ziel der Studie

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurde untersucht, welchen Kommunikationsstil chronisch kranke Patienten bevorzugen und welche Parameter Einfluss auf diese Entscheidung nehmen. Dazu wurden 60 Patienten der Rheumatologischen Ambulanz des Universitätsklinikums Düsseldorf drei Videosequenzen randomisiert gezeigt, die sich in der Ausprägung an Patientenzentriertheit unterschieden. Ziel war es herauszufinden, welchem Video die Patienten den Vorzug gaben. Weiterhin sollte analysiert werden, welche Faktoren - beispielsweise individuelle Kommunikationspräferenzen und Zufriedenheit mit dem Arzt, beziehungsweise der Konsultation - auf die Entscheidung Einfluss nahmen.

Die Studie soll einen Beitrag zur Verbesserung des Verstehens chronisch kranker Patienten leisten und die Einflussfaktoren, welche die Entscheidung für einen bestimmten Kommunikationsstil wesentlich beeinflussen können, evaluieren.

3 Hypothesen

Im Fokus dieser Studie steht zunächst die Frage, ob die in den drei Videosequenzen dargestellten ärztlichen Kommunikationsstile durch die Patienten als solche erkannt werden. Weiterhin wird ermittelt, ob in der Stichprobe ein einzelner Kommunikationsstil bevorzugt wird.

Zeigt sich, dass die Patienten einen bestimmten Kommunikationsstil präferieren, so wird in einem weiteren Schritt untersucht, ob ein spezieller Kommunikationsstil als Prädiktor für Patientenzufriedenheit (bezüglich der Konsultation) und für Vertrauen in der Behandlung gesehen werden kann.

Ferner wird untersucht, ob Patienten emotional-unterstützende Kommunikation (Subgruppe 1) oder effektive Kommunikation (Subgruppe 2) bevorzugen und ob dies Einfluss auf die Wahl eines Gesprächsstils mit hohem oder geringem Anteil an Patientenzentriertheit hat. Eine exakte Aufstellung der Hypothesen zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2

Übersicht über die fünf formulierten Hypothesen.

	Hypothese
1	Die Patienten erkennen in den gezeigten Videos die dargestellten Kommunikationsstile
2	Die Patienten bevorzugen einen patientenzentrierten Kommunikationsstil
3	Ein hoher Anteil Patientenzentriertheit im ärztlichen Gesprächsstil führt zu einem höheren Maß an Patientenzufriedenheit und mehr Vertrauen in den Arzt
4	Patienten mit einer Präferenz für emotional-unterstützende Kommunikation bevorzugen einen Gesprächsstil mit hohem Anteil an Patientenzentriertheit
5	Patienten mit einer Präferenz für effektive Kommunikation bevorzugen einen Gesprächsstil mit einem geringen Anteil an Patientenzentriertheit

4 Methodik

4.1 Studiendesign und Studienablauf

Im Mittelpunkt dieser prospektiven, experimentellen Studie stehen Wahrnehmung und Bewertung unterschiedlicher Kommunikationsstile durch chronisch kranke Patienten. Es wird untersucht, inwiefern das Ausmaß an ärztlicher Patientenzentriertheit die antizipierte Zufriedenheit der Patienten mit der Konsultation und das Vertrauen in den Arzt beeinflussen. Darüber hinaus stellte sich die Frage, ob Patienten, die a) eine Vorliebe für emotional-unterstützende Kommunikation haben, einen ärztlichen Gesprächsstil mit hohem Maß an Patientenzentriertheit vorziehen und b) Patienten, die sich eher effektive und offene Kommunikation wünschen, einen Gesprächsstil mit geringerem Maß an Patientenzentriertheit präferieren. Der Ausprägungsgrad an Patientenzentriertheit in den Videos wurde von zwei Rater*n*[2] des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Hinblick auf die korrekte Operationalisierung mithilfe des Roter Interaction Analysis System (RIAS) überprüft. Die Stichprobenerhebung erfolgte von August bis Oktober 2011.

4.2 Erstellen der Videosequenzen (Stimulusmaterial)

Die Produktion der Videosequenzen umfasste das Erstellen von fiktiven Rollenskripten, die detaillierte Instruktion der Darsteller, die Videoproduktion sowie die Validierung der Videos durch unabhängige Rater mithilfe von RIAS. Die einzelnen Schritte sind in den folgenden Kapiteln 4.2.1 bis 4.2.3 beschrieben.

4.2.1 Erstellen der Rollenskripte

Auf Grund der Notwendigkeit, Gesprächssituationen zu standardisieren und mehrfach hintereinander valide szenisch umsetzen zu können, wurde im Rahmen dieses Projektes eine professionelle Schauspielpatientin eingesetzt, um die Rolle der Patientin

[2] Der Begriff *Rater* beschreibt in der empirischen Forschung die eine Beurteilung vornehmende Person (Christophersen & Grape, 2009).

in den Videosequenzen darzustellen. Schauspielpatienten oder Simulationspatienten bieten realen Patienten gegenüber zahlreiche Vorteile (Rockenbauch et al., 2008). Seit ihrem ersten Einsatz in den sechziger Jahren (Barrow & Abrahamson, 1964) bieten sie die Möglichkeit, Techniken wie die körperliche Untersuchung oder Gesprächsführung gezielt und in sinnvollem Zusammenhang zu üben, brisante medizinische Situationen zu simulieren und reale Bedingungen für die medizinische Ausbildung der Studierenden herzustellen, ohne wirkliche Patienten zu belasten. Durch Training erreichen Schauspielpatienten einen hohen Standardisierungsgrad, der, erwiesenermaßen auch in Prüfungssituationen (z.B. Objective Structured Clinical Exams, OSCE) eine hohe Testgüte aufweist (Adamo, 2003; Collins & Harden, 1998). Aufgrund des notwendigen hohen medizinischen Fachwissens verkörperte ein Arzt des klinischen Instituts für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Düsseldorf den Arzt in allen drei Videos. Um, bei einem zu erwartenden hohen Anteil an weiblichen Patienten in der Stichprobe, die Identifikation mit der dargestellten Patientin zu erleichtern übernahm eine professionelle Schauspielerin die Rolle einer Rheuma-Patientin und die Besetzung der Rollen wurde konstant beibehalten.

Instruktion und Schulung der Darsteller erfolgte durch detailliert ausgearbeitete Rollenskripte (siehe Anhang). Basis dieser Rollenskripte war die jeweils gleiche klinische Situation in der ein Arzt einer chronisch kranken Patientin die Diagnose übermittelt. Dies ist eine Situation, die die Mehrzahl der Patienten selbst schon erlebt hatten und sich folglich eine hohe Identifikation der Patienten mit den Darstellern erreichen ließ. Im Folgenden wurden die unterschiedlichen Kommunikationsstile für jede Szene modelliert und durch Rollenproben mit Arzt und Schauspielerin trainiert. Die Rollenskripte wurden dabei sowohl der Schauspielpatientin als auch dem Arzt vor den Videodreharbeiten zugesandt, gemeinsam überarbeitet und fertig gestellt. Eine zusätzliche Evaluation der Skripte hinsichtlich inhaltlicher und klinischer Genauigkeit erfolgte durch eine erfahrene Oberärztin der Klinik für Rheumatologie.

Die Rollenskripte beinhalten zum einen Information über Krankheitsart, Dauer der Erkrankung, Symptome und bereits ergriffene Therapiemaßnahmen. Zum anderen formulieren sie Auswirkungen der Krankheit auf Leben und Alltag der betroffenen

Person. Ferner stellen Rollenskripte Hintergründe über Arbeit, Familie und soziales Umfeld der Patientin dar und informieren über psychosoziale und demographisch wichtige Fakten. Im Rahmen dieses Projektes wurde eine Rolleninstruktion für die Patientin formuliert, welche die oben beschriebenen, notwendigen Informationen enthielt. Des Weiteren erhielt der Arzt drei Rollenskripte, die sich jeweils auf dieselbe Patientin bezogen, sich allerdings untereinander bezüglich der Ausprägung an Patientenzentriertheit des Gesprächs unterschieden. Es wurde darauf geachtet, dass der Informationsgehalt in den drei Gesprächen annähernd gleich ist. Eine detaillierte Beschreibung der Rollenskripte ist im Anhang zu finden.

4.2.2 Videoproduktion

Anhand der in Punkt 4.2.1 beschriebenen Rollenskripte wurden die zwei Darsteller instruiert. In Zusammenarbeit mit der eLearning-Abteilung des Studiendekanats der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf, welche Filmproduktion, -schnitt und digitale Bearbeitung mit einem professionellen Standard durchführte, wurden zunächst fünf Videos erstellt, aus denen im Anschluss drei passende Szenen mit der zeitlichen Begrenzung von circa fünf Minuten geschnitten wurden. Jede Filmsequenz beginnt mit der Begrüßungszene zwischen Arzt und Patientin und endet einheitlich. Die Evaluation der finalen Videosequenzen erfolgte mittels eines Ratings von zwei geschulten Rater*n* (RIAS), welches in Kapitel 4.6 genauer erläutert wird. Dies diente der Kontrolle, ob die Kriterien der einzelnen Kommunikationsstile differentiell abgebildet wurden.

4.2.3 Validierung der Videos anhand von RIAS

Um das Konstrukt der patientenzentrierten Gesprächsführung operationalisieren zu können und in drei, im Grad der Patientenzentriertheit variierenden, Gesprächssituationen korrekt darstellen zu können, wurden Faktoren, die in der wissenschaftlichen Literatur als patientenzentriert gelten, gesammelt und den Kriterien des Roter Interaction Process Analysis System (RIAS) zugeordnet. Verwendet wurde die englische Originalversion des von Roter (2002) entwickelten Kodiersystems, das speziell für Interaktionsprozesse im medizinischen Bereich entworfen wurde und auf den Arbeiten

von Robert Bales beruht (Interaction Process Analysis, 1950). Weltweit sind verschiedene Kodiersysteme zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation und deren Übertragbarkeit auf reelle Gesprächssituationen bereits Ziel wissenschaftlicher Untersuchungen geworden (Inui et al., 1982; Sandvik et al., 2002). Dabei ist das benannte System zur Analyse von Interaktionsprozessen am weitesten verbreitet (Roter, 1977). Die Vorteile von RIAS liegen in der hohen Reliabilität, die erzielt wird, wenn es durch instruierte und trainierte Rater verwendet wird. Zudem hat das System sich in verschiedenen Studien als klinisch bedeutsam erwiesen (Ong et al., 1995; Roter et al., 1997). Im Rahmen der Analyse des Interaktionsprozesses im Videoformat werden Äußerungen der Gesprächsteilnehmer als sogenannte „utterances", zu deutsch „Äußerungen", festgehalten. Diese kleinsten, sinnbildenden Einheiten beziehen sich entweder auf ein einziges Wort, oder sogar einen kurzen Satz. Diese Äußerungen sind in 34 Kategorien eingeteilt, die größtenteils für Arzt und Patient gleichsam gelten. Die Analyse des Arzt-Patienten-Gespräches selbst geschieht im Folgenden durch das Zählen der Häufigkeit definierter ärztlicher oder patientenseitiger Aussagen. Im Zentrum von Roters Interaktionsanalyse stehen folgende Punkte:

- Das Kodiersystem basiert auf einem dyadischen Gesprächssystem. Fast alle Kodierkategorien sind für beide Gesprächsteilnehmer verfügbar.
- Kodiert wird direkt vom Video, nicht von einem Transkript.
- Die Kategorien des Kodiersystems spiegeln direkt den Inhalt des Gesprächs wieder (Messing, 2008).

Die nachfolgenden Punkte 4.2.3.1 und 4.2.3.2 verdeutlichen, welche RIAS-Kategorien eine patientenzentrierte und eine krankheitszentrierte Gesprächsführung abbilden. Eine detaillierte Übersicht über alle RIAS-Kriterien, deren Bedeutung und beispielhafte Gesprächsmuster, findet sich im Manual des Roter Interaction Analysis System (Roter, 2006).

4.2.3.1 Patientenzentrierte Gesprächsführung in RIAS-Kategorien

RIAS-Kategorien, die für eine patientenzentrierte Gesprächsführung stehen, beschreiben das Stellen offener Fragen, verbale und nonverbale Ermutigung zur Weiter-

rede, Verständnis und Übereinstimmung, Paraphrasieren, Legitimation von Emotionen, Empathie und Lob sowie Anerkennung gegenüber den Patienten (Messing, 2008). Ein weiterer Vorschlag von Debra Roter findet sich in ihrer Arbeit aus dem Jahr 2008, in der sie patientenzentrierte Gesprächsführung mit folgenden Kategorien zusammenfasst: Alle ärztlichen Kategorien bezüglich des psychosozialen Hintergrundes und des Lebensstils des Patienten (inklusive der diesbezüglichen Beratung), alle Fragen des Patienten, Informationen des Patienten über seinen psychosozialen Hintergrund und Lebensstil und emotionale Äußerungen von Arzt und Patient. Zusätzlich wurden Äußerungen, die den Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung zum Ziel haben mit einbezogen.

Die Auswahl der als patientenzentriert geltenden Kategorien dieser Studie orientierte sich an einer neueren Arbeit von Langewitz und Kollegen. Für die Autoren zeigt sich das Ausmaß patientenzentrierter Gesprächsführung in der Bereitschaft des Arztes, die Patienten über den Verlauf des Gespräches zu informieren, sich für die Meinung des Patienten zu interessieren, ihnen einen Gesprächsraum zu öffnen und ihnen zu ermöglichen ihre Position einzubringen. Ferner die Bereitschaft des Arztes emotionale Äußerungen des Patienten aufzugreifen. Ein weiteres Maß sei die Länge ununterbrochener Patientenrede (2010). Für diese Studie wurden folgende RIAS-Kategorien als indikativ für patientenzentrierte Gesprächsführung ausgewählt:

- Anerkennende Äußerungen[3] („Approve “)
- Empathische Äußerungen („Empathy“)
- Paraphrasierende, das Verständnis prüfende Äußerungen („Check“)
- Äußerungen, die Beunruhigung, Besorgnis zeigen („Concern“)
- Beruhigende, optimistische und ermutigende Äußerungen („R/O“)
- Selbst-öffnende Äußerungen („SDis“)
- Legitimierende Äußerungen („Legit“)
- Äußerungen zur partnerschaftlichen Beziehung („Partner“)
- Übermitteln von Informationen - Gives-P/S, Gives L/S

[3] In Klammern ist jeweils die englische Originalbezeichnung der einzelnen RIAS-Kategorien verzeichnet.

- Offene Fragen: ?P/S, ?L/S, ?Other, ?Opinion, ?Understand, ?Permission , ?Reassure
- Geschlossene Fragen: [?]P/S, [?]L/S
- Rat zu Lebensstil und Psychosozialen Themen: CLSPS
- Bestätigende, übereinstimmende Äußerungen („Agree“)
- Persönliche Äußerungen („Personal“)

In Tabelle 3 finden sich alle Kategorien, die in den entstandenen Videosequenzen benutzt wurden und folglich für die Überprüfung der Kommunikationsstile verwendet werden konnten.

Tabelle 3

In den Videosequenzen verwendete RIAS-Kategorien, zugeordnet zu den Kategorien „Krankheitszentriert“, „Patientenzentriert“ und nicht bewertete Kategorien.

RIAS-Kategorien „krankheitszentriert“	RIAS-Kategorien „patientenzentriert“	RIAS-Kategorie „nicht bewertet“
?Med, [?]Med (Offene & Geschlossene medizinische Frage)	?Understand (Offene Frage zum Verständnis)	Trans (Übergangswörter)
?Thera, [?]Thera (Offene & Geschlossene Frage zur Therapie)	?Opinion (Offene nach der Meinung)	BackChannel (Back-Channel Äußerungen)
GivesMed (Äußerungen zu medizinischen Aspekten)	?PSF, [?]PSF (Offene & Geschlossene Frage nach Psychosozialen Themen und Lebensstil)	Laughs (Lachen)
GivesThera (Äußerung zu therapeutischen Aspekten)	?Permission (Offene Frage nach Erlaubnis)	
Orient (Äußerung zur Orientierung, Handlungsanleitung)	?Reassure (Offene Frage nach Beruhigung / Bestätigung)	
Disapprove (Ablehnende Äußerung)	Empathy (Empathische Äußerung)	
	Legit (Legitimierende Äußerung)	
	Personal (Persönliche Äußerung)	
	R/O (Beruhigende, optimistische & ermutigende Äußerung)	
	SDis (Selbst-öffnende Äußerung)	
	Check (Paraphrasierende, Verständnis prüfende Äußerung)	
	Agree (Bestätigende, übereinstimmende Äußerung)	
	Concern (Äußerung, die Beunruhigung, Besorgnis zeigt)	
	Critic (Äußerung von Kritik)	
	GivesLS (Äußerung über den Lebensstil)	
	Partner (Äußerung zur partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient)	
	Approve (Anerkennde Äußerung)	

Fortsetzung Tabelle 3

In den Videosequenzen verwendete RIAS-Kategorien, zugeordnet zu den Kategorien „Krankheitszentriert“, „Patientenzentriert“ und nicht verwendete Kategorien.

RIAS-Kategorien „Krankheitszentriert“	RIAS-Kategorien „Patientenzentriert“	RIAS-Kategorie „nicht bewertet“
	GivesPSF (Äußerung über den psychosozialen Hintergrund)	
	CLSPS (Rat zu Lebensstil oder psychosozialen Themen)	

4.2.3.2 Krankheitszentrierte Gesprächsführung in RIAS-Kategorien

Ein eher krankheitszentriertes Gespräch zeichnet sich durch einen vermehrten Einsatz geschlossener, krankheitsbezogener Fragen des Arztes aus. Zudem hat der Arzt einen hohen Gesprächsanteil und übermittelt insbesondere krankheitsspezifische Information. Der Gesprächsanteil des Patienten ist geringer und konzentriert sich auf das Übermitteln von persönlichen und familien-anamnestisch wichtigen Daten, Symptomen und bereits eingeleiteten Therapiemaßnahmen. Im Folgenden sind die wichtigsten RIAS-Kriterien dargestellt, die ein krankheitszentriertes Gespräch auszeichnen:

- Geschlossene Fragen: [?]Med, [?]Thera, [?]Andere
- Übermitteln von Informationen: Gives-Med, Gives-Thera
- Empfehlungen – medizinisch, therapeutisch: C-Med/Thera
- Äußerungen zur Orientierung / Handlungsanweisung („Orient“)
- Ablehnende Äußerungen („Disapprove“)

4.3 Patientenstichprobe

Einschlusskriterien für die Studie waren das Vorliegen einer Erkrankung des Rheumatologischen Formenkreises der Kodierungen M05.0-M05.9 und M06.0-M06.9, entzündliche Polyarthropathien, nach Kapitel XIII der ICD-10-GM/WHO Klassifikationen: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Siehe auch Tabelle 4 im Anhang), sowie die körperliche und geistige Fähigkeit aktiv an der Studie teilzu-

nehmen. Als Auschlusskriterium galt das Vorliegen einer manifesten, akuten psychischen Erkrankung sowie eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit jedweder Genese, welche nach klinischer Einschätzung im Vorfeld ausgeschlossen werden konnte.

60 Patienten der Rheumatologischen Ambulanz des Universitätsklinikums Düsseldorf erklärten sich bereit an der Studie teilzunehmen. Die überwiegend weiblichen Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung im Durchschnitt 54 Jahre alt (Rheumatoide Arthritis tritt bei Frauen im Vergleich zu Männern in einem Verhältnis von 2 bis 3 zu 1 häufiger auf, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 55. Und 75. Lebensjahr (Herold et al. 2010)). Mehr als die Hälfte der Teilnehmer litt seit über fünf Jahren an entzündlicher Polyarthropathie, bei den weiteren Patienten wurde die Erkrankung in den drei Jahren vor Studienbeginn diagnostiziert. Für die große Mehrheit bestand keine Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts (aufgrund ihrer rheumatologischen Erkrankung) im Jahr vor Studienbeginn. Ungefähr die Hälfte der Patienten war berentet. Knapp zwei Drittel lebten mit Ehepartner beziehungsweise Partner in einem Haushalt, ebenso gaben circa zwei Drittel der Patienten an „eher keine“ oder „eher wenige“ Schwierigkeiten im Umgang mit der Rheumatologischen Erkrankung zu haben. Lediglich drei Patienten gaben „eher mehr Schwierigkeiten“ an. Ähnliche Ergebnisse lieferten die Kategorien „derzeitiger Gesundheitszustand“ und „Schmerzstärke“: Fast zwei Drittel der Patienten gaben einer „eher sehr gute“, beziehungsweise „eher gute“ momentane Gesundheitslage an, fast ein Viertel beschrieb einen mittelmäßigen Gesundheitszustand, wenige hielten diesen für „eher schlecht“. Auf der Skala zur „Schmerzstärke“ fand sich ein Großteil der Stichprobe im oberen Drittel. Der Trend zu einer eher positiven Einschätzung des Umgangs mit der Erkrankung setzt sich in den beiden Skalen „körperliches“ und „psychisches Wohlbefinden“ fort. Kein Patient empfand sein körperliches und psychisches Wohlbefinden als „sehr schlecht“. Hier befand sich ein Großteil der Stichprobe für „eher gut“ situiert, über zwei Drittel schätzten ihr körperliches Wohlbefinden für eher sehr gut oder eher gut. Drei Viertel der Stichprobe taten dies ebenso für ihr psychisches Wohlbefinden. Die genaue Verteilung soziodemographischer Daten und subjektiver Krankheitswahrnehmung lässt sich der folgenden Tabelle 5 entnehmen.

Tabelle 5

Soziodemographische Daten und psychometrische Variablen der Stichprobe mit Mittelwert ($\bar{x}$), Standardabweichung (*s*) und Stichprobengröße (*n*).

Variable	Ausprägung	Stichprobe		
			n	%
Geschlecht	weiblich		51	85.0
	männlich		9	15.0
	Gesamt		60	100.0
Alter	Jahre		$\bar{x}$	*s*
	20 – 77		54.4	14.27
		Männlich	Weiblich	Gesamt (%)
Zeitpunkt der Diagnose (Jahr)	2011	2	3	5 (08.3)
	2010	2	1	3 (05.0)
	2009	1	8	9 (15.0)
	2008	-	7	7 (11.7)
	≤ 2007	4	32	36 (60.0)
Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten	Ja	-	7	7 (11.7)
	Nein	9	44	53 (88.3)
Berufliche Situation	Vollzeit	3	12	15 (25.0)
	Teilzeit	-	7	7 (11.7)
	Arbeitslos	-	-	-
	Praktikum	-	3	3 (05.0)
	Berentet	6	25	31 (51.7)
	Anderes	-	4	4 (06.7)
Berufliche Stellung	Arbeiter	2	4	6 (10.0)
	Angestellter	7	40	47 (78.3)
	Beamter	-	-	-
	Freiberuflich	-	5	5 (08.3)
Personen im Haushalt	(Ehe-) Partner	8	30	38 (63.3)
	Kinder	-	6	6 (10.0)
	Alleine	1	15	16 (26.7)
Schmerzstärke	Keine Schmerzen	3	22	25 (41.7)
	Eher wenige Schmerzen	3	12	15 (25.0)
	Mäßige Schmerzen	2	12	14 (23.3)
	Eher starke Schmerzen	1	4	5 (08.3)
	Sehr starke Schmerzen	-	1	1 (01.7)
Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung	Eher keine	4	24	28 (46.7)
	Eher wenige	3	12	15 (25.0)
	Eher mittelmäßig	1	13	14 (23.3)
	Eher mehr	1	2	3 (05.0)
	Eher sehr viele	-	-	-

Fortsetzung Tabelle 5

Soziodemographische Daten und psychometrische Variablen der Stichprobe mit Mittelwert ($\bar{x}$), Standardabweichung (*s*) und Stichprobengröße (*n*).

Variable	Ausprägung	Stichprobe		
		Männlich	Weiblich	Gesamt
Derzeitiger Gesundheitszustand	Eher sehr gut	3	18	21 (35.0)
	Eher gut	3	14	17 (28.3)
	Eher mittelmäßig	2	12	14 (23.3)
	Eher schlecht	1	7	8 (13.3)
	Eher sehr schlecht	-	-	-

4.3.1 Rekrutierung der Patienten

Alle Patienten, die an dieser Studie teilnahmen, waren zum Zeitpunkt der Erhebung in regelmäßiger Behandlung in der Rheumatologischen Ambulanz der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf. Bei den routinemäßigen Verlaufskontrollen wurden die Patienten konsekutiv rekrutiert und es wurde nach ausführlicher mündlicher und schriftlicher Aufklärung über Art, Umfang und Ziel der Studie das schriftliches Einverständnis eingeholt. Zusätzlich wurde den Patienten zugesichert, dass alle erhobenen Daten anonymisiert verwendet und unter strenger Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und der ärztlichen Schweigepflicht EDV-gestützt statistisch ausgewertet werden. Die Erhebung wurde anschließend in den Räumlichkeiten der Rheumatologischen Ambulanz durchgeführt. Ein positives Votum der Ethikkommission des Universitätsklinikums Düsseldorf lag mit Beginn der Studie vor (Studiennummer: 3633).

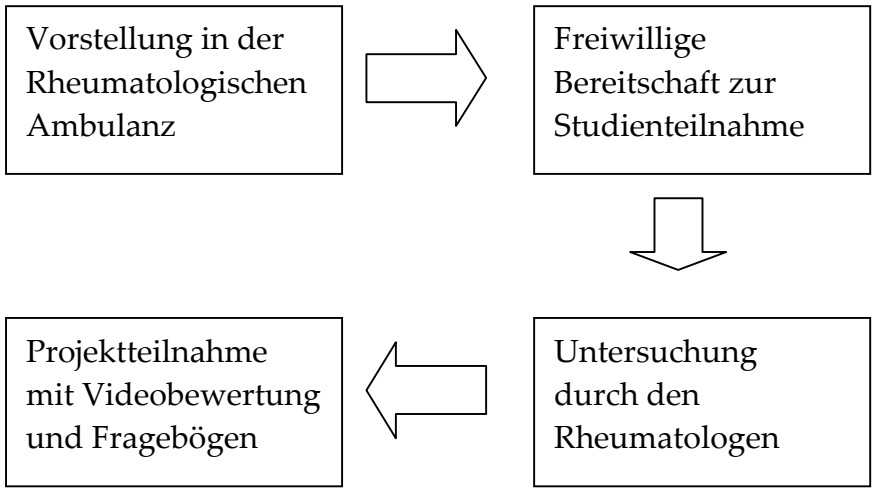

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Rekrutierungsablaufes.

4.4 Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebung erfolgte in den Monaten August bis Oktober 2011 und konnte am 19. Oktober 2011 erfolgreich abgeschlossen werden. Im Rahmen der Erhebung wurden die Patienten in den Räumlichkeiten der Rheumatologischen Ambulanz nach deren regulärer Anmeldung vom Versuchsleiter angesprochen, ob sie an der Erhebung teilnehmen möchten. Im Vorfeld erfolgte eine Selektion der Patienten anhand der ICD-10-GM/WHO Diagnose. Die Präsentation der Videos und anschließende Bewertung sowie die Bearbeitung der Fragebogeninstrumente erfolgten im Anschluss an die Konsultation des Arztes ebenfalls in den Räumlichkeiten der Rheumatologischen Ambulanz. Dabei wurden den Teilnehmern der Studie die drei Filmausschnitte in randomisierter Reihenfolge gezeigt, eine kurze Bewertung der einzelnen Sequenzen fand im direkten Anschluss an jedes Video statt. Die ausführliche Bearbeitung der Fragebögen erfolgte am Schluss.

4.5 Operationalisierung Hypothesen und Instrumente

Die in Kapitel 3 beschriebenen Hypothesen wurden anhand mehrerer Instrumente operationalisiert. Eine Übersicht ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6

Übersicht über die Operationalisierung der Hypothesen und verwendete Instrumente†.

Hypothese	Konstrukt	Instrument
1	Der Fragebogen misst das in den Videos dargestellte ärztliche Kommunikationsverhalten anhand zweier Skalen: *Arztdominanz* und *Arztemotionalität.*	Fragebogens zum ärztlichen Kommunikationsverhalten (Schmid Mast et al., 2005); Items aus Teil 1 des Fragebogens
2	Die Präferenz eines bestimmten, in den Videos dargestellten, Kommunikationsstils wurde durch zwei Fragen erhoben: *Von welchem Arzt würden Sie sich eine weitere Behandlung wünschen?* und *Welchem Arzt würden Sie in einer weiteren Behandlung Vertrauen schenken?*	Zwei Fragen zu Vertrauen in die Behandlung und in den Arzt
3	Der Fragebogen misst die Patientenzufriedenheit und das Patientenvertrauen in den in den Videos dargestellten Arzt anhand zweier Skalen: *Patientenzufriedenheit* und *Patientenvertrauen*.	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Schmid Mast et al., 2005); Items aus Teil 2 des Fragebogens
4 & 5	Der KOPRA-Fragebogen erhebt die Kommunikationspräferenzen der Patienten anhand von 4 Skalen: *Patientenpartizipation und –Orientierung*, *Effektive und offene Kommunikation*, *Emotional-unterstützende Kommunikation* und *Kommunikation über persönliche Verhältnisse*.	KOPRA-Fragebogen und Präferenzfragen (Farin et al., 2011a)

† Eine ausführliche Auflistung und Beschreibung der einzelnen Instrumente findet sich im Abschnitt 4.7 und ein vollständiges Fragebogenkompendium im Anhang.

Folgende Fragebogeninstrumente wurden in dieser Studie (siehe Anhang) eingesetzt:

4.5.1 Soziodemographische Daten und subjektive Krankheitswahrnehmung

Die soziodemographischen Daten und die subjektive Krankheitswahrnehmung wurden anhand eines Fragebogens der Klink für Rheumatologie des Universitäts-

klinikums Düsseldorf erhoben. Der Fragebogen beinhaltet folgende Variablen: Alter, Geschlecht, den aktuellen Gesundheitszustand, Schmerzstärke, körperliches und psychisches Wohlbefinden, Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung, Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten aufgrund der Erkrankung, berufliche Situation, berufliche Stellung, und die Anzahl der Personen im eigenen Haushalt. Als Antwortmöglichkeiten zur Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes, der Schmerzstärke, der Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung, des körperlichen und psychischen Wohlbefindens wurde jeweils eine 11-stufige Likertskala präsentiert (0 = sehr gut, 10 = sehr schlecht).

4.5.2 Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens und der Patientenzufriedenheit

Hierzu wurden die Patienten gebeten, sich in die Rolle der in den Videos dargestellten Patientin zu versetzen. Die Grundlage für diese Erhebung bildeten Fragebögen zum ärztlichen Kommunikationsverhalten und zur Patientenzufriedenheit, die nach einer Studie von Schmid Mast et al. eine hohe interne Konsistenz erzielten (2005). Es wurde zuerst ein allgemeiner Eindruck des Arztes über 6 Fragen erhoben, welche die Attribute „freundlich", „bestimmend", „einfühlsam", „dominant", „von oben herab" und „sympathisch" beinhalten. Diese wurden über eine 10-stufige Likertskala bewertet. Die Attribute lassen sich in zwei Skalen zusammenfassen: Wahrgenommene Dominanz und wahrgenommene Emotionalität[4]. Die interne Konsistenz wurde mit Cronbachs α = .77 (Dominanz) und Cronbachs α = .90 (Emotionalität) berechnet. Eine hohe Ausprägung der mittleren Skalenausprägung der Skala „Arztemotionalität" wurde als Hinweis auf ein hohes Maß an Patientenzentrierung gewertet, sowie eine hohe Ausprägung der Skala „Arztdominanz" demgegenüber als niedriges Maß Patientenzentrierung.

Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Arzt und dem ärztlichen Kommunikationsverhalten in den Videos ließ sich anhand von neun Fragen ablesen, die jeweils fünf

[4] Diese beiden Skalen werden im Folgenden zum besseren Verständnis der Zuordnung zum jeweiligen Gesprächspartner mit „Arztdominanz" (wahrgenommene Dominanz) und „Arztemotionalität" (wahrgenommene Emotionalität) bezeichnet.

stufig (1 – 5, „ich stimme überhaupt nicht zu“ bis „ich stimme sehr zu“) zusammengefasst wurde. Die Fragen beinhalteten Themen wie die Zufriedenheit mit dem Arzt und das empfundene Verständnis durch den Arzt. Darüber hinaus wurde das potentielle Vertrauen in den Arzt erfragt. Die Fragen lassen sich ebenfalls in zwei Skalen zusammenfassen, deren interne Konsistenz mit Skala Patientenzufriedenheit: Cronbachs α = .91 und Patientenvertrauen: Cronbachs α = .89 angegeben wurde (Schmid Mast et al., 2005). Eine weitere Informationsquelle stellte in diesem Teil eine zusätzliche zu bewertende Aussage dar: „Der Arzt gab der Patientin im richtigen Maß Informationen“. Diese Frage ist ebenfalls Bestandteil der oben genannten Studie von Schmid Mast (2005), in der zusätzlich anhand von fünf weiteren Fragen erhoben wurde, wie angemessen der Arzt (aus Patientensicht) Information zur Verfügung stellt. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Frage einzeln verwendet um deskriptiv die Einschätzung der Stichprobe hinsichtlich des richtigen Maßes an Information wiederzugeben.

4.5.3 Globale Bewertung und Präferenz für ärztliches Kommunikationsverhalten

Die globale Bewertung der Videosequenzen und Erhebung der Präferenz für ärztliches Kommunikationsverhalten durch die Patienten erfolgte durch zwei allgemeine Fragen. Zum einen „Von welchem Arzt würden Sie sich eine weitere Behandlung wünschen?“ und zum anderen „Welchem Arzt würden Sie in einer weiteren Behandlung Vertrauen schenken?“. Zur Auswahl standen die Möglichkeiten Video 1, Video 2 und Video 3.

4.5.4 Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen (KOPRA)

Für die Einschätzung der Kommunikationspräferenzen der Stichprobe in dieser Studie wurde der KOPRA-Fragebogen verwendet. Farin und Kollegen entwickelten diesen, im Original deutschsprachigen, Fragebogen zur Erfassung von Kommunikationspräferenzen chronisch erkrankter Patienten (2011a). Dazu umfasst der KOPRA-Fragebogen vier Skalen mit insgesamt 32 Item*s*, welche essentielle Aspekte von ärztlichem Kommunikationsverhalten darstellen.

Die vier Skalen setzen sich wie folgt zusammen:

Skala 1: „Patientenpartizipation und Patientenorientierung“ (*PPO*), bestehend aus 11 Items (z.B. „… mit Ihnen gemeinsam die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten abwägen.“) mit einer internen Konsistenz von Cronbachs α = .92.

Skala 2: „Effektive und offene Kommunikation“ (*EOK*) beinhaltet 10 Items (z.B. „… Ihnen immer alles über Ihre Erkrankung mitteilen, auch wenn es unangenehme Dinge sind.“) mit einer internen Konsistenz von Cronbachs α = .89.

Skala 3: „Emotional unterstützende Kommunikation“ (*EUK*) enthält 6 Items (z.B. „… Ihnen im Gespräch Mut machen.“) mit einer internen Konsistenz von Cronbachs α = .84.

Skala 4: „Kommunikation über persönliche Verhältnisse“ (*KPV*) setzt sich aus 5 Item*s* zusammen (z.B. „… mit Ihnen auch mal ein privates Wort wechseln.“) und zeigt eine interne Konsistenz von Cronbachs α = .80.

Der Fragebogen deckt wesentliche Aspekte der Interaktion zwischen Arzt und Patient ab, weist gute psychometrische Eigenschaften auf (vgl. Farin et al., 2011a) und wurde in ausführlichen Studien für Stichproben mit folgenden, chronischen Erkrankungen validiert: 1. Chronischer Rückenschmerz (Schmidt et al., 2012; Farin et al., 2013), 2. Koronare Herzkrankheit (Farin et al., 2011b), 3. Onkologische Erkrankungen (Farin & Baumann, 2014) und 4. Fibromyalgie (Ullrich et al., 2014).

Zum Verständnis der unten dargestellten Ergebnistabellen (vgl. Tab. 9, 20, 21, 22 und 23) muss erwähnt werden, dass die Autoren aus testtheoretischen Überlegungen eine Änderung der Skalierung vornahmen (vgl. Farin et al, 2011a), die auch in dieser Arbeit beibehalten wurde. In den beiden Skalen „Patientenpartizipation und –orientierung“ (*PPO*) und „Effektive und offene Kommunikation“ (*EOK*) wurden die Antwortkategorien „etwas wichtig“ (ursprünglicher Wert 2) und „wichtig“ (ursprünglicher Wert 3) beide mit dem Wert *2* verwendet. Das bedeutet konkret, dass sich für die 5-stufige Likertskala ein Wertbereich von 1-4 ergab und somit in den ersten beiden Skalen die Minimal- und Maximalwerte der möglich erreichbaren Punktezahlen nur die Werte 11-44 (bei 11 Item*s*) und 10-40 (bei 10 Items) erzielt werden konnten. Bei den Skalen „Emotional-unterstützende Kommunikation“ (*EUK*) und „Kommunikation

über persönliche Verhältnisse“ (*KPV*) wurde die 5-Stufigkeit der Likertskalen beibehalten und mit den Werten 1 – 5 berechnet.

4.5.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Um eine klinisch ausgeprägte Angst- und Depressionssymptomatik zu erfassen wurde die deutschsprachige Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“, kurz HADS, verwendet (Hermann et al., 2005). Angst und Depressivität haben möglicherweise Einfluss auf die Bewertung der Arzt-Patient-Kommunikation und stellen daher potentiell verfälschende Faktoren dar. Die Hospital Anxiety and Depression Scale wurde im Jahr 1983 von Zigmond und Snaith entwickelt, um das Vorhandensein von Angstgefühlen und depressiven Symptomen bei bereits körperlich erkrankten Patienten zu erheben (Zigmond & Snaith, 1983). Ziel war es, zwischen den unterschiedlichen Konzepten von Angst und Depression zu unterscheiden. Die HADS stellt seitdem ein sehr verbreitetes und häufig genutztes Instrument dar (Bjelland et al., 2002). Unterteilt wird dieser Fragebogen in zwei Subskalen, HADS-A (Angst) und HADS-D (Depression), die jeweils sieben einzelne Items enthalten. In ihrem 2002 erschienenen Review evaluierten Bjelland et al. die bis dato publizierten wissenschaftlichen Studien, in denen die HADS verwendet wurde. Im Rahmen dieser Veröffentlichung fanden sich 15 Studien, welche die interne Konsistenz der beiden HADS-Skalen beschrieben. Dabei variierte Cronbachs α für die HADS-A Skala zwischen .68 und .93, mit einem Mittel von α = .83. Die Ergebnisse für die HADS-D Skala variierten zwischen .67 und .90, mit einem Mittel von α = .82. Bjelland et al. stellen zudem in Übereinstimmung mit Nunally und Bernstein (1994) fest, dass der Cronbach Koeffizient α einen Mindestwert von .60 erreichen sollte, damit ein reliables Ergebnis konstatiert werden kann. Hermann-Lingen und Kollegen wiesen 2011 in einer deutschen Stichprobe (n = 6200) eine Reliabilität von α = .80 für die HADS-A Skala und α = .81 für die HADS-D Skala nach (Hermann-Lingen et al., 2011).

Für die Ergebnisse der beiden HADS-Skalen wurden im Laufe der vergangenen Jahre verschiedene Referenzwerte (sogenannte „Cut-Off-Werte“ (Zigmond & Snaith, 1983)) formuliert. Entsprechend den in Tabelle 7 aufgeführten Cut-Off-Werten, werden auf-

fällige Werte der Stichprobe dieser Studie auf ihren Einfluss auf das Gesamtergebnis geprüft und diskutiert.

Tabelle 7

Referenzwerte (Cut-Off-Werte) der Skalen Angst (HADS-A) und Depression (HADS-D) der Hospital Anxiety and Depression Scale.

	HADS-A	HADS-D
Zigmond/Snaith, 1983	≤ 7 (unauffällig) 8 – 10 (grenzwertig) ≥ 11 (auffällig)	≤ 7 (unauffällig) 8 – 10 (grenzwertig) ≥ 11 (auffällig)
Hermann et al., 1995	≥ 11 (auffällig)	≥ 9 (auffällig)
Bjelland et al., 2002	≥ 8 (auffällig)	≥ 8 (auffällig)

4.6 Evaluation der Videos und Reliabilität der Rater

Die Evaluation der Videos erfolgte mittels des Roter Interaction Process Analysis Kodiersystems (RIAS). Zwei Rater des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie führten diese durch. Die Rater waren zu keinem Zeitpunkt über Inhalt und Zielsetzung des Projektes informiert. Ziel war es, die Operationalisierung der verschiedenen Kommunikationsstile zu überprüfen. Es sollte bestätigt werden, dass die einzelnen Videos tatsächlich einen patientenzentrierten, einen krankheitszentrierten und einen eher neutral gehaltenen Kommunikationsstil darstellten. Zunächst wurde mit den zwei unabhängigen Ratern ein intensives RIAS-Kodier-Training durchgeführt. Im Rahmen eines anderen Projektes der Universitätsklinik Düsseldorf hatten die beiden Rater eine ausführliche Schulung und 50 Stunden Videobewertung unter Supervision erhalten sowie Kodiererfahrung mit über 400 Videos gesammelt. Die Reliabilität der Rater wurde für 400 bewertete Videosequenzen (pro Rater) erhoben und zeigte einen Intraklassenkoeffizienten (*ICC*) von ≥ .8. Das Ausmaß der Übereinstimmung der beiden Rater wurde in Bezug auf drei Beobachtungsobjekte berechnet. Die Beobachtungsobjekte waren in diesem Fall zwei Cluster aus Kombinationen mehrerer RIAS-Kategorien (vgl. Karger et al., 2012 & Ong et al., 1998) sowie der globalen Einschätzung von Kommunikationskompetenz mittels der Berliner

Global Rating Scale (BGR) (Scheffer, 2008). Dies und die in der Literatur als hoch angegebene Reliabilität (*r*=.85) des Roter Interaction Analysis System (Roter & Larson, 2002) bieten eine gute Interrater-Reliabilität für diese Studie. Die Analyse der Videos anhand der RIAS-Kriterien wurde mit Hilfe des Programms „MediaTags®" durchgeführt, welches eine überarbeitete Version des ursprünglichen Kodier-Programms „DCAS®" (Weber et al., 2007) darstellt.

4.7 Statistische Datenanalyse

4.7.1 Analyse der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Folgende Maße der beiden Skalen der Hospital Anxiety and Depression Sclae (HADS) wurden erfasst (vgl. Kapitel 4.5.5): Arithmetischer Mittelwert ($\bar{x}$), Median ($\tilde{x}$), Standardabweichung (*s*) sowie Maximal- und Minimalwerte (*max./min.*). Die Ergebnisse wurden mit Referenzwerten aus den Arbeiten von Zigmond und Snaith (1983), Hermann et al. (1995), Bjelland et al. (2002) sowie einem rheumatologischen Kontrollkollektiv (Hill et al., 1990) und mit gesunden Probanden (Heaton et al., 1991) verglichen.

4.7.2 Überprüfung der in den Videos dargestellten Kommunikationsstile

Die Überprüfung der unterschiedlichen Kommunikationsstile erfolgte durch das Rating zweier geschulter Rater mittels RIAS (vgl. Kapitel 4.6). Bei der Verwendung von MediaTags® zur digitalen Bearbeitung entsteht eine Textdatei (.txt), die in einem weiteren Schritt in andere Dateiformate wie Microsoft Word® oder Microsoft Excel® überführt werden kann, um diese zu bearbeiten und statistisch auszuwerten. Für jedes Video und jeden Rater wurden separate Microsoft Excel-Arbeitsmappen erstellt. Die in Tabelle 8 abgebildeten Abkürzungen sind im folgenden Beispiel erläutert: Zum Zeitpunkt 00:00:00:73 stellt der Arzt (Prefix: „Doc") eine Frage, die mit dem Begriff „?Permission", Kategorie 39 nach den RIAS-Kriterien kodiert wurde. Diese Frage beinhaltet die Bitte um Erlaubnis (z.B. eine Frage zu stellen, oder eine Handlung zu vollziehen). Der Patient (Postfix: „Pat") antwort zustimmend mit der Kategorie 20

(„Agree“). Eine Erläuterung der weiteren Kategorien findet sich im Manual des Roter Interaction Analysis System (Roter, 2006).

Tabelle 8

Auszug eines exemplarisch kodierten Gespräches zwischen Arzt (Doc) und Patient (Pat).

Startzeit	Dauer†	RIAS-Kategorie-Nummer	RIAS-Kategorie	Prefix	Postfix
00:00:00:00	00:00:00:00				
00:00:00:73	0	39	?Permission	Doc	
00:00:00:83	0	20	Agree		Pat
00:00:00:140	0	24	Orient	Doc	
00:00:00:151	0	20	Agree		Pat
00:00:00:206	0	24	Orient	Doc	
00:00:00:228	0	20	Agree		Pat
00:00:00:252	0	23	Trans	Doc	
00:00:00:283	0	24	Orient	Doc	
00:00:00:300	0	23	Trans	Doc	
00:00:00:366	0	24	Orient	Doc	
00:00:00:466	0	24	Orient	Doc	
00:00:00:488	0	21	Back-Channel		Pat
00:00:00:523	0	38	?Opinion	Doc	
00:00:00:566	0	14	Gives-Med		Pat

† Bemerkung: Die Dauer der einzelnen Äußerungen von Arzt oder Patient wurde im Rahmen dieser Studie nicht erhoben.

Da die Videosequenzen zeitliche Längenunterschiede von drei Sekunden zwischen Video B (5:10) und Video C (05:07 Minuten), 25 Sekunden zwischen Video A (04:45 Minuten) und Video B, sowie 22 Sekunden zwischen Video A und Video C enthielten, musste für die Auswertung anhand der RIAS-Kategorien ein vergleichbares Maß gefunden werden. Ein erster Schritt war der direkte Vergleich einer Häufigkeitszählung der Äußerungen von Arzt und Patient, um prozentual zu ermitteln, auf wessen Seite der größere Gesprächsanteil lag. Es erfolgte ferner eine Gegenüberstellung aller als patientenzentriert und als krankheitszentriert geltenden RIAS-Kategorien. In einem weiteren Schritt wurden die thematisch zugeordneten RIAS-Kategorien von ärztlicher Seite mit der Gesamtzahl der Äußerungen des Arztes in Bezug gesetzt. Dazu wurde der prozentuale Anteil der als patienten- oder krankheitszentriert geltenden Äußerungen des Arztes an der Gesamtzahl der

Äußerungen des Arztes berechnet um eine zeitunabhängige Einschätzung der Ausprägung der einzelnen Kommunikationsstile zu ermöglichen.

4.7.3 Überprüfung der Hypothesen

Die Fragebogendaten der 60 Patienten wurden direkt in eine Arbeitsmappe von SPSS (Version 20.0) exportiert und ergaben eine Summe von 239 Variablen, anhand der eine statistische Datenauswertung erfolgen konnte. Zur Prüfung der in Punkt 3 postulierten Hypothesen kamen die im Folgenden (4.7.3.1 – 4.7.3.4) beschriebenen statistischen Analyseverfahren zum Einsatz.

4.7.3.1 Differenzierung unterschiedlicher Kommunikationsstile durch die Patienten

Zur Überprüfung von Hypothese 1 (Die Patienten erkennen in den gezeigten Videos die dargestellten Kommunikationsstile) wurde zunächst ein deskriptiv-statistischer Ansatz gewählt. Berechnet wurden hier die Lagemaße (arithmetischer Mittelwert ($\bar{x}$) und Median ($\tilde{x}$)) sowie die Streuungsmaße (Spannweite (R) und Standardabweichung (s)) der Skalen Arztemotionalität und Arztdominanz aus dem Fragebogen zum ärztlichen Kommunikationsverhalten (Schmid Mast et al., 2005). Die Ausprägung der Mittelwerte gibt Auskunft über die Wahrnehmung des ärztlichen Kommunikationstils im Sinne eines hohen oder niedrigen Maßes an Emotionalität beziehungsweise Dominanz des Arztes während der Konsultation (vgl. auch Kapitel 4.5.2) in den einzelnen Videos durch die Patienten. Um die Ergebnisse der deskriptiven Statistik auf Signifikanz zu prüfen kamen einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungsdesign zum Einsatz. Der Messwiederholungsfaktor (Innersubjekt-Faktor) „ärztlicher Kommunikationsstil“ war dreifach gestuft (Video A = arztzentriert, Video B = neutral, Video C = patientenzentriert), abhängige Variablen waren die Skalen Arztemotionalität und Arztdominanz. Als Signifikanzniveau wurde $p(\alpha) \leq .05$ festgelegt. Bei nicht vorhandener Sphärizität, insbesondere auch in Anbetracht der kleinen Stichprobe, wurde die Greenhouse-Geisser Korrektur verwendet.

4.7.3.2 Präferenz der Stichprobe für einen bestimmten Kommunikationsstil

Zur Evaluation der Vorliebe der Patienten für einen der drei dargestellten Kommunikationsstile (Hypothese 2: Die Patienten bevorzugen einen patientenzentrierten Gesprächsstil) wurden zunächst die Variablen „Wunsch nach weiterer Behandlung“ und „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“ und deren Häufigkeiten durch Kontingenztabellen dargestellt. Die statistische Relevanz der Wahl eines bestimmten Videos mittels der beschriebenen Variablen wurde anhand einer Neunfelder-Kreuztabelle mit den Messwerten „Wunsch nach weiterer Behandlung (Video A,B und C)“ und „Vertrauen in einer weiteren Behandlung (Video A, B und C) und den entsprechenden nicht-parametrischen Homogenitätstests (Chi-Quadrat) verifiziert. Als Signifikanzniveau wurde ebenfalls eine α-Fehlerwahrscheinlichkeit von $p(\alpha) \leq .05$ festgelegt.

4.7.3.3 Einfluss der Kommunikationsstile auf die Patientenzufriedenheit und das Vertrauen in den Arzt

Hypothese 3 postuliert, dass ein hoher Anteil Patientenzentriertheit im ärztlichen Gesprächsstil zu einem höheren Maß an Patientenzufriedenheit und mehr Vertrauen in den Arzt führt. Zur Überprüfung des Maßes an Patientenzufriedenheit und Vertrauen in den Arzt wurde zunächst mittels vergleichender Statistik die Lage- und Streuungsmaße ($\bar{x}$ und s) der Skalen Patientenzufriedenheit und Patientenvertrauen aus dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Schmid Mast et al., 2005) berechnet. Die Direktionaliät der Mittelwerte bildet hier das Maß der empfundenen Zufriedenheit der Patienten mit dem Arzt sowie des Vertrauens in den Arzt in den einzelnen Videos ab. Zur Prüfung auf Signifikanz wurden erneut einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungsdesign durchgeführt. Der Messwiederholungsfaktor (Innersubjekt-Faktor) „ärztlicher Kommunikationsstil“ war analog zu 4.7.3.1 dreistufig (Video A = arztzentriert, Video B = neutral, Video C = patientenzentriert), die abhängigen Variablen waren die Skalen Patientenzufriedenheit und Patientenvertrauen. Als Signifikanzniveau wurde $p(\alpha) \leq .05$ festgelegt. Bei nicht-vorhandener Sphärizität wurden die Ergebnisse Greenhouse-Geisser korrigiert.

4.7.3.4 Einfluss von Kommunikationspräferenzen

Laut Hypothesen 4 und 5 haben die individuellen Kommunikationspräferenzen der Patienten einen Einfluss darauf, welchen ärztlichen Kommunikationsstil (Video A, B oder C) sie bevorzugen. Die Kommunikationspräferenzen der Teilnehmer der Untersuchung wurden zunächst mithilfe des KOPRA-Fragebogens (Farin et al., 2011a) erhoben. Berechnet wurden die Lagemaße (arithmetischer Mittelwert ($\bar{x}$) und Median ($\tilde{x}$)) sowie die Streuungsmaße (Spannweite (R) und Standardabweichung (s)). Die Mittelwertsausprägung der einzelnen Skalen beschreibt eine Präferenz für entweder a) Patientenpartizipation und –orientierung, oder b) Effektive und offene Kommunikation, oder c) Emotional-unterstützende Kommunikation, oder d) Kommunikation über persönliche Verhältnisse.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden die vier Skalen des KOPRA-Fragebogens im Bezug auf ihre Medianwerte dichotomisiert (*mediansplit*). Ziel dieser Kalkulation war die Einteilung der Stichprobe in zwei Gruppen je Skala: eine mit niedrigerer (jeweils Gruppe 1) und eine mit höherer Ausprägung (jeweils Gruppe 2) des gemessenen Konstrukts. Die resultierende Einteilung ermöglicht Rückschlüsse über die Verteilung (absolut und relativ) der Teilnehmer in beiden Gruppen und letztlich eine hypothesengeleitete, systematische Analyse mittels nicht-parametrischer Verfahren. Dazu wurden zwei Kontingenztabellen erstellt, die die Häufigkeitsverteilung in der neuen Gruppeneinteilung der KOPRA-Skalen (1 = niedrige und 2 = hohe Ausprägung) in Kombination mit den unabhängigen Variablen „Wunsch nach weiterer Behandlung“ und „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“ (jeweils Video A, B und C) abbildeten. Es erfolgte eine Prüfung auf Signifikanz mittels dem Exakten Test nach Fischer. Als Signifikanzniveau wurde $p(\alpha) \leq .05$ festgelegt.

5 Ergebnisse

5.1 Ausgewertetes Datenmaterial

Ausgewertet wurden drei Videosequenzen mit dyadischen Arzt-Patienten-Gesprächen, die vorher von zwei unabhängigen Rater*n* des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie anhand des Roter Interaction Analysis System (RIAS) analysiert wurden. In einem weiteren Schritt wurden die in Punkt 4.5 beschriebenen Fragebögen von 60 Patienten der Rheuma-Ambulanz der Klinik für Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf beantwortet und anschließend in Bezug auf die in Kapitel 3 formulierten Hypothesen ausgewertet.

5.2 Deskriptive Statistik

5.2.1 Deskriptive Statistik „Kommunikationspräferenzen Patient" (KOPRA)

Mit Bezug auf die wissenschaftliche Veröffentlichung des Fragebogens (Farin et al., 2011a, vgl. Kapitel 4.5.4), wurde für die zwei Skalen „Patientenpartizipation und –orientierung" (*PPO*) und „Effektive und offene Kommunikation" (*EOK*) die Antwortkategorien „etwas wichtig" und „wichtig" beide mit dem Wert 2 verwendet. Die von den Autoren errechneten Mittelwerte der Skalen *PPO*, *EOK*, *EUK* und *KPV* sind in Tabelle 9 dargestellt, gleichermaßen findet sich eine Aufstellung der Ergebnisse der eigenen Stichprobe. Diese liegt mit den Mittelwerten von $\bar{x}$ = 32.47 in der Skala *PPO*, *EOK* 31.41, *EUK* 19.32 und *KPV* 12.73 sehr nahe an den errechneten Werten der Kontrollstichprobe aus der Publikation von Farin et al. (2011a).

Tabelle 9

Darstellung der deskriptiven Auswertung der einzelnen Skalen des KOPRA-Fragebogens mit Minimum (*min.*), Maximum (*max.*), Mittelwert ($\bar{x}$), Standardabweichung (*s*), range (*R*) und Stichprobengröße (*n*).

Kontrollstichprobe nach Farin et al., 2011a (*n* = 346)				
Skala	*min./max.*	*R*	$\bar{x}$	*s*
Patientenpartizipation und –orientierung	11/44	33	29.93	6.56
Effektive und offene Kommunikation	10/40	30	30.04	5.38
Emotional-unterstützende Kommunikation	6/30	24	18.45	4.63
Kommunikation über persönl. Verhältnisse	5/25	21	12.59	4.03
Eigene Stichprobe (*n* = 60)				
Skala	*min./max.*	*R*	$\bar{x}$	*s*
Patientenpartizipation und –orientierung	18/44	26	32.47	6.52
Effektive und offene Kommunikation	20/40	20	31.42	5.80
Emotional-unterstützende Kommunikation	8/30	22	19.32	4.55
Kommunikation über persönliche Verhältnisse	5/25	20	12.73	4.19

Da sich die Mittelwertsausprägung der einzelnen Skalen aufgrund der unterschiedlichen Anzahl an Items nicht vergleichen ließen wurde die Bedeutung der thematischen Inhalte der Skalen des KOPRA-Fragebogens für die Stichprobe anhand der prozentualen Anteile der Skalen an ihren Maximalwerten berechnet. Somit konnte evaluiert werden, welchem Kommunikationsmodell (Patientenpartizipation und –orientierung, Effektive und offene Kommunikation, Emotional-unterstützende Kommunikation oder Kommunikation über persönliche Verhältnisse) die Stichprobe die meiste Bedeutsamkeit zuwies. In der untersuchten Stichprobe ergibt sich eine relative Priorisierung, bei der die Patienten eine effektive Kommunikation (78.5%) vor Patientenpartizipation (73.8%) und vor emotionaler Kommunikation (64.4%) und Kommunikation über persönliche Verhältnisse (50.9%) sehen. Das ergibt hinsichtlich der Ausprägung der Items eine Präferenz für Patientenpartizipation und -orientierung ($\bar{x}$ = 32.47) knapp unterhalb der Grenze zur Kategorie „äußerst wichtig“ im Feld der Kategorie „sehr wichtig“. Die Skala „Effektive und offene Kommunikation“ bewerteten die Patienten als äußerst wichtig, während emotional-unterstützende Kommunikation mit einem Mittelwert von 19.32 im Rahmen der Kategorie „wichtig“ imponiert. Kommunikation über persönliche Verhältnisse rangiert für die Stichprobe in der Kategorie „etwas wichtig“.

5.2.2 Deskriptive Statistik „Hospital Anxiety and Depression Scale“

Wie in Kapitel 4.5.5 dargelegt, ermöglicht die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) ein deskriptives Screening psychischer Symptome in zwei dafür geeigneten Symptombereichen, nämlich Angst und Depressivität (Zigmond & Snaith, 1983). Die folgende Tabelle 10 verdeutlicht Referenzwerte, mit denen die Stichprobe dieser Studie verglichen wurde, um auszuschließen, dass hohe Angst- und Depressivitätswerte die Ergebnisse der Studie beeinflussten. Wie aus Tabelle 10 ersichtlich befindet sich die erhobene Stichprobe mit Mittelwerten von 5.47 (s = 4.19) auf der Angstskala der HADS und Mittelwerten von 4.22 (s = 3.48) auf der Depressionsskala im als unauffällig beschriebenen Referenzbereich von Zigmond und Snaith (1983), Hermann et al. (1995) und Bjelland et al. (2002). Auch im Vergleich mit einem rheumatologischen Kontrollkollektiv (Hill et al., 1990) und mit gesunden Probanden (Heaton et al., 1991) verbleibt die Stichprobe unauffällig. Gleichbedeutend verhält sich der Vergleich mit einer neuen Validitätsstudie an einer bevölkerungsrepräsentativen deutschen Stichprobe (n = 4410) aus dem Jahr 2011. Diese beschreibt die Referenzwerte von

HADS-A: a) Männer: $\bar{x}$ = 4.4 (s = 3.3) und b) Frauen: $\bar{x}$ = 5.0 (s = 3.6) und

HADS-D: a) Männer: $\bar{x}$ = 4.8 (s = 4.0) und b) Frauen: $\bar{x}$ = 4.7 (s = 3.9) (Hinz & Brähler, 2011).

Tabelle 10

Deskriptive Auswertung der Hospital Anxiety and Depression Scale, aufgeteilt in die Subskalen Angst (HADS-A) und Depression (HADS-D) mit Minimum (min.), Maximum (max.), Mittelwert ($\bar{x}$), Standardabweichung (*s*) und Stichprobengröße (*n*).

	n HADS-		$\bar{x}$ HADS-		*s* HADS-		*min*/$\tilde{x}$/*max*. HADS-	
Referenzstichprobe	A	D	A	D	A	D	A	D
Hermann et al., 1995	6031	6110	6.8	5.1	4.1	3.8	0–6–21	0–5-21
Kardiologische Patienten	5417	5496	6.8	5.0	4.1	3.7	-	-
Hill et al., 1990 (Patienten mit RA)†	29	29	8.0	6.9	-	-	-	-
Heaton et al., 1991 (Gesunde)	27	27	5.0	3.0	-	-	-	-
Hinz/Brähler, 2011								
(Männer)	1929	1929	4.4	4.8	3.3	4.0	-	-
(Frauen)	2481	2481	5.0	4.7	3.6	3.9	-	-
Eigene Stichprobe	60	60	5.5	4.2	4.2	3.4	0–5-6	0–4-16

† *Bemerkung*: Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA).

5.3 Validierung und Bewertung der in den Videos dargestellten Kommunikationsstile

5.3.1 Validierung der in den Videos dargestellten Kommunikationsstile

Die quantitative Analyse der Äußerungen beider Gesprächspartner in den einzelnen, jeweils circa fünfminütigen Kommunikationssequenzen mittels RIAS beschrieb zunächst eine Tendenz der jeweiligen Gesprächsanteile (siehe Tabelle 11). In Video A (arztzentriert) besitzt der Arzt wie erwartet einen deutlich höheren Gesprächsanteil (59.3% Arzt, 40.7% Patient). Im Vergleich verschob sich der Gesprächsanteil in Video C (patientenzentriert) in Richtung des Patienten (36.3% Arzt, 63.7% Patient). Der hohe Gesprächsanteil des Arztes in Video B (62.3% Arzt, 37,7% Patient) wiederum resultiert

aus der Fokussierung auf Informationsvermittlung auf Seiten des Arztes, in einem Gesprächsstil der eine mittlere Ausprägung an Patientenzentrierung aufweist (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11

Quantitative Analyse aller Äußerungen von Arzt und Patienten. *N* entspricht der Anzahl der Äußerungen.

Video	Äußerungen Arzt		Äußerungen Patient		Äußerungen Gesamt	
	n	%	*n*	%	*n*	%
A (arztzentriert)	140	59.3	96	40.7	236	100
B (neutral)	157	62.3	95	37.7	252	100
C (patientenzentriert)	100	36.3	175	63.7	275	100

Ebenso zeigt die Kategorisierung aller Äußerungen in die RIAS-Merkmale „patientenzentriert", „krankheitszentriert" und „nicht bewertet" (vgl. Kapitel 4.2.3) Ergebnisse in der erwarteten Richtung. Quantitativ stellt Video A den höchsten Anteil krankheitszentrierter Äußerungen, während Video C einen deutlich höheres Maß patientenzentrierter Merkmale im Vergleich zu den krankheitszentrierten aufweist. Auch hier erklärt sich der hohe Grad krankheitszentrierter Äußerungen in Video B (neutral) in der Motivation im „neutralen Video", einen Arzt darzustellen, der einen mittelwertig ausgeprägten Grad an Patientenzentriertheit und gleichzeitig ein hohes Maß an Informationsvermittlung aufweist (s. Tabelle 12). Die Prüfung auf Signifikanz mittels χ^2-Unabhängigkeitstest nach Pearson erbrachte mit $p < .001$ ein hoch signifikantes Ergebnis.

Tabelle 12

Zuordnung aller RIAS-Kategorien zu den Kategorien „patientenzentriert“ und „krankheitszentriert“. *N* entspricht der Anzahl der Äußerungen.

Video	Äußerungen „patientenzentriert“		Äußerungen „krankheitszentriert“		Äußerungen „nicht bewertet“		Äußerungen Gesamt	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
A (arztzentriert)	34	14.4	152	63.4	50	22.2	236	100
B (neutral)	54	21.4	137	54.4	61	24.2	252	100
C (patientenzentriert)	116	42.2	77	28.0	82	29.8	275	100

Die in Punkt 4.7.2 beschriebene Berechnung der prozentualen Anteile ärztlicher, nach RIAS als patienten- oder krankheitszentriert geltender, Äußerungen an der Gesamtzahl der Äußerungen des Arztes liefert ein Ergebnis, das von der zeitlichen Divergenz der Videos unabhängig ist. Die folgende Tabelle 13 veranschaulicht die Kalkulation und die Ergebnisse. Die Inkongruenz zwischen der Gesamtzahl der Äußerungen des Arztes und der Summe der patientenzentrierten und krankheitszentrierten Äußerungen kommt dadurch zustande, dass die in Kapitel 4.2.3 (Tabelle 3) beschriebenen RIAS-Kategorien „nicht bewertet“ für diese Kalkulation außer Acht gelassen wurden.

Tabelle 13

Darstellung der Kategorien „Patientenzentrierung“ und „Krankheitszentrierung“ in den einzelnen Videos A (arztzentriert), B (neutral), C (patientenzentriert). *N* entspricht der Anzahl der Äußerungen.

Arztäußerungen	Video A		Video B		Video C	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	140	100	157	100	100	100
davon patientenzentriert	8	6	29	18	32	32
davon krankheitszentriert	116	83	99	63	29	29

Die Werte in Tabelle 13 können als Bestätigung für die Merkmalsausprägung der einzelnen Videos gelten und beschreiben eine starke Diskrepanz zwischen Patientenzentrierung (6 %) und Krankheitszentrierung (83 %) im arztzentrierten Video. Im umgekehrten Sinn zeigt das patientenzentrierte Video einen stärker ausgeprägten Grad an Patientenzentrierung (32 %) bei reduzierter Krankheitszentrierung (29 %). Das eher neutral gehaltene Video B verdeutlicht ein hohes Maß an Krankheitszentrierung (63 %), was in der Motivation eines hohen Informationsflusses beruht, gleichzeitig aber auch ein erhöhtes Maß an Patientenzentrierung (18 %) im Vergleich zu Video A beinhaltet. Folglich lässt sich formulieren, dass die Darstellung der Videos hinsichtlich der Ausprägung der Kommunikationsstile erwartungsgemäß korrekt differenziert.

5.3.2 Bewertung der Kommunikationsstile durch die Patienten

Die deskriptiv-statistische Analyse der Skalen „Arztdominanz“ und „Arztemotionalität“ in den drei unterschiedlichen Gesprächsstilen durch die Patientenstichprobe ergab folgende Kennwerte (Tabelle 14):

Tabelle 14

Übersicht über die deskriptive Auswertung der Skalen „Arztdominanz“ und „Arztemotionalität“ in den Videos A (arztzentriert), B (neutral), C (patientenzentriert) mit Stichprobengröße (*n*), Mittelwert ($\bar{x}$), Standardabweichung (*s*), Minimum (*min.*) und Maximum (*max.*)

Skala	*n*	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	*s*	*min/max.*
Arztdominanz Video A	60	14.87	15.0	7.21	3/29
Arztdominanz Video B	60	9.47	8.0	5.77	3/24
Arztdominanz Video C	60	6.89	4.5	5.48	2/27
Arztemotionalität Video A	60	19.13	20.0	7.20	4/30
Arztemotionalität Video B	60	23.17	24.5	6.00	5/30
Arztemotionalität Video C	60	24.90	26.0	4.98	11/30

Die Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens durch die Patienten variierte in Bezug auf den dargestellten Kommunikationsstil. Kennzeichnend für die Ausprägung eines krankheitszentrierten oder patientenzentrierten Gesprächsstils ist die Direktionalität der Mittelwerte der Skalen in den jeweiligen Videos. Erkennbar ist ein deutlicher Trend der Mittelwerte für die Skala „Arztdominanz“ von $\bar{x}$ = 14.87 im krankheitszentrierten Video A zu $\bar{x}$ = 9.47 im neutralen Video B. Das patientenzentrierte Video C zeigte eine ärztliche Dominanz von $\bar{x}$ = 6.89 im Mittelwert. Folglich bewerteten die Patienten die höchste ärztliche Dominanz im arztzentrierten Video A und die wenigste Dominanz im patientenzentrierten Video C.

Einen umgekehrten Trend verdeutlichen die Mittelwerte in Tabelle 14 für die Skala „Arztemotionalität“. Video A wies das niedrigste Rating hinsichtlich der mittleren Skalenausprägung von „Arztemotionalität“ auf ($\bar{x}$ = 19.1), Video C das höchste ($\bar{x}$ = 24.9). Video B präsentiert einen fast genauso hohen Grad an ärztlicher Emotionalität wie Video C. Das patientenzentrierte Video C stellt also laut Patientenstichprobe das Video mit dem höchsten Grad an ärztlicher Emotionalität dar, während das arztzentrierte Video A das geringste Maß an Emotionalität zeigt. Übersichtlicher lassen sich die Kernaussagen der beschriebenen Mittelwerte im folgenden Diagramm darstellen (Abbildung 2):

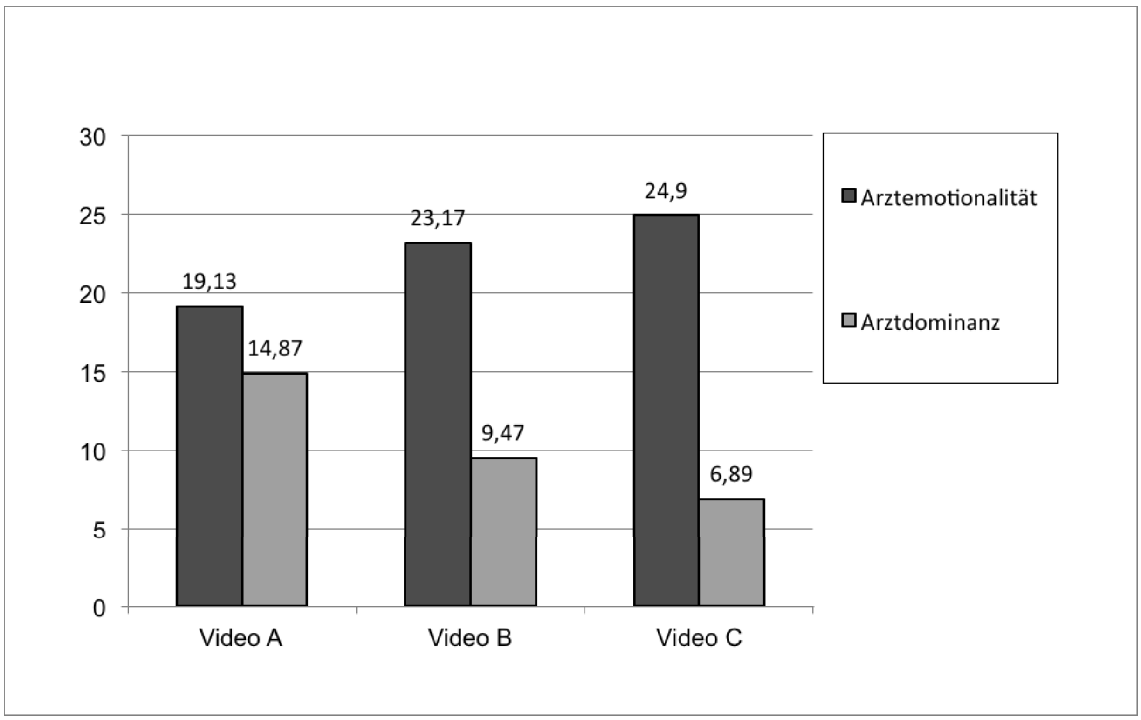

Abbildung 2: Bewertung von Emotionalität und Dominanz des Arztes in den drei Gesprächssequenzen (Video A (arztzentriert), Video B (neutral), Video C (patientenzentriert)) durch die Patienten, anhand der Mittelwertsausprägung ($\bar{x}$) der Skalen Arztemotionalität und Arztdominanz des Fragebogens zum ärztlichen Kommunikationsverhalten (Schmidt Mast et al., 2005) in einem Ausprägungsbereich der Skalen Arztemotionalität und Arztdominanz von 0-30 auf der Ordinaten-Achse).

Das krankheitszentrierte Video A zeigt die höchste Ausprägung an ärztlicher Dominanz ($\bar{x}$ = 14.9) und die niedrigste an ärztlicher Emotionalität ($\bar{x}$ = 19.1). Erwartungsgemäß beinhaltet Video C die höchste ärztliche Emotionalität, Video B (neutral) nimmt eine mittlere Position zwischen den beiden anderen Videos ein.

Die varianzanalytische Analyse ergab die im folgenden dargestellten Werte. Berechnet wurde jeweils eine Varianzanalyse mit Messwiederholungsdesign mit dreifach gestuftem Messwiederholungsfaktor (Innersubjekt-Faktor): Video A = arztzentriert, Video B = neutral, Video C = patientenzentriert). Abhängige Variablen waren die Skalen Arztemotionalität und Arztdominanz. Es imponiert ein signifikanter Unterschied in der Bewertung der einzelnen Videos. Die Testkennwerte stellten sich für die Skala „Arztdominanz“ wie folgt dar: Test auf Innersubjekteffekte: $F(2/59) = 40.783$, $p < .01$, $\eta^2 = .408$. Auch die Tests auf Innersubjekt-Kontraste Video A * Video C: $F(1/59) = 56.278$, $p < .01$, $\eta^2 = .488$, Video B * Video C: $F(1/59) = 10.944$, $p < .01$, $\eta^2 = .156$ und die paarweisen Vergleiche (Tabelle 15) verdeutlichen die nicht auf Zufall beruhende

Unterschiedlichkeit der Videos bezüglich der Bewertung der ärztlichen Dominanz durch die Patienten.

Tabelle 15

Paarweise Vergleiche der Skala Arztdominanz in den Videos A (arztzentriert), B (neutral), C (patientenzentriert) basiert auf den geschätzten Randmitteln.

Video	Video	Mittlere Differenz	Standard-fehler	Sig.[b]	95% Konfidenzintervall für die Differenz[b]	
					Unter-grenze	Ober-grenze
A	B	5.40*	.84	.000	3.37	7.46
A	C	7.98*	1.06	.000	5.36	10.61
B	C	2.58*	.78	.005	.66	4.51

*Die mittlere Differenz ist auf dem .05 Niveau signifikant. [b] Signifikanz. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Ähnliche Ergebnisse zeigt die varianzanalytische Berechnung für die Skala „Arzt-emotionalität“ bei oben beschriebener Direktionalität. Der Test auf Innersubjekteffekte verdeutlicht einen signifikanten Unterschied in der Bewertung der Videos hinsichtlich der ärztlichen Emotionalität ($F(2/59) = 20.646$, $p < .01$, $\eta^2 = .259$). Differenzierter zeigen sich die Unterschiede im Rahmen der paarweisen Vergleiche (Tabelle 16), wo sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertung der einzelnen Videos im paarweisen Vergleich nachweisen ließ.

Tabelle 16

Paarweise Vergleiche der Skala Arztemotionalität in den Videos A (arztzentriert), B (neutral), C (patientenzentriert) basiert auf den geschätzten Randmitteln.

Video	Video	Mittlere Differenz	Standard-fehler	Sig.[b]	95% Konfidenzintervall für die Differenz[b]	
					Unter-grenze	Ober-grenze
A	B	4.03*	1.06	.001	1.43	6.64
A	C	5.77*	1.00	.000	3.31	8.22
B	C	1.73*	0.66	.032	.12	3.35

*Die mittlere Differenz ist auf dem .05 Niveau signifikant. [b] Signifikanz. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

5.4 Präferenz der Patienten für die dargestellten Kommunikationsstile

Im Verlauf der Häufigkeitsauszählung der Kennwerte der Skalen „Wunsch nach weiterer Behandlung“ und „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“ ergaben die Merkmalsausprägungen bezüglich des Wunsches nach weiterer Behandlung eine klare Aussage in Richtung des neutralen Videos B bei 35 der 60 Patienten. Das arztzentrierte Video A und das patientenzentrierte Video C zeigten eine deutlich geringere Akzeptanz mit 12 Angaben für Video A und 13 für Video C.

Tabelle 17

Häufigkeitstabelle der Skala „Wunsch nach weiterer Behandlung“ in den Videos A (krankheitszentriert), B (neutral), C (patientenzentriert). *n* entspricht der Anzahl der Patientenentscheidungen für das jeweilige Video.

Video	*n*	%
A	12	20.0
B	35	58.3
C	13	21.7
Gesamt	60	100.0

Ähnliche Ergebnisse lieferte die Skala „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“. Die Mehrheit der Stichprobe entschied klar für Video B mit einem Anteil von 36 Stimmen, wohingegen Video A mit 13 und Video C mit 11 Stimmen abschlossen.

Tabelle 18

Häufigkeitstabelle der Skala Vertrauen in einer Behandlung in den Videos A (arztzentriert), B (neutral), C (patientenzentriert). *N* entspricht der Anzahl der Patientenentscheidungen für das jeweilige Video.

Video	*n*	%
Video A	13	21.7
Video B	36	60.0
Video C	11	18.3
Gesamt	60	100.0

Die systematische, statistische Analyse der beiden Skalen ergab hoch signifikante Unterschiede in der Wahl der in den Videos dargestellten Kommunikationsstile, mit $p < .001$ sowohl im χ^2-Unabhängigkeitstest nach Pearson, als auch im „Exakten Test nach Fischer. Ein Einfluss von Alter oder Geschlecht auf die Videowahl lies sich, auch aufgrund der kleinen Stichprobengröße, nicht nachvollziehen.

5.5 Patientenzufriedenheit und Vertrauen in den Arzt

Patientenzufriedenheit und Vertrauen in den Arzt wurden anhand der in Kapitel 4.5.2 beschriebenen Skalen Patientenzufriedenheit und Patientenvertrauen nach dem Instrument von Schmid Mast erhoben (Schmid Mast et al., 2007). Die deskriptive Statistik der Skalen Patientenzufriedenheit und Patientenvertrauen ergab zunächst eine Präferenz der Stichprobe für das neutral gehaltene Video B in Bezug auf die empfundene Patientenzufriedenheit und für das patientenzentrierte Videos C bezüglich des Vertrauens in den dargestellten Arzt. Die genaue Verteilung der Bewertung der Videos durch die Stichprobe hinsichtlich der Patientenzufriedenheit und des Vertrauens ist in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19

Deskriptive Statistik der Skalen Patientenzufriedenheit und Patientenvertrauen in den Videos A (arztzentriert), B (neutral) und C (patientenzentriert) mit Stichprobengröße (*n*), Mittelwert ($\bar{x}$) und Standardabweichung (*s*).

Skala	*n*	$\bar{x}$	*s*
Patientenzufriedenheit Video A	60	12.45	3.23
Patientenzufriedenheit Video B	60	13.81	2.81
Patientenzufriedenheit Video C	60	13.17	2.59
Patientenvertrauen Video A	60	12.38	2.99
Patientenvertrauen Video B	60	13.07	2.86
Patientenvertrauen Video C	60	13.48	2.53

Das eher neutral gehaltene Video B wies das höchste Rating hinsichtlich der mittleren Skalenausprägung von „Patientenzufriedenheit“ auf, Video C lag mit $\bar{x}$ = 13.17 vor dem krankheitszentrierten Video A. Bezüglich der Skala „Patientenvertrauen“ zeigt Video C die höchste Ausprägung mit $\bar{x}$ = 13.48, vor Video B und Video A.

Die Prüfung auf Signifikanz erfolgte analog zur Bewertung der Kommunikationsstile durch die Patienten (vgl. 5.3) mittels einfaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholungsdesign, die für beide Skalen separat berechnet wurden. Der Messwiederholungsfaktor (Innersubjekt-Faktor) war dreistufig (Video A = arztzentriert, Video B = neutral, Video C = patientenzentriert), die abhängigen Variablen waren die Skalen Patientenzufriedenheit und Patientenvertrauen. Diese ergaben für die Skala „Patientenzufriedenheit“ folgende Testkennwerte: $F(2/59) = 4.29$, $p = .018$, $\eta^2 = .068$. In der Bewertung der Videos durch die Stichprobe in Bezug auf die empfundene Patientenzufriedenheit bestehen folglich signifikante Unterschiede. Detaillierte Auskünfte liefert der Post Hoc Vergleich der Videos. Die paarweisen Vergleiche beschreiben signifikante Unterschiede zwischen dem arztzentrierten Video A und dem neutral gehaltenen Video B ($p = .028$). Die empfundene Zufriedenheit der Patientenstichprobe ist im neutralen Video B höher als im arztzentrierten Video A. Für die Vergleiche von Video A mit dem patientenzentrierten Video C und für Video B mit Video C liegen allerdings keine signifikanten Unterschiede vor ($p = .424$ und $p = .341$).

Die Skala „Patientenvertrauen“ zeigte in der Varianzanalyse ebenfalls signifikante Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Videos (Signifikanzniveau von α= .05): F (2/59) = 3.29, p = .045, η^2 = .053. Die paarweisen Vergleiche erbrachten in dieser Skala signifikante Unterschiede zwischen dem arztzentrierten Video A und dem patientenzentrierten Video C (p = .042). Die Patientenstichprobe präferierte bezüglich ihres Vertrauens den patientenzentrierten Kommunikationsstil in Video C. Der Vergleich von Video A mit Video B (p = .491) und Video B mit Video C (p =.808) ergab keine statistische Signifikanz.

5.6 Kommunikationspräferenzen chronisch Kranker

Die Untersuchung des Einflusses individueller Kommunikationspräferenzen auf die Wahl eines bestimmten Kommunikationsstils durch die Patienten selber erfolgte mithilfe des KOPRA-Fragebogens. Die Dichotomisierung der Skalenwerte des KOPRA-Fragebogens im Bezug auf ihre Medianwerte ist in der folgenden Tabelle 20 ersichtlich:

Tabelle 20

Darstellung der Dichotomisierung der KOPRA-Skalenwerte am Median ($\tilde{x}$) mit Stichprobengröße (n), Mittelwert ($\bar{x}$) und Standardabweichung (s).

Skala	n	$\bar{x}$	s	$\tilde{x}$	neuer Wertebereich
Patientenpartizipation und –orientierung	60	32.46	6.52	32.0	1 = 18-31 2 = 32-44
Effektive und offene Kommunikation	60	31.42	5.80	31.5	1 = 20-31 2 = 32-40
Emotional unterstützende Kommunikation	60	19.32	4.55	19.0	1 = 8-18 2 = 19-30
Kommunikation über persönliche Verhältnisse	60	12.73	4.19	12.0	1 = 5-11 2 = 12-25

Anhand der an ihrem Median dichotomisierten KOPRA-Skalen wurde die Verteilung (absolut und relativ) der Teilnehmer in beiden Gruppen (Gruppe 1: niedrige Ausprägung, Gruppe 2: hohe Ausprägung) berechnet. Aufgrund der Mehrfachbesetzung des Medians liegt bei drei von vier Skalen keine exakte Halbierung der Stichprobe vor, die mit dem Medianwert verbundenen Messwerte wurden supramedian gezählt (vgl. Bortz & Lienert, 2008). Es ergaben sich folgende Werte für die neugeformten Skalen (Tabelle 21):

Tabelle 21

Deskriptive Statistik der neu berechneten KOPRA-Skalen mit Stichprobengröße (*n*), und prozentualer Verteilung.

Skala	*n*	%
Patientenpartizipation und –orientierung (*PPO*)		
1 = niedrige Ausprägung	28	46.7
2 = hohe Ausprägung	32	53.3
Effektive und offene Kommunikation (*EOK*)		
1 = niedrige Ausprägung	30	50.0
2 = hohe Ausprägung	30	50.0
Emotional unterstützende Kommunikation (*EUK*)		
1 = niedrige Ausprägung	27	45.0
2 = hohe Ausprägung	33	55.0
Kommunikation über persönliche Verhältnisse (*KPV*)		
1 = niedrige Ausprägung	25	41.7
2 = hohe Ausprägung	35	58.3

Für die Berechnung des Einflusses der Kommunikationspräferenzen auf die Videowahl kamen nicht-parametrische Rechenverfahren zum Einsatz. Für jede unabhängige Variable (Skalen *PPO*, *EOK*, *EMU* und *KPV*) wurden Kreuztabellen mit der abhängigen Variable a) Wunsch nach weiterer Behandlung (Video A,B,C) und b) Vertrauen in einer weiteren Behandlung (Video A, B, C) erstellt. Die Ergebnisse der Berechnung sind in den folgenden Tabellen 22 und 23 dargestellt:

Tabelle 22

Häufigkeitsvergleich der KOPRA-Skalen *PPO* (Patientenpartizipation und –orientierung), *EOK* (Effektive und offene Kommunikation), *EUK* (Emotional-unterstützende Kommunikation) und *KPV* (Kommunikation über persänliche Verhältnisse) mit der Skala „Wunsch nach weiterer Behandlung“ in den Videos A (arztzentriert), B (neutral) und C (patientenzentriert), *n* gibt die Stichprobengröße an.

	Skala „Wunsch nach weiterer Behandlung“ (*n* = 60)				
KOPRA-Skala	Video A	Video B	Video C	Gesamt	Exakter Test nach Fischer
PPO					
1 = niedrige Ausprägung	9	12	7	28	
2 = hohe Ausprägung	3	23	6	32	*p* = .041
EOK					
1 = niedrige Ausprägung	7	15	8	30	
2 = hohe Ausprägung	5	20	5	30	*p* = .463
EUK					
1 = niedrige Ausprägung	6	14	7	27	
2 = hohe Ausprägung	6	21	6	33	*p* = .677
KPV					
1 = niedrige Ausprägung	3	16	6	25	
2 = hohe Ausprägung	9	19	7	35	*p* = .481

Tabelle 23

Häufigkeitsvergleich der KOPRA-Skalen *PPO* (Patientenpartizipation und –orientierung), *EOK* (Effektive und offene Kommunikation), *EUK* (Emotional-unterstützende Kommunikation) und *KPV* (Kommunikation über persänliche Verhältnisse) mit der Skala „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“ in den Videos A (arztzentriert), B (neutral) und C (patientenzentriert), *n* gibt die Stichprobengröße an.

	Skala „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“ (*n* = 60)				
KOPRA-Skala	Video A	Video B	Video C	Gesamt	Exakter Test nach Fischer
PPO					
1 = niedrige Ausprägung	10	13	5	28	
2 = hohe Ausprägung	3	23	6	32	*p* = .048
EOK					
1 = niedrige Ausprägung	8	16	6	30	
2 = hohe Ausprägung	5	20	5	30	*p* = .594
EUK					
1 = niedrige Ausprägung	7	15	5	27	
2 = hohe Ausprägung	6	21	6	33	*p* = .821
KPV					
1 = niedrige Ausprägung	4	16	5	25	
2 = hohe Ausprägung	9	20	7	35	*p* = .758

Aus den Tabellen 22 und 23 ist ersichtlich, dass es lediglich im Bereich der Skala „Patientenpartizipation und –orientierung“ des KOPRA-Fragebogens signifikante Unterschiede im Vergleich mit den abhängigen Variablen „Wunsch nach weiterer Behandlung“ und „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“ gibt. Bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ sind im Exakten Test nach Fischer ($p = .041$) die Verteilungsunterschiede hier statistisch signifikant. Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass bei der Stichprobe ein nicht zufälliger Zusammenhang zwischen hohen Werten im Bereich der Skala „Patientenpartizipation und -orientierung“ und dem eher neutral gehaltenen Kommunikationsstil besteht. Die Ausprägungen der anderen drei Skalen zeigen keinen statistisch relevanten Zusammenhang zwischen der Wahl eines bestimmten Kommunikationsstils bezüglich des Wunsches nach einer weiteren Behandlung oder des Vertrauens in einer weiteren Behandlung.

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Chronisch kranke Patienten bewerteten die in den Videos dargestellten Kommunikationsstile hinsichtlich Arztzentrierung (Dominanz) und Patientenzentrierung (Emotionalität) in Übereinstimmung mit der Bewertung durch die geschulten Rater (RIAS) und der in der Literatur (Langewitz et al., 2010) vorgeschlagenen Operationalisierung.

Vor die konkrete Wahl zwischen einem arztzentrierten, neutralen und patientenzentrierten Gesprächstil gestellt, bevorzugte die Mehrheit der Patienten dieser Stichprobe den neutralen Gesprächsstil.

Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Kommunikationsstil und dem Erleben von Zufriedenheit und Vertrauen in den Arzt. Der arztzentrierte Kommunikationsstil ging für die meisten Patienten mit der geringsten Zufriedenheit und dem geringsten Vertrauen in den Arzt einher.

Individuelle Kommunikationspräferenzen haben Bedeutsamkeit bei der Wahl eines Kommunikationsstils. Patienten mit hohen Werten auf der Skala Patientenpartizipation und –orientierung bevorzugten den neutral gehaltenen Kommunikationsstil in Video B.

6.2 Inhaltliche Diskussion

Eine Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der korrekten Operationalisierung der Kommunikationsstile in den Videos ist durch die quantitative Darstellung der Gesprächsanteile in den einzelnen Gesprächssequenzen möglich. In der Videoevaluation durch die geschulten Rater (RIAS) zeigte sich ein höherer Gesprächsanteil des Patienten im patientenzentrierten Video C und, vice versa, ein höherer ärztlicher Gesprächsanteil im arztzentrierten Videos A. Das Potential einer freien Patientenrede,

ohne Eingriff des Arztes in den Redefluss des Patienten, bietet nach Balint und Norell ein hohes therapeutisches Potential (1973). Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass das neutral gehaltene Video B einen ebenfalls sehr hohen Gesprächsanteil auf Seiten des Arztes widerspiegelt. (62.3 % Arzt, 37.7 % Patient). Dies lässt sich darin begründen, dass Ziel dieses Videos war, einen Kommunikationsstil darzustellen, der zwar auch auf die emotionalen Belange des Patienten eingeht, ein Hauptaugenmerk allerdings auf die Übermittlung von Informationen bezüglich des Krankheitsbildes und dessen Auswirkungen auf das Leben des Patienten, legt. In der Zuordnung aller Äußerungen zu den Kategorien „patientenzentriert“ und „arztzentriert“ zeigt sich ebenfalls eine Tendenz in die erwartete Richtung, im patientenzentrierten Video C überwiegen die patientenzentrierten Äußerungen, in Video A die arztzentriert. Auch die Differenzierung in die Anteile krankheitszentrierter oder patientenzentrierter ärztlicher Äußerungen („Patientenzentrierung“ und „Krankheitszentrierung“ - siehe Punkt 4.7.2) bestätigt die korrekte Operationalisierung der Kommunikationsstile. Die Erkenntnisse der Videoanalyse durch die professionell bewertenden Rater bekräftigten auch die Patienten (Hypothese 1) in der Bewertung der Skalen „Arztdominanz“ und „Arztemotionalität“.

Aufbauend auf der Erkenntnis, dass die Patienten zwischen den einzelnen Kommunikationsstilen der Videosequenzen unterscheiden konnten, wirft die Überprüfung der Präferenz für einen bestimmten Kommunikationsstil nun allerdings Fragen auf. Entgegen der eingangs formulierten Hypothese 2, dass die Patienten einen patientenzentrierten Kommunikationsstil bevorzugen, zeigte sich eine Präferenz der Stichprobe für den neutral gehaltenen Kommunikationsstil in Video B. Sowohl in der Frage von welchem Arzt die Patienten sich weiterhin behandeln lassen würden, als auch welchem Arzt sie in einer weiteren Behandlung Vertrauen schenken würden, sprachen sich die Patienten für Video B aus. Einen wichtigen Einflussfaktor stellt hier die Einschätzung von körperlichem und psychischem Gesundheitszustand dar. Über zwei Drittel der Stichprobe beschrieben diese als sehr gut oder gut. Diese Erkenntnis dürfte Rückschlüsse darauf zulassen, dass die Patienten in ihrer aktuellen Situation nicht das Bedürfnis empfanden auf einen Arzt zu treffen, der Hauptakzente auf die Besprechung ihrer emotionalen Lage und ihrem Umgang mit der Erkrankung legen würde. Dieser

Schluss scheint mit Ergebnissen von Sims (1999) übereinzustimmen. Sims fand heraus, dass langjährige Bluthochdruckpatienten seltener an gemeinsamen Therapieentscheidungen teilhaben wollten. Patienten, die der Erkrankung negativer gegenüberstanden und höhere Blutdruckwerte aufwiesen zeigten jedoch ein höheres Bedürfnis nach Beteiligung. Übereinstimmende Ergebnisse lieferte eine Studie von McKinstry (2000). McKinstry fand heraus, dass jüngere, chronisch erkrankte Patienten eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Arzt eher bevorzugten als ältere Patienten, die eine längere Erfahrung mit der Erkrankung aufweisen können. Zusätzlich wäre es interessant in weiteren Studien zu erforschen, inwiefern ein Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis chronisch kranker Patienten nach emotionaler Unterstützung und deren empfundener und oder objektiv messbarer Symptombelastung besteht, die Bedeutsamkeit eines emotionszentrierten Kommunikationsstils also möglicherweise bei potentiell emotional belasteten Patienten höher ist. Hinweise hierzu liefern Fujimore und Kollegen (2007) indem sie feststellten, dass eher fatalistisch eingestellte Patientinnen einen neutralen Kommunikationsstil bevorzugten, wohingegen kämpferisch eingestellte Patientinnen eine schrittweise Überbringung schlechter Nachrichten vorzogen. Ferner stellen die Arbeitsgruppen um Mjaaland sowie Blanch-Hartigan fest: Erkennt der Arzt die Emotionen des Patienten, kann diese Identifizieren und gegebenenfalls Ansprechen, führt dies bereits zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit (Mjaaland et al., 2011; Blanch-Hartigan, 2013). Ferner kann die zeitliche und räumliche Situation der Patienten eine Rolle spielen. Der regelmäßige Termin in der Rheumatologischen Ambulanz bedeutet für die Patienten einen nicht unerheblichen zeitlichen Aufwand. Durch statistische Datenerhebung, Wartezeit auf die Konsultation und teilweise weite Anreisen kommt es zu langen Aufenthalten in den Räumlichkeiten der Ambulanz. Möglicherweise führt dies dazu, dass die Patienten im Gespräch mit dem Arzt die Zeit nutzen möchten um fachliche Fragen und Probleme bezüglich ihrer Erkrankung zu erörtern. Insbesondere bietet die Betreuung im Drei-Monats-Rhythmus den Patienten die Möglichkeit Probleme im Vorfeld klar zu durchdenken und anschließend zu besprechen. Zudem kommt hinzu, dass circa die Hälfte (48.3 %) der Stichprobe beruflich tätig war und viele Patienten angaben, zu ihrer Arbeitsstelle zurückkehren zu müssen. Es könnten also Dauer und Fortschritt der Krankheit einen Einfluss auf die Wahl des Kommunikationsstils haben. Die in den

Videos dargestellte Situation einer Rheuma-Patientin stellte sich in Rücksprache mit den eigentlichen Patienten zwar als sehr passend dar, allerdings erhielten über 85.0 % der Patienten ihre Diagnose bereits vor über zwei Jahren. Dieser zeitliche Abstand könnte einen wichtigen Einfluss auf die Entscheidung der Stichprobe gehabt haben. Einen uneindeutigen Einflussfaktor bietet der inhaltliche Aufbau der Studie. Dadurch, dass den Patienten in unmittelbarer Abfolge drei sich stark unterscheidende Kommunikationsstile präsentiert wurden, ist der Einfluss der unterschiedlichen Ausprägung der Kommunikationsstile im Sinne eines Kontrastes möglich. Möglicherweise hat die starke Ausprägung der Rolle des Arztes in einem Video die Bewertung der anderen Videos alteriert. Ob die Mehrzahl der Patienten sich also für den eher neutral gehaltenen Arzt entscheiden, weil die anderen beiden zu starke gegensätzliche Ausprägungen repräsentierten, ist eine legitime Fragestellung, auch wenn die randomisierte Abfolge der Videos Reihenfolgeneffekte kontrolliert. Ein Gegenargument bieten die beschriebenen Einflussfaktoren, wie zeitlicher Aufwand, Zeitpunkt der Diagnosestellung und individuell empfundener Krankheitszustand. Ein weiterer Hinweis, der gegen diese These sprechen könnte, ist auch die Feststellung, dass sich 41.7 % der Patienten klar gegen den neutralen Kommunikationsstil aussprachen.

Im Weiteren wurde untersucht, welchen Einfluss ein bestimmter Kommunikationsstil auf Patientenzufriedenheit und Vertrauen in den Arzt hatte. Interessant erscheint hier, dass die Werte der Skalen „Patientenzufriedenheit“ und „Patientenvertrauen“ durchaus für die unterschiedlichen Kommunikationsstile variierten. Bezüglich der Zufriedenheit mit der Konsultation zeigten sich signifikante Werte allerdings nur in der Unterscheidung zwischen dem (arztzentrierten) Video A und dem (neutral gehaltenen) Video B. Signifikante Unterschiede für die Werte der Skala „Patientenvertrauen“ zeigten sich zwischen Video C und Video A. Die Stichprobe zeigte in Video B die höchste Patientenzufriedenheit. Das meiste Vertrauen wurde dem Arzt in Video C bescheinigt. Gleichermaßen schneidet das arztzentrierte Video A in beiden Skalen mit den niedrigsten Werten ab, es bestehen signifikante Mittelwertsunterschiede zu den anderen Videos. Diese Erkenntnisse sprechen für die Hypothese, dass ein bestimmter Kommunikationsstil Einfluss auf Patientenzufriedenheit und Vertrauen in den Arzt haben kann, dies aber nicht durch die starke Ausprägung des ärztlichen Kom-

munikationsverhaltens in den unterschiedlichen Videos beeinflusst wurde. Die Tatsache, dass die Patienten dem arztzentrierten und dem patientenzentrierten Arzt keine signifikant unterschiedlichen Patientenzufriedenheitswerte bescheinigen, unterstützt die dezidierte Präferenz der Patienten für den neutral gehaltenen ärztlichen Gesprächsstil. Interessant ist in diesem Zusammenhang wieder das Ergebnis der Skala „Patientenvertrauen". Die Tatsache, dass die Patienten dem patientenzentrierten Arzt die höchsten Vertrauenswerte zuschreiben, lässt Hinweise darauf zu, dass der patientenzentrierte Kommunikationsstil als solcher durchaus Zustimmung finden könnte. Möglicherweise empfanden die Patienten ihn aber ihrer eigenen Situation gegenüber zum Zeitpunkt der Erhebung nicht angemessen. Der paternalistisch geprägte Kommunikationsstil in Video A bietet den Patienten im Vergleich zu den anderen Gesprächsstilen weder Anlass zu besonderer Zufriedenheit noch zu hohem Vertrauen in den Arzt.

Die Erforschung der Kommunikationspräferenzen chronisch kranker Patienten und deren Einfluss auf die Wahl eines Kommunikationsstils waren Gegenstand einer weiteren Analyse. Grundlegend dafür ist Erkenntnis, dass unterschiedliche Kommunikationsstile Einfluss auf patientenseitige Parameter (wie Zufriedenheit oder Vertrauen) haben können. Es erscheint folglich interessant herauszufinden, ob sich durch die Evaluation von Kommunikationspräferenzen ein präferierter Gesprächsstil vorhersagen lässt. Hypothesengeleitet stellte sich daher die Frage, ob Patienten, die hohe Werte im Bereich „emotional-unterstützende Kommunikation" des KOPRA-Fragebogens aufwiesen (Hypothese 4), einen patientenzentrierten Kommunikationsstil bevorzugten. Gleichermaßen wurde für Patienten, die eine „effektive und offene Kommunikation" vorzogen, formuliert, dass diese einen eher neutralen, auf Informationsvermittlung basierenden Gesprächsstil wünschten (Hypothese 5). Für beide Fragestellungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Wahl eines bestimmten Kommunikationsstils, obschon die Stichprobe effektive Kommunikation vor Patientenpartizipation, emotionaler Kommunikation und Kommunikation über persönliche Verhältnisse priorisierte. Bedeutsam hingegen waren die Ergebnisse der Skala „Patientenpartizipation und –orientierung" (*PPO*, Farin et al., 2011a). Jene Mehrheit Patienten also, die hohe Werte für diese Skala erzielten, tendierten signifikant

zu dem eher neutral gehaltenen Video B (23 von 32 Patienten) und wünschten sich von diesem Arzt weitere Behandlung. Gleichzeitig dazu lässt sich beobachten, dass von den Patienten mit einer niedrigen Ausprägung der gleichen Skala ebenfalls die Mehrzahl zum neutral gehaltenen Video tendierte, im Einzelvergleich (12 Patienten favorisierten Video B, 9 Video A und 7 Video C) die Unterschiede jedoch geringer ausfallen. Begründen lässt sich dies gegebenenfalls mit dem hohen Maß der den Patienten angebotenen Orientierung, hinsichtlich der Hintergründe der Erkrankung, der therapeutischen Möglichkeiten und der Auswirkungen, die diese auf das Leben des Patienten haben mögen. Gegenstand der Diskussion ist auch die Frage, ob kognitive Kommunikationspräferenzen einen direkten Vorhersagewert für konkrete Entscheidungen darstellen. Ein grundlegender Wunsch nach effektiver und offener Kommunikation oder Kommunikation über persönliche Verhältnisse kann im Missverhältnis zu räumlichen und zeitlichen Einschränkungen einer Arzt-Patienten-Kommunikation stehen, insbesondere in Situationen, die durch eine hohe emotionale Belastung (z.B. die Überbringung einer potentiell lebensverändernden Diagnose) oder durch hohen Zeitdruck geprägt sind.

6.3 Ergebnisse im Vergleich zu bisherigen Studien

Vergleicht man diese Arbeit mit ähnlichen Studien in der wissenschaftlichen Literatur, lassen sich sowohl Parallelen, als auch unterschiedliche Ergebnisse erkennen. Bezüglich der Präferenz eines bestimmten Kommunikationsstils ist ein erster Vergleich zur Studie von Schmid Mast und Kollegen aus dem Jahr 2005 möglich. In Übereinstimmung mit dem Design dieser Studie erforschten Schmid Mast und Kollegen (2005) die Wahrnehmung eines bestimmten Kommunikationsstils und den Einfluss eben jenes auf die Zufriedenheit des Gesprächspartners anhand der Bewertung von drei unterschiedlichen, in Videoform präsentierten Kommunikationsstilen. Die Stichprobe bestand allerdings aus 159 weiblichen Studierenden, auch die verwendeten Instrumente und das Stimulusmaterial variierten. Es zeigte sich, dass die Studierenden die dargestellten Kommunikationsstile als solche erkannten, im Vergleich zu unserer eigenen Studie allerdings die höchste Zufriedenheit mit dem patientenzentrierten Arzt zeigten. Interessanterweise schnitten bei Schmid Mast et al. die anderen beiden

Kommunikationsstile (dort als Emotionszentriert und Krankheitszentriert bezeichnet) gleichfalls auf einen ähnlich niedrigen Niveau ab, wie das auch bei unserer Studie der Fall war. Im Vergleich zu den videobasierten Studien von Schmid Mast, Kindlimann und Langewitz (2005) (104 Krebspatienten) und Dowsett et al. (2000) (113 Brustkrebspatientinnen) zeigte sich, dass auch hier der patientenzentrierte Arzt die höchsten Zufriedenheitswerte der Patienten erhielt. Diese Ergebnisse finden ihre Bestätigung in zahlreichen weiteren Studien, die einen patientenzentrierten Kommunikationsstil als optimale Vorgehensweise im Rahmen eines Arzt-Patienten-Gespräches (insbesondere zur Überbringung einer schlechten Nachricht) sehen (Fallowfield, 1993; Maguire, 1999; Girgis & Sanson-Fisher, 1995; Parker et al., 2001; Ford et al., 1996; Epstein, 2000; Levinson & Roter, 1993; Krupat et al., 2000). Zu entsprechenden Ergebnissen kommen Swenson et al. in ihren Arbeiten 2004 und 2006.

In Zusammenschau der Studienlage fällt es schwer eindeutige Ursachen für die unterschiedlichen Erkenntnisse der vorliegenden Studie gegenüber den oben aufgeführten wissenschaftlichen Arbeiten zu formulieren. Die Patienten in dieser Studie bevorzugen einen eher ausgewogenen Kommunikationsstil, in dem sowohl Elemente der Informationsvermittlung als auch des Eingehens auf Emotionen vorkommen. Die aktuelle Studienlage macht deutlich, dass Patienten je nach individueller Disposition und/oder vorliegender Erkrankung verschiedene Kommunikationsstile bevorzugen können (Dowsett et al., 2000; Swenson et al., 2004; Krupat et al., 2000). Es existieren große inter- und intraindividuelle und auch kontextabhängige Unterschiede (Farin et al., 2012; Salmon et al., 2011). Folglich lässt sich eine starke Variabilität in den Kommunikationspräferenzen unterschiedlicher Patienten formulieren (Krupat et al., 2001; McKinstry, 2000; Brown et al., 1999; Benbassat et al., 1998). Diskutiert wird hierbei unter anderem die These, dass ältere Patienten einen eher direktiven Arzt wünschen. Hinweise auf die Präferenz eines solchen, eher paternalistischen Arztbildes finden sich bei Krupat et al. (2000), McKinstry (2000), Ende et al. (1989) und Parker et al. (2001). In der Studie von McKinstry zogen die meisten Patienten ebenfalls einen ärztlich-direktiven einem Kommunikationsstil, der vorwiegend auf partizipatorische Entscheidungsfindung Wert legte, vor. Besonders interessant zeigte sich für die vorliegende Studie, dass diese Erkenntnis für chronisch an Rheumatoider Arthritis erkrankte Patienten galt

(McKinstry, 2000). Häufiges Thema der Diskussion ist auch der Bildungsstand der Patienten. Weniger gebildete Patienten neigen zu einem eher arztzentrierten Kommunikationsstil (Krupat et al., 2000; Krupat et al., 2001; Parker et al., 2001) Ebenso gilt dies für Patienten, bei denen eine stärkere Ausprägung der Symptome einer Erkrankung vorliegt (Krupat et al., 2001; Benbassat et al., 1998; Ende et al., 1989; Cassileth et al., 1980). Der Einfluss der Schmerzstärke und des Gesundheitszustandes auf die Entscheidung der Patienten für einen bestimmten Kommunikationsstil wurde in dieser Studie allerdings nicht untersucht. Swenson et al. (2004) fanden ebenfalls keinen signifikanten Einfluss, weder des männlichen Geschlechtes, noch des Bildungsstandes oder der Ausprägung der Erkrankung auf die Präferenz eines bestimmten Gesprächsstils. McKinstry unterstützt diese Ergebnisse mit der Feststellung, dass das Geschlecht und der sozioökonomische Status keine Prädiktoren für einen direktiven Kommunikationsstil darstellen können (2000).

Welche expliziten Wünsche und Bedürfnisse chronisch kranke Patienten an das kommunikative Verhalten ihres Arztes haben, wurde in den Arbeiten von Farin und Kollegen (2013) erörtert. Schmidt et al. (2012) wiesen nach, dass es in der Bewertung der mithilfe des KOPRA-Fragebogens erfassten Kommunikationsaspekte signifikante Unterschiede gab: Den Patientenstichproben bei Schmidt et al. Beispielsweise erschienen die Item*s* der Skala „Effektive und offene Kommunikation“ am wichtigsten. Insbesondere schien sich diese Tendenz bei jüngeren Patienten nachweisen zu lassen. Ältere Patienten wünschten sich zusätzlich Kommunikation über persönliche Verhältnisse, jedoch am *geringsten* die partizipative Beteiligung. Interessanterweise zeigte sich besonders bei Frauen ein erhöhter Wunsch nach effektiver und offener Kommunikation. Eine Studie von Kosiol, Gramm und Farin kam 2010 zu ähnlichen Ergebnissen. Hier zeigte sich allerdings die geringste Ausprägung in der Skala „Kommunikation über persönliche Verhältnisse“. De Boer und Kollegen stellten 2011 fest, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Rheumatoider Arthritis, malignen/ benignen Brustabnormalitäten und spinalen Bandscheibenvorfällen) Patientenzentriertheit als überdurchschnittlich wichtig erachteten.

Es ist evident, dass gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation einen Einfluss auf Patientenzufriedenheit, Vertrauen in den Arzt, den Gesundheitszustand des Patienten, sowie die Adhärenz zur Therapie hat (Farin, 2010). Folgerichtig lässt sich aus den vorliegenden Daten eine prägnante Schlussfolgerung ziehen – der behandelnde Arzt soll, auf der Basis eines ganzheitlichen Patientenbildes, sein Verhalten an das Setting, die Bedürfnisse und die Situation des individuellen Patienten anpassen. Grundlegend dafür ist ein affektives Kommunikationsverhalten, adäquate Informationsvermittlung und die persönliche Kenntnis der subjektiven Vorstellungen des Patienten (Schmidt et al., 2012)

6.4 Diskussion der Methodik

6.4.1 Schwächen der Stichprobe

Durch den geringen Umfang der Stichprobe (n = 60), sowie die selektive Inanspruchnahme (männliche (n = 9) und weibliche (n = 51) Patienten) ließ sich keine Aussage über geschlechtsspezifische Effekte auf die Präferenz eines bestimmten Kommunikationsstils nachweisen. Daher kann in dieser Studie keine Aussage gemacht werden, ob das Geschlechtsmerkmal einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt hätte. Gleiches gilt für die Altersverteilung der Stichprobe. Hier konnten ebenfalls keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden, was auch durch mangelnde Varianz aufgrund der geringen Stichprobengröße und Altersverteilung bedingt ist. Unter anderem diskutierten Schmid Mast, Hall und Roter (2007) den Einfluss des Alters und konstatierten, dass jüngere Patienten einen egalitären, weniger dominanten Kommunikationsstil bevorzugten. Des Weiteren hätten sich vielleicht in der Erhebung einer anzahlstärkeren Stichprobe deutlichere Effekte in den spezifischen Kommunikationspräferenzen gezeigt. Durch die Fokussierung auf ein bestimmtes Krankheitsbild (Entzündliche Polyarthropathie) ist eine hohe klinische Homogenität der Stichprobe gewährleistet. In weiteren Studien wäre es allerdings interessant zu untersuchen, inwiefern weitere Krankheitsentitäten alternative Effekte auf die Ergebnisse dieser Studie hätten.

6.4.2 Fehlende Kontrollgruppe

Im Rahmen der Interpretation dieser Studie muss in Betracht gezogen werden, dass die Ergebnisse der Stichprobe nicht mit denen eines Kontrollkollektivs verglichen wurden. Die Beurteilung, ob die Ergebnisse als repräsentativ für chronisch kranke Patienten gelten, fällt daher schwer. Es wäre von großem Interesse, die Ergebnisse dieser Studie anhand einer gesunden Kontroll-Stichprobe zu überprüfen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Überprüfung der Ergebnisse chronisch kranker Patienten in der Gegenüberstellung mit anderen chronisch verlaufenden Krankheitsbildern. Häufig in der Literatur beschriebene Erkrankungen stellen hier unterschiedliche Krebserkrankungen, Diabetes Mellitus oder Arterielle Hypertonie dar.

6.4.3 Schwächen der Videokategorisierung mittels RIAS

Trotz hoher Übereinstimmung der Bewertung der ärztlichen Kommunikationsstile zwischen Experten und Patienten muss das Roter Interaction Analysis System (RIAS) als Messinstrument diskutiert werden. So werden die Anteile beider Partner am Gespräch lediglich über die Häufigkeiten der einzelnen Äußerungen abgebildet. Dies lässt keinen Einblick auf wichtige Dimension des Gespräches zu. Einerseits sind Aussagen über die zeitliche Abfolge kaum möglich, ob bestimmte Äußerungen des Arztes zum adäquten Zeitpunkt erfolgen und zu Äußerungen des Patienten passen bleibt ungeklärt. Andererseits könnte der Patient zeitlich den durchaus größeren Redeanteil besitzen und der Arzt lediglich kurze, den Patienten unterstützende Äußerungen tätigen, ohne dass das Instrument dies abbildet. Eine Interpretation diesbezüglich ist nur über den inhaltlichen Schwerpunkt der Äußerungen möglich. Einen weiteren Kritikpunkt stellt die Mehrdeutigkeit bestimmter Item*s* dar. Eine genaue Zuordnung der Äußerungen zu einem bestimmten Kommunikationsstil ist daher nur mit Kenntnis des expliziten Zusammenhangs der einzelnen Äußerungen möglich und lässt sich von neutralen Beobachtern anhand der Ergebnisdateien schwer differenzieren. Auch eine Interpretation der Stimmigkeit der Äußerungen des Arztes ist nur mit Wissen über das einzelne Gespräch möglich. RIAS kategorisiert die Äußerungen zu inhaltlichen Themenbereichen. Ob diese aber im richtigen Zusammenhang und als

korrekte Antwort auf Äußerungen und Verhalten des Patienten stehen, lässt sich subjektiv und objektiv im Nachhinein nicht mehr nachvollziehen.

6.4.4 Schwächen der Videos

Die Verwendung von standardisierten Schauspielpatienten ermöglicht es, in einem im Vorfeld detailliert geplanten zeitlichen Rahmen und in ruhiger räumlicher Umgebung die Gesprächssituation darzustellen. Vorteile liegen darin, dass thematische Bereiche zunächst diskutiert und dann dargestellt werden können. Dies hilft insofern, dass emotional belastende Themen strukturiert erarbeitet und im Anschluss mehrfach wiederholt gespielt werden können, ohne dass es zu einer unnötig hohen Belastung des Patienten kommen würde. Dadurch lassen sich verschiedene Kommunikationsstile besser, objektiv nachvollziehbar, auf Film festhalten. Dennoch bilden solche Überlegungen immer nur eine fiktive Realität ab. Die Übertragbarkeit auf eine Situation mit realer Betroffenheit ist daher diskussionswürdig.

Zusätzlich wurden die Videos nicht in den Räumlichkeiten der Rheumatologischen Ambulanz gedreht. Die unterschiedliche Szenerie kann es für die Patienten daher schwer gemacht haben, die gezeigten Szenen auf ihre eigene Situation zu projizieren.

Es finden sich in der wissenschaftlichen Literatur zahlreiche Studien zu interpersoneller Kommunikation, in denen Videobänder oder Fallvignetten für das Arzt-Patienten-Gespräch verwendet wurden (Schmid Mast et al., 2005; McKinstry, 2000; Dowsett et al., 2000; Quilligan & Silverman, 2012; Mazzi et al., 2013). Die Validität von videobasierten Gesprächsanalysen als solche kann als gegeben angesehen werden (Swenson et al., 2004). Dennoch kann es durch die Instruktion an den Patienten, sich in die Lage des Schauspielers zu versetzen, zu Verzerrungen in der Wahrnehmung und Bewertung der Situation kommen. Schmid Mast, Roter und Hall beschreiben in diesem Zusammenhang, dass ein solches hypothetisches Verhalten, trotz hoher experimenteller Kontrolle, eine nur geringe externe Validität aufweist (2007).

Eine primäre Bewertung der Videos durch chronisch kranke Patienten vor Beginn der Studie ist nicht erfolgt. Trotz retrospektiver Äußerungen der Patienten, dass die

Szenen adäquat umgesetzt wurden, kann eine Einordnung der Videosequenzen hinsichtlich der realistischen und prototypischen Darstellung nicht vorgenommen werden und wird für potentielle Folgestudien empfohlen. Alternativ bietet sich eine Expertenbewertung der Videosequenzen beispielsweise durch klinisch tätige Ärzte an, die einen hohen Erfahrungsgrad in der Behandlung chronisch erkrankter Patienten vorweisen (beispielsweise Hausärzte, Onkologen, Rheumatologen).

6.4.5 Diskussion der Instrumente

Schwierigkeiten in der Interpretation der Instrumente ergaben sich insbesondere durch uneindeutige Vergleichsmöglichkeiten des KOPRA-Fragebogens. Es liegt auf der Hand, dass sich individuelle Kommunikationspräferenzen schwerlich mit einem Kontrollkollektiv abgleichen lassen. Zur Interpretation dienten daher primär statistisch-deskriptive Mittel. Wir entschieden uns in einem weiteren Schritt zu einer Dichotomisierung am Median, um adäquat vergleichbare Daten zu erhalten. Unklar bleibt jedoch die genaue Lokalisierung der Werte einzelner Patienten unter- oder oberhalb des Median-Splits. Es lässt sich folglich keine Aussage darüber treffen, ob jene Patienten zum Beispiel in der Bewertung der Skala Patientenpartizipation und -orientierung, die sich unterhalb des Cut-off Wertes von 32 befanden, wirklich auch die Inhalte dieser Skala als weniger wichtig empfanden, oder sich lediglich in ihren Werten sehr knapp unterhalb des Medians fanden. Dies würde bedeuten, dass diese Patienten die inhaltlichen Werte von Patientenpartizipation und -orientierung durchaus wertschätzen, diese Feststellung allerdings nicht in die Interpretation der Ergebnisse miteinbezogen wurde.

7 Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser Studie und der Vergleich mit dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung legen nahe, dass chronisch kranke Patienten in ihrer Präferenz für einen bestimmten Kommunikationsstil erheblich variieren. Es sollte deshalb möglichst in Betracht gezogen werden, dass verschiedene Patienten auch unterschiedliche Wünsche hegen: Dies betrifft die Persönlichkeit des Arztes, die Vorstellung, wie eine Diagnose überbracht werden soll, wie krankheitsbedingte Konsequenzen und therapeutische Möglichkeiten erörtert werden und in welcher Umgebung dies geschehen soll (Dowsett et al., 2000; Ptacek & Ptacek, 2001). Ebenfalls existieren für jeden Patienten individuell unterschiedliche Kommunikationspräferenzen, die starke inter- und intraindividuelle und situationsabhängige Variabilität zeigen (Farin et al., 2012; Dowsett et al., 2000; McKinstry, 2000; Benbassat et al., 1998). Zusätzlich besteht Klarheit darüber, dass Kommunikationspräferenzen erheblich von der vorherrschenden gesundheitlichen Problematik und dem Kontext des Arzt-Patienten-Gespräches abhängen (McKinstry, 2000; Farin, 2010; Botelho, 1992). Demzufolge lässt sich ein Anspruch an den behandelnden Arzt formulieren, sowohl über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu verfügen, als auch für optimale zeitliche und räumliche Bedingungen zu sorgen um in der Konsultation den individuellen Präferenzen des Patienten gerecht zu werden (vgl. Kosiol et al., 2010). Unerlässlich ist dabei die Kenntnis über die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten, insbesondere in Bezug auf seine kommunikativen Präferenzen. Es obliegt dem Arzt zu erforschen, inwiefern „sein“ Patient in den Prozess der medizinischen Versorgung eingebunden werden möchte, über den Verlauf der Erkrankung und die therapeutischen Möglichkeiten informiert werden möchte und welche situativen und kommunikativen Rahmenbedingen eine optimale Behandlung ermöglichen. Ferner gilt es zu erfassen, inwieweit der Patient emotionale Unterstützung wünscht. Kontextabhängig kann dies beispielsweise durch adäquate Fragebögen in einer Ambulanz mit wechselndem ärztlichen Personal, oder durch ein explorativ es Gespräch zu Beginn der therapeutischen Beziehung in einer Allgemeinarztpraxis erfolgen. Eine praktische Empfehlung ließe sich folgerichtig postulieren, dass der Arzt sich zu Beginn jeder

Konsultation über die Kommunikationspräferenzen des Patienten orientieren soll. Dies hat nicht zuletzt auch Implikationen für die medizinische Ausbildung, im Rahmen derer ein intensiver Fokus auf - theoretisch vermittelte und praktisch gelernte - kommunikative Fähigkeiten gelegt werden muss eine zukünftige, optimale Arzt-Patienten-Interaktion zu gewährleisten.

8 Quellenverzeichnis

Adamo, G. (2003). Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Medical Teacher, 25,* 262-70.

Arora, N.K., & McHorney, C.A. (1999). Patient preferences for medical decision making: Who really wants to participate? *Medical Care, 38,* 335-41.

Bales, R. (1950). *Process Analysis*. Cambridge, 1950.

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General practice, 17,* 169-176.

Balint, E., & Norell, J.W. (1973). *Six minutes for the patient: Interactions in general pratice consultations.* Tavistock Publications, London (UK).

Barrows, H.S., & Abrahamson, S. (1964). The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical education. *Journal of Medical Education, 39,* 802-5.

Beck, R.S., Daughtridge, R., Sloane P.D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *Journal of the American Board of Family Practice, 15*, 25-38.

Benbassat, J., Pilpel, D., & Tidhar, M. (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine, 24*, 81-8.

Bensing, J.M. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling, 39*, 17-25.

Bensing, J.M. (1991) *Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice.* Dissertation. NIVEL, Unversität Utrecht.

Bensing, J., Schreurs, K., DeRijk, A. (1996). The role of the general practicioners affective behaviour in medical encounters. *Psychology and Health, 11,* 825-38.

Bertakis, K.D., Roter, D., & Putnam, S.M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice, 32,* 175-81.

Bird, J., Cohen-Cole, SA. (1990). The three-function model of the medical interview. An educational device. *Advances in Psychosomatic Medicine, 20,* 65-88.

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 69-77.

Blanch-Hartigan, D. (2013). Patient satisfaction with physician errors in detection and identifying patient emotion cues. *Patient Education and Counseling, 93,* 56-62.

Bortz, J. & Lienert, G.A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Botelho, R.J. (1992). A negotiation model for the doctor-patient-relationship. *Family Practice*, 9, 210-18.

Brown, J.B., Boles, M., Mullooly, J.B., & Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine, 131,* 822-9.

Byrne, P., & Long, B. (1976). *Doctors talking to patients*. RCGP, Exeter (UK).

Cape, J. (1996). Psychological treatment of emotional problems by general practitioners. *British Journal of Medical Psychology, 69,* 85-99.

Carter, W.B., Inui, T.S., Kukull, W.A. & Haigh, V.H. (1982). Outcome based doctor-patient interaction analysis II – Indentifying effective provider and patient behaviour. *Medical Care, 20,* 55.

Cassileth, B., Zupkis, R., Sutton-Smith, K., & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine, 92,* 832-6.

Christophersen, T. & Grape, C. (2009). Indexentwicklung zur Operationalisierung formativer Konstrukte. In Albers, S., Klapper, D., Konradt, U., Walter, A. & Wolf, J. *Methodik der empirischen Forschung*. Wiesbaden: Gabler.

Collins, J.P., & Harden, R.M. (1998). AMEE Education Guide No. 13: real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher, 20,* 508-21.

Daltroy, L.H. (1993). Doctor-patient communication in rheumatological disorders. *Baillière's Clinical Rheumatology, 7,* 221-39.

De Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling, 74,* 287-94.

De Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Education and Counseling, 62,* 291-8.

De Boer, D., Delnoij, D. & Radmakers, J. (2013). The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling, 90,* 405-10.

Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: A randomized study. *British Journal of Cancer, 90,* 106-114.

Dowsett, S.M., Saul, J.L., Butow. P.N., Dunn, S.M., Boyer, M.J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation: Preferences for a patient-centered approach. *Psycho-Oncology, 9,* 147-56.

Ende, J., Kazis, L., Ash, A., & Moskowitz, M. (1989). Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information seeking preferences among cancer patients. *Journal of General Internal Medicine, 4,* 23-30.

Epstein, R.M. (2000). The science of patient-centered care. *Journal of Family Practice, 49,* 805-7.

Epstein, R.M., & Street, R.L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda, USA: National Cancer Institute.

Essers G., et al. (2011). Identifying context factors explaining phyisician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice. *BMC Family Practice, 12,* 138-45.

Fallowfield, L. (1993). Giving sad and bad news. *Lancet, 341,* 476-8.

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet, 363,* 312-19.

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet, 9307,* 650-6.

Farin, E. (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Rehabilitation, 49,* 277-91.

Farin, E., Gramm, L., & Kosiol, D. (2011a). Development of a questionnaire to assess communication preferences if patients with chronic illness. *Patient Education and Counseling, 82,* 81-8.

Farin, E., Gramm, L. & Schmidt, E. (2011b). The congruence of patient communication preferences and physician communication behavior in cardiac patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 31,* 349-57.

Farin, E., Gramm, L., Schmidt, E. (2012). Taking into account patients' communication preferences: Instrument development and results in chronic back pain patients. Patient *Education and Counseling, 86,* 41-48.

Farin, E., Gramm, L. & Schmidt, E. (2013). Predictos of communication preferences in patients with chronic low back pain. *Patient Preference and Adherence, 7*, 1117-27.

Farin, E. & Baumann, W. (2014). Communication preferences of oncology patients. *Gesundheitswesen, 76*, 707-14.

Fayers, P.M., & Machin, D. (2007). *Quality of life, the assessment, analysis and interpretation, second edition.* Chichester, England: Wiley and Sons.

Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Sciences and Medicine, 42*, 1511-9.

Fraenkel, L., Bogardus, S., Concato, J., & Felson, D. (2001). Preference for Disclosure of Information Among Patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research, 45*, 136-139.

Freanks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Duberstein, P., Jerant, A.F., Tancredi, D.K., & Epstein, R.M. (2005). What do patients reports tell us about physician performance? *Annals of Family Medicine, 3*, 229-34.

Frosch, D., & Kaplan, R. (1999). Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine, 17*, 285-94.

Fujimori, M., & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 39*, 201-16.

Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akizuki, N. & Sakano, Y. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology, 16*, 573-82.

Garfield, S., Smith, F., Francis, S.A., & Chalmers, C. (2007). Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted? *Patient Education and Counseling, 66*, 361-67.

Girgis, A., & Sanson-Fisher, R.W. (1995). Breaking bad news: consensus guide-lines for medical practitioners. *Journal of Clinical Oncology, 13*, 2449-56.

Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine, 47*, 329-39.

Hall, J.A., & Roter, D.L. (1987). Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Medical Care, 25*, 399.

Hall, J.A., Roter, D.L., Milburn, M.A.., & Daltroy, L.H. (1996). Patient's health as a predictor of physician and patient behaviour in medical visits. A synthesis of four studies. *Medical Care, 34*, 1205-18.

Hall, J.A., Roter, D.L., Katz, N.R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care, 26,* 657-75.

Haugli, L., Strand, E., & Finset, A. (2004). How do patients with rheumatic disease exmperience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling, 52,* 169-74.

Heaton, K.W., Ghosh, S., & Braddon, F.E.M. (1991). How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective, controlled study with emphasis on stool form. *Gut, 32,* 73-79.

Henbest, R.J. & Stewart, M.A. (1989). Patient-centredness in the consultation. 1: a method for measurement. *Family Practice, 6,* 249.

Henbest, R.J. & Stewart, M.A. (1990). Patient-centredness in the consultation 2: does it really make a difference? *Family Practice, 7,* 28-33.

Hermann, C., Buss, U., & Snaith & R.P. (1995). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Testdokumentation und Handanweisung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Hermann, C., Buss, U., & Snaith & R.P. (2005). *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version.* Bern: Verlag Hans Huber.

Hermann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R.P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (3., aktualisierte und neu normierte Auflage). Manual.* Bern: Verlag Hans Huber.

Herold, G. (2015). *Innere Medizin: Eine vorlesungsorientierte Darstellung; unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges für die Ärztliche Prüfung; mit ICD 10-Schlüssel im Text und Stichwortverzeichnis*. Köln: Herold.

Hill, J., Bird, H.A., Lawton, C.W., & Wright, V. (1990). The arthritis impact measurement scales: an anglicized version to assess the outcome of british patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology, 29,* 193-96.

Hinz, A., & Brähler, E. (2011). Normative values for the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the genereal German population. *Journal of Psychosomatic Research, 71,* 74-78.

Hewlett, S.A. (2003). Patients and Clinicans have different perspectives on outcomes in arthritis. *Journal of Rheumatology, 30,* 877-9.

Illingworth, R. (2010). What does "patient-centred" mean in relation to the consultation? *The Clinical Teacher, 7,* 116-120.

Inui, T.S., Carter, W., Kukull, W., & Haigh, V. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis. Part 1. Comparison of techniques. *Medical Care, 20,* 535-49.

Irwin, W.G., McClelland, J., & Love, A.H.G. (1989). Communication skills training for medical students: an integrated approach. *Medical Education, 23,* 387.

Ishikawa, H., Hashimoto, H., & Yano, E. (2006). Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism, 55,* 878-83.

Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer, 84,* 48-51.

Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery, 5,* 57-65.

Makoul, G. (2001). Kalamazoo Consensus statement. (2001). Essential elements of the communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine 76 (4),* 390-3.

Karger, A., Mortsiefer, A., Rotthoff, T., Frey, N., Schaefer, R., Raski, B. & Schmelzer, R. (2012). *Evaluation of a longitudinal curriculum for teaching communication in undergraduate medical education (CoMeD): first results.* Posterbeitrag EACH (European Association of Communication in Healthcare) Conference 2012, St. Andrews, Scotland.

Karkowsky, C.E. & Chazotte, C. (2013). Simulation: Improving communication with patients. *Seminars in Perinatology, 37,* 157-60.

Katz, P. (1992). The Stresses of Rheumatoid Arthritis: Appraisals of Perceived Impact and Coping Efficacy. *Arthritis Care and Research, 11,* 9-22.

Kinmonth, A.L., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegal, N., & Campbell, M.J. (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risks. The diabetes care from Diagnosis Research Team. *British Medical Journal, 317,* 1202-8.

Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., & Harvey, I. (1999). The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice, 49,* 711-16.

Kosiol, D., Gramm, L., & Farin, E. (2010). Kommunikationspräferenzen chronisch kranker Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften, 88,* 220-22.

Krupat, E., Rosenkranz, S.L., Yeager, C.M., Barnard, K., Putnam, S.M., & Inui, T.S. (2000). The practice orientations oh physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence in satisfaction. *Patient Education and Counseling, 39,* 49-59.

Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L., Thom, D., & Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal of Family Practice, 50,* 1057-62.

Kwoh, C.K., O'Connor, G.T., & Regan-Smith, M.G. (1992). Concordance between clinician and patient assessment of physical and mental health status. *Journal of Rheumatology, 19,* 1031-7.

Langewitz, W., Philipp, E., & Kiss, A. (1998). Improving communication skills: A randomized controlled behaviorally-oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic Medicine, 60,* 268-276.

Langewitz, W.A., Edlhaimb, H-P., Höfner, C., Koschier, A., Nübling, M. & Leitner, A. (2010). Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin – Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 60,* 451-56.

Langewitz, W. (2004). Aus Buddeberg, C. (Hrsg.) *Ärztliche Gesprächsführung*. Psychosoziale Medizin. Springer Verlag, Berlin.

Lazare, A., Putman, SM., Lipkin M. (1995). *Three functions of the medical interview*. In: Lipkin M, Putman SM, Lazare A, (Hrsg.). *The medical Interview*. Springer-Verlag, New York (USA).

Levenstein, J., McCracken, E., McWhinney, I., & Stewart, M. (1986). The patient centred clinical method 1: a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice, 3,* 24-30.

Levinson, R., & Roter, D. (1993). The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine, 8,* 318-24.

Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R.A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *Journal of General Internal Medicine, 20,* 531-535.

Lipkin, M., Quill, T., & Napodano, R. (1984). The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine, 100,* 277-84.

Maguire, P. (1999). Improving communication with cancer patients. *European Journal of Cancer, 35,* 1415-22.

Maguire, P. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal, 325,* 697-700.

Makoul, G., & Clayman, M.L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling, 60,* 291-8.

Margalit, A.P.A. (2004). Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care. *Journal of General Internal Medicine, 19,* 485-91.

Mazzi, M.A., Besing, J., Rimonidi, M., Fletcher, I., van Vliet, L., Zimmermann, C. & Deveugele, M. (2013). How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Education and Counseling, 90,* 347-53.

McKinstry, B. (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British Medical Journal, 321,* 867-71.

Messing, S.R. (2008). *Von der arztzentrierten zur patientenzentrierten Gesprächsführung Auswirkungen eines Trainingsprogramms auf das Gesprächsverhalten von Ärzten in der Facharztweiterbildung am Universitätsklinikum Freiburg*. Dissertation, Universität Freiburg.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine, 51,* 1087-1110.

Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The impact of general practicioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine, 55,* 283-99.

Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling, 48,* 51-61.

MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V., www.mft-online (Hrsg.) (2015). Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. Berlin.

Mjaaland, T.A., Finset, A., Jensen, B.F.G. & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: A video based observational study. *Patient Education and Counseling, 84*, 332-7.

Mullen, P.D. (1997). Compliance becomes concordance. *British Medical Journal, 314, 691.*

Müller, K. (2004). *Kenntnisse und Einstellungen klinisch tätiger Ärzte zum Patienten-Gespräch – Eine Untersuchung zum ärztlichen Kommunikationsverhalten.* Dissertation. Charité Hochschulmedizin, Berlin.

Munthe, C., Sandman, L., & Cutas, D. (2011). Person centred care and shared decision making: implications for ethics, public health and research. *Health Care Anals, 20,* 231-49.

Neame, R., Hammond, A., & Deighton, C. (2005). Need for Information and for Involvement in Decision Making Amond Patients with Rheumatoid Arthritis: A Questionnaire Survey. *Arthritis and Rheumatism, 53,* 249-55.

Nunally, J., Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. McGraw-Hill, New York (USA).

O'Connor, A.M., Stacey, D., & Légaré, F. (2008) Coaching to support patients in making decisions. *British Medical Journal, 2,* 228-9.

Ong, L.M.L., de Haes, J.C., Hoos, A.M., & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine, 40,* 903-18.

Ong, L.M.L, Visser, M.R.M., Kruyver I.P.M., Bensing, J.M., van den Brink-Muinen, A., Stouthard, J.M.L., Lammes, F.B. & De Haes, J. The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in oncological consultations: psychometric properties. *Psycho-Oncology, 7,* 387-401.

Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P., & Cohen, L. (2001). Breaking news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology, 19,* 2049-56.

Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., & Havelock, P. (1984). *The Consultation – An approach to learning and teaching*. Oxford University Press, Oxford (UK).

Ptacek, J.T., & Ptacek, J.J. (2001). Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *Journal of Clinical Oncology, 19,* 4160-64.

Quilligan, S. & Silverman, J. (2012). The skill of summary in the clinician-patient communication: a case study. *Patient Education and Counseling, 86*, 354-9.

Robinson, A., & Thomson, R. (2001) Variability in patient preferences for participating in medical decision-making: implication for the use of decisions support tools. *Quality in Health Care, 20,* 34-8.

Rodin, G., Mackay, J.A., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D., Katz, M., Sussmann, J. & Brouwers, M. (2009). Clinician-patient communication: a systematic review. *Support Cancer Care, 17,* 627-44.

Rosén, P., Anell, A., & Hjortsberg, C. (2001). Patient views on choice and participation in primary health care. *Health policy, 55,* 121-28.

Rosenberg, E.E., Lussier, M.T., & Beaudoin, C. (1997). Lessons for clinicians from physician-patient communication literature. *Archives of Family Medicine, 6*, 279-83.

Roter, D.L. (2006). *The Roter method of interaction process analysis* (RIAS). Baltimore, Maryland (USA).

Roter, D.L., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling, 46,* 243-51.

Roter, D.L., & Hall, J.A. (1992). *Doctors talking with Patients, Patients talking with doctors.* Auburn House, Westport, USA.

Roter, D.L., Hall, J.A., & Katz, N.R. (1987). Relations between physicians' behaviours and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Medical Care, 25,* 437.

Roter, D.L., Hall, J.A., & Katz, N.R. (1988). Patient-doctor communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling, 12,* 99-119.

Roter, D.L., Larson, S.M., Beach, M.C., & Cooper, L.A. (2008). Interactive and evaluative correlates of the dialogue sequence: A simulation study applying the RIAS to turn taking structures. *Patient Education and Counseling, 71,* 26-33.

Roter, D.L. (1977). Patient Participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality in interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs, 5,* 281-315.

Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin Jr., M., Stiles, W., & Inui, T.S. (1997). Communication patterns of primary physicians. *Journal of the American Medical Association, 277,* 350-6.

Rockenbauch, K., Fabry, G., Peteresen, C., Daig, I., & Philipp, S. (2008). Der Einsatz von Schauspielpatienten in der Medizinischen Psychologie – allgemeiner Überblick und konkrete Umsetzungsbeispiele. *Zeitschrift für Medizinsche Psychologie, 17,* 185-92.

Rodin, G., Mackay, J., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D., & Katz, M. (2009). Clinician-patient communication: a systematic review. *Supportive Care in Cancer, 17,* 627-44.

Rogers, C. (1967). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Constable, London (UK).

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* Guilford, London (UK).<

Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, W.H., Kosinski, M., Ware, J.E., & Tarlov, A.R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice, 47,* 213-20.

Salmon, P., & Young, B. (2011). Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Medical Education, 45,* 217-226.

Salmon, P., Mendick, N., & Young, B. (2011). Integrative qualitive communication analysis of consultation and patient and practitioners perspectives: Towards a theory of authentic caring in clinical relationships. *Patient Education and Counseling, 82,* 448-454.

Sandvik, M., Eide, H., Lind, M., Graugaard, P., Torper, J., & Finset, A. (2002). Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Education and Counseling, 46,* 235-41.

Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.

Say, R., Murtagh, M., & Thomson, R. (2006). Patients' preferences for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling, 60,* 102-114.

Scheffer, S., Muehlingshaus, I., Froehmel, A. & Ortwein, H. (2008). Assessing students' communication skills: validation of a global rating. *Advances in Health Sciences Education, 13,* 583-92.

Schmidt, E., Gramm, L., & Farin, E. (2012). Kommunikationspräferenzen chronischer Rückenschmerzpatienten in der medizinischen Rehabilitation. *Schmerz, 26,* 69-76.

Schmid Mast, M., Hall, J.A., & Roter, D.L. (2007). Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Education and Counseling, 68,* 16-22.

Schmid Mast, M., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipient's perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling, 58,* 244-51.

Silverman, J.D., Kurtz, S.M., & Draper, J. (1998). *The patient's story: Integrating the patient- and physician-centred approach to interviewing*. Radcliffe Medical Press, Abingdon, Oxon

Silverman, D. (1987). *Communication and medical practice: social relations in the clinic.* Sage, London (UK).

Sims, J. (1999). What influences a patient's desire to participate in the management of their hypertension? *Patient Education and Counseling, 38,* 185-94.

Smarr, K.L., Musser, D.R., Shigaki, C.L., Johnson, R., Hanson, K.D., & Siva, C. (2011). Online Self Management in Rheumatoid Arthritis: A Patient Centered Model Application. *Telemedicine and e-health, 17,* 104-110.

Smith, R.C., Lyles, J.S., & Mettler, J.A. et al. (1998) The effectiveness of intense training for residents in interviewing. *Annals of Internal Medicine, 128,* 118-26.

Smith, R.C., Lyles, J.S., Mettler, J.A. et al. (1995). A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study. *Academic Medicine, 70,* 729-32.

Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal, 152,* 1423-1433.

Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995). *Patient-centred medicine: transforming the clinical method.* Sage, London (UK).

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal, 322,* 444-445.

Street, R. (1992). Analyzing communication in medical consultations: do behavioural measures correspond to patients perceptions. *Medical Care, 30,* 976-988.

Street Jr., R.L. (2013). How clinican-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling, 92,* 286-91.

Suarez-Almazor, M.E., Conner-Spady, B., Kendall, C.J., Russel, A.S., & Skeith, K. (2001). Lack of congruence in the ratings of patients' health status by patients and their physician. *Medical Decision Making, 21,* 113-21.

Swenson, S.L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D.C., & Lo, B. (2004). Patient-centred communication. Do patients really prefer it? *Journal of General Internal Medicine, 19,* 1069-79.

Swenson, S.L., Zettler, P., & Lo, B. (2006). "She gave it her best shot right away": Patient experiences of biomedical and patient-centered communication. *Patient Education and Counseling, 61,* 200-11.

Trummer, U.F., Mueller, U.O., Nowak, P., Stidl, T. & Pelikan, J.M. (2006). Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling, 61,* 299-306.

Ullrich, A., Hauer, J. & Farin, E. (2014). Communication preferences in patients with fibromyalgia syndrome: descriptive results and patients characteristics as predictors. *Journal of Patient Preference and Adherence, 8,* 134-45.

Van Dalen, J., Bartholomeus, P., Kerkhofs, E., Lulofs, R., van Thiel, J., Rethans, J-J., Scherpbier A.J.J.A. & van der Vleuten, C.P.M. (2001). Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Medical Teacher, 23,* 245-51.

Van Dalen, J. (2013). Communication skills in context: Trends and perspectives. *Patient Education and Counseling, 92,* 292-95.

Van den Brink-Muinen, A., Spreeuwenberg, P. & Rijken M. (2011) Preferences and experiences of chronically ill and disabled patients regarding shared-decision making: does the type of care to be decided upon matter? *Patient Education and Counseling, 84,* 111-7.

Venetis, M.K., Robinson, J.D., LaPlant Turkiewicz, K., & Allen, M. (2009). An evidence base for patient-centered care: A meta-analysis of studies of observed communication

between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling, 77,* 379-83.

Vogel, B.A., Bengel, J., & Helmes, A.W. (2008). Information and decision making: Patients' need and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Education and Counseling, 71,* 79-85.

Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M. & Langewitz, W. (2007). Communication during ward rounds in internal medicine: An analysis of patient-nurse-physician interaction using RIAS. *Patient Education and Counseling, 67,* 343-48.

Zantinge, E.M., Verhaak, P.F., de Bakker, D.H., Kerssens, J.J., van der Meer, K., & Bensing, J.M. (2007). The workload of general practitioners does not affect their awareness of patients' psychological problems. *Patient Education and Counseling, 67,* 93-9.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychatrica Scandinavica, 67,* 361-70.

Zolnierek, K.B.H. & DiMatteo M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. A Meta-Analysis. *Medical Care, 47,* 826-34.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Rekrutierungsablauf	Seite 37
Abbildung 2	Evaluation der Skalen Arztemotionalität und Arztdominanz durch die Stichprobe	Seite 57

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Rahmenplan zur Funktion medizinischer Kommunikation, Ziele Endpunkte	S. 17
Tabelle 2	Übersicht über die 5 formulierten Hypothesen	S. 25
Tabelle 3	In den Videosequenzen verwendete RIAS-Kategorien, zugeordnet zu den einzelnen Kategorien	S. 32/33
Tabelle 4	Einschlusskriterien nach WHO	Anhang
Tabelle 5	Soziodemographische Daten & psychometrische Variablen der Stichprobe	S. 35/36
Tabelle 6	Übersicht über die Operationalisierung der Hypothesen und verwendete Instrumente	S. 38
Tabelle 7	Referenzwerte (Cut-Off) der Skalen Angst (HADS-A) und Depressions (HADS-D) der HADS	S. 43
Tabelle 8	Auszug eines exemplarisch kodierten Gespräches zwischen Arzt (Doc) und Patient (Pat)	S. 45
Tabelle 9	Deskriptive Darstellung der einzelnen Skalen des KOPRA-Fragebogen	S. 50
Tabelle 10	Deskriptive Auswertung der Hospital Anxiety and Depression Skale (HADS)	S. 52
Tabelle 11	Quantitative Analyse aller Äußerungen von Arzt und Patient	S. 53
Tabelle 12	Zuordnung aller RIAS-Äußerungen zu den Ausprägungen „patientenzentriert“ und „krankheitszentriert“	S. 54
Tabelle 13	Darstellung der Kategorien „Patientenzentrierung“ und „Krankheitszentrierung“	S. 55
Tabelle 14	Deskriptive Auswertung der Skalen Arztdominanz und Arztemotionalität in den Videos A, B und C	S. 56

Tabelle 15	Paarweise Vergleiche der Skala Arztdominanz in den einzelnen Videos	S. 58
Tabelle 16	Paarweise Vergleiche der Skala Arztemotionalität in den einzelnen Videos	S. 59
Tabelle 17	Häufigkeitstabelle der Skala Wunsch nach weiterer Behandlung	S. 59
Tabelle 18	Häufigkeitstabelle der Skala Vertrauen in einer weiteren Behandlung	S. 60
Tabelle 19	Deskriptive Statistik der Skalen Patientenzufriedenheit und Patientenvertrauen	S. 61
Tabelle 20	Darstellung der Dichotomisierung der KOPRA-Skalenwerte am Median	S. 62
Tabelle 21	Deskriptive Statistik der neu berechneten KOPRA-Skalen	S. 63
Tabelle 22	Häufigkeitsvergleich der KOPRA-Skalen mit der Skala „Wunsch nach weiterer Behandlung“	S. 64
Tabelle 23	Häufigkeitsvergleich der KOPRA-Skalen mit der Skala „Vertrauen in einer weiteren Behandlung“	S. 64

11 Anhang

11.1 Fragebogenkompendium

11.1.1 Deckblatt

Fragebögen zum Forschungsprojekt

„Untersuchung zur Wahrnehmung und Bewertung eines Modells der Patient-centredness / Patientenzentrierten Gesprächsführung durch chronisch kranke Patienten“

Ansprechpartner:

André Karger / Nicolas Frey
Klin. Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 4, 40217 Düsseldorf
Tel: 0211 81-04534
Nicolas.Frey@med.uni-duesseldorf.de

11.1.2 Probandeninformation und Einverständniserklärung

Probandeninformation

Einleitung und Ziel der Studie
Im Verlauf der letzten Jahrzehnte ist die medizinische Kommunikation immer wieder Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gewesen. Dabei wurden bestimmte Gesprächstechniken und Verhaltensweisen des Arztes gefunden, die ein „gutes“ Gespräch zwischen Arzt und Patient auszeichnen.
Dabei hat sich die Patientenzentriertheit als allgemeines Qualitätskriterium ärztlicher Kommunikation herausgestellt. Relativ wenig ist allerdings bisher über die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten herausgefunden worden.
Im Rahmen einer Studie der Klinik für Rheumatologie und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie möchten wir Ihnen deshalb einige Fragen stellen.

Stichprobe, Methode und Untersuchungsvariablen
Ihnen und 50 weiteren Studienteilnehmern werden drei Videos (Dauer jeweils fünf Minuten), in denen Arzt-Patienten-Gespräche in verschiedenen Ausprägungen dargestellt sind, vorgestellt.
Anschließend werden Sie mittels Fragebögen, zu ihrer eigenen Wahrnehmung der im Video dargestellten Kommunikationsstile des Arztes befragt.
Zusätzlich werden Ihnen einige Fragebögen zu Ihrem Befinden und Ihrer aktuellen Situation vorgelegt.

Risiken und Vorsichtsmaßnahmen
Es werden an Ihnen keine „invasiven“ Messungen durchgeführt. Sie werden über Sinn, Ziel und Methoden des Versuches umfassend informiert und erteilen Ihr schriftliches Einverständnis zur Versuchsteilnahme. Als Versuchsdauer wird mit vorbereitendem und abschließendem Gespräch eine Zeit von circa 60 Minuten erwartet.
Ein spezifisches versuchsbedingtes Gesundheitsrisiko für die Versuchsteilnehmer kann nach menschlichem Ermessen als ausgeschlossen angesehen werden. Trotzdem ist eine schnelle Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe durch die Einbindung innerhalb der Räumlichkeiten der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie gegeben.

Einverständniserklärung

Nach ausführlicher schriftlicher und mündlicher Aufklärung über das Ziel der Untersuchung und die Art der hierfür eingesetzten Untersuchungsmittel erkläre ich mich freiwillig zur Teilnahme bereit.
Ich erlaube, dass alle von mir erhobenen Daten in anonymisierter Form und unter strenger Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und der ärztlichen Schweigepflicht EDV-gestützt statistisch ausgewertet werden. Nach endgültigem Abschluss der Studie werden diese Daten wieder gelöscht.

Ich kann die Teilnahme an dieser Untersuchung zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abbrechen und die getroffenen Zusagen wieder rückgängig machen, ohne für mich entstehende Nachteile.

Düsseldorf, den _____ _____
(Unterschrift des Probanden)

_____
(Unterschrift des Versuchsleiters)

11.1.3 Soziodemographische Daten und subjektive Krankheitswahrnehmung

Kerndokumentation
Kurzfragebogen für Rheuma-Patienten

Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten.

Bitte die ID-Nr. des Patienten eintragen:

Zentrums-nummer	Einrichtungs-nummer	laufende Nummer des Patienten

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand insgesamt beschreiben?
*Bitte entscheiden Sie sich für **eine** Zahl und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.*

sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schlecht

*Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in **ein** Kästchen jeder Gruppe machen.*

Beweglichkeit / Mobilität
- ☐ Ich habe keine Probleme herumzugehen.
- ☐ Ich habe einige Probleme herumzugehen.
- ☐ Ich bin ans Bett gebunden.

Für sich selber sorgen
- ☐ Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- ☐ Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.
- ☐ Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

Allgemeine Tätigkeiten (z. B. Beruf, Hausarbeit, Studium, Familien- oder Freizeitaktivitäten)
- ☐ Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- ☐ Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

Schmerzen / körperliche Beschwerden
- ☐ Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
- ☐ Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

Angst / Niedergeschlagenheit
- ☐ Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.
- ☐ Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

© EUROQOL - 5D

*Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre **rheumatische Erkrankung**:*

Wie würden Sie die Stärke Ihrer Schmerzen in den letzten 7 Tagen einschätzen?
keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Schmerzen

Wie schwierig war es in den letzten 7 Tagen für Sie, alltäglichen körperlichen Tätigkeiten nachzugehen?
nicht schwierig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schwierig

Wie sehr haben Sie in den letzten 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?
gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

Litten Sie in den letzten 7 Tagen unter Schlafstörungen? (Probleme beim Ein- oder Durchschlafen)
gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

Wie war Ihr körperliches Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen?
sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schlecht

Wie war Ihr psychisches Wohlbefinden in den letzten 7 Tagen?
sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schlecht

Wie schwierig war es in den letzten 7 Tagen für Sie, mit Ihrer rheumatischen Erkankung zurechtzukommen?
nicht schwierig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schwierig

Waren Ihre Gelenke steif, als Sie heute Morgen aufwachten? ○ **nein** ○ **ja, und zwar:** ☐☐☐ Minuten

© DRFZ 2011

Bitte wenden!

Wenn Sie erwerbstätig sind oder im letzten Jahr waren: Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Erkrankung arbeitsunfähig (krank geschrieben)?

❍ nein ❍ ja, und zwar: ⌊ | | ⌋ Tage *(bitte rechtsbündig eintragen)*

Sind Sie derzeit krank geschrieben?

❍ nein ❍ ja

Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden stationär im Krankenhaus? Bitte geben Sie die Gesamtdauer der Aufenthalte an.

❍ nein ❍ ja, und zwar: ⌊ | | ⌋ Tage *(bitte rechtsbündig eintragen)*

Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen?
Sie können auch ambulant und stationär gleichzeitig ankreuzen.

❍ nein ❍ ja, ambulant
❍ ja, stationär ⌊ | ⌋ Wochen *(bitte rechtsbündig eintragen)*

Wir haben nun noch einige Fragen zu Ihrer Person. Diese Angaben dienen lediglich statistischen Zwecken.

In welchem Jahr sind Sie geboren? ⌊ 1 | 9 | | | ⌋ **Geschlecht:** ○ weiblich ○ männlich

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

❍ Vollzeit erwerbstätig
❍ Teilzeit erwerbstätig
❍ arbeitslos
❍ in Ausbildung / Umschulung
❍ vorzeitig / altershalber berentet →
❍ sonstiges

Wenn Sie berentet bzw. im Ruhestand sind, sind Sie:

❍ auf Zeit berentet
❍ im Vorruhestand
❍ vorzeitig berentet wg. Erwerbs/Berufsunfähigkeit
seit: ⌊ | | | | ⌋ *(bitte Jahresangabe)*
○ wegen der rheumatischen Erkrankung
○ wegen anderer Erkrankung/en
❍ berentet wg. Erreichung der Altersgrenze
seit: ⌊ | | | | ⌋ *(bitte Jahresangabe)*

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt?

❍ Arbeiter ❍ Angestellte ❍ Beamte ❍ Selbstständige

Welche Personen leben in Ihrem Haushalt?

❍ (Ehe-)Partner ❍ Kind/er ❍ andere Person/en ❍ ich lebe allein ❍ ich lebe im Alten- oder Pflegeheim

Rauchen Sie?

❍ Ja, täglich → Seit wie vielen Jahren? ⌊ | | ⌋
Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? ⌊ | | ⌋
❍ Ja, gelegentlich
❍ Ich habe früher ⌊ | | ⌋ Jahre lang geraucht und vor ⌊ | | ⌋ Jahren aufgehört.
❍ Ich habe nie geraucht

Wie oft treiben Sie Sport?

❍ regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche
❍ regelmäßig, 2 - 4 Stunden in der Woche
❍ regelmäßig, 1 - 2 Stunden in der Woche
❍ weniger als 1 Stunde in der Woche
❍ keine sportliche Betätigung

© DRFZ 2011

Tragen Sie hier bitte noch das heutige Datum ein: ⌊ | | | | | | ⌋
T T M M J J

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.1.4 Bewertung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens und der Patientenzufriedenheit

Video 1: Wahrnehmung des Arztes

Wenn Sie sich vorstellen, Sie wären die Patientin, wie würden Sie den Arzt beschreiben?
Für jede Eigenschaft können Sie angeben, wie sehr diese auf den Arzt zutrifft.

	überhaupt nicht									**sehr**
1. freundlich	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
2. bestimmend	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
3. einfühlsam	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
4. dominant	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
5. von oben herab	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
6. sympathisch	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10

Wenn Sie sich vorstellen, Sie wären die Patientin, wie würden Sie die folgenden Aussagen bewerten?
Für jede Aussage können Sie angeben, wie sehr diese auf Sie zutrifft.

	stimme überhaupt nicht zu				**stimme sehr zu**
1. Ich bin zufrieden mit der Art und Weise, wie sich dieser Arzt mir gegenüber verhalten hat.	O1	O2	O3	O4	O5
2. Dieser Arzt hatte **kein** Verständnis für mich.	O1	O2	O3	O4	O5
3. Ich werde diesen Arzt weiterempfehlen.	O1	O2	O3	O4	O5
4. Dieser Arzt gab mir das Gefühl, gut aufgehoben zu sein.	O1	O2	O3	O4	O5
5. Ich bin **nicht** zufrieden damit, wie mich dieser Arzt behandelt hat.	O1	O2	O3	O4	O5
6. Diesem Arzt kann ich vertrauen.	O1	O2	O3	O4	O5
7. Ich bin mit diesem Arztbesuch zufrieden.	O1	O2	O3	O4	O5
8. Ich konnte diesem Arzt alle wichtigen Probleme anvertrauen.	O1	O2	O3	O4	O5
9. Der Arzt gab der Patientin im richtigen Maß Informationen.	O1	O2	O3	O4	O5

11.1.5 Globale Bewertung und Präferenz für ärztliches Kommunikationsverhalten

1. Bewertung

Zunächst zwei allgemeine Fragen:

a) Von welchem Arzt würden Sie sich eine weitere Behandlung wünschen?

☐ Video 1	☐ Video 2	☐ Video 3

b) Welchem Arzt würden Sie in einer weiteren Behandlung Vertrauen schenken?

☐ Video 1	☐ Video 2	☐ Video 3

11.1.6 Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen (KOPRA)

2. Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen von PatientInnen

Auf den nächsten Seiten dieses Fragebogens würden wir von Ihnen gerne wissen, was Ihnen persönlich beim Gespräch mit Ihrem Arzt (oder Ihrer Ärztin) wichtig ist. Es geht dabei um persönliche Meinung.

Sie sollen in diesem Fragebogen also beurteilen, *wie wichtig Ihnen* verschiedene Verhaltensweisen Ihres Arztes (oder Ihrer Ärztin) sind und *nicht, ob* Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) diese Verhaltensweisen zeigt.

Es kann vorkommen, dass manche Fragen des Fragebogens für Sie sehr ähnlich klingen – bitte beantworten Sie dennoch alle Fragen!

Das folgende Beispiel erklärt Ihnen, wie der Fragebogen beantwortet werden soll:

Sie sollen bei jeder Frage ankreuzen, wie wichtig Ihnen die beschriebene Verhaltensweise des Arztes ist (von „**nicht so wichtig**“ bis „**äußerst wichtig**“).

Für den Fall, dass sie Korrekturen vornehmen möchten (z.B. weil Sie das Kreuz an eine falsche Stele gemacht haben), bitte wir Sie – wie in der folgenden Beispielfrage dargestellt – das „falsche“ Feld vollständig auszumalen und das „richtige“ Feld ganz normal anzukreuzen.

Beispiel-Frage:

Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte...

	nicht so wichtig	etwas wichtig	wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig
Sich um eine persönliche Beziehung zu Ihnen bemühen.					

Schon im Voraus möchten wir Ihnen für Ihre Bemühungen herzlich danken!

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie wichtig Ihnen die jeweiligen Verhaltensweisen Ihres Arztes (oder Ihrer Ärztin) sind!						
Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte...	**Nicht so wichtig**	**Etwas wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**	**Äußerst wichtig**	
mit Ihnen gemeinsam die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten abwägen.						1
in den Gesprächen mit Ihnen immer sehr ausgeglichen sein.						2
mit Ihnen auch mal ein privates Wort wechseln.						3
Sie fragen, wie Sie den Erfolg der Behandlung bewerten.						4
Ihnen am Ende der Behandlung mitteilen, wie es mit der Behandlung Ihrer Erkrankung weitergeht.						5
sich nach allen Ihren Beschwerden erkundigen.						6
Sie nach allem fragen, was Ihre Erkrankung betrifft.						7
Sie fragen, was Sie über Ihre Behandlung wissen möchten.						8
Ihnen im Gespräch Mut machen.						9
zusammen mit Ihnen in einem gemeinsamen Gespräch die Behandlungen und therapeutischen Maßnahmen festlegen.						10
das Vorgehen bei Ihrer Behandlung begründen.						11
Ihnen genau zuhören, wenn Sie etwas sagen möchten.						12
im Gespräch mit Ihnen auch manchmal lachen.						13
manchmal auch intime Dinge ansprechen, die mit Ihrer Erkrankung zu tun haben.						14
Sie immer herzlich begrüßen.						15
sich manchmal mit Ihnen auch über Themen unterhalten, die gar nichts mit Ihrer Erkrankung zu tun haben.						16
Ihnen immer alles über Ihre Erkrankung mitteilen, auch wenn es unangenehme Dinge sind.						17
es Ihnen ermöglichen, Fragen zu stellen.						18
den Behandlungsplan mit Ihnen besprechen.						19
sich um eine persönliche Beziehung zu Ihnen bemühen.						20
mit Ihnen gelegentlich auch über private Dinge sprechen.						21
mit Ihnen die nächsten Behandlungsschritte besprechen.						22
bei Ihnen nachfragen, ob Sie während der Therapien/Behandlungen Beschwerden haben.						23
sich bei Ihnen erkundigen, was Ihnen an der Behandlung gut getan hat und was nicht.						24
Ihnen erklären, was Ihre Diagnose genau bedeutet.						25
im Gespräch mit Ihnen Ruhe ausstrahlen.						26
Ihnen ausführlich das Vorgehen im Rahmen der Behandlung erklären.						27

in den Gesprächen mit Ihnen immer optimistisch und gut gelaunt sein.						28
Sie zu Beginn der Behandlung bitten, Ihre Beschwerden umfassend darzustellen.						29
Ihnen bezüglich Ihrer Erkrankung Dinge, die Sie belasten könnten (z.B. Nebenwirkungen einer Behandlung), offen und direkt mitzuteilen.						30
am Ende des Gesprächs mit Ihnen die Ergebnisse zusammenfassen.						31
nach Ihren persönlichen Verhältnissen fragen, um sich ein Bild von Ihnen zu machen.						32

11.1.7 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS - D

Name, Vorname:

Geburtsdatum: **Code-Nummer:**

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.
Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder gereizt.
- ☐ meistens
- ☐ oft
- ☐ von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.
- ☐ ganz genau so
- ☐ nicht ganz so sehr
- ☐ nur noch ein wenig
- ☐ kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.
- ☐ ja, sehr stark
- ☐ ja, aber nicht allzu stark
- ☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehe.
- ☐ ja, so viel wie immer
- ☐ nicht mehr ganz so viel
- ☐ inzwischen viel weniger
- ☐ überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.
- ☐ einen Großteil der Zeit
- ☐ verhältnismäßig oft
- ☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht zu oft
- ☐ nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich.
- ☐ überhaupt nicht
- ☐ selten
- ☐ manchmal
- ☐ meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.
- ☐ ja, natürlich
- ☐ gewöhnlich schon
- ☐ nicht oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.
- ☐ fast immer
- ☐ sehr oft
- ☐ manchmal
- ☐ überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.
- ☐ überhaupt nicht
- ☐ gelegentlich
- ☐ ziemlich oft
- ☐ sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.
- ☐ ja, stimmt genau
- ☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- ☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung bleiben.
- ☐ ja, tatsächlich sehr
- ☐ ziemlich
- ☐ nicht sehr
- ☐ überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft
- ☐ ja, sehr
- ☐ eher weniger als früher
- ☐ viel weniger als früher
- ☐ kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.
- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
- ☐ ziemlich oft
- ☐ nicht sehr oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ eher selten
- ☐ sehr selten

© für die deutsche Version Verlag Hans Huber, Bern 1995, 2000
(© für die englische Originalausgabe NFER Nelson, Windsor 1994)

11.2 Rollenskripte[5]

11.2.1 Rollenskript Patient

Rollenscript Patient

Information für den Patient

Ihr Name: Karin Wegemann
Geburtsdatum: 05.02.59
Familienstand: geschieden
Kinder: 2, Dennis (18 Jahre alt, Gymnasiast), Laura (21 Jahr alt, Studiert Soziologie in Köln)
Aktuelle berufliche Tätigkeit: Seit fast 28 Jahren Grundschullehrerin in Mülheim, ihrem aktuellen Wohnort.
Weitere Name/n aufgeführter Personen werden durch den „Patienten" festgelegt.

Gesprächsort/-zeit: Wartebereich der allgemeinen Rheumatologischen Ambulanz der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf
Requisiten: keine

Gesprächsanlass und aktuelle Beschwerden:
Sie sind vor 14 Tagen bei Ihrem Hausarzt vorstellig geworden, weil Sie in den vergangenen Wochen über mehrere Symptome litten, die Ihnen zunehmend Sorgen bereiteten. Diese äußerten sich zunächst durch eine allgemeine Mattheit mit morgendlicher Müdigkeit, Gliederschmerzen und Steifigkeit in den Fingergelenken, die erst nach dem Duschen wegging. Gleichzeitig hatten Sie mehrfach Fieber gemessen und immer leicht erhöhte Temperaturen festgestellt (bis zu 38,2 °C)
Bei der Untersuchung durch den Hausarzt wurde festgestellt, dass Sie erhöhte Entzündungswerte im Blut, leichte Schwellungen in den Handgelenken und in manchen Fingergelenken haben. Sie spüren leichte Schmerzen, wenn Sie auf die entsprechenden Gelenke (Handgelenke und proximale Interphalangeal Gelenke 1-3links / 2-3 rechts) drücken.
Ihr Hausarzt riet Ihnen sich mit dieser Symptomatik in der Rheuma-Ambulanz der Uniklinik Düsseldorf vorzustellen und vereinbarte in Absprache mit Ihnen direkt einen Termin.
Jetzt gerade sitzen Sie im Wartebereich der Rheuma-Ambulanz und warten auf einen Arzt der mit Ihnen ein Beratungsgespräch durchführen soll.

Ablauf:
Eine körperliche Untersuchung und eine kurze Anamnese bezüglich der Ihrer Symptome sind bereits erfolgt. Nun sitzen Sie mit dem Arzt zusammen und warten darauf, dass Ihnen eine Diagnose mitgeteilt wird.

Subjektives Krankheitsmodell, Gefühle und Gedanken:
Sie selbst fühlten sich bisher immer gesund und hatten keinerlei Beschwerden. Die seit wenigen Wochen aufgetretenen Symptome beunruhigen Sie sehr, da Sie bereits durch Ihre Tante (79 Jahre alt) in Kontakt mit Rheumatischen Erkrankungen gekommen sind und wissen in welchem Maße sich eine solche Erkrankung auf den Alltag auswirken kann.
Ihre Tante hat eine manifeste Rheumatoide Arthritis, mit starken Bewegungseinschränkungen in Hand- und Fingergelenken, sowie bereits Fehlstellungen in den Fingergelenken. Sie erinnern sich, dass Ihre Tante auf Grund der Krankheit bereits mit 54 aus dem Berufsleben scheiden musste (Sie war Sekretärin bei einer großen Baufirma in Essen). Zusätzlich wissen Sie, dass die Therapie Ihrer Tante sehr zugesetzt hat, nach mehreren Fehlschlägen wurde endlich ein Medikament gefunden, dass kaum Nebenwirkungen aufwies. Dennoch erinnern Sie sich mit Grauen an Nebenwirkungen des Cortisons, dass zu Beginn der Krankheit schubweise sehr hoch dosiert eingesetzt wurde (Gewichtszunahme, Diabetes, Osteoporose).

[5] Die erstellten Rollenskripte beinhalten ausschließlich fiktive Daten. Ähnlichkeiten mit lebenden oder verstorbenen Personen oder Situationen sind rein zufällig und nicht beabsichtigt.

Außerdem hatte Ihr Großvater „irgendetwas mit Rheuma“, sie wissen allerdings nicht was genau.
Zusätzlich machen Sie sich Sorgen über eine Chronifizierung der Krankheit und eine Dauertherapie mit Immunsuppressiva/Glukokortikoiden („Das ganze Cortison kann ja nicht gesund sein“) und/oder Chemotherapeutika bei Ihnen selbst.

Biographie / soziale Situation:
Nach Ihrem Studium der Grund-/Haupt- und Realschulpädagogik (Hauptfächer Deutsch und Geographie) in Wuppertal und dem anschließenden Referendariat in Düsseldorf sind Sie mit Ihrem Mann, den sie während des Studiums kennengelernt haben, in Ihren Heimatort Mülheim gezogen. Seit nun fast 28 Jahren arbeiten Sie an einer städtischen Grundschule. Die Arbeit macht Ihnen viel Spaß, sie fürchten nur, dass Sie durch die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen erhebliche Probleme mit der Arbeit mit den Kindern bekommen können. Sie wollen nicht in den vorzeitigen Ruhestand. Von Ihrem Mann (Maschinenbauingenieur) haben Sie sich vor 4 Jahren einvernehmlich getrennt und leben seit dem mit Ihrem Sohn (Dennis). Ihre Tochter (Laura) ist für Ihr Studium der Soziologie nach Köln gezogen.
Momentan treiben Sie keinen Sport. Früher sind Sie mal mit einem Kollegen regelmäßig joggen gegangen. Seit dieser Knieprobleme hat haben sie es auch nicht mehr geschafft sich aufzuraffen. Seit der Trennung fehlt Ihnen als alleinerziehende Mutter allerdings auch die Zeit dazu.

Allgemeine Krankheitsgeschichte (für Anamnese):
Übliche Kinderkrankheiten gehabt.
Sie sind seit 20 Jahren Raucher (ca. eine halbe Packung am Tag) und trinken gelegentlich Alkohol.

Vorbefunde vom Hausarzt:
Bei der Untersuchung durch den Hausarzt wurde eine leichte Schwellung mit Temperaturerhöhung und Druckschmerz in beiden Handgelenken, als auch in den proximalen Interphalangeal Gelenken 1-3 links und 2-3 rechts festgestellt.
Zusätzlich ergab eine Blutuntersuchung einen erhöhten CRP-Wert von 5mg/dl.

Charakter/Präsentation:
Die bereits aufgetretenen Beschwerden und die kurz durchgeführte Untersuchung durch den Hausarzt hat Sie stark beunruhigt. Sie wissen allerdings nicht was der Arzt genau gemacht hat und können sich kaum einen Reim auf manche körperliche Untersuchung machen („Was hat denn jetzt mein Rücken damit zu tun“).
Sie fürchten eine starke Einschränkung Ihres Alltages durch die sich manifestierende Krankheit. („Bleibt das jetzt für immer?“)
Insbesondere die medikamentöse Therapie schreckt sie („Die haben ja schließlich alle Nebenwirkungen“).
Vergleiche zum Krankheitsbild Ihrer Tante drängen sich auf.
Sie fragen den Arzt ob man nicht durch eine Diät oder einen veränderten Lebensstil die Krankheit verhindern könnte.
Sie kochen zwar regelmäßig und gerne für Ihren Sohn, insbesondere auch wenn die Tochter zu Besuch kommt, unter der Woche erwischen Sie sich aber auch dabei, dass sie öfters „nur eine Tiefkühlpizza in den Ofen schieben“.

11.2.2 Rollenskript Arzt (Patientenzentriert)

Rollenscript PC-Arzt

Information für den Arzt:

Hintergrund:
Sie sind Assistenzarzt in der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und momentan in der allgemeinen Rheumatologischen Ambulanz eingeteilt.
Sie befinden sich im dritten Jahr der Facharztweiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie.

Setting:
Es ist ein verhältnismäßig ruhiger Tag in der Rheuma-Ambulanz.
Sie sind für den Moment mit der Untersuchung der aktuellen Fälle fertig und haben eine halbe Stunde Pause, da der folgende Patient seinen Termin abgesagt hat.

Die Ambulanzschwester teilt Ihnen mit, dass ein neuer Patient - Frau Wegemann, 53 Jahre alt, bereits im Wartebereich säße. Diese habe über ihren Hausarzt den übernächsten Termin vereinbart gehabt.
Sie entnehmen der Akte, dass es um die Beratung bezüglich des Verdachtes auf eine Erkrankung mit Rheumatoider Arthritis gehe.

Nach erfolgter körperlicher Untersuchung und einer kurzen Anamnese bezüglich der Symptome der Patientin möchten Sie ihr nun mitteilen, dass Sie den Verdacht hegen, dass sie an einer Erkrankung des Rheumatologischen Formenkreises, konkret der Rheumatoiden Arthritis leide. Die geschilderte Anamnese und die körperliche Untersuchung weisen stark darauf hin, die noch ausstehenden Blutergebnisse werden die Diagnose höchstwahrscheinlich untermauern.

Vorbefunde vom Hausarzt:
Die Patientin klagt seit mehreren Wochen über eine allgemeine Mattheit, die sich vor allem durch morgendliche Müdigkeit und Schmerzen in den Gliedern äußert. Gleichzeitig habe sie in den letzten 4 Wochen 5 Kilo abgenommen und leide morgens unter einer gewissen Steifigkeit, die sich vor allem in den Fingergelenken darstelle und erst nach dem Duschen weggehe. Manchmal habe er auch Fieber gemessen und mehrfach leicht erhöhte Temperaturen gehabt.
Sowohl der Patientin, als auch dem Hausarzt sind eine leichte Schwellung mit Temperaturerhöhung und Druckschmerz in beiden Handgelenken, als auch in den proximalen Interphalangeal Gelenken 1-3 links und 2-3 rechts aufgefallen.
Das Gänsslen-Zeichen war positiv.
Zusätzlich ergab eine Blutuntersuchung des Hausarztes einen erhöhten CRP-Wert von 5mg/dl.

Ablauf:
Eine körperliche Untersuchung und eine kurze Anamnese bezüglich der Symptome der Patientin sind bereits geschehen. Nun möchten Sie der Patientin Ihren Verdacht auf eine Erkrankung mit Rheumatoider Arthritis mitteilen.
Sie haben dabei ausreichend Zeit und setzen sich mit der Patientin in einem der Untersuchungszimmer zusammen.
Anschließend führen Sie ein Beratungsgespräch ***nach den Grundsätzen der Patientenzentrierten Gesprächsführung*** (RIAS-Kriterien / deHaes + Bensing) durch.

11.2.3 Rollenskript Arzt (Neutral)

Rollenscript Neutral-Arzt

Information für den Arzt:

Hintergrund:
Sie sind Assistenzarzt in der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und momentan in der allgemeinen Rheumatologischen Ambulanz eingeteilt.
Sie befinden sich im dritten Jahr der Facharztweiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie.

Setting:
Es ist ein normaler Tag in der Rheuma-Ambulanz. Sie haben das Gefühl, dass Sie, nach einem etwas angespannten Morgen, aktuell mit der anfallenden Arbeit gut zu Recht kommen. Sie freuen sich auf das Ende der Ambulanzsprechstunde um 13.00 Uhr, Sie haben sich nämlich anschließend mit Ihren Kollegen zum Mittagessen verabredet.

Die Ambulanzschwester kommt zu Ihnen und teilt Ihnen mit, dass ein letzter Patient – Frau Wegemann, 53 Jahre alt, im Wartebereich sitzt. Diese habe über ihren Hausarzt einen Termin vereinbart. Sie entnehmen der Akte, dass es um die Beratung bezüglich des Verdachtes auf eine Erkrankung mit Rheumatoider Arthritis gehe.

Nach erfolgter körperlicher Untersuchung und einer kurzen Anamnese bezüglich der Symptome der Patientin möchten Sie ihr nun mitteilen, dass sie den Verdacht hegen, dass sie an einer Erkrankung des Rheumatologischen Formenkreises, konkret der Rheumatoiden Arthritis leide. Die geschilderte Anamnese und die körperliche Untersuchung weisen stark darauf hin, die noch ausstehenden Blutergebnisse werden die Diagnose höchstwahrscheinlich untermauern.

Vorbefunde vom Hausarzt:
Die Patientin klagt seit mehreren Wochen über eine allgemeine Mattheit, die sich vor allem durch morgendliche Müdigkeit und Schmerzen in den Gliedern äußert. Gleichzeitig habe sie in den letzten 4 Wochen 5 Kilo abgenommen und leide morgens unter einer gewissen Steifigkeit, die sich vor allem in den Fingergelenken darstelle und erst nach dem Duschen weggehe. Manchmal habe sie auch Fieber gemessen und mehrfach leicht erhöhte Temperaturen gehabt.
Sowohl der Patientin, als auch dem Hausarzt sind eine leichte Schwellung mit Temperaturerhöhung und Druckschmerz in beiden Handgelenken, als auch in den proximalen Interphalangeal Gelenken 1-3 links und 2-3 rechts aufgefallen.
Das Gänsslen-Zeichen war positiv.
Zusätzlich ergab eine Blutuntersuchung des Hausarztes einen erhöhten CRP-Wert von 5mg/dl.

Ablauf:
Eine körperliche Untersuchung und eine kurze Anamnese bezüglich der Symptome der Patientin sind bereits geschehen. Nun möchten Sie ihr Ihren Verdacht auf eine Erkrankung mit Rheumatoider Arthritis mitteilen.
Dabei behalten jedoch die Uhrzeit im Auge. Sie möchten die Mittagspause nicht verpassen.
Sie führen ein Beratungsgespräch mit **mittlerem Grad** der nach RIAS-Kriterien und nach DeHaes/Bensing definierten **Kriterien für ein Patientenzentriertes Gespräch** durch.

11.2.4 Rollenskript Arzt (Krankheitszentriert)

Rollenscript AC-Arzt

Information für den Arzt:

Hintergrund:
Sie sind Assistenzarzt in der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und momentan in der allgemeinen Rheumatologischen Ambulanz eingeteilt.
Sie befinden sich im dritten Jahr der Facharztweiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie.

Setting:
Heute ist ein stressiger Tag in der Rheuma-Ambulanz. Sie haben zusätzlich zu den Routine-Kontrollterminen vier Patienten zu versorgen, die sich neu in der Ambulanz vorstellen. Dafür reicht die halbe Stunde pro Patient meistens einfach nicht aus um sich einen detaillierten Eindruck zu verschaffen.
Zudem haben Sie das Gefühl, dass es bisher nicht schlechter hätte laufen können. Zunächst haben Sie am gestrigen Tage einem Patienten das falsche Medikament verschrieben und mussten sich deswegen einen Rüffel von Ihrem Oberarzt einholen. Zum Glück hatte die Schwester aufgepasst und verhindert, dass der Patient das Medikament nimmt.
Zu allem Überfluss scheint es noch, dass sie seit zwei Tagen eine leichte Grippe mit sich herumschleppen. Sie fühlten sich an den vergangenen Morgen etwas abgeschlagen und fiebrig. Die Aspirintablette, die sie vorhin genommen haben, wirkt überhaupt nicht. Ein verpasstes Frühstück und der ungenießbare Kaffe tragen auch nicht zu Ihrem Wohlbefinden bei.

Die Ambulanzschwester kommt zu Ihnen und teilt Ihnen mit, dass ein neuer Patient – Frau Wegemann, 53 Jahre alt, im Wartebereich sitzt. Diese habe über seinen Hausarzt einen Termin vereinbart. Sie entnehmen der Akte, dass es um die Beratung bezüglich des Verdachtes auf eine Erkrankung mit Rheumatoider Arthritis gehe.

Sie möchten die Patientin schnell abhandeln, denn Sie wissen, dass sich auf Ihrem Schreibtisch noch Berge von Akten türmen, für die noch Dokumentation und Diktat der Berichte warten. Ganz zu Schweigen von der Laborarbeit für Ihr Promotionsvorhaben, die Sie mittlerweile seit Tagen vor sich herschieben.

Nach erfolgter körperlicher Untersuchung und einer kurzen Anamnese bezüglich der Symptome der Patientin möchten Sie ihr nun mitteilen, dass sie den Verdacht hegen, dass die Patientin an einer Erkrankung des Rheumatologischen Formenkreises, konkret der Rheumatoiden Arthritis leide. Die geschilderte Anamnese und die körperliche Untersuchung weisen stark darauf hin, die noch ausstehenden Blutergebnisse werden die Diagnose höchstwahrscheinlich untermauern.

Vorbefunde vom Hausarzt:
Die Patientin klagt seit mehreren Wochen über eine allgemeine Mattheit, die sich vor allem durch morgendliche Müdigkeit und Schmerzen in den Gliedern äußert. Gleichzeitig habe sie in den letzten 4 Wochen 5 Kilo abgenommen und leide morgens unter einer gewissen Steifigkeit, die sich vor allem in den Fingergelenken darstelle und erst nach dem Duschen weggehe. Manchmal habe sie auch Fieber gemessen und mehrfach leicht erhöhte Temperaturen gehabt.
Sowohl der Patientin, als auch dem Hausarzt sind eine leichte Schwellung mit Temperaturerhöhung und Druckschmerz in beiden Handgelenken, als auch in den proximalen Interphalangeal Gelenken 1-3 links und 2-3 rechts aufgefallen.
Das Gänsslen-Zeichen war positiv.
Zusätzlich ergab eine Blutuntersuchung des Hausarztes einen erhöhten CRP-Wert von 5mg/dl.

Ablauf:
Eine körperliche Untersuchung und eine kurze Anamnese bezüglich der Symptome des Patienten sind bereits geschehen. Nun möchten Sie der Patientin Ihren Verdacht auf eine Erkrankung mit Rheumatoider Arthritis mitteilen.
Dabei hadern Sie immer noch mit Ihrem unglücklich verlaufenden Tag, verhalten sich dem Patienten gegenüber kühl und möchten das Gespräch schnell abhandeln.
→ Sie zeigen nur ein ***sehr geringes Maß*** der nach RIAS-Kriterien und deHaes/Bensing definierten Kriterien der ***Patientenzentrierten Gesprächsführung***.

11.3 Einschlusskriterien nach ICD-10

M05	Seropositive chronische Polyarthritis	exklusiv: Chronische Polyarthritis der Wirbelsäule Juvenile chronische Polyarthritis Rheumatisches Fieber
M05.0	Felty-Syndrom	Chronische Polyarthritis mit Lymphosplenomegalie und Leukopenie
M05.1	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis	
M05.2	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis	
M05.3	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme	
M05.8	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis	
M05.9	Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	
M06	Sonstige chronische Polyarthritis	
M06.0	Seronegative chronische Polyarthritis	
M06.1	Adulte Form der Still-Krankheit	
M06.2	Bursitis bei chronischer Polyarthritis	
M06.3	Rheumaknoten	
M06.4	Entzündliche Polyarthropathie	
M06.8	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis	
M06.9	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist

17.05.2016